



**EHESP**

---

**Elève Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

---

**Développer une stratégie à destination  
des médecins managers : le cas du  
projet managérial du CHU de  
Montpellier**

---

**Anne Lise BARRAL**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Thomas Le Ludec, directeur général du CHU de Montpellier, ainsi que toute l'équipe de direction, pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité au cours de ce stage. En m'associant à leurs projets, ils m'ont permis d'acquérir une vision concrète des enjeux stratégiques du monde hospitalier.

Je tiens plus particulièrement à remercier Guillaume Du Chaffaut, mon maître de stage, et initiateur du projet managérial qui a bien voulu partager avec moi ses réflexions et son expérience, et ainsi nourrir ce mémoire. « Sortir du cadre » suppose de s'engager et de prendre des risques, l'exemple qu'il a pu ainsi représenter servira longtemps à guider mes pas dans ce nouveau métier.

Je tiens également à remercier ceux qui m'ont accompagné dans la réflexion et la réalisation de ce travail :

- Irène Georgescu, professeure à l'Institut du Management de l'Université de Montpellier, pour m'avoir donné l'occasion de prendre du recul et un peu de hauteur sur ces sujets si complexes,
- les médecins du CHU pour leur disponibilité et leur curiosité au cours des entretiens menés avec eux,
- les membres du groupe management et tout particulièrement ceux de l'aventure « boîte à questions » pour les échanges si riches et si sincères que nous avons eus,
- Céline LACOMBE, ma voisine de bureau, qui m'a accompagné tout au long de cette histoire en apportant toute son expérience et son écoute.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1 Dans un contexte national de tension, le projet managérial du CHU de Montpellier doit permettre d'impliquer positivement les médecins dans les transformations des établissements</b> .....	3
1.1 <i>Le malaise exprimé nationalement par les praticiens hospitaliers met en lumière les faiblesses du management médical</i> .....	3
1.1.1 La montée en puissance des tensions est à resituer dans un contexte national de profondes transformations du monde hospitalier .....	3
1.1.2 Il existe un lien entre ces tensions et les difficultés liées au management médical.....	6
1.1.3 Ces faiblesses managériales tiennent à des raisons structurelles et conjoncturelles .....	8
1.2 <i>La mise en place d'un projet managérial associant les médecins peut permettre d'impliquer positivement ces derniers dans les transformations des établissements....</i>	13
1.2.1 La mise en place d'un projet managérial peut permettre d'impliquer les médecins dans les transformations, de développer la motivation des praticiens et, in fine, d'améliorer la qualité des soins.....	13
1.2.2 Le CHU de Montpellier fait le choix de mettre en place un projet managérial pour répondre à ces enjeux et développer une vision commune de la conduite du changement .....	18
<b>2 La réussite du projet managérial suppose de développer une stratégie d'appropriation des nouvelles pratiques par les médecins managers et doit s'accompagner d'une réflexion sur la place des médecins dans la gestion des établissements</b> .....	21
2.1 <i>La réussite du projet suppose de développer une stratégie d'élaboration et de diffusion de nouvelles pratiques managériales</i> .....	21
2.1.1 Pour réussir, le projet doit s'appuyer sur les besoins exprimés par les médecins et être porté institutionnellement par la CME .....	21
2.1.2 L'offre de formation des managers doit répondre aux aspirations et contraintes du corps médical .....	25

2.1.3	La réussite du projet suppose également de s'intéresser aux modes de diffusion des nouvelles pratiques managériales.....	28
2.2	<i>La diffusion de nouvelles pratiques managériales doit s'accompagner d'une réflexion sur la place des médecins dans la gestion des établissements.....</i>	<i>30</i>
2.2.1	Le contenu de la délégation de gestion doit être interrogé afin de laisser plus de place aux médecins dans la conduite des projets .....	30
2.2.2	Les établissements peuvent également s'appuyer sur les médecins à côté ou dans les directions fonctionnelles .....	35
	<b>Conclusion.....</b>	<b>39</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>I</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>IV</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

APHP – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

BEAT – Bien Etre Au Travail (groupe)

CME – Commission Médicale d’Etablissement

CNG – Centre Nationale de Gestion

DAM – Direction des affaires médicales

DIM – Département d’Information Médicale

DPI – Dossier Patient Informatisé

EHESP – Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EIAS – Evènement Indésirable Associé au Soins

EMAMH – Ecole de Management des Médecins des Hôpitaux

ENEIS – Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux soins

FHF – Fédération Hospitalière de France

GHT – Groupement Hospitaliers de Territoire

HOP – Hôpital de Parcours

Loi HPST – Loi portant réforme de l’Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et au Territoire

HUGO – Hôpitaux Universitaire du Grand Ouest

IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales

INPH – Intersyndicat National des Praticiens des Hôpitaux

ONDAM – Objectif Nationale de Dépenses d’Assurance Maladie

PACTE – Programme d’Amélioration Continue du Travail en Equipe

PMSI – Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information

PU-PH – Professeur d’Université – Praticien Hospitalier

QVT – Qualité de Vie au Travail

T2A – Tarification à l’Activité

TIM – Techniciens de l’Information médicale





## Introduction

*« Le seul véritable voyage, le seul bain de Jouvence, ce ne serait pas d'aller vers de nouveaux paysages, mais d'avoir d'autres yeux, de voir l'univers avec les yeux d'un autre, de cent autres, de voir les cent univers que chacun d'eux voit, que chacun d'eux est »*

*Marcel Proust, La Prisonnière*

Marcel Proust rappelle que si nous traversons l'univers en conservant le même regard sur les choses, nous ne ferons que transposer sur de nouveaux territoires notre perception de la Terre. Il faudrait donc pour voyager véritablement accepter de regarder les choses différemment.

C'est le chemin que tente actuellement de faire le CHU de Montpellier, en interrogeant ses pratiques managériales et en laissant aux managers, à l'occasion du nouveau projet d'établissement, le soin de définir et de mettre en œuvre leur propre projet. Celui-ci, élaboré et mis en œuvre de manière participative et décloisonnée médical et non médical, a pour ambition *« d'accroître la capacité des managers du à faire face aux projets et aux transformations de l'établissement, en en faire des moteurs puissants d'animation de la communauté hospitalière »*.

Cette volonté part d'un constat, partagé entre les acteurs, d'un sentiment de malaise des cadres et de la montée des tensions notamment au sein de la communauté médicale. Cette situation, que rencontre de nombreux établissements en France aujourd'hui, est d'autant plus paradoxale que la culture du dialogue est fortement présente au CHU de Montpellier et notamment avec les médecins. En effet, il existe une cogestion à travers la délégation faite aux pôles sur un certain nombre de sujets, depuis 2007.

Les différentes réorganisations mises en place depuis une vingtaine d'années ont, sans nul doute, amené les managers à devoir gérer des injonctions paradoxales. Les contraintes financières ont induit un resserrement de la délégation de gestion, qui génère par ailleurs une certaine frustration des chefs de pôle. L'organisation polaire suscite également des insatisfactions en ce qu'elle a rajouté pour beaucoup de médecins un échelon supplémentaires entre eux et la direction.

Le projet d'établissement 2018-2022 était donc l'occasion de reposer les différents enjeux et se donner les moyens de répondre aux besoins exprimés par les managers.

En effet, les transformations à mener dans les années qui viennent ne pourront réussir sans l'adhésion des managers, l'implication de la communauté médicale étant, dans ce cadre, essentielle.

Or, la culture managériale est assez éloignée des études de médecine. Les praticiens hospitaliers sont souvent amenés à gérer des équipes sans l'avoir réellement souhaité, sans y être préparé et sans avoir de temps, ni de reconnaissance attachées à ces missions. La gestion des conflits devient pour eux un exercice quotidien de plus en plus complexe.

Pourtant, le travail en équipe est souvent ce qui motive les médecins à exercer dans le secteur public. La qualité de l'animation de cette équipe a des impacts importants sur les conditions de travail des agents et sur la qualité des soins. Dès lors, la mise en place d'un projet managérial qui puisse s'adresser aux médecins paraît indispensable.

Associée à l'élaboration et à la mise en place de ce projet depuis automne 2017, je me suis donc particulièrement intéressée à cette question.

Dans ce contexte, j'ai pu, au cours de cette expérience et dans le cadre de ce mémoire, tenter de répondre à différentes questions :

- Comment associer les médecins à la réflexion pour que le projet managérial puisse répondre au mieux à leur situation ?
- Former les médecins au management est-il une condition suffisante de leur implication dans la gestion des affaires de l'établissement ?
- N'est-il pas nécessaire d'accompagner ce travail d'une réflexion sur les modalités d'association des médecins à la gestion des établissements afin que ces derniers puissent détenir plus de leviers managériaux?

L'objet de ce mémoire est de réfléchir, à partir du cas de la mise en place du projet managérial sur le CHU de Montpellier, à la manière dont une direction peut, dans un contexte de tension, impliquer positivement les managers médicaux dans les transformations de l'établissement.

En effet, à l'heure où les hôpitaux réorganisent leurs prises en charges et réfléchissent à leur parcours de soins, il paraît indispensable de rendre les médecins acteurs et force de propositions afin qu'ils soient eux-mêmes moteurs auprès des équipes.

J'ai réalisé ce travail en confrontant l'expérience menée au sein de l'établissement à des entretiens avec des praticiens du CHU et d'autres établissements. J'ai également souhaité rencontrer des directions d'autres établissements qui mettent en œuvre les mêmes dynamiques pour recueillir leurs expériences. Au-delà de la mise en place du projet managérial j'ai également tenté d'analyser, au regard des questions que je me posais, les projets en cours dans l'établissement et les réflexions qui débutaient autour de la délégation de gestion.

**Parce qu'il répond à des problématiques essentielles qui traversent la communauté médicale et plus généralement le monde hospitalier, le projet managérial doit permettre d'impliquer positivement les médecins dans les transformations des établissements (I)**

**La réussite du projet managérial suppose toutefois de développer une stratégie d'appropriation des nouvelles pratiques par les médecins managers et doit s'accompagner d'une réflexion sur la place des médecins dans la gestion des établissements (II)**

# **1 Dans un contexte national de tension, le projet managérial du CHU de Montpellier doit permettre d'impliquer positivement les médecins dans les transformations des établissements**

## **1.1 Le malaise exprimé nationalement par les praticiens hospitaliers met en lumière les faiblesses du management médical**

### **1.1.1 La montée en puissance des tensions est à resituer dans un contexte national de profondes transformations du monde hospitalier**

**Les hôpitaux vivent depuis une vingtaine d'années un mouvement de réformes** visant à maîtriser des dépenses de santé, à adapter ces derniers aux évolutions sociétales et aux nouvelles demandes en soins. La réduction du temps de travail, l'organisation polaire, la mise en place progressive de la tarification à l'activité, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), puis la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont profondément modifié les modes de financements, de gouvernance et d'organisation du travail aux seins des établissements publics de santé.

La réduction du temps de travail, dans les années 2000, a eu des impacts forts sur les organisations de travail. La tarification à l'activité, à compter de 2004, relie le financement des établissements à l'activité de ces derniers. Cette réforme a été vivement critiquée par une partie du monde médical. Elle aurait introduit des exigences de rentabilité dans la prise en charge humaine des patients ce qui serait par nature contradictoire. Cette réforme a été d'autant mal vécue que sa mise en place correspond à une période où l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), outil de maîtrise des dépenses de santé, devenait quant à lui de plus en plus contraint. Cette critique est relevée par le rapport Véran, en 2017, qui indique qu' « *avec la T2A on mesure et on sanctionne les performances économiques des établissements au risque de privilégier indûment cette dimension financière par rapport à la mission première des établissements de santé : délivrer des soins de qualité.* »<sup>1</sup>

En parallèle, la gouvernance des établissements a connu, du côté des structures médicales, une réorganisation avec la mise en place des pôles en 2005, issue de la volonté de donner une plus grande autonomie à ces structures et de développer une forme de cogestion administration/médecin dans les établissements.

---

<sup>1</sup> VERAN O, 2017, «L'évolution des modes de financement des établissements de santé »

La loi HPST, en 2009, réforme également la gouvernance de l'hôpital. Selon un directeur général de CHU, cette réforme s'est accompagnée d'un discours politique décrétant une prééminence du chef d'établissement, ce qui a pu avoir des conséquences négatives.

Enfin, la mise en place des GHT, replace les établissements dans un contexte territorial en posant les jalons d'une réflexion sur les parcours de soins. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) note en 2016 que « *la mise en œuvre des nouvelles organisations médicales dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire suscite des craintes importantes pour bon nombre d'acteur en terme de gestion de ressources humaines médicales et de risques psychosociaux* ».<sup>2</sup>

L'hôpital, au-delà de ces mouvements de réformes, doit adapter ses modes de prise en charge, sous l'impulsion d'innovations et des nouvelles demandes en soin avec des conséquences sur les organisations. Ces évolutions entraînent de profonds bouleversements dans les pratiques médicales et soignantes, générant des réorganisations de services aux conséquences multiples.

Dans le même temps les praticiens hospitaliers voient arriver de nouvelles générations avec des aspirations et un rapport différent au travail : ce qu'on appelle le « management de la génération Y et maintenant Z. ». Ces nouvelles générations posent de manière forte des aspirations à une meilleure articulation entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Elles portent également une attention toute particulière aux modes de management et privilégient notamment les aspects collaboratifs et participatifs.

### **Ces réformes ont conduit à des changements dans les organisations du travail qui peut expliquer le malaise au sein de la communauté médicale.**

Le rythme soutenu des réformes peut être générateur de difficultés. Selon Thierry Nobre<sup>3</sup>, la succession de réformes a « *entraîné une sédimentation de couches de projets de transformation, avec un accompagnement pour le moins réduit, et dont le résultat est rarement à la hauteur des objectifs visés* ». Dans ce contexte, les antagonismes et les clivages professionnels préexistants peuvent se durcir et être à l'origine de conflit.

Le Rapport pour un « pacte de confiance pour l'hôpital », remis en 2013 par Edouard Couty à la Ministre des affaires sociales et de la santé, indique qu' « *en une dizaine d'années, l'hôpital public a perdu progressivement ses repères, à l'instar de très nombreux*

---

<sup>2</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016 « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, mise en responsabilité des médecins, recommandations pour une amélioration des pratiques »

<sup>3</sup> NOBRE T, 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, 320 p.

*professionnels qui y travaillent. Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalise des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus et que se dégradent leurs conditions de travail et d'exercice. »<sup>4</sup>*

Des auteurs pointent les effets des réformes sur les conditions de travail. Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty dans un article intitulé « l'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes » publié dans le journal « connaissance de l'emploi » indiquent que « *les réformes de l'institution hospitalière, si elles ont contribué à accroître la productivité du travail et à respecter l'objectif de maîtrise des dépenses de santé, ont aussi conduit à prendre l'emploi comme une variable d'ajustement et à sous-estimer les incidences sur le travail.* »<sup>5</sup>. Le rapport de l'IGAS datant de 2016, précédemment cité, met en avant « *les liens entre les contraintes hospitalières et les situations de souffrance et pointe le décalage entre les attentes de l'hôpital et celles du professionnel, le conflit de valeurs, la charge de travail et les rythmes hospitaliers, le manque de temps d'écoute et d'échanges.* »<sup>6</sup>

La mise en place des pôles visait à développer le dialogue entre le corps médical et la gouvernance administrative. Des critiques émergent pourtant, sur les conditions de la délégation de gestion ainsi que sur le fonctionnement interne des pôles. Le rapport des conférences hospitalières présenté par Philippe DOMY en mars 2014<sup>7</sup> conclue à un bilan positif de cette nouvelle organisation mais note cependant « *une position plus nuancée des praticiens hospitaliers, notamment quant au constat de désinvestissement institutionnel d'une majorité des médecins et des anciens chefs de service* ». Il existe un paradoxe entre, le développement dans les établissements d'une forme de cogestion entre le corps médical et les directions administratives autour de la délégation de gestion, et la montée en puissance d'un sentiment de malaise.

Les praticiens hospitaliers depuis des évènements tragiques mettent médiatiquement en avant leurs difficultés à exercer leur profession. Selon l'inspection générale des affaires

---

<sup>4</sup> COUTY E, SCOTTON C, mars 2013, « le pacte de confiance pour l'hôpital », synthèse des travaux, 76 p.

<sup>5</sup> GEORGHU M D, MOATTY F, janvier 2014, « L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes », Connaissance de l'emploi, n°109

<sup>6</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016 « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, mise en responsabilité des médecins, recommandations pour une amélioration des pratiques »

<sup>7</sup> DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D et al, mars 2014, « bilan et évaluation des pôles dans les établissements de santé », Rapport remis à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

sociales « *les cas dramatiques récents de suicides de médecins, ont certainement libéré la parole et accélérés la prise de conscience de la souffrance au travail des médecins hospitaliers* »<sup>8</sup>. Or, les situations de malaises exprimées font souvent suite à des conflits mal ou non gérés. Ces événements interrogent donc le management et plus particulièrement le management médical.

### 1.1.2 Il existe un lien entre ces tensions et les difficultés liées au management médical

#### **Les médecins exercent des responsabilités managériales sans nécessairement y avoir été préparé.**

Les médecins en milieu hospitalier exercent très tôt des responsabilités managériales en accompagnant des étudiants, internes ou externes dans leur apprentissage, en gérant des équipes médicales et en animant des services comprenant des personnels administratifs, paramédicaux, techniques. Qu'ils soient chefs de pôle, responsables de départements, d'équipes ou de structures, ils animent des collectifs de travail.

