



Directeur d'Hôpital

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **octobre 2024**

**La formation des managers médicaux :
levier d'accompagnement des
professionnels et de performance des
centres hospitaliers**

Solvène STEPEC

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Monsieur Louis Cauchois, pour son accompagnement, sa bienveillance et sa détermination à faire de mes stages aux Hôpitaux Civils de