Certains d'entre eux ont par ailleurs fait le choix de s'investir dans des délégations médico-administratives sur des sujets tels que la qualité, les systèmes d'information ou la recherche. Au CHU de Montpellier, le directeur de la qualité et de la gestion des risques est issu du corps médical. Le médecin manager est donc une réalité très hétérogène. Il ressort des entretiens menés auprès de managers médicaux du CHU de Montpellier que l'aspect « management des équipes » n'est souvent qu'une conséquence de leur prise de responsabilité. Ils considèrent rarement le management comme un choix mais plutôt comme une conséquence. Devenus Professeur d'Université – Praticien Hospitalier (PU-PH) ou ayant une certaine expérience de praticien, ils deviennent responsables d'une équipe en raison de leurs travaux de recherches ou de leurs compétences cliniques et non en raison de compétences managériales détectées. Pour autant, ils ont des responsabilités importantes auprès des équipes.

Le rapport IGAS précité, note que « *le rôle du praticien mis en responsabilité managériale apparait primordial à la fois pour éviter d'être lui-même à la source de risques psychosociaux (RPS), mais bien évidemment pour les prévenir, les détecter et les gérer au sein de son équipe.* »<sup>9</sup>. Les praticiens managers interrogés, conscients de cette situation, se disent pour la plupart, peu formés, rarement préparés, et regrettent de n'avoir aucun temps dédié pour ces fonctions.

---

<sup>8</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016 « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, mise en responsabilité des médecins, recommandations pour une amélioration des pratiques »

<sup>9</sup> idem

**De nombreuses situations de tensions et de conflits sont en lien direct avec des problématiques de management.**

Les situations de souffrances observées au sein des équipes médicales révèlent fréquemment des problématiques liées à l'exercice des responsabilités ainsi qu'à la gestion des relations interpersonnelles dans les établissements. Ainsi l'IGAS note-t-elle que « *parler des risques psychosociaux conduit inévitablement à parler de management et du rôle de managers. Le manager peut être à l'origine des RPS ou cible potentielle puisqu'il est l'interface entre son équipe et son propre encadrement.* ». <sup>10</sup>

Dans le même sens, une enquête réalisée par le Centre National de Gestion en 2011, annexée au rapport « Exercice médical à l'hôpital », auprès de praticiens de toutes disciplines et de tous statuts, au sein de 305 établissements note « *une insatisfaction de 57,6% sur la prévention et la gestion des conflits* » <sup>11</sup>.

Une enquête en ligne de l'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers) réalisée en novembre 2015, relève que les praticiens hospitaliers relient leur mal-être majoritairement « *à un management absent, inadapté, voire opaque* ». <sup>12</sup>

Or, les attentes des praticiens vis à vis du management sont fortes. Les entretiens menés au CHU de Montpellier avec de jeunes médecins font apparaître la préoccupation croissante pour la prise en compte par les managers du bien-être et des attentes de l'équipe.

Une enquête réalisée par la Fédération de l'Hospitalisation de France (FHF) et le cabinet Arthur Hunt entre le 15 mai et le 27 juin 2017 auprès de plus de 5600 médecins et étudiants sur l'attractivité médicale, relève de fortes attentes des équipes vis à vis du management médical.

Enquête FHF- Arthur Hunt Group – mai/juin 2017 (annexe 1)

**Les constats : 82% des médecins répondants estiment que la préservation des relations inter-personnelles est aujourd'hui une priorité du management médical**



82% : La préservation des relations interpersonnelles est une priorité pour le management médical



67% : L'encadrement médical s'implique pour garantir le respect des règles de fonctionnement du service

<sup>10</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016 « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, mise en responsabilité des médecins, recommandations pour une amélioration des pratiques »

<sup>11</sup> AUBART F, DELMOTTE, VERAN O, 2011, « Exercice médical à l'hôpital »

<sup>12</sup> LE MAG DE L'INPH, août 2016 « l'insoutenable légèreté de l'être », n°8 p24-26

**Les attentes sont d'autant plus fortes que les nouvelles générations ne se reconnaissent que très peu dans les pratiques managériales classiques.**

Comme le souligne Thierry Nobre<sup>13</sup>, les managers pour faire face aux nouveaux enjeux, sont « amenés à interroger leurs pratiques issues de principes canoniques ». En effet, traditionnellement les modes d'organisation des collectifs étaient structurés autour de dispositifs très hiérarchique et cela est particulièrement vrai dans les établissements hospitalo-universitaire où la figure du « patron » PUPH est encore très présente.

Henri Fayol, considère le management comme le fait de « *planifier, organiser, commander, coordonner, contrôler* »<sup>14</sup>. Cela ne correspond plus totalement aux missions du manager. Il existe actuellement des enjeux forts autour de la création du collectif et du positionnement du leadership, entendu comme la capacité d'influencer par les relations interpersonnelles, les comportements des membres de l'équipe pour atteindre un but commun et donc comme un facteur de performance des ressources humaines.



Les jeunes médecins ont de nouvelles attentes en termes de management. Le magazine « What's up doc » a réalisé un sondage auto-administré sur le web en 2016 auprès de jeunes médecins. Les résultats démontrent que les schémas dits « mandarinaux » sont plutôt rejetés par les nouvelles générations :

« - 2/10 voient dans les PUPH une bonne raison de quitter le CHU

- 4/10 les situent dans un autre monde. »<sup>15</sup>.

La directrice de la politique sociale médicale d'un CHU du sud de la France, au cours d'un entretien, indique que « les jeunes médecins ne cherchent pas « plus d'argent » mais « plus de temps », et trouve à ce propos, la réforme des 39 heures aux urgences symbolique de ce changement d'aspirations. ». Pour autant, la pratique managériale des responsables médicaux évolue peu et ne répond pas nécessairement à ces attentes.

### **1.1.3 Ces faiblesses managériales tiennent à des raisons structurelles et conjoncturelles**

**La formation initiale des médecins ne comprend pas de modules d'enseignements liés au management.**

Si tous les médecins ne se destinent pas à une carrière hospitalière, l'animation d'une équipe reste pourtant une réalité pour bon nombre d'entre eux. Il ressort de l'entretien mené avec le doyen d'une faculté de médecine du sud de la France, que les enseignements

<sup>13</sup> NOBRE T, 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, 320 p

<sup>14</sup> FAYOL H, 1916, *Administration industrielle et générale*, Dunod, 230 p

<sup>15</sup> HOSPITALIA, 9 mai 2016 « génération Y médicale : les PU-PH, un autre monde pour 4 jeunes médecins sur 10 », Hospitalia, disponible sur internet : <https://www.hospitalia.fr>



universitaires ne comprennent pas de modules en lien avec le management. Le doyen relève que « *les années de formation, à ce stade, sont très denses et que tout ajout d'enseignement apparaît complexe.* ». Si cela n'apparaît pas une évidence pour les enseignants, les jeunes médecins rencontrés dans le cadre d'entretiens au CHU de Montpellier, relèvent le caractère très individualiste des études de médecine. Ils regrettent le peu d'échanges entre pairs ou au sein d'équipes au cours des études. L'un d'entre eux note que « *la place de l'initiative chez l'étudiant est très faible* ». Une formation au management dans ce contexte permettrait très utilement de proposer des alternatives à un mode de fonctionnement peu collaboratif. En réponse à ces besoins, les jeunes praticiens s'organisent. Ainsi, par exemple, le collège des jeunes orthopédistes, animé par un chef de clinique de CHU, a choisi lors de sa prochaine table ronde de s'intéresser au management médical. Le thème des échanges sera en octobre 2018 « *le savoir être, le faire savoir, le module XII* ». Les enseignements d'orthopédie ne comptent que XI modules. L'annonce de cet évènement sur leur site internet démontre les attentes non satisfaites de ces chefs de clinique sur le volet managérial. Il est, en effet, indiqué : « *module XII : Tu as la désagréable impression que malgré les quantités colossales de cours durant ton cursus, personne ne t'a jamais appris à gérer une équipe ?* »<sup>16</sup>

### **Les médecins, une fois en milieu hospitalier, se forment peu sur les sujets managériaux.**

Une recherche menée au sein de la direction des affaires médicales du CHU de Montpellier, révèle que, sur ces trois dernières années, seulement 18 médecins ont participé à des formations en lien avec le management. Une formation portait sur les finances, le contrôle de gestion et les outils de pilotage. Les participants étaient majoritairement des chefs ou adjoints de pôle. Pour autant le besoin et l'envie existent. Les documents de travail du service formation mettent en évidence des retours positifs de nouveaux managers sur les propositions de formations à la prise de fonction. Une récente enquête précitée de la FHF plébiscite ces outils managériaux.

Enquête FHF- Arthur Hunt Group – mai/juin 2017 (annexe 1)



#### **Les outils et pratiques de management identifiées comme importantes**



<sup>16</sup> <http://www.cjortho.fr/>

## **L'organisation en pôle peut générer des difficultés de fonctionnement supplémentaires.**

Il existe une forme de paradoxe, entre le développement du dialogue au sein des établissements, et l'expression d'insatisfaction des médecins et des chefs de pôle. Engagée en 2005, la mise en place des pôles contribue en principe à la connaissance réciproque, en développant le dialogue entre les médecins et les directions. Pourtant, différentes études mettent en avant les difficultés liées à ces nouvelles organisations. En plaçant le médecin chef de pôle dans une situation de maillon intermédiaire entre l'administration et le chef de service, les médecins ont pu avoir le sentiment que l'on éloignait d'eux le lieu de prise de décision. Pour autant, les chefs de pôles ne disposent pas d'autorité hiérarchique sur leurs collègues ce qui peut les placer dans une situation managériale difficile. Laetitia LAUDE professeure en management des organisations de santé au sein de l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), auteure d'une étude sur cette organisation, note que « *les chefs de service ne reconnaissent pas de fonction d'autorité au chef de pôle.* »<sup>17</sup>. Par ailleurs, cette nouvelle organisation a généré des insatisfactions au sein des pôles sur les modalités d'association et de représentation des professionnels. Le rapport des Conférences Hospitalières précité sur le fonctionnement des pôles relève que « *les personnels médicaux ne disposent pas de suffisamment d'informations pertinentes sur les orientations stratégiques de l'hôpital* ». L'organisation polaire a donc posé de nouvelles problématiques managériales auxquelles les établissements doivent répondre.

**L'exercice, par les médecins et les directions, de responsabilités conjointes suppose de développer des relations de confiance.** Le conflit de légitimité qui peut subsister dans les établissements entre médecins et directions sur la gouvernance, met en tension ce rapport de confiance. Or, la question de la confiance est un enjeu central des relations des directions avec les médecins. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si l'objet du rapport remis en 2014 par Edouard Couty à la Ministre des affaires sociales et de la santé se nommait « le pacte de confiance pour l'hôpital ».<sup>18</sup> Une des conditions posées par ce rapport pour rétablir la confiance est d'établir dans l'hôpital « *des conditions d'organisation et de fonctionnement équilibrées, ainsi qu'un management qui permette de structurer un vrai dialogue social.* ». Les entretiens menés auprès des praticiens hospitaliers du CHU de Montpellier montrent qu'ils sont souvent, et notamment en début de carrière, dans l'ignorance du fonctionnement de l'institution. La méconnaissance des médecins de la

---

<sup>17</sup> LAUDE L, BARET C, FELLINGER F, février 2015, « Exploration des pôles Terra Nova du management hospitalier, Revue Hospitalière de France,

<sup>18</sup> COUTY E, SCOTTON C, mars 2013, « le pacte de confiance pour l'hôpital », synthèse des travaux,

culture management et de gestion peut générer une forme de méfiance à l'égard des décisions de l'administration. Les demandes récurrentes des chefs de pôle ou de médecins, à l'occasion de différentes instances du CHU de Montpellier, de justifier les chiffres avancés ou les analyses médico-économiques produites par service du contrôle de gestion, sont une illustration de ces difficultés de fonctionnement. Comme le note Raphaël Enthoven, philosophe, dans un entretien donné au magazine *Managers de Santé*, « *la confiance est une marque de souveraineté face à un sentiment de perte de souveraineté* ». La construction d'une culture commune dans ce contexte revêt donc un enjeu fort.

Raphaël Enthoven, dans le même entretien, précise que la confiance est un choix initial : « *Si tout allait bien, on n'aurait pas besoin de se faire confiance. Cela permet de mieux accepter l'incertitude.* »<sup>19</sup>. Or, la décision en situation de crise, met à l'épreuve la qualité des relations entre directeurs et médecins. La confiance doit donc préexister pour permettre de faire face à une situation critique

La pression budgétaire peut donner l'impression aux médecins qu'ils disposent de moins en moins de champ d'action. Une enquête présentée en 2014, par le groupe « Bien-être au travail » (BEAT) de la commission médicale d'établissement du CHU de Montpellier, sur le partenariat médecins-directeur relève que « *le poids des préjugés réciproques est à l'œuvre, d'autant plus que le système de santé est financièrement et réglementairement contraint* ». Selon cette étude, l'obstacle majeur à une communication efficace peut se résumer « *à la méconnaissance de l'autre et du domaine de l'autre.* » (annexe 2)

Philippe Domy, à l'époque directeur général du CHU de Montpellier, dans le même magazine, considère que « *les transformations engagées ont pu être portées grâce à la mobilisation de l'ensemble des professionnels. Il considère que la confiance est un véritable enjeu dans la mesure où, si les choses ne s'améliorent pas, on risque d'assister à une démobilitation interne.* »

La situation actuelle peut refléter cette réflexion. En effet, les efforts consentis ont permis au CHU de retrouver une situation financière saine, mais pas encore de recevoir les financements nécessaires pour réaliser les projets envisagés. Le travail sur le nouveau schéma directeur immobilier s'organise dans ce contexte, avec des réticences du corps médical liées aux précédentes expériences.

**De nombreuses missions d'enquêtes concluent à la nécessité de renforcer l'organisation polaire en accompagnant les médecins dans l'exercice managérial que cela suppose.** Le bilan de l'organisation en pôles d'activités ainsi que des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé dressé par l'IGAS en 2010 indique que : « *Cinq ans après la mise en place du modèle, les auteurs constatent l'émergence*

---

<sup>19</sup> MANAGER DE SANTE, septembre octobre 2013, « Dossier : la confiance »

*d'un consensus quant à l'importance de l'implication des médicale dans le leadership des établissements de santé »<sup>20</sup>.*

Le rapport formule toutefois deux recommandations :

*« - Soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles sans imposer de schéma unique d'organisation*

*- Accompagner les chefs de pôle dans le mangement du corps médical en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés »*

Dans le rapport précité pour un « pacte de confiance pour l'hôpital », Edouard Couty indique qu'il est indispensable de « *clarifier les responsabilités respectives des chefs de pôle, de fédération ou de département et des chefs de services ou d'unités de soins.* »<sup>21</sup>. Il préconise une démarche participative à tous les niveaux, basée sur la reconnaissance des acteurs et à travers des actions d'information et de concertation. La mission évoque déjà la nécessité de réfléchir à une charte du management et du dialogue social pour guider les responsables dans leurs fonctions de direction, d'animation, d'arbitrage et d'encadrement. La mission précise que cela « *engagerait les acteurs hospitaliers pour un dialogue social loyal, ouvert, actif et opérant dans les établissements de santé.* »

La mission attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public menée par Jacky Le Menn en novembre 2014 à la demande de la Ministre des affaires sociales et de la santé estime qu'il faut « *encourager l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital par la promotion du management médical, à son animation et au fonctionnement des espaces d'expression de proximité* »<sup>22</sup>.

Enfin le rapport des conférences hospitalières sur le fonctionnement des pôles indique qu'il faut favoriser le droit d'expression direct, le dialogue ainsi que le management participatif au sein des pôles. Le rapport précise qu'il faut « *actualiser le contenu des programmes de formation aux fonctions de chef de pôle (intégrant le management participatif), former les responsables d'unité, de service et de département (rôle moyen et délégations dont ils disposent pour agir).* ».

Les réflexions menées par de nombreuses missions d'enquête conduisent donc à interroger le management médical et proposent notamment de développer des outils pour

---

<sup>20</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, mai 2010, « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, la documentation française »,

<sup>21</sup> COUTY E, SCOTTON C, mars 2013, « le pacte de confiance pour l'hôpital », synthèse des travaux,

<sup>22</sup> LE MENN J, CHALVIN P, novembre 2015 « L'attractivité de l'exercice médical public », Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

accompagner les médecins managers dans leurs fonctions. Le projet managérial s'inscrit dans cette dynamique.

## **1.2 La mise en place d'un projet managérial associant les médecins peut permettre d'impliquer positivement ces derniers dans les transformations des établissements**

### **1.2.1 La mise en place d'un projet managérial peut permettre d'impliquer les médecins dans les transformations, de développer la motivation des praticiens et, in fine, d'améliorer la qualité des soins**

- Donner des outils aux managers médicaux pour rendre plus efficiente la délégation de gestion au sein des pôles

**Le développement d'une stratégie à destination des managers médicaux, peut permettre de développer leur implication dans les transformations de l'établissement, pour rendre plus efficiente l'organisation polaire.** Cette implication est une condition essentielle de la réussite des projets. S'intéresser au management hospitalier suppose de prendre en compte les spécificités de l'organisation hospitalière. De nombreuses études démontrent que les hôpitaux ont une sociologie très spécifique qui doit s'accompagner de modes de gouvernance adaptés.

Le sociologue américain, **Eliot Freidson**, consacre l'ensemble de son œuvre à l'étude des professions, de la professionnalisation ou plus exactement aux "occupations", à commencer par la profession médicale. Il décrit dans « *la profession médicale* »<sup>23</sup> paru aux Etats-Unis en 1970, l'organisation officielle de la profession médicale, les conditions et le déroulement du travail quotidien des médecins. Il démontre que la profession médicale a été à l'origine des modes d'organisation du système de santé, et ce, jusque dans les années 1930. L'Etat fédéral agit alors comme un agent de légitimation de la profession médicale. Dans les années 1960, l'Etat fédéral devient une des principales sources de financement. Il active alors des mécanismes de marché, encourageant l'émergence de formes organisationnelles diverses.

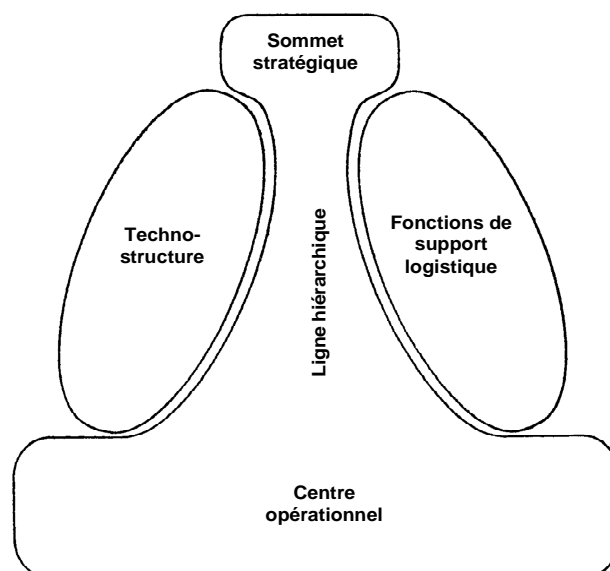
Si l'on observe les transformations de l'hôpital public en France, on remarque qu'elles ont conduit à placer les fonctions administratives en situation de pilotage des établissements installant progressivement un conflit de légitimité.

---

<sup>23</sup> FREIDSON E, 1970, Profession of Medicine : a Study of the sociology of applied knowledge, University of Chicago Press, 409 p

Dans les années 1980, **Henri Mintzberg**, dans « structure et dynamique des organisations »<sup>24</sup> décrit cinq organisations selon le poids relatif de des composantes identifiées.

Mintzberg intègre l'hôpital dans le modèle de la bureaucratie professionnelle. Dans ce cette hypothèse il conclue que le sommet stratégique (les administratifs) ne peut conserver son pouvoir que si son action sert efficacement les intérêts des professionnels (les médecins) et que si les questions stratégiques sont sous le contrôle de ces derniers.



Dans le prolongement de ces réflexions, **Michel Cremadez**, dans les années 1990, observe les relations entre direction et médecins, et pose le principe d'une ligne hiérarchique brisée entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, rendant obligatoire les négociations et concertations avec le corps médical<sup>25</sup>. Un directeur général de CHU, indique au cours d'un entretien, que « *la question alors, n'est pas de supprimer la fracture mais de savoir comment la réduire* ».

La France a engagé tardivement la réflexion sur la mise en responsabilité des médecins. L'organisation polaire poursuit ce but mais n'est pas nécessairement suffisante. La mise en place d'une stratégie à destination des managers médicaux à travers le projet managérial peut donc permettre à ces derniers de se saisir des délégations pour s'impliquer plus efficacement dans la gestion de l'établissement. Cela suppose de développer le management par projet, l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité afin de créer des espaces de dialogue et de langage commun. Le développement des projets dépend de la capacité des établissements à construire des logiques communes avec le corps médical.

Dans le même sens, la directrice de la politique sociale médicale d'un CHU, conçoit le projet managérial en cours d'élaboration dans son établissement « *comme un accompagnement à la délégation de gestion* ». En effet, au sein de ce CHU, la délégation de gestion est particulièrement développée. Elle indique que « *l'intégralité des dépenses du titre I et une partie du titre III sont aujourd'hui de la responsabilité des pôles* ».

<sup>24</sup> MINTZBERG H, 1982, Structure et dynamique des organisations, Éditions d'Organisation, 434 p,  
<sup>25</sup> CREMADEZ M, 1992, Le management stratégique hospitalier, InterEditions, 320 p

Cela a permis, selon elle « *d'activer des leviers que les directions administratives n'avaient pas imaginé* ». Le pôle a un objectif de taux de marge qui est contrôlé. Ce système fait des chefs de pôle des « *super-gestionnaire* ».

Dans ce contexte les éléments de formation actuels ne permettent pas de donner assez d'outil aux chefs de pôles. Les réflexions dans le cadre du projet managérial dans ce CHU ont donc pour vocation de permettre aux médecins managers de mieux appréhender les délégations effectuées.

En complément de ce dispositif chacun des directeurs fonctionnels est référent pour un pôle. La direction générale considère que cela doit représenter un tiers du temps des directeurs. Le directeur, de ce fait, participe à la vie du pôle et contribue ainsi à construire un lien de confiance entre le corps médical et les directions fonctionnelles.

- Développer la motivation des médecins :

**La mise en place d'une stratégie à destination des managers médicaux a, par ailleurs, des conséquences directes sur l'attractivité des fonctions de praticiens hospitaliers.**

En effet, le choix d'être médecin dans le secteur public hospitalier est loin d'être une évidence notamment dans certaines spécialités.

Un praticien hospitalier en cardiologie d'un établissement de l'est de la France rappelle au cours d'un entretien que « *bon nombre de ses confrères ont fait le choix d'exercer en libéral ou dans le système privé* ». La motivation des praticiens à exercer en hôpital public peut donc être interrogée.

**Elton Mayo**, psychologue, mène des expériences dans les entre 1927 et 1932 dans des usines de la Western Electric Company. Ses conclusions vont donner naissance à l'«*école des relations sociales* ». Il va chercher à comprendre les facteurs de motivation des individus et montre l'importance de la coopération interne. C'est un des premiers à avoir travaillé sur les collectifs de travail. La coopération est, selon lui, un puissant facteur de performance et de motivation.<sup>26</sup>

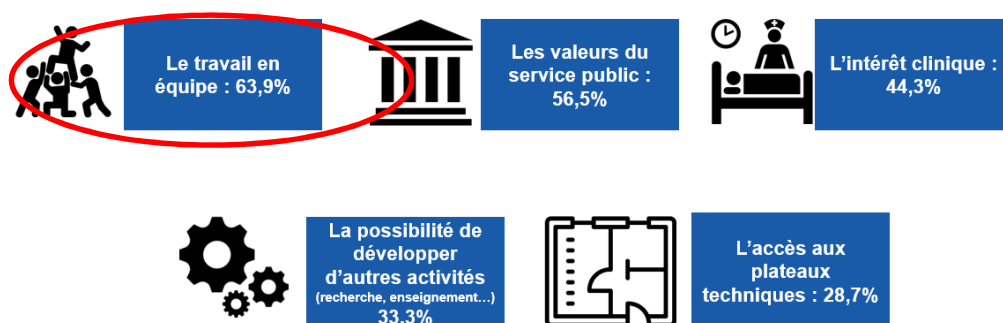
**Frederick Herzberg**, psychologue, observe à la fin des années 1950, que les facteurs de motivation se rapportent essentiellement au contenu du travail. Ils sont associés à la satisfaction au travail. On retrouve comme facteurs : « *les accomplissements (le travail bien fait), la reconnaissance des accomplissements, le travail proprement dit, la responsabilité ou avancement, la possibilité de développement.* »<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> MAYO E, 1945-1949, Réédité en 2007. *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Routledge, 204 p

<sup>27</sup> HERZBERG F., MAUSNER.,1959, *The Motivation to Work*. John Wiley. New York., Chapman & Hall, 157 p

Au sein du monde hospitalier, différentes études et notamment la récente enquête nationale FHF- Arthur Hunt précitée, tend à démontrer que les éléments qui fondent l'attractivité de l'hôpital public sont principalement : le travail en équipe et les valeurs du service public.



La qualité du travail en équipe peut être déterminante pour l'attractivité d'un établissement et la motivation des praticiens qui y travaillent.

Le projet managérial s'inscrit dans cette logique. Il peut permettre de développer chez les médecins managers une culture du travail en équipe, de fournir des outils pour apprendre à organiser ce travail collectif et ainsi attirer et fidéliser le personnel médical.

- Améliorer la qualité des soins

**Le développement de nouvelles pratiques managériales collaboratives et participatives peut avoir des effets positifs sur la qualité des soins.**

Les pratiques managériales sont un maillon essentiel de la culture qualité comme le montre différentes expériences :

**- L'exemple du programme PACTE<sup>28</sup> :**

PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe), est une expérimentation conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle vise à diminuer la survenue des événements indésirables grâce au travail en équipe, et à sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient, en faisant de l'équipe une barrière de sécurité.

Dans la présentation de PACTE, la HAS rappelle que les causes analysées des EIAS (événements indésirables associés aux soins) sont souvent liées au fonctionnement des équipes. Cette expérimentation met donc en place avec les équipes des outils de communication, d'animation d'équipe et de leadership visant à développer une culture de la sécurité commune. La HAS indique que l'un des maillons essentiels de la transmission de cette culture, est le chef de pôle. En tant que « pair » de ses collègues, il a, selon la HAS, « un rôle essentiel à jouer pour favoriser la culture positive de l'erreur et de la sécurité

<sup>28</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte)



*des soins* ». Le pôle, entre proximité avec les équipes médicales, mais également distance car n'intervenant pas directement en leur sein, peut constituer l'échelon adapté pour diffuser la culture de travail en équipe.

Le rapport final de l'expérimentation de janvier 2018, relève que PACTE crée une dynamique d'amélioration partagée par l'équipe. **Il rappelle toutefois que l'engagement et le soutien du directeur d'établissement, du directeur des soins et du président de la CME sont des conditions indispensables de la réussite et les leviers de l'expérimentation.**

**- L'exemple de la mise en place d'une démarche participative :**

L'expérience du service d'hématologie et de cancérologie au CHU Bretonneau à Tours menée par le **Professeur Colombat**<sup>29</sup> et ses équipes, est particulièrement intéressante. Ce service a mis en place un mode de fonctionnement dit « participatif ». Le modèle de la démarche participative a été conçu dans les années 1990 par un groupe de soignants, regroupé dans une association, partant du constat de la souffrance des soignants dans ces secteurs. Le souhait était de mettre en place un modèle de fonctionnement qui puisse diminuer cette souffrance et optimiser la qualité de la prise en charge des patients. Ce modèle est devenu obligatoire en 2004 sous le terme de « démarche palliative ». Les expériences montrent que c'est un système qui a des conséquences positives sur la qualité de vie au travail des soignants et qui permet d'améliorer la qualité des soins.

Ce modèle repose sur des espaces d'échanges de type « staffs pluri professionnels », « formations internes au service », « soutien aux équipes en cas de situation difficile ou de crise avec présence d'un psychothérapeute extérieur ». Ces espaces de réunions régulières des managers des services de soins permettent l'acquisition de valeurs et de pratiques managériales communes. Cette démarche vise l'amélioration du travail en équipe, en travaillant sur la communication et la collaboration. L'amélioration de la qualité des soins qui en résulte contribue à renforcer les équipes dans leur dynamique.

Les auteurs de la démarche relèvent des résistances possibles liées à l'image du pouvoir et à la peur de l'autonomisation des individus.

**Selon les auteurs, pour que la démarche participative fonctionne, il faut que la direction générale, les pôles et les services, soutiennent la philosophie générale du projet.**

---

<sup>29</sup> COLOMBAT P, LEJEUNE J, COILLOT H et al, 2018 « expériences », risques et qualité, volume XV N°1

### **1.2.2 Le CHU de Montpellier fait le choix de mettre en place un projet managérial pour répondre à ces enjeux et développer une vision commune de la conduite du changement**

**Un contexte paradoxal marqué par la présence d'une culture du dialogue et la montée en parallèle du sentiment de malaise des managers.**

Le CHU de Montpellier dès 2007, organise une délégation de gestion aux pôles en se structurant sur un mode « client-fournisseur » avec des délégations d'enveloppes de dépenses pour l'utilisation desquelles le pôle n'a pas à justifier de l'opportunité.

La présence d'une culture de dialogue dans l'établissement est par ailleurs saluée par de nombreux managers médicaux dans le cadre des entretiens menés. Ils indiquent que depuis leur prise de fonction ils accèdent facilement à l'administration et obtiennent de l'aide et du soutien sur les sujets qu'ils présentent.

Toutefois, le CHU de Montpellier, en 2012 a signé un contrat de performance. Les contraintes posées aux pôles sur l'utilisation des enveloppes se sont alors resserrées.

Dans le même temps le CHU a enregistré une très forte hausse de son activité, en mettant en œuvre des transformations qui ont demandé une grande implication des cadres de l'établissement.

Les managers se sont ainsi trouvés au croisement des attentes parfois contradictoires de la direction et des agents qu'ils encadrent. Conscient des enjeux concernant l'implication des cadres et de la nécessité d'opérer les transformations et les adaptations nécessaires, l'établissement a décidé de mener une réflexion sur la politique managériale.

**Cette réflexion croise les attentes et les besoins du corps médical.**

En effet, comme cela a été noté précédemment, les médecins managers sont en demande d'outils pour les aider à conduire leurs missions d'animation d'équipes, de pilotage de projets et de gestion des conflits. Les faiblesses du management médical ont été, par ailleurs, mises en lumière à travers les enquêtes menées par le groupe BEAT. Un sondage lancé à l'automne 2016, auprès de l'ensemble de la communauté médicale, a confirmé l'importance du sujet. Il en est ressorti que sur les 254 répondants « *près d'un quart était concerné par des difficultés relationnelles évoluant depuis plus d'un an dans ¾ des cas* ». (annexe 3)

**C'est dans ce contexte que l'établissement a décidé d'intégrer dans les axes stratégiques la mise en place d'un projet managérial.** La méthode retenue pour la construction du projet managérial, sera détaillée dans la deuxième partie. Ce projet a été élaboré dans un premier temps en définissant les grands axes stratégiques en novembre-

décembre 2017. Les réflexions sur la mise en œuvre concrète se sont poursuivies à partir de janvier 2018 au sein d'un comité de pilotage.

Le projet a offert l'opportunité de mener une réflexion sur la place des managers dans l'établissement, et d'inscrire le travail des managers dans un système de valeurs, partagées avec la direction ainsi qu'avec les équipes, et spécifique à l'exercice managérial.

Six champs de valeur ont été définis. Dans le cadre du projet, le CHU souhaite afficher ces valeurs comme centrales dans l'exercice de ses managers. Il a été décidé de présenter ces valeurs sous la forme de # afin de pouvoir communiquer par la suite autour d'un visuel identifiable. Les termes anglais ont permis de réunir dans un champ, différentes valeurs complémentaires.

# Trust : confiance

# Fair : loyauté, honnêteté, intégrité

# Care : humanité, solidarité, citoyenneté, service public

# Respect : respect, bienveillance

# Strong : travail, courage, audace

# Happy : enthousiasme, esprit collectif, créativité, esprit d'entreprise

Dans le projet, le CHU réaffirme qu'il souhaite maintenir, au sein de la communauté hospitalière, un climat de travail fondé sur le respect, la confiance entre les professionnels contribuant à des objectifs communs au cœur desquels l'humain occupe une grande place. Au-delà de ce socle de système de valeur, le projet montpelliérain est décliné en quatre programmes :

- Améliorer le repérage des potentiels et rendre attractive la fonction managériale en l'insérant dans un parcours professionnel
- Former et accompagner les managers
- Faire vivre la communauté managériale
- Faire du CHU un laboratoire de nouvelles pratiques managériales

### **Améliorer le repérage :**

Cet axe porte sur le début de l'exercice des professionnels en tant que managers, la manière dont ils sont repérés et choisis ainsi que la manière dont l'institution se mobilise pour faire connaître la fonction managériale et la rendre attractive. Pour les médecins, cet axe comporte une sous action visant à définir précisément pour chaque niveau de responsabilité médicale les attendus vis-à-vis des médecins, sous la forme d'une fiche de poste par exemple insistant sur les compétences nécessaires, les formations proposées et les objectifs fixés.

L'établissement souhaite également mener une réflexion sur l'attractivité des fonctions managériales. Le projet prévoit d'ouvrir la possibilité, pour les agents qu'ils soient ou non en situation de management, de conduire ou de participer à des groupes de travail ou à

des actions institutionnelles transversales. Cette initiative peut rencontrer un écho très favorable des médecins. En effet, dans les différents entretiens menés, les jeunes managers exprimaient le souhait de pouvoir mener des projets sans pour autant détenir des responsabilités managériales.

### **Former et accompagner les managers :**

Cet axe vise à renforcer la capacité des managers à faire face aux missions qui leurs sont confiées, en les formant davantage et en accompagnant toutes les étapes de leur exercice professionnel.

L'objectif de cet axe est également de décloisonner la communauté managériale en développant les temps de formations et d'accompagnement communs aux managers de toutes les filières. Est intégrée à ce stade l'idée de pouvoir évaluer les managers spécifiquement sur la manière dont ils remplissent leurs fonctions managériales

Le CHU s'engage à proposer, sous les cinq ans, de manière systématique à tous les managers un programme de formation adapté à ses nouvelles missions.

Un catalogue de formations dédié au manager doit également être établi avec une enveloppe du plan de formation pour le personnel non médical, et du développement professionnel continu pour le personnel médical.

Il est souhaité que les formations puissent réunir managers médicaux et non médicaux. Il est également prévu de construire un dispositif d'accompagnement type tutorat, parrainage, des dispositifs de type coaching individuel ou d'équipe, lorsque les managers en ressentent le besoin

### **Faire vivre une communauté managériale**

Ce programme est entièrement dédié à la vie collective de la communauté managériale du CHU. L'objectif est de permettre aux managers de se connaître tout en renforçant leurs compétences par le partage. Il s'agit également d'un levier de développement du sentiment d'appartenance et de solidarité entre les managers, médicaux et non médicaux ainsi que d'un moyen de reconnaissance pour leur action.

Ce programme est structuré en deux projets :

- la création d'un réseau social d'entreprise destiné aux managers comprenant un forum ayant pour vocation de permettre les partages d'expérience ainsi qu'une base documentaire et un annuaire
- la création de temps forts de trois types : une journée annuelle de séminaire, des échanges informels réguliers, et un programme annuel de conférences.

## **Faire du CHU un laboratoire de nouvelles pratiques managériales**

Ce dernier axe vise à faire du CHU un lieu d'expérimentation. Il s'agit de créer un groupe de recherche et développement sur le management visant à diffuser les bonnes pratiques. Il est particulièrement important en ce qu'il interroge la capacité des acteurs à développer la créativité des équipes et à faire du CHU un territoire propice à l'innovation managériale.

Le développement d'une stratégie à destination des managers en favorisant la mise en place de pratiques participatives peut ainsi permettre de favoriser l'implication des médecins, renforcer leur motivation, l'attractivité du métier et contribuer par une amélioration du travail en équipe, à la qualité des soins.

Toutefois, l'écriture du projet managérial n'est pas en soi suffisante pour créer dans l'établissement une dynamique d'innovation managériale. Le mode d'élaboration et de mise en place du projet, ainsi que le portage institutionnel de celui-ci, sont décisifs. Enfin, cela doit s'accompagner d'une réflexion sur les leviers managériaux qui accompagnent ces nouvelles compétences et notamment sur le contenu de la délégation de gestion aux pôles.

## **2 La réussite du projet managérial suppose de développer une stratégie d'appropriation des nouvelles pratiques par les médecins managers et doit s'accompagner d'une réflexion sur la place des médecins dans la gestion des établissements**

### **2.1 La réussite du projet suppose de développer une stratégie d'élaboration et de diffusion de nouvelles pratiques managériales**

#### **2.1.1 Pour réussir, le projet doit s'appuyer sur les besoins exprimés par les médecins et être porté institutionnellement par la CME**

**La direction a souhaité développer une démarche participative dans l'élaboration et la mise en place du projet managérial**

#### **Une composition du groupe de travail représentative des managers du CHU :**

La direction de l'établissement souhaitait que la philosophie participative du projet managérial puisse vivre dès son élaboration. Dans ce sens, un appel à candidature a été lancé auprès des managers de l'établissement. Cet appel a rencontré un vif succès, le groupe ayant réuni rapidement plus d'une vingtaine de participants.

Les filières administratives techniques et soignantes, ont été représentées par des managers « terrains ». Ces managers cadres de santé, techniques et administratifs ont

répondu spontanément à l'appel à candidature, et se sont impliqués volontairement dans les travaux du projet managérial, intéressés par le thème.

La direction générale ainsi que les directions fonctionnelles se sont également impliquées dans le projet. Le directeur général adjoint, chef de projet, a souhaité associer des directions fonctionnelles à la réflexion et notamment la direction de la coordination générale des soins, la direction des ressources humaines dans sa dimension formation professionnelle ainsi que la direction des affaires médicale.

Les médecins, pour leur part, ont été représentés de manière institutionnelle. Le président ainsi que le vice-président de la CME ont participé aux réunions du groupe de travail mais n'ont pas souhaité relayer l'appel à participation lancé par la direction générale auprès des médecins.

#### Le groupe de travail a permis des échanges constructifs et sans complexes.

Lors de la première réunion, les participants ont été invités à s'exprimer sur leurs attentes vis-à-vis du projet et à partager leurs analyses sur le management hospitalier.

Les échanges ont porté sur le sentiment de malaise des « cadres » et la nécessité de donner du sens aux fonctions. Les participants ont exprimé leur envie de développer, dans le cadre de ce projet, une dynamique d'innovation managériale. Le groupe de travail s'est, dans ce contexte, réuni pendant deux mois et a conduit à la détermination des quatre axes décrits dans la première partie.

#### Une méthode participative qui a permis à chacun de s'approprier le sens du projet :

Chaque manager avait une expérience particulière et cela a pu être partagé avec le groupe. A titre d'exemple, il a été proposé de visionner collectivement un documentaire intitulé « Le bonheur au travail »<sup>30</sup> qui présente des expériences d'innovations managériales. Ce documentaire construit à partir d'exemples tant publics que privés, présente les dynamiques d'entreprises dites « libérées ». Leur principe : la suppression de toute hiérarchie intermédiaire doublée d'une autonomie totale des salariés à propos des décisions prises pour améliorer leur productivité. Par ailleurs, ces entreprises ne sont pas cotées en bourse alors que leurs leaders sont choisis par les salariés. Et cela sembler marcher : leur croissance est relancée de manière assez spectaculaire. Ces réflexions ont permis au groupe d'ouvrir de nouveaux champs de réflexions, afin, comme cela est indiqué dans le projet, de s'autoriser à « sortir du cadre ».

Un des responsables techniques a, quant à lui, mis en place dans le service qu'il gère une démarche « Lean management ». Il a pu partager avec le groupe son expérience sur ce

---

<sup>30</sup> MESSONNIER M, 2015, « Le bonheur au travail », Réalisateur ARTE France, Production Campagne Première,

projet. Cela a contribué à changer le regard des participants sur les effets de ce type de processus.

Mettre en œuvre ce projet en se reposant sur un groupe de personnes ayant des parcours et des vécus différents génère dans l'élaboration, de nombreuses discussions et donc peut être vu comme « chronophage ». En effet, il est plus complexe d'élaborer une démarche en se reposant sur un groupe que d'écrire un projet seul. Toutefois, cette démarche paraît plus propice à l'adhésion des managers terrains en ce qu'elle émane de préoccupations exprimées par leurs collègues.

#### Le choix d'une mise en œuvre participative :

Il semblait dès le départ important que la démarche participative d'élaboration se traduise également dans la mise en œuvre du projet. Le directeur général adjoint a proposé dès la première réunion que le groupe de travail devienne par la suite le comité de pilotage de suivi du projet. Dès le mois de janvier le groupe s'est donc réuni pour décider des premières mesures à mettre en œuvre pour l'année 2018. Afin de rester dans une logique collaborative, les différents thèmes abordés dans le projet ont été soumis aux votes des participants. Il a été décidé de retenir les 3 thématiques arrivées en tête.

Le groupe a ainsi choisi pour l'année 2018 de travailler sur la mise en place :

- d'une démarche d'accompagnement des managers
- d'un catalogue de formation à destination des managers
- d'évènements visant à construire une communauté de managers : un séminaire annuel et un cycle de conférences.

Les différents participants se sont répartis dans les trois groupes ainsi constitués.

Il a été posé le principe d'une ouverture de ces trois groupes à d'autres managers du CHU, afin de pouvoir s'appuyer sur des personnes « expertes » sur certains sujets, ou de pouvoir associer des personnes ayant développé des expériences particulières.

#### Des premiers enseignements plutôt positifs malgré le temps que cela nécessite

Cette méthode a permis de diffuser une dynamique différente de la verticalité traditionnelle des projets d'établissement. Les managers impliqués ont ainsi pu s'appropriier les différentes thématiques et ont pu, eux-mêmes, présenter le contenu du projet à leurs pairs, au cours d'une réunion d'encadrement.

Le principal inconvénient de cette démarche est, sans doute, le temps que cela nécessite. A titre d'exemple, il a fallu plus de cinq mois pour élaborer la philosophie ainsi que le contenu de la formation des managers.

#### La problématique spécifique de la participation des médecins :

Lors de la mise en place des groupes de travail à partir de janvier, le président de CME a été sollicité pour que des médecins puissent être invités à participer aux travaux. Le président nous a communiqué une liste de médecin, qui, pour la plupart n'avaient pas la disponibilité nécessaire pour participer aux travaux. Les médecins choisis par la CME n'étaient d'ailleurs pas forcément représentatifs de ce que seront les managers médicaux dans les dix prochaines années. Or, il était nécessaire de pouvoir associer le corps médical afin de pouvoir déterminer au mieux les besoins de ces derniers.

Cette difficulté a été contournée en organisant des entretiens avec des nouveaux managers médicaux, en poste depuis moins d'un an, pour confronter avec eux les orientations que prenaient les deux groupes travaillant sur les questions de formation et d'accompagnement. Ces entretiens ont été particulièrement utiles et notamment sur le volet accompagnement, car ils ont permis de repenser l'offre formulée et de simplifier au final le dispositif.

Le dispositif d'accompagnement a été axé sur la possibilité de recourir à des experts. La mise en place de tuteurs ou parrains ne semblaient pas répondre à leur demande. Le contenu des formations a été orienté sur des dispositifs courts contenant des apprentissages opérationnels immédiatement utilisables.

### **L'indispensable implication institutionnelle de la CME et la participation des médecins.**

Au vu de l'expérience menée sur le CHU de Montpellier, il paraît essentiel que le projet managérial soit porté institutionnellement de manière forte. En effet, le projet managérial en tant que tel, n'a d'intérêt que si les managers se l'approprient au sein de l'établissement. Il est nécessaire pour cela qu'ils aient pu être associés à son élaboration. Un défaut d'engagement de la part de la direction comme de la part de la CME peut mettre en échec la portée du projet auprès des médecins.

La culture managériale est assez éloignée de la pratique des médecins. La prise de conscience de l'importance de cette thématique ne peut se faire sans l'engagement de la CME.

Lors de la réunion d'avril 2018, la commission des directeurs des affaires médicales des CHU, a entrepris un recensement auprès de l'ensemble des CHU sur les réflexions et plans d'actions en cours relatifs au management, projet social et projets QVT consacrés aux personnels médicaux.

Outre une généralisation indiscutable des préoccupations et des objectifs affichés par les directions et CME pour améliorer et professionnaliser le management des équipes médicales, la commission note « *une hétérogénéité du portage institutionnel de ces différentes politiques.* » La première préconisation émise par la commission porte sur l'implication indispensable des CME. Elle précise que « *le projet social et QVT des*



*médecins doit être impulsé et piloté par une commission émanant de la CME représentant les différentes catégories de médecin. »*

Le projet social médical du CHU de Montpellier contient des éléments sur le management. Il prévoit notamment de « *former les managers et promouvoir au sein des équipes les fonctions de manager* ». Il envisage une réflexion sur des actions croisées de formation de médecins et de directeurs pouvant « *assurer une forme de cohésion en se connaissant mieux* ». Toutefois, ce volet ne mentionne pas le projet managérial et l'articulation entre les deux n'est donc pas claire. La CME était présente dans le comité de pilotage et dans certains groupes de travail ce qui a permis d'associer institutionnellement le corps médical aux réflexions. Toutefois, le soutien de la CME, pour être efficient, doit permettre la participation de médecins ayant des responsabilités différentes, et notamment des plus jeunes, afin que le projet soit le plus en prise avec les aspirations des générations actuelles.

### **2.1.2 L'offre de formation des managers doit répondre aux aspirations et contraintes du corps médical**

Les groupes de travail du projet managérial ont élaboré deux axes de formation « management » qui sont en cours de finalisation. Un premier axe concerne les managers débutants et doit réunir sur six journées par an, une promotion de nouveaux managers médicaux et non médicaux. Un deuxième axe concerne les managers expérimentés, à qui, il sera proposé, dès janvier 2019, un catalogue de formation de six modules comprenant chacun deux à trois thèmes. Les entretiens menés avec les jeunes managers médecins, dans le cadre de la réflexion sur l'offre de formation, ont montré une forte attente sur le contenu et notamment sur l'aspect opérationnel. Cela a été intégré dans le cahier des charges en cours de rédaction dans l'établissement.

**Ces propositions peuvent être enrichies et complétées par les réflexions et expériences menées sur le CHU et dans d'autres établissements.**

L'établissement peut développer des synergies locales avec des partenaires du CHU sur la construction des modules de formations envisagés

Il existe aujourd'hui de nombreuses offres de formations au management pour les médecins et selon différentes formules. Il est envisageable de pouvoir développer de stratégies locales avec des partenaires non hospitaliers. La faculté de médecine propose, pour la rentrée prochaine, une offre de formation sous la forme d'un diplôme d'université sur le thème du management. Le doyen de la faculté de Montpellier, interrogé sur cette création, indique qu'il imagine ainsi pouvoir répondre essentiellement à un besoin de formation

continue. L'articulation avec le projet managérial n'a pas à ce stade été envisagée. Pourtant, dans le cadre de l'entretien, le doyen indique qu'il serait intéressant de construire une formation commune avec une partie à vocation plus universitaire qui pourrait être assumée par la faculté, et une partie plus hospitalière qui pourrait être assumée par le CHU. Il envisage, par ailleurs, que le diplôme d'université sur le management deviennent obligatoire dans la construction d'un parcours de PUPH.

Il existe également au sein de la même université un Institut du Management qui propose notamment un « *master de management stratégique des organisations de santé.* »

Ce master contient des unités d'enseignement qui correspondent aux objectifs managériaux contenus dans le projet du CHU, notamment sur les ressources humaines, le contrôle de gestion ou le management par la qualité.

**Les modules proposés dans les deux axes présentés pourraient faire l'objet d'une discussion avec l'Institut du Management et la faculté de médecine pour construire les formations les plus adaptés aux profils des managers du CHU.**

#### Un parcours de formation pour les chefs de pôles :

La mise en place d'un parcours de formation des chefs de pôle en 2015 devait permettre de répondre aux besoins de ces derniers en termes de management et de gestion.

La réflexion sur ce parcours a été menée en concertation avec les chefs de pôle. Les propositions ont fait l'objet d'un projet validé par les instances. Pour autant il n'a pas réellement vu le jour. Une formation a été organisée en interne sur le contrôle de gestion mais pour le reste les modules n'ont pas été réalisés.

Les échanges menés avec la direction des affaires médicales et le chef de pôle ayant participé aux réflexions, n'apporte pas de réponse à l'échec de ce dispositif. Toutefois, il semblerait qu'il s'agisse plus d'un problème de coordination que d'une inadaptation de ce parcours au besoin.

**Il serait donc nécessaire de proposer cette démarche aux prochains titulaires de ces mandats en 2019. Il faudrait, pour cela, construire des sessions de formation au plus tôt de la prise de fonction. Afin d'assurer la présence des médecins, il paraît nécessaire de rappeler le caractère obligatoire du parcours.**

Associer à ces formations les cadres de pôles ainsi que les adjoints apparaît également indispensable pour développer des synergies au sein des équipes de pôle.

#### Un parcours de formation diplômant pour les managers médicaux :

La reconnaissance de la compétence managériale peut être recherchée par certains médecins qui se sont investis plus particulièrement sur ces fonctions. Il peut ainsi leur être

proposé un parcours qualifiant. Dans cette logique, certains hôpitaux ont fait le choix de développer des stratégies communes. Les hôpitaux du grand-ouest en sont une bonne illustration. Les établissements de Tours, Angers, Orléans, Rennes, Brest, Nantes associés dans le cadre du groupement de coopération sanitaire appelé HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) ont construit avec l'APHP et l'école des mines de Paris un programme pédagogique adapté aux besoins des médecins de ces établissements. Les formations se sont déroulées dans le cadre de l'Ecole de Management des Médecins des Hôpitaux (EMAMH) qui pour l'occasion a organisé des sessions de formations sur la région. Créée en 1991 à l'initiative de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, l'EMAMH propose plusieurs dispositifs de formation modulaires en management hospitalier et en sciences médicales. **Ce type de synergies pourrait être mis en place avec les hôpitaux proches de Montpellier, comme le CHU de Nîmes, qui partage les réflexions actuelles sur le management médical, le CH de Béziers, ou le CHU de Toulouse.**

L'établissement peut faire le choix de délocaliser certaines formations pour répondre à des demandes individuelles

Le projet managérial du CHU de Montpellier prévoit que les formations se déroulent au sein de l'établissement. Le CHU de Nîmes privilégie également des formations sur site pour permettre aux médecins de perdre le moins de temps possible. Les médecins rencontrés au cours de la construction des modules de formation au CHU de Montpellier ainsi qu'au CHU de Nîmes indiquaient que la proximité géographique était plus attractive.

En revanche, l'institut du management de l'EHESP a mis en place une formation pour les managers médicaux et privilégie les formations délocalisées.

Une enseignante de cette formation indique, au cours d'un entretien, que les formations délocalisées permettent de sortir le médecin de son quotidien et de l'associer à d'autres praticiens issus d'établissements différents et donc porteurs d'autres vécus. Les réactions et synergies qui peuvent se créer au sein des groupes sont, pour cela, selon elle, particulièrement intéressantes. Les enseignements de cette formation se prêtent à cette organisation. En effet, est initiée dans ce cadre la pratique des ateliers de co-développement. Il s'agit de travaux de groupes qui selon des règles permettent l'analyse de situations concrètes en partageant la vision des différents participants. Selon une des médecins formée, elle s'est sentie beaucoup plus à l'aise pour partager ses réflexions avec des personnes qui ne partageaient pas son quotidien professionnel. **L'offre de formation pourrait donc être enrichie par des parcours individualisés de type ateliers de co-développement ou de coaching.**

L'établissement peut réfléchir à une stratégie sur la composition des groupes de managers formés :

Le projet managérial du CHU de Montpellier prévoit, comme cela a été rappelé, que la formation managériale sera décloisonnée, médical/non médical.

Le CHU de Nîmes a mis en place, depuis trois ans, une formation au management. A vocation pluridisciplinaire et inter filière, elle s'adresse aux: nouveaux chefs de service, aux responsables d'unité fonctionnelle, aux directeurs, ainsi qu'aux cadres administratifs, et cadres supérieurs de pôle. La formation est axée sur les bases du leadership. Selon la direction de la politique sociale médicale, le système a plutôt bien marché, même si aujourd'hui, les managers médicaux ont besoin de plus d'outils. Le CHU de Nîmes prévoit dans un nouveau parcours, que certaines formations, comme la gestion des conflits ou les entretiens individuels, soient réalisées en séparant les différentes filières.

La formation de l'EHESP est quant à elle réservée aux médecins.

**Il pourrait être utile dans le projet managérial montpellierain, tout en conservant la philosophie de décloisonnement, de réfléchir aux modules qui gagneraient à être organisés par filière : gestion du temps de travail, entretiens individuels notamment.**

### **2.1.3 La réussite du projet suppose également de s'intéresser aux modes de diffusion des nouvelles pratiques managériales**

La mise en place d'un projet managérial doit permettre d'ouvrir une réflexion plus large sur la manière dont les innovations vont pouvoir se diffuser. Pour Thierry Nobre, l'innovation managériale peut être définie comme « ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont effectuées et/ou les structures traditionnelles de l'organisation ».

Le mouvement d'innovation au sein d'une structure va toutefois selon lui dépendre de la capacité de l'établissement à interroger et remettre en question les principes traditionnels de management, et de développer des modes d'appropriations ne se limitant pas aux formations traditionnelles. Les travaux de recherche montrent que « *ces transformations obligent les organisations et les entreprises choisissant ce cheminement à **relever certains défis pour transformer effectivement leurs pratiques managériales et mettre en œuvre de nouvelles approches de pilotage et de prise de décision.*** »<sup>31</sup>. Il faut donc que l'établissement s'autorise à « sortir du cadre » et puisse instituer les modes de communication et de valorisation propres à permettre aux managers de s'approprier les nouvelles pratiques.

---

<sup>31</sup> 31 NOBRE T, 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, 320 p

Certaines expériences menées actuellement au CHU peuvent, dans le cadre du projet managérial ou à côté de celui-ci, être d'utiles laboratoires d'innovations managériales.

**Pour Thierry Nobre, la diffusion de l'innovation passe notamment par le fait de :**

**- Cultiver et exploiter la variété :** « favoriser l'expérimentation plutôt que la planification, ce qui suppose de laisser une place à l'échec ou à l'erreur. »

La mise en place des entretiens confraternels sur le CHU de Montpellier relève de cette logique. Une dizaine de médecins ont été formés à la mise en place d'entretiens individuels entre pairs. Cette formation faisait l'objet d'un projet en lien avec le groupe BEAT de la CME et répondait à une demande d'outils dans la gestion des conflits.

Les médecins qui ont participé à cette formation n'ont pas tous mis en place les entretiens et pour ceux qui se sont lancés dans ce projet, ils n'envisagent pas nécessairement que cela réponde aux mêmes objectifs.

**Des retours d'expérience et une évaluation de ces dispositifs pourra sans doute permettre une meilleure diffusion de cette pratique.**

**Libérer et amplifier le potentiel d'imagination :** « Valoriser et mobiliser le potentiel d'imagination ».

Dans le cadre de la construction du nouveau schéma directeur immobilier, la direction générale du CHU de Montpellier a souhaité mettre en place un groupe d'innovation composé de jeunes représentants de la communauté médicale. Ce groupe sera consulté sur les orientations stratégiques du futur schéma. La directrice en charge du projet souhaite faire de ce groupe un lieu de réflexion qui s'ouvre aux innovations architecturales et organisationnelles en ne se limitant pas aux expériences hospitalières.

Au CHU de Nîmes, le nouveau schéma immobilier a été l'occasion de laisser les jeunes médecins réfléchir aux aménagements qu'ils souhaitaient mettre en place. Cela a produit des modes d'organisations originaux de type open space/Pc médical, favorisant le travail d'équipe. Ces espaces sont complétés de bureaux plus adaptés à la confidentialité nécessaire à l'exercice médical.

**- Créer une démocratie des idées :** « favoriser l'expression et la communication des idées pour maximiser les chances d'exploitation des opportunités. »

Le projet managérial contient un programme sur la création d'une communauté de manager. Le premier évènement s'est tenu le 5 juin 2018 dans le cadre d'un séminaire rassemblant les managers du CHU. C'était la première fois que les médecins étaient associés à cette journée. Le thème de la conférence portait sur « mon boss est nul mais je le soigne », animée par Gaël Chatelain, auteur d'un livre du même nom. La promotion de cette initiative a été portée par les managers impliqués dans le projet managérial. Cette

rencontre a connu un important succès (plus de 200 personnes dont 40 médecins managers).

Le groupe projet, fort de cette expérience, veut capitaliser sur cette dynamique, en lançant dès la rentrée un cycle de conférence sur « les expériences managériales ». Conscient de l'importance de la création de lieux d'échange, le groupe travaille également à la mise en place de « cafés du management ». **Ces cafés pourraient être les lieux propices aux échanges de pratiques et à la diffusion des initiatives dans un établissement où les managers se rencontrent rarement sans la présence de leur direction.**

**Donner à chacun la possibilité d'apporter sa contribution à la réussite collective :**

Le projet managérial prévoit un programme intitulé « faire du CHU un laboratoire des nouvelles pratiques managériales ».

Le CHU souhaite ainsi constituer un groupe de recherche et développement en management, dont l'objectif serait de repérer, faire émerger et accompagner les pratiques managériales innovantes au sein de l'établissement.

**Il s'agit sans doute de l'axe indispensable à la réussite des trois autres en ce qu'il peut créer les conditions d'une diffusion des innovations managériales.**

## **2.2 La diffusion de nouvelles pratiques managériales doit s'accompagner d'une réflexion sur la place des médecins dans la gestion des établissements**

### **2.2.1 Le contenu de la délégation de gestion doit être interrogé afin de laisser plus de place aux médecins dans la conduite des projets**

Comme cela a été souligné dans la première partie, il existe, depuis la mise en place de l'organisation polaire et notamment au CHU de Montpellier, un paradoxe entre le développement d'une culture de dialogue à travers la délégation de gestion et les insatisfactions de la communauté médicale.

**Le CHU de Montpellier a très tôt mis en place une délégation de gestion très poussée.**

Le CHU de Montpellier, en 2007, comme cela a été souligné, est un des premiers établissements à avoir mis en place dans le cadre d'une contractualisation, une délégation de gestion du directeur général au chef de pôle.

Le contrat de pôle prévoyait des objectifs généraux (réalisation du projet médical, gérer les ressources de pôle...), un système d'évaluation des résultats obtenus, un dispositif d'intéressement et un dispositif médico-économique : le budget de pôle.

La direction générale du CHU a mis en place un nouveau positionnement des directions qui n'étaient plus les seules décideuses des moyens de leurs « clients » les pôles. Elles devaient apporter une expertise et une aide pour la mise en œuvre des responsabilités déléguées et in fine exécuter les décisions prises par les pôles. Cette nouvelle organisation managériale s'est appuyée sur le guide de la délégation de gestion qui précisait le champ des délégations et apportait une aide pratique à la mise en place sous forme de fiches actions. La délégation s'est accompagnée de la mise en place d'outils de suivi et de reporting performants. Les principaux domaines délégués étaient le management et l'organisation, la gestion des ressources humaines non médicale et les équipements, approvisionnement. Le budget de pôle est alors le cœur du dispositif de la délégation de gestion, permettant de décliner les objectifs de l'établissement au niveau de chacun des pôles hospitalo-universitaires. Les pôles avaient un droit de tirage sur l'enveloppe du pôle, les directions fonctionnelles s'engageant à honorer toutes les demandes formulées par le chef de pôle, sans en discuter de l'opportunité, tant qu'elles n'excèdent pas les enveloppes définies. Le budget comprenait un volet dépenses et un volet recettes. Le volet dépenses recouvrait la quasi-totalité des dépenses de personnel, pharmaceutiques, médicales, hôtelières ainsi qu'une enveloppe d'actes de biologie. Le volet recettes, fixait un objectif de recette en hospitalisation, soins externes sur la base des prévisions d'activité valorisées MCO, ainsi que des objectifs de recettes subsidiaires. A l'origine il existait un dispositif d'intéressement sur une base d'objectifs d'activités.

La délégation de gestion après plus de dix années de mise en place, a acquis une certaine maturité au sein du CHU. Il existe un consensus sur le fait qu'elle a largement rapproché la prise de décision du terrain. Mais paradoxalement il existe un certain désenchantement faisant dire à certains chefs de pôle et au président de CME « il n'y a pas de délégation ». Si les pôles sont largement associés aux procédures de gestion et aux prises de décisions, depuis cinq ans le contrôle sur les enveloppes par les directions fonctionnelles s'est accru, leur laissant moins de marge de manœuvre. Les dispositifs qui, à l'origine, permettaient aux pôles d'engager des projets de développement de l'activité ont été largement réduits. En 2013-2014 les contraintes imposées par un plan de retour à l'équilibre, ont pu générer une certaine frustration de la part des pôles, ces derniers disposant in fine de peu de pouvoir de décision.

Il s'est sans doute constitué, au cours de cette période, un décalage entre les attentes de certains pour une plus grande autonomie de gestion, et la réalité qui est celle d'une gestion participative.

C'est ce qu'il ressort d'un entretien réalisé avec un nouveau chef de pôle qui regrette le peu de marges de manœuvres dont il dispose. Les chefs de pôle disposent de peu de leviers

managériaux et se situent dans une relation non hiérarchique avec les médecins des équipes. Ils n'ont pas de pouvoir réel sur ces derniers, limitant leur capacité à agir.

La délégation de gestion s'arrête par ailleurs souvent au niveau du trinôme de pôle. Il existe peu de relai au sein des pôles, ceux-ci se réunissant rarement. Cette organisation génère donc également des frustrations au sein de la communauté médicale.

Dans ce contexte, la direction de l'établissement et les chefs de pôles se sont réunis au printemps 2018, afin de poser les bases du futur cadre contractuel 2019-2022. L'objectif actuel est de réfléchir le plus en amont possibles aux évolutions qu'il serait nécessaire de mettre en place pour répondre aux aspirations des managers médicaux, tout en conservant la dynamique financière et d'activité vertueuse présente au CHU actuellement. La direction générale souhaite, en effet, donner aux pôles plus de leviers managériaux, et les moyens de piloter les masses financières déléguées. Des réflexions sont en cours sur des sujets comme la formation, les modalités de remplacement des personnels non médicaux ou la qualité de vie au travail. Une réflexion est également menée sur l'intéressement. Sa suppression, dans le cadre du contrat 2016-2019, n'a pas eu des effets vertueux. Cela n'a pas été très mobilisateur pour les pôles d'autant qu'il n'y avait aucune conséquence quand ces derniers dépassaient les enveloppes allouées. Afin de remobiliser les pôles et de répondre à leurs critiques antérieures sur l'intéressement, la direction souhaite proposer un nouveau dispositif avec une enveloppe plus conséquente (passant de 300 000 euros à 1 million) en s'engageant, si les pôles respectent le caractère non pérennes de ces crédits, à laisser ces derniers libres, de l'utilisation des financements reçus.

Selon le directeur général du CHU de Montpellier, toute nouvelle délégation suppose toutefois la création des conditions favorables qui sont selon lui :

- une clarification des structures médicales,
- une clarification du rôle de la direction,
- le développement du dialogue soignant au sein des pôles.

**- une clarification nécessaire des structures médicales et du rôle de l'administration :**

Définir les rôles et responsabilités des structures médicales au sein des pôles :

En cela, le directeur général relève les difficultés actuelles des responsables de structures qui ne connaissent pas l'étendue de leurs compétences. Les entretiens menés avec des managers de pôles rejoignent ce constat. Qu'ils soient adjoints de pôles ou coordonnateur de département, ils n'ont qu'une idée incertaine de ce que sont leurs missions. Ils déduisent leurs responsabilités soit des champs de compétences occupés par leur prédécesseur (coordonnateur de département) ou de l'espace que veut bien leur laisser le chef de pôle (adjoint de pôle).



Il existe une volonté de la direction des affaires médicales, qui rejoint l'ambition du projet managérial, de pouvoir établir des fiches de postes déterminant les attendus et les responsabilités des différentes structures médicales.

#### Définir le rôle de la gouvernance :

Il semble également nécessaire de définir le rôle de la gouvernance.

Selon le rapport des conférences hospitalières précité, « *la gouvernance des hôpitaux est confrontée à une situation paradoxale qui revient à vouloir une plus grande autonomie, facteur de dynamisation et d'attractivité à exercer des responsabilités, et ne pas prendre de risque, quand elle-même est de plus en plus soumise à la contrainte des tutelles* »<sup>32</sup>.

En effet, la direction d'un établissement est garante de la cohérence institutionnelle. Elle a donc la responsabilité de la régulation en permettant de redistribuer les moyens entre les pôles. Outre, ce positionnement, le rôle des directions fonctionnelles sur les sujets délégués doit également être clarifié.

Dans la même dynamique et préalablement à la redéfinition d'une politique managériale, le CHU de Tours a souhaité travailler sur le redimensionnement de la délégation de gestion. Marie-Nöelle Gerrain Breuzard, directrice générale du CHU, dans le cadre du MOOC FHF sur l'attractivité médicale<sup>33</sup> précise la méthode employée. Elle indique qu'un « *plan d'action a été conduit pendant deux ans en construisant un guide de délégation de gestion* ». Celui-ci a défini « *acte par acte, ce qui relève des directions fonctionnelles et ce qui relève du pôle* ». Cela a été accompagné d'une redéfinition des fonctions de directeur délégué ainsi que par la mise en place d'un nouveau cycle de dialogue de gestion.

La redéfinition des structures médicales et des responsabilités associées doit donc s'accompagner d'un travail acte par acte pour définir ce qui relève des directions fonctionnelles et ce qui relève des pôles. L'absence actuelle de directeurs délégués aux pôles au CHU de Montpellier, dans un contexte de mise en place de nombreux projets, paraît préjudiciable et semble être interrogée par le CHU. Il pourrait être opportun, malgré la charge importante qui pèse sur les directions fonctionnelles, que ces missions soient assurées par ces derniers comme cela est pratiqué sur le CHU de Nîmes.

#### **- L'organisation du dialogue soignant à l'intérieur du pôle :**

Les récents projets menés au sein des pôles montrent l'importance que revêt la capacité du pôle à manager les équipes médicales et soignantes sur des projets :

---

<sup>32</sup> CONFERENCES HOSPITALIERES : DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D et al, mars 2014, « bilan et évaluation des pôles dans les établissements de santé », Rapport remis à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

<sup>33</sup> <http://mooc-attractivite.fhf.fr/>

L'exemple de la mise en place du projet Hôpital de Parcours (HôP) porté par la direction des opérations et de la performance du CHU:

Le projet consistait à revoir, au sein de l'établissement, les organisations médicales et soignantes autour de parcours simplifiés, lisibles et coordonnés. En 2017/2018, la direction des opérations a lancé « HôP » sur le secteur de chirurgie pédiatrique et sur l'orthopédie. Le but était d'imaginer avec les équipes médico-soignantes les parcours de demain en partant d'une analyse du case-mix 2017. Cela a été organisé en deux temps :

- une première phase de définition des critères d'éligibilité avec les pôles sur les nouveaux parcours
- une deuxième phase d'étude du case-mix avec les coordonnateurs médicaux et cadre de santé, de manière à pouvoir faire des simulations sur la base des patients réels.

Au cours de la première phase, l'équipe de la direction des opérations a rencontré le trinôme de pôle et les coordonnateurs de départements. Il a été laissé à ces derniers le choix d'associer ou non les médecins et les cadres de services.

Au cours de la deuxième phase, des réunions ont eu lieu avec les responsables d'équipe et les cadres afin de définir une cible organisationnelle sur les différents secteurs.

L'investissement des pôles ainsi que la capacité (ou la volonté) de ces derniers d'associer les équipes ont été très différents dans les deux hypothèses.

Dans l'exemple du secteur orthopédie, le trinôme de pôle n'a pas associé, dans la première phase, les cadres de santé et les responsables médicaux. Le projet est passé devant les instances avec des propositions de réorganisations, que ces derniers ont vécues comme imposées.

Le pôle femme-mère-enfant, au sein duquel a été mené le projet sur le secteur de la chirurgie pédiatrique, a plutôt abordé le projet de manière participative, en organisant le dialogue au sein du pôle, pour que les équipes s'approprient le sujet. L'implication du personnel médical et non médical a été bien plus forte. La directrice des opérations note que la maturité des pôles sur le management des équipes est inégale. La capacité à développer le dialogue, au sein des pôles, est dès lors fortement dépendante des pratiques managériales du chef de pôle.

Il semble donc que le projet managérial et le parcours de formation des trinômes de pôles soit indissociable de la réflexion en cours sur la délégation de gestion.

- l'exemple du projet de révision des maquettes organisationnelles porté par la direction de la coordination générale des soins :

En parallèle du projet HôP, la direction des soins a mené, sur la même période, le dialogue avec les pôles sur la redéfinition des maquettes organisationnelles. La difficulté essentielle,

a été de mener les discussions en parallèle de HôP, sans nécessairement une coordination suffisante. La coordinatrice générale des soins indique au cours d'un entretien qu'elle a fait le choix de mener faire évoluer essentiellement les organisations soignantes non médicales. Elle espère que ces évolutions puissent entraîner indirectement et dans un second temps, une transformation des organisations médicales.

Pour développer le dialogue soignant, la directrice insiste sur la nécessité de mettre en place des réunions aux seins des pôles et notamment au sein des équipes médicales et permettre ainsi des discussions sur la vie du service et sur les projets.

Des espaces de dialogues pourraient également, selon elle, être imaginés entre les services et les directions afin que les problématiques puissent être partagées plus directement.

## **2.2.2 Les établissements peuvent également s'appuyer sur les médecins à côté ou dans les directions fonctionnelles**

### **L'hybridation des médecins est un atout dans la mise en œuvre des transformations**

Il existe au sein des établissements des délégations médico-administratives sur différentes sujets. Au CHU de Montpellier ces délégations existent sur le système d'information et la recherche. Le directeur de la qualité est un médecin qui, avant de prendre ces responsabilités, intervenait avec un directeur dans le cadre d'une délégation médico-administrative. Ces médecins interviennent sur des domaines éloignés de leur sphère de compétence et ont acquis des compétences gestionnaires. Ce processus s'appelle l'hybridation<sup>34</sup>.

Ces médecins hybrident peuvent être des facilitateurs de communication entre les directions et les équipes médicales. En effet, ils ont appris, grâce à leur expérience, les contraintes et le langage de chacun.

Or, selon les théories de la traduction de Michel Callon<sup>35</sup> et Bruno Latour qui ont étudiés les expériences d'innovation, cette dernière est comprise si la stratégie de traduction est la bonne et non en fonction des qualités de l'innovation. Il est nécessaire pour cela, selon eux, de prendre en compte les intérêts spécifiques de chacun des groupes d'acteurs qui prennent part au projet. Le but de la démarche est d'atteindre une certaine convergence des groupes, afin qu'ils puissent travailler ensemble. D'où la nécessité de la présence d'un

---

<sup>34</sup> AUBAS P, GEORGESCU I, BARREDA M, mars 2018, « l'hybridation des médecins hospitaliers et la réduction du slack (exemple des durées de séjours) : le rôle des techniciens d'information médicale (TIM), Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique », volume 66 p S36...

<sup>35</sup> AKRICH M, CALLON M, LATOUR B, CALLON M, 2006, Sociologie de la traduction : textes fondateurs, Presses des Mines, 401 p

traducteur. Le traducteur structure l'innovation technique, le contexte dans lequel cette dernière va s'implanter, ainsi que l'utilisation qu'elle va procurer. Il va favoriser la communication entre les équipes en charge du projet au sein d'une organisation, ce qui va faciliter l'intégration et la mise en place de l'innovation.

L'hybridation des médecins peut faire de ces derniers les traducteurs nécessaires à la mise en place des transformations au sein de l'établissement hospitalier.

La mise en place de délégations médico administratives entre dans le champ de réflexion Certains exemples d'implémentation de projets démontrent la pertinence de ce mode d'organisation.

Le médecin du département d'information médicale (DIM), médecin hybride ayant développé des compétences particulières sur le PMSI, développe l'hybridation gestionnaire des médecins dans les services.

Une future médecin DIM d'un CHU du sud de la France a acquis des compétences managériales au cours de sa vie professionnelle aux urgences. Elle a développé ces dernières années, une appétence particulière pour les sujets de contrôle de gestion et de management et a donc saisi l'opportunité qui se présentait de venir travailler dans ce service.

Elle conçoit effectivement son rôle comme celui d'un lien entre les médecins et les différentes directions grâce notamment à sa capacité à « traduire » les réalités des médecins aux directions fonctionnelles et à sa volonté de « réapprendre » aux médecins l'intérêt du PMSI. En effet, selon elle, au-delà de la dimension de facturation, les données recueillies offrent des possibilités aux médecins en termes de recherche et d'analyse de l'activité qu'ils connaissent mal

Pierre Aubas, médecin DIM au CHU de Montpellier a participé à une étude sur l'hybridation en lien avec l'Institut du Management de Montpellier, concluant à « *l'apport des techniciens de l'information médicale, dans la capacité des médecins à comprendre les enjeux du codage notamment sur la réduction des durées de séjour* ». <sup>36</sup>

Cette étude distingue l'hybridation forcée qui est, selon eux, le résultat d'une pression organisationnelle, de l'hybridation librement consentie permettant de préserver l'autonomie et l'identité professionnelle. La recherche effectuée examine la relation TIM/médecins autour d'un codage partagé. L'étude semble démontrer que les TIM deviennent les agents d'une hybridation accompagnée des médecins.

---

<sup>36</sup> AUBAS P, GEORGESCU I, BARREDA M, mars 2018, « l'hybridation des médecins hospitaliers et la réduction du slack (exemple des durées de séjours) : le rôle des techniciens d'information médicale (TIM), Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique », volume 66 p S36

Le médecin DIM a donc, par le voie d'une organisation particulière, centrée sur l'accompagnement des médecins par les TIM dans le codage, permis une meilleure appropriation par ces derniers d'enjeux d'activité qui initialement les intéressaient peu. Il semble intéressant d'analyser ce premier niveau d'hybridation en ce qu'il permet de comprendre les effets de la traduction des médecins dans l'appropriation des domaines sur lesquels ils étaient peu sensibilisés.

#### Le médecin référent dossier patient informatisé (DPI), médecin hybride ayant développé des compétences sur les systèmes d'information.

L'entretien mené avec le médecin DPI d'un CHU du sud de la France, témoigne de la pertinence de ces organisations. Ce dernier est médecin délégué aux systèmes d'information et plus particulièrement au dossier patient informatisé depuis plus de dix ans. Après des années d'insatisfactions liées au dossier patient papier, il a fait la démarche de rencontrer, avec le directeur des systèmes d'information, le directeur général du CHU. Quand ce dernier lui a demandé d'intervenir sur la création d'un dossier patient informatisé avec le directeur des systèmes d'information, il a naturellement accepté. Depuis lors, il s'occupe de ce sujet en maintenant une activité clinique. Le maintien de cette activité est un choix de sa part, et selon lui, une condition de légitimité pour aborder les sujets. Les personnels de blocs avec lesquels ils travaillent au quotidien étaient initialement plutôt réticents au projet de DPI. Sa capacité à expliquer les dimensions de la démarche et à communiquer sur les aspects techniques et médicaux ont permis à ce bloc de devenir un modèle d'organisation et de performance.

#### - Le médecin hybride directeur de la qualité et de la gestion des risques au CHU de Montpellier

Le médecin directeur de la qualité au CHU de Montpellier a quant à lui cessé d'exercer des fonctions cliniques pour totalement se consacrer à des missions administratives.

Il intervenait dans cette direction jusqu'au départ de l'ancien directeur en sa qualité de médecin puis est devenu directeur « à temps complet ».

Il se vit comme traducteur dans la mise en place des projets. Il a souhaité dès lors simplifier et rendre plus opérationnels les objectifs de qualité pour les médecins, et notamment dans le cadre de l'avenant qualité de la délégation de gestion qui représente à présent une seule page.

Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles repose également sur un lien de confiance qu'il a eu plus de facilité à tisser avec le monde médical. Il consacre un temps important au traitement des événements indésirables graves au sein du CHU. La déclaration de ces événements est aujourd'hui bien plus importante. Cela est vécu comme une marque de confiance de la part des médecins. Les médecins « hybrides »,

« traducteurs » sont donc un maillon important des évolutions organisationnelles. Tout comme les managers médicaux, ils sont toutefois rarement reconnus dans ces activités.

### **La réussite de l'hybridation repose sur une meilleure valorisation de la fonction managériale dans la carrière des médecins**

Comme cela a été souligné, les fonctions managériales ne sont pas reconnues dans la carrière d'un médecin. La prise de responsabilité correspond, en général, à une évolution professionnelle dans laquelle ne sont pas prises en compte les capacités ou compétences managériales. De nombreux entretiens réalisés avec des médecins managers relèvent le manque de temps, et de reconnaissance de l'investissement que les fonctions managériales supposent. Différentes initiatives pourraient permettre de valoriser ces expériences et dans le même temps rendre plus attractives ces prises de responsabilité.

Il pourrait être ainsi envisagé différentes propositions concrètes permettant une meilleure articulation des activités cliniques et managériales :

- Reconnaissance d'un temps dédié pour les fonctions managériales
- Recrutement des praticiens sur la base de fiche de poste
- Modalités d'évaluation des pratiques managériales pour les médecins
- Reconnaissance d'un droit à la formation spécifique
- Reconnaissance financière

Une réflexion particulière doit, par ailleurs, être menée sur les centres hospitalo-universitaires et notamment sur la place respective des PU-PH et des PH dans les responsabilités managériales. Les PUPH cumulent en effet bon nombre de responsabilités : cliniques, de recherche, pédagogiques et enfin managériales sans avoir le temps nécessaire pour les assumer correctement.

En s'inspirant sur ce point des pratiques anglo-saxonnes, il est serait intéressant de revoir les statuts HU et PH de manière à pouvoir contractualiser les missions HU sur des périodes données. Il s'agirait de pouvoir sanctuariser des périodes professionnelle sur des activités particulières.

**Il semble nécessaire, si le CHU souhaite s'appuyer sur des délégations médico-administratives, sur des médecins-directeurs ou sur des médecins managers, notamment chefs de pôles, de mener une réflexion sur les mesures qui permettraient de reconnaître les missions managériales assumées par ces derniers en plus de leur activité clinique.**

## Conclusion

Afin d'accompagner les orientations stratégiques et de permettre aux équipes de s'adapter aux enjeux de l'hôpital de demain, il paraît indispensable que les établissements interrogent leurs pratiques managériales. La mise en place de démarches plus participatives dans les services est un levier de performance et d'attractivité de l'hôpital public. Les études tendent à démontrer que ces démarches favorisent la qualité de vie au travail, améliorent le travail en équipe et sont facteurs de qualité des soins.

L'appropriation de ce type de démarches suppose toutefois un soutien sans faille de la direction des établissements et de la représentation des médecins à travers la CME.

Comme cela a pu être observé sur le CHU de Montpellier, pour réussir à impliquer les médecins, la CME doit être moteur. Cela suppose toutefois d'accepter l'autonomisation des acteurs et de transférer une partie de « pouvoir ».

Cette réflexion est indissociable de celle menée sur la place des médecins dans l'établissement. Ces derniers, très justement, aspirent à détenir plus de leviers managériaux.

Les discussions autour des modalités de délégation de gestion aux pôles doivent permettre de répondre à ces attentes. Il faut toutefois, pour que cela puisse générer des effets positifs dans les projets à venir, que les pôles puissent organiser efficacement le dialogue soignant en leur sein. Il faut également, pour cela, que les rôles et responsabilités des structures médicales, des directions et de la gouvernance puisse être clairement identifiés.

D'autres établissements conduisent actuellement ces réflexions, s'interrogeant sur la méthode et la place respectives de ces deux sujets. Certains font le choix d'aborder prioritairement les discussions sur le contenu de la délégation de gestion en préalable d'un projet à destination des managers.

Le projet managérial et la réflexion sur la délégation de gestion sont probablement en réalité les deux conditions cumulatives de l'implication des médecins dans les transformations des établissements. Elles ne peuvent être figées, en ce qu'elles s'alimentent l'une l'autre. La maturité managériale acquise permettant d'envisager des évolutions de la délégation de gestion. Il s'agit donc d'un cercle vertueux dans lequel s'engage le CHU de Montpellier qu'il s'agira de suivre, d'évaluer et de réajuster au rythme de l'appropriation des différents outils élaborés.

Il faut enfin, sans doute, intégrer dans les réflexions la dimension territoriale dans laquelle s'inscrit l'action des établissements hospitaliers avec la mise en place des GHT. L'exemple canadien peut ainsi nous inspirer. En effet, à la suite de l'entrée en vigueur en 2015, de la « *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionale* », le nombre d'établissement de

santé est passé de 182 à 34. Par exemple, les 14 établissements de l'Estrie et notamment le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ont été rassemblés au sein du « Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) ». Cette réorganisation a été opérée avec une logique de filière territoriale. Dans ce modèle, très intégré, le management est organisé en grandes filières de prise en charge : vieillissement, santé mentale, handicap, jeunesse, notamment. Chacune d'entre elles est co-pilotée par un médecin et un directeur. Tous les deux sont d'ailleurs dénommés « copropriétaires » de la filière. Les terrains culturels sur lesquels ces réorganisations se mettent en œuvre sont fortement différents de ceux que nous connaissons en France. Ces démarches peuvent toutefois venir utilement apporter des perspectives aux projets actuellement menés au sein des GHT.



---

# Sources et Bibliographie

---

## Ouvrages

AKRICH M, CALLON M, LATOUR B, CALLON M, 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Presses des Mines, 401 p.

CREMADEZ M, 1992, *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, 320 p.

FAYOL H, 1916, *Administration industrielle et générale*, Dunod, 230 p.

FREIDSON E, 1970, *Profession of Medicine : a Study of the sociology of applied knowledge*, University of Chicago Press, 409 p.

HERZBERG F., MAUSNER.,1959, *The Motivation to Work*. John Wiley. New York., Chapman & Hall, 157 p.

MAYO E, 1945-1949, Réédité en 2007. *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Routledge, 204 p.

MINTZBERG H, 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 434 p.

NOBRE T, 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Dunod, 320 p.

ROUSSEL P, 2000, *La motivation au travail, concept et théories*, LIHRE Université des sciences sociales de Toulouse, 19 p.

## Articles

AUBAS P, GEORGESCU I, BARREDA M, mars 2018, « l'hybridation des médecins hospitaliers et la réduction du slack (exemple des durées de séjours) : le rôle des techniciens d'information médicale (TIM), *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* », volume 66 p S36

COLOMBAT P, BEAUCHETET C, FOUQUEREAU E et al., mars 2014, « la démarche participative dans les soins », *gestions hospitalières* n°534

COLOMBAT P, LEJEUNE J, COILLOT H et al, 2018 « expériences », risques et qualité, volume XV N°1

FOROPON C., LANDRY S, BEAULIEU M et al., août septembre 2013, « La démarche lean au cœur des établissements de santé », *gestion hospitalières* n°528

FRYDMAN R, SEDEL L, VALLANCIEN G, 28 juin 2015, « Nous sommes médecins, de grâce laissez-nous travailler », *Les Echos*, page 15

GEORGESCU I, COMMEIRAS N, 2011, « Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins », *Journal d'Economie Médicale*, Vol 29

GEORGHIU M D, MOATTY F, janvier 2014, « L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes », *Connaissance de l'emploi*, n°109

HOSPITALIA, 9 mai 2016 « génération Y médicale : les PU-PH, un autre monde pour 4 jeunes médecins sur 10 », *Hospitalia*, disponible sur internet : <https://www.hospitalia.fr>

LANOUZIERE H, septembre 2013, « un coup pour rien ou un tournant décisif ? L'accord du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail », *Semaine sociale Lamy*, n°1597

LAUDE L, BARET C, FELLINGER F, février 2015, « Exploration des pôles Terra Nova du management hospitalier, *Revue Hospitalière de France*,

LE GOFF POURIAS M-A, Novembre-Décembre 2015, « Communauté de pratique à l'hôpital, Au-delà de la diffusion des connaissances ? », *Revue hospitalière de France*, n°567

MANAGER DE SANTE, septembre octobre 2013, « Dossier : la confiance »

LE MAG DE L'INPH août 2016 « l'insoutenable légèreté de l'être », p24-26 n°8

LE MONDE, 8 janvier 2016 « l'hôpital Pominou sens dessus dessous », *Le Monde*, page 10

## **Etudes, rapports :**

AUBART F, DELMOTTE, VERAN O, 2011, « Exercice médical à l'hôpital »

CONFERENCES HOSPITALIERES : DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D et al, mars 2014, « bilan et évaluation des pôles dans les établissements de santé », Rapport remis à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

COUTY E, SCOTTON C, mars 2013, « le pacte de confiance pour l'hôpital », synthèse des travaux,

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, mai 2010, « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, la documentation française »

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016 « Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, mise en responsabilité des médecins, recommandations pour une amélioration des pratiques »

INTERSYNDICALE DE PRATICIENS DES HOPITAUX, octobre 2013, « Bilan des pôles : quelle est l'opinion des praticiens hospitaliers »

LE MENN J, CHALVIN P, novembre 2015 « L'attractivité de l'exercice médical public », Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

VERAN O, 2017, «L'évolution des modes de financement des établissements de santé »

## **Documentaire**

MESSONNIER M, 2015, « Le bonheur au travail », Réalisateur ARTE France, Production Campagne Première,

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Enquête FHF-Arthur Hunt Group sur l'« Attractivité médicale »**

**Annexe 2 : Enquête présentée en 2014, par le groupe « Bien-être au travail » de la commission médicale d'établissement du CHU de Montpellier**

**Annexe 3 : panel de personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire**

**Annexe 4 : questionnaire utilisé pour les entretiens semi-directifs avec les praticiens hospitaliers**

**Annexe 1 : Enquête FHF-Arthur Hunt Group sur l'« Attractivité médicale »**

# DOSSIER DE PRESSE

---

## **ATTRACTIVITE MEDICALE : LES MEDECINS EXPRIMENT LEURS BESOINS, LA FHF SE MOBILISE EN LANCANT UN MOOC**

---

8 NOVEMBRE 2017



Les établissements publics de santé s'engagent au quotidien pour offrir la meilleure prise en charge aux patients et assurer la continuité des soins. Aujourd'hui, dans un contexte de forte pénurie médicale, avec un taux national de vacance statutaire de 26,5% pour les postes de praticien hospitalier temps plein et de 46,1% pour les postes de praticien hospitalier temps partiel (Rapport d'activité 2016 du Centre National de Gestion, hors DOM-TOM), les établissements doivent pour remplir leur mission conjuguer :

- La dimension territoriale des projets médicaux et de fortes sujétions dans l'exercice médical, avec une demande de meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle ;
- Des parcours professionnels longs, souvent au sein d'un même établissement, avec le souhait de parcours plus diversifiés ;
- Des difficultés de recrutement et de fidélisation des médecins, avec l'absence de marge de manœuvre sur le statut.

**Autant d'enjeux dont les hôpitaux se saisissent, et sur lesquels il était important de sensibiliser et de partager les bonnes pratiques.**

**L'enquête FHF- Arthur Hunt**, réalisée du 15 mai 2017 au 27 juin 2017, avait pour objectif d'identifier les besoins et attentes des médecins hospitaliers et des étudiants en médecine en matière de management et de Gestion des Ressources Humaines médicales. **Plus de 5600 des médecins et étudiants se sont mobilisés pour y participer !**

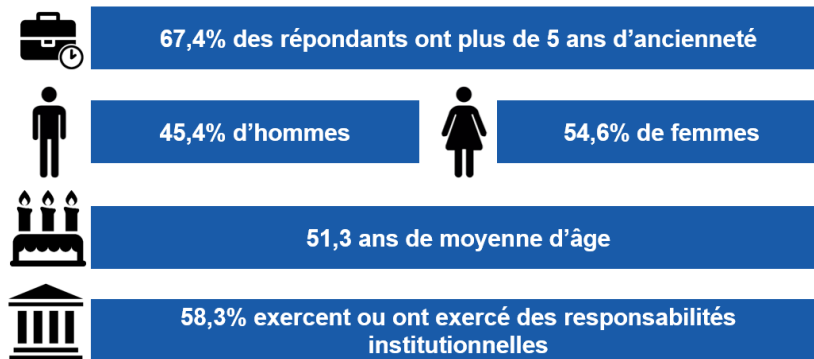
En réponse, la FHF lance **le MOOC « attractivité »**. Ce Mooc est destiné aux promoteurs des politiques d'attractivité en établissement, médecins, présidents de CME, directeurs. Il vise à sensibiliser et promouvoir les bonnes pratiques développées dans les établissements grâce à des tutoriels, qui sont autant de témoignages et de propositions d'outils : **plus de 50 témoignages d'acteurs de premier plan et 40 outils y sont partagés.**



• PRINCIPAUX RESULTATS ENQUETE NATIONALE FHF- ARTHUR HUNT SUR LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

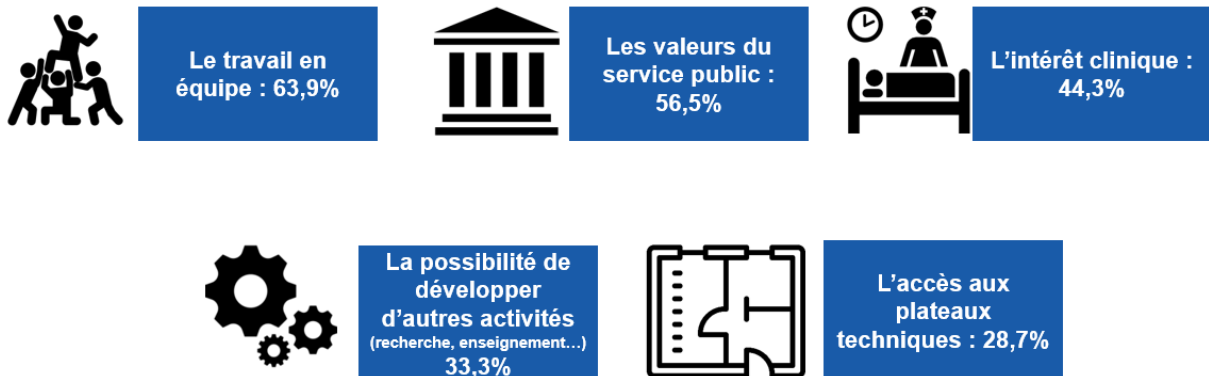
Un échantillon représentatif de la population médicale hospitalière

- 1619 étudiants en médecine se sont exprimés à cette occasion ;
- 4003 médecins hospitaliers :



• LES ELEMENTS QUI FONDENT L'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL PUBLIC ET LES PRINCIPAUX LEVIERS D'ATTRACTIVITE IDENTIFIES

○ Médecins




○ Etudiants en médecine





### Autant d'atouts pour l'hôpital public !

## • GHT ET COOPERATIONS MEDICALES DE TERRITOIRE

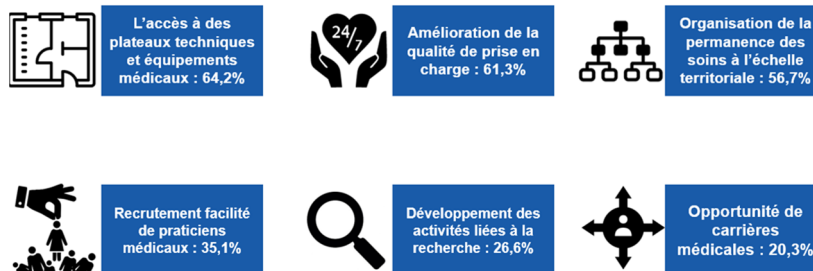
 **42,6%** des médecins répondants considèrent que les coopérations médicales de territoire à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) constituent un levier d'attractivité, et ce alors même que les projets médicaux viennent d'être formalisés.

### Les coopérations médicales de territoire sont elles perçues comme un levier d'attractivité ? MEDECINS



## Les principaux leviers à mobiliser

### Pour quelles raisons les coopérations médicales de territoire sont-elles un facteur d'attractivité ?

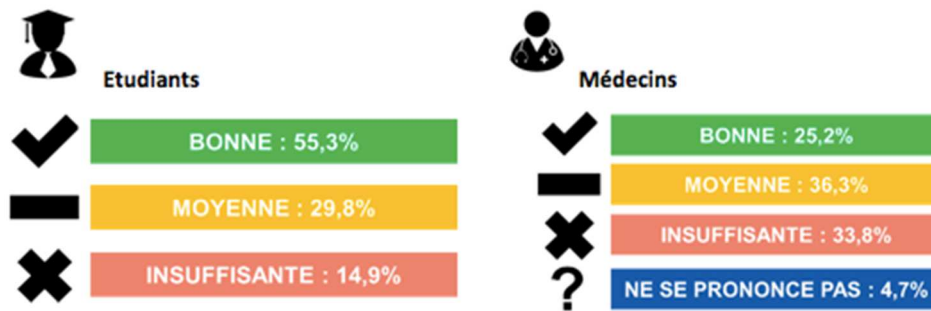


Les médecins hospitaliers perçoivent plusieurs avantages à la mise en place des coopérations médicales de territoire au premier rang desquels : l'accès aux plateaux techniques et équipements d'autres établissements, l'amélioration de la qualité de prise en charge sur l'ensemble du territoire, et un allègement du poids des gardes et des astreintes grâce à une organisation à l'échelle territoriale.

## • PROJET SOCIAL MEDICAL



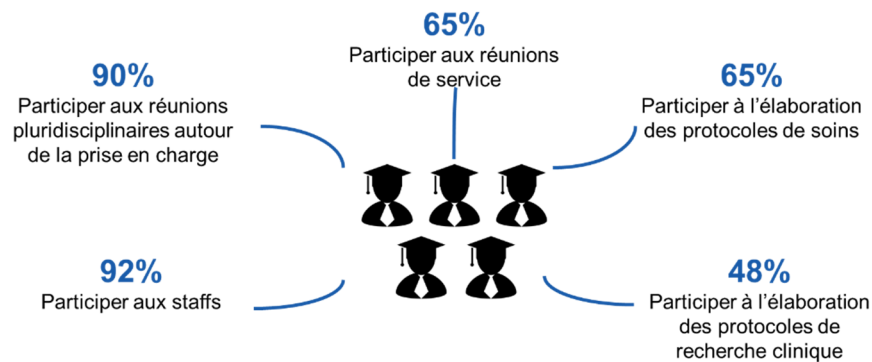
## L'évaluation de la qualité de l'intégration



## Les outils et pratiques évalués comme pertinents



### Focus Etudiants



L'appréciation des dispositifs d'intégration par les médecins est mitigée, et il est à noter que la part d'insatisfaction augmente avec la taille de l'établissement (39% estime la politique d'accueil et d'intégration dans les CHUs insuffisante pour 33,8% en moyenne). Les réponses soulignent ainsi l'intérêt de développer une véritable politique d'accueil et d'intégration formalisée, pour les nouveaux médecins et les étudiants. Ces processus d'intégration, qui relèvent de la formalisation d'une politique de marque employeur, sont clés en ce qu'ils marquent le début de la relation avec l'hôpital.



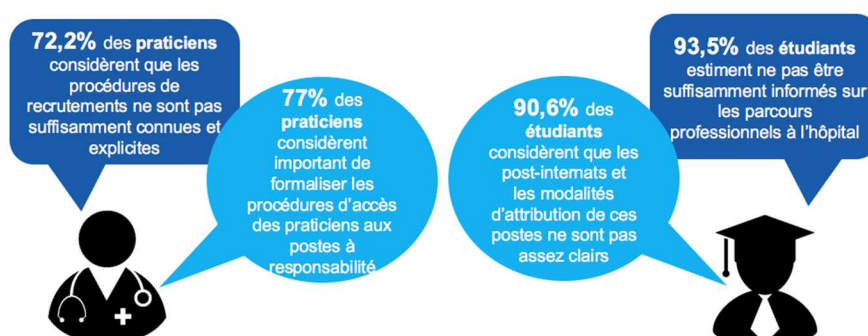
## L'accompagnement des parcours professionnels

Les praticiens ne se sentent majoritairement pas suffisamment accompagnés dans leur parcours professionnel.

Ce constat est plus important entre 40 et 60 ans, qui sont 72% à considérer être insuffisamment accompagnés.



### Un besoin de lisibilité sur les recrutements et les parcours professionnels :



### Les outils et pratiques d'accompagnement professionnel considérés comme importants



Selon les résultats de l'enquête, les médecins adhèrent à la proposition d'un accompagnement professionnel. A ce titre, la formalisation des processus et critères de recrutement, de nomination sur les postes à responsabilités, et les outils tels que la fiche de poste, le plan de carrière, ou les entretiens annuels sont perçus comme pertinents. Cet accompagnement peut également se traduire également par la diversification des activités, entre clinique, projets de recherche, enseignement, coordination... perçue comme véritable source de richesse. Ces projets doivent pouvoir être proposés en cohérence avec les besoins du service, organisés et suivis, notamment à l'occasion d'entretiens annuels, jugés comme importants par 77% des répondants.



### Les constats en matière de qualité de vie au travail

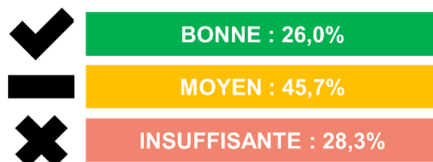
Pour 64% des médecins, les priorités du service font sens. 52% d'entre eux se sentent soutenus dans leur projet professionnels et 52 % considèrent être en capacité d'agir sur leur environnement. En revanche, seuls 47% se sentent impliqués dans l'élaboration des projets institutionnels.

Les priorités du service font **SENS**  
 OUI : 64%  
 Non : 29%

Les praticiens se sentent en capacité d'**AGIR** sur le fonctionnement de leur service  
 OUI 52%  
 NON 46%

Les praticiens se sentent **SOUTENUS** dans leur exercice professionnel  
 OUI : 52%  
 Non : 39%

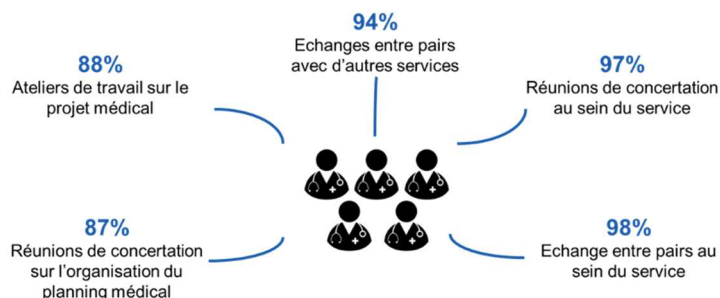
Les praticiens sont **IMPLIQUES** dans l'élaboration des projets institutionnels  
 OUI 49%  
 NON : 47%



26% des médecins répondants se disent satisfaits de leur équilibre vie privée-vie professionnelle. 45,7% considèrent cet équilibre « moyen » et 28,3% en sont insatisfaits.

### L'importance du management participatif

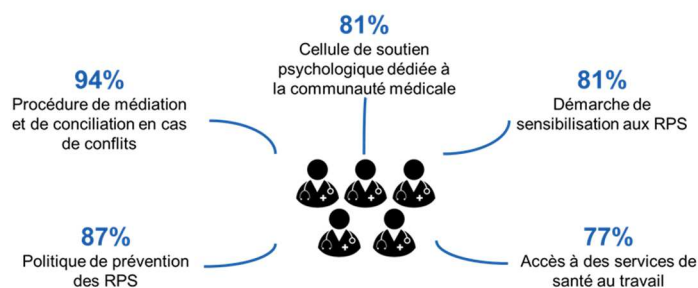
98% des médecins et 96% des étudiants estiment important d'être impliqués dans les prises de décisions organisationnelles et stratégiques de leur service, et soulignent l'importance des pratiques suivantes :



### Conditions d'exercice - Les médecins considèrent comme importants et très importants les pratiques et dispositifs suivants :



### Les outils en matière de QVT et de RPS plébiscités



D'une manière générale, l'appréciation de leur équilibre vie privée-vie professionnelle par les médecins est proche de celle constatée par d'autres études réalisées auprès de cadres. Par ailleurs, les médecins répondants adhèrent au déploiement d'outils permettant d'améliorer leurs conditions de travail au quotidien et plus particulièrement de réduire leurs tâches administratives et de préserver les conditions logistiques de leur exercice. Ils adhèrent également aux pratiques de management participatif. Les outils de prévention de la santé au travail sont enfin largement plebisités. Ainsi les praticiens considèrent important de pouvoir avoir recours à des procédures de médiation et de conciliation en cas de conflits.

## • L'ENJEU DU MANAGEMENT



**Les constats : 82% des médecins répondants estiment que la préservation des relations inter-personnelles est aujourd'hui une priorité du management médical**



82% : La préservation des relations interpersonnelles est une priorité pour le management médical



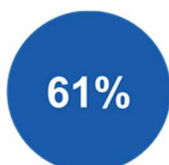
67% : L'encadrement médical s'implique pour garantir le respect des règles de fonctionnement du service



**Les outils et pratiques de management identifiées comme importantes**



Sont favorables à des échanges de pratiques entre praticiens encadrants



Sont favorables à des dispositifs d'animation de la communauté managériale



Sont favorables à une charte de management médical

Dispositifs de formation et d'intégration des praticiens en responsabilité 80%

Possibilité de réaliser un autodiagnostic de ses pratiques managériales 74%

Coaching pour l'encadrement médical 67%

Ateliers de co-développement 52%

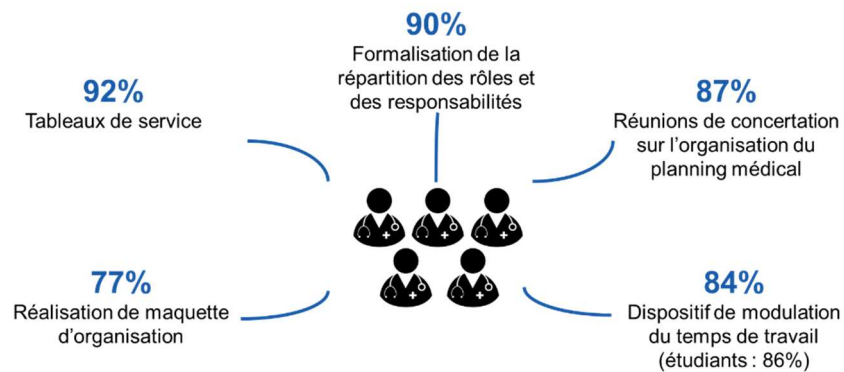
La majorité des médecins répondants perçoit positivement la proposition d'outils de développement des compétences managériales : formations managériales (le management étant peu enseigné dans les études de médecine), auto-diagnostic managerial, coaching individuel, ou encore ateliers de co-développement. Ils sont également favorables à ce que les praticiens en situation de responsabilité managériale puissent s'appuyer sur une charte de management médical, bénéficier de dispositifs d'animation de la communauté managériale et échanger entre eux.



## Les constats en matière d'organisation du travail médical : la nécessaire vigilance sur l'équité



Organisation du travail : la majorité des répondants perçoit positivement la formalisation des organisations médicales et appelle à une meilleure synchronisation des organisations médicales et non médicales, facteur clé d'amélioration des conditions de travail



94% : plébiscitent la synchronisation des organisations médicales et non médicales



45% : ne sont pas satisfaits de la coordination entre les organisations médicales et soignantes



96% : estiment important avoir des temps d'échange avec l'équipe de soins

### **A propos d'Arthur Hunt**

Arthur Hunt Santé accompagne depuis 20 ans les établissements hospitaliers dans leur projet de transformation avec une attention permanente à l'accompagnement social. Avec plus de 80 hôpitaux accompagnés ces trois dernières années, et une équipe de consultants spécialisés, le cabinet dispose d'un terrain d'observation pertinent pour proposer des méthodes innovantes adaptées aux enjeux des organisations hospitalières. C'est ce souci permanent de la transformation sociale qui a conduit le cabinet à proposer à la FHF de réaliser cette étude dont l'objet était de rendre explicite l'appétence des médecins hospitaliers pour des mesures très opérationnelles d'accompagnement professionnel.

#### **CONTACTS PRESSE :**

**FHF** : Camille TROCHERIE - 01 44 06 85 21 - [c.trocherie@fhf.fr](mailto:c.trocherie@fhf.fr)

**Cabinet Arthur Hunt consulting** : Valérie Muller Directrice du pôle santé - 06 42 17 47 60 - [Muller@arthur-hunt.com](mailto:Muller@arthur-hunt.com)

• ATTRACTIVITE MEDICALE, LE MOOC DE LA FHF

**MOOC (massive open online course en anglais)**

*Formation ouverte, à distance, capable d'accueillir un grand nombre de participants dispersés géographiquement.*

- **Une démarche collective** - Un Mooc pensé par la **Commission Attractivité** de la FHF
- **Une démarche partenariale** - Un Mooc construit grâce au soutien de :



- **Objectif** : sensibiliser et promouvoir les bonnes pratiques développées dans les établissements
- **Cible** : Promoteurs des politiques d'attractivité en établissement, médecins, présidents de CME, directeurs
- Un parcours s'articulant autour de **4 modules** consacrés au projet médical, à l'élaboration d'un projet social médical, aux outils juridiques ou encore au partage de postures managériales, à consulter dans l'ordre souhaité.



- Une **boîte à outils**, construite grâce à la mobilisation des établissements ayant répondu à l'appel à bonnes pratiques diffusé en avril 2017
- Un **quizz** proposé à l'issue de chaque module, et un certificat délivré à l'issue du parcours
- Le partage d'expériences dans les **forums**



## Le MOOC de la FHF, c'est...

- Une démarche fondée sur l'enquête nationale sur la GRH médicale
- 40 outils
- 50 témoignages d'acteurs de premier plan :

**MANAGEMENT MÉDICAL : QUELS ENJEUX ?**

**E. MINVIELLE**  
Titulaire de la chaire de management des établissements de santé à l'Ecole des Hautes études en Santé Publique – décrit les enjeux du management médical

**UNE DÉMARCHE GLOBALE DE POLITIQUE RH MÉDICALE**

**PR SALOMON & C. WELTY**  
Pr Salomon – Vice-Président de la commission vie hospitalière – et C. Welty Directrice de l'organisation médicale et des relations avec les Universités – AP-HP – présentent les enjeux liés à la construction d'une politique RH médicale

**CONSTRUIRE UN PROJET PROFESSIONNEL ATTRACTIF POUR LES MÉDECINS**

**PR CLAUDON**  
Président de CME du CHRU de Nancy – Président de la conférence des PCME de CHU – insiste sur l'importance de la construction de projets professionnels pour les médecins

**LE DIALOGUE ENTRE LES ÉTUDIANTS, LES INTERNES ET L'HÔPITAL**

**DR GODEAU**  
Président de la CME du CH de la Rochelle et Président de la conférence des PCME de CH – propose des pistes concrètes pour favoriser l'expression et le dialogue avec les étudiants

**LA MARQUE-EMPLOYEUR À L'HÔPITAL**

**N. ROBIN SANCHEZ**  
Professeur en management et gestion des Ressources-Humaines, EHESP – présente le concept de marque employeur

**DR GRICHY**  
Interne en psychiatrie, Vice-Présidente « Questions sociales » de l'ISNI – explique les risques spécifiques aux internes et propose des pistes d'actions

**DR MÜLLER**  
Président de la Conférence des Présidents de CME de CHS et Président de CME de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération Lilloise – présente les dispositifs de prévention des RPS



**Un engagement fort de la communauté hospitalière pour l'attractivité médicale à l'hôpital public !**

## **Mooc-attractivite.fhf.fr**

### **A propos de la Fédération hospitalière de France**

Créée en 1924, la FHF représente plus de 1 000 hôpitaux et environ 3 800 établissements médico-sociaux. Véritable « maison commune des hospitaliers », la FHF s'est construite autour de valeurs partagées : égal accès à des soins de qualité pour tous ; volonté d'innovation et d'excellence dans les soins et l'accompagnement, l'enseignement et la recherche ; continuité de la prise en charge.

La FHF réunit en son sein des hôpitaux de tailles différentes – centres hospitaliers locaux, centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers universitaires, établissements spécialisés en santé mentale – ainsi que des Ehpad et des établissements assurant la prise en charge du handicap.

Elle défend l'autonomie des établissements hospitaliers et médico-sociaux, gage d'une adaptation intelligente aux réalités du terrain. Elle travaille à la création d'un véritable service public de santé réunissant dans chaque territoire les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux afin d'améliorer la cohérence des parcours de soins et de vie.

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

#### **CONTACTS PRESSE :**

**FHF** : Camille TROCHERIE - 01 44 06 85 21 - [c.trocherie@fhf.fr](mailto:c.trocherie@fhf.fr)



## Point d'étape des travaux du groupe BEAT

---

CME du 09 octobre 2014

1



## Point d'étape des travaux du groupe BEAT

---

- Le partenariat médecins-directeurs
- Autres actions

2

## Le partenariat médecins- directeurs: données recueillies

- 2012/2013: **120 entretiens confraternels**
- Octobre 2013: **117 questionnaires remplis par les CCA et assistants et enquête auprès de plusieurs médecins ayant quitté le CHU**
- Janvier 2014: **24 interviews de directeurs**
- En 2014
- Evaluation du partenariat médecins/administratifs dans **deux dossiers**
  - Fermeture des lits d'Obstétrique
  - Réorganisation des consultations du Pole Digestif
- Travail spécifique sur la communication pluri professionnelle sur certains dossiers: Performance des services de soins.

3

## Le poids des préjugés Des directeurs: « Financiers non éclairés »?



5

## Le poids des préjugés: Des médecins irréalistes..irresponsables?

---



6

## Plus sérieusement: les points communs et les différences dans le vécu

---

- **Le vécu d'une même émotion positive: l'enthousiasme (jusqu'à quand?)**
  - L'enthousiasme des médecins pour l'exercice quotidien de leur métier dans ses aspects techniques et relationnels(patients, équipe, étudiants)
  - L'enthousiasme des directeurs pour contribuer à la production de santé et de services rendus et pour la réussite partagée de certains projets
- **La différence dans les contextes de vécu de cette émotion: une ambiance relationnelle moins prégnante pour les directeurs**
  - Pour les médecins à la base de cette émotion on trouve un sentiment de reconnaissance et de considération venant largement des autres
  - Les directeurs ne rencontrent qu'exceptionnellement les patients et rarement les équipes et travaillent avec un nombre restreint de médecins
  - Ils sont privés du contact direct avec les résultats valorisants du travail des médecins et risquent de ce fait aussi d'en méconnaître les exigences
  - Leur enthousiasme est alimenté plus indirectement (témoignages, publications) à une fréquence différente des médecins

7



## Plus sérieusement: les points communs et les différences dans le vécu

---

- **Le vécu d'une même émotion négative: le sentiment d'impuissance doublé d'une irritation**
  - Pour les médecins, c'est le manque de synergie entre le corps médical et l'administration, le sentiment de ne pas être reconnu pour son travail, des conflits durables au sein des équipes, le fardeau des tâches administratives
  - Pour les administratifs, ce sont les contraintes réglementaires et économiques, certaines situations immuables (organisations dysfonctionnelles, conflits au sein des équipes médicales) et le sentiment d'un défaut de collaboration active des médecins, qui sont en cause
- **Seul le poids des tâches administratives paraît marquer la différence sur les motifs de survenue de cette émotion négative, même si, l'on peut noter que les directeurs souffrent des contraintes inhérentes au contexte réglementaire et économique**

8



## Une ébauche de compréhension mutuelle

---

- « *les directeurs ont leurs propres contraintes, il faut les comprendre...* » (plusieurs médecins)
- « *le médecin qui voit ses ressources diminuer peut penser que l'on a dit qu'il travaille mal..* » (un directeur)
- « *un médecin qui travaille énormément ne comprend pas qu'on lui refuse des moyens de travailler...* » (un directeur)
- « *les médecins manquent de temps pour participer aux réunions..* » (un directeur)
- « *On est désolé de dire non à des demandes médicales pertinentes et justifiées..* » (un directeur)

9



## Que pourrait-on améliorer et comment? Les obstacles

---

- Le poids des préjugés réciproques est à l'œuvre d'autant plus que le système de santé est financièrement et réglementairement contraint
- Les métiers et leurs conditions d'exercice sont structurellement différents
- Les états émotionnels sont voisins et ce qui les provoque est souvent en miroir chez les protagonistes
- **Chacun des protagonistes sait-il qu'il a ce vécu en partage même s'il le formule différemment?**
- **L'obstacle majeur à une communication efficace peut se résumer à la méconnaissance de l'autre et du domaine de l'autre**
- Cette méconnaissance à l'origine d'un **manque de confiance réciproque** est due :
  - Au fait que l'on n'a pas pris le temps (manque de temps invoqué tous azimuts!!)
  - Aux effets de la taille de l'institution
  - A une méthodologie de travail défectueuse
  - .....

10

---



## Des préjugés délétères à la découverte de ce que l'on partage

---

- Les composantes d'un **partenariat efficace** à co-construire en permanence (*Bordin, 1976, 1994; Mikulincer, and and Shaver, 2007*):
  - Un objectif partagé
  - Un accord sur les tâches et les décisions pour l'atteindre
  - Un lien de confiance de qualité suffisante (engagement mutuel, confiance, respect mutuel)
- Partageons nous **le même objectif?**  
Oui, et nous gagnerions à le définir précisément
- Nous mettons-nous **d'accord sur les tâches à accomplir et les décisions** à prendre pour l'atteindre?  
La réponse est beaucoup plus incertaine et les préjugés démarrent ici
- Avons-nous un **lien de confiance?**  
Force est de constater qu'il fait souvent défaut et les préjugés se renforcent

11

---

## Pourrions-nous changer la méthode de travail?

---

**Dans tout travail mené en commun se donner comme priorité initiale explicite et effective de créer les facteurs favorisant un partenariat**  
**En prendrons-nous le temps?**



12

## Pourrions-nous changer la méthode de travail?

---

*« La compréhension des jugements de valeur des autres est un moment précieux pour favoriser une prise de conscience et une confrontation à l'altérité, bien nécessaire dans un monde complexe et pluriel...*

*La mise en perspective des évaluations des uns et des autres ne débouche pas toujours sur un consensus en particulier sur le poids qu'il faut attribuer à tel ou tel facteur, mais elle favorise une meilleure compréhension mutuelle.*

*L'évaluation devient alors un espace délibératif et un exercice pratique de démocratie quotidienne qui favorise l'élaboration de médiations. »*

Vincent de Gaulejac, 2012

13





## D'autres actions du groupe

---

- 3 Novembre 2014: Intervention à la Journée d'Accueil des **nouveaux internes**
- 7 Novembre 2014: Rencontre président CME et Directeur des affaires médicales du **CHU de Toulouse** à propos de leur projet pour échanger sur projet social pour les médecins et attractivité médicale
- 19 décembre 2014: **2ème Journée d'Etudes**  
« Des impératifs de la gouvernance hospitalière au partenariat dans le quotidien: comment cultiver la confiance? »
- Collaboration du groupe BEAT avec Irène Georgescu et Roxana Olegeanu (UM1 ET UM2) à propos d'un **projet de recherche sur les différentes facettes du travail des médecins**

14



## Invitation pour participer à une recherche

---

- **Pour faire mieux connaître le travail des médecins et améliorer la communication au sein du CHU, merci de participer à une recherche sur la réalité du travail des médecins hospitaliers au quotidien**
  - Dans la poursuite de ses travaux sur le bien-être au travail, les membres du groupe BEAT ont rencontré deux chercheuses des UM1 et UM2: Irène Georgescu, et Roxana Olegeanu qui ont un projet de recherche visant à répertorier les différentes composantes du travail des médecins du CHU (travail prescrit, travail réel, travail perçu, travail mesuré) et à les mettre en perspective **à partir d'entretiens et d'une observation directe prolongée sur le terrain.**
  - Elles vont travailler sur un **échantillon de 20 praticiens.**
  - Pour constituer leur échantillon elles vont procéder dans un premier temps à un **tirage au sort.**
  - Elles sont susceptibles de **vous contacter** dans les jours à venir.
- Bien sûr, vous aurez toute liberté d'accepter ou non de participer à cette recherche.**



15

### **Annexe 3 : panel de personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire**

#### **Médecins rencontrés, issus de CH et de CHU**

CHEF DE CLINIQUE, chirurgie orthopédique, CHU, le 3 juillet 2018

INTERNE, syndicat des internes, CHU, le 22 mai 2018

MCU-PH, responsable de service, CHU, le 27 juin 2018

PUPH, groupe BEAT, CHU, le 2 juillet 2018

PUPH, doyen de la faculté de médecine, CHU le 17 juillet 2018

PUPH, coordonnateur de département, CHU le 12 juin 2018

PUPH, chef de pôle, CHU, le 27 août 2018

PUPH, chef de pôle , CHU, le 6 juin 2018

PUPH, psychiatrie, CHU, le 13 juillet 2018

PUPH, chef de pôle, CHU, le 6 juillet 2018

PUPH, Président de CME, CHU, le 28 août 2018

PH, DIM, CHU le 17 juillet 2018

PH, adjoint chef de pôle, CHU, le 26 juin 2018

PH, directeur qualité gestion des risques, CHU, le 17 juillet 2018

PH, DPI, CHU, le 17 juillet 2018

PH, cardiologie, CH, le 20 juillet 2018

PH, neurochirurgie, CHU, le 13 juin 2018

#### **Agents de directions fonctionnelles, directeurs adjoints et directeurs d'établissement:**

Attachée direction des affaires médicales, CHU, formation, le 12 juin 2018

Coordinatrice générale des soins, CHU, le 24 juillet 2018

Directeur des systèmes d'information, CHU, le 16 juillet 2018

Directeur général, CHU, le 18 juillet 2018

Directrice générale, CHU, le 8 juin 2018

Directrice des affaires médicale, CHU, le 11 mai 2018

Directrice adjointe des affaires médicales, CHU, le 17 mai 2018

Directrice de la politique sociale médicale, CHU, le 13 juin 2018

Directrice des opérations et de la performance, CHU, le 18 juillet 2018

Directeur des affaires financières et des systèmes d'information, CHU, le 12 juin 2018

## **Annexe 4 : questionnaire utilisé pour les entretiens semi-directifs avec les praticiens hospitaliers**

Quelle fonction occupez-vous ?

Depuis combien de temps ?

Pour vous qu'est-ce que le management?

Pour vous qu'est-ce qu'être manager? Qu'est-ce être qu'un bon manager?

Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir manager?

Avez-vous été soutenu/accompagné dans votre projet ? Si oui comment ?

Face à des difficultés comment avez-vous fait pour résoudre le problème?

Votre réalité est-elle à l'image de ce que vous aviez imaginé ?

Quel accompagnement avez-vous eu à votre prise de fonction ?

De la part de qui ?

Décrivez cet accompagnement

Qu'est-ce qui vous a aidé ?

Qu'est-ce qui vous a manqué ?

Connaissez-vous le projet d'établissement?

Si oui, Qu'est ce que cela représente pour vous?

Connaissez-vous le projet managérial?

Y participez-vous ?

Si non : Cela pourrait-il changer votre lien à l'établissement?

Qu'est ce qui pourrait renforcer ce lien?

Racontez-nous une expérience où vous vous êtes sentis pleinement manager

Avez-vous le sentiment d'appartenir à une communauté de managers ? Pourquoi?

Qu'est-ce qui vous met en difficulté aujourd'hui dans votre exercice ? Pourquoi?

Qu'est-ce qui facilite votre exercice ?

Qu'est-ce que représentait pour vous le monde des administratifs avant d'exercer des responsabilités ?

Est-ce que ce regard a changé sur eux?

Est-ce que le regard de vos collègues médecins à changer sur vous depuis que vous exercez des responsabilités ?

### **Pour les nouveaux managers du CHU :**

#### **Dispositifs d'accompagnement : présentation des trois volets**

Notez la pertinence du dispositif d'accompagnement dans son ensemble de 1 à 10 et pourquoi :

Notez la pertinence de chaque niveau de 1 à 10 :

o parrain

o tuteur

o catalogue d'expert

Un dispositif intégrant un parrainage de quelqu'un qui n'exerce pas votre métier vous paraît-il être un plus ?

### **Dispositifs de formation : présentation des deux axes**

Avez-vous bénéficié d'une formation particulière au management en vue de vos nouvelles fonctions ?

- Vous en a-t-on proposé ?
- Les avez-vous demandées ?

Quel est votre avis sur la pertinence des thèmes de l'axe 1 ?

Quel est votre avis sur les objectifs pédagogiques et leur pertinence (axe 1 et axe 2) ?

Avez-vous des thèmes à rajouter ?

A quel moment de votre parcours l'axe 1 vous aurait-il été le plus utile ?

BARRAL

Anne Lise

Octobre 2018

## DIRECTEUR D'HOPITAL

2017-2018

### **Développer une stratégie à destination des médecins managers : le cas du projet managérial du CHU de Montpellier**

#### **Résumé :**

Le CHU de Montpellier connaît, comme de nombreux établissements, le paradoxe d'avoir développé avec les médecins une forte culture du dialogue à travers la délégation de gestion et de voir se développer au sein de la communauté médicale un sentiment de malaise.

Faisant le constat du rôle essentiel que jouent les cadres et les managers médicaux dans la mise en œuvre des transformations, le CHU de Montpellier a fait le choix dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022 de mettre en œuvre un projet managérial décloisonné médical non médical. En proposant un projet moderne et innovant, le CHU se donne ainsi l'opportunité d'accroître la capacité des managers à faire face aux projets de transformations de l'établissement.

Les managers médicaux sont en effets des partenaires essentiels de la gouvernance hospitalière et leur implication dans le projet managérial paraît indispensable. Ayant une culture managériale faible ces derniers sont en demande d'outils pour faire face à des situations de plus en plus complexe.

Cette dimension s'accompagne d'une demande pressante des chefs de pôle d'une plus grande délégation de gestion offrant plus de leviers managériaux. Cette demande est aujourd'hui entendue par l'établissement qui réfléchit donc aux modalités que pourraient revêtir la prochaine contractualisation 2019-2022.

Il ressort des travaux menés que la mise en place du projet managérial est complémentaire de la réflexion sur la délégation de gestion en ce qu'elle permet aux managers médicaux de développer des compétences nécessaires pour exercer de nouvelles responsabilités

#### **Mots clés :**

Délégation médico-administrative, délégation de gestion, formation, gestion des conflits, innovation managériale, management médecins, projet managérial.

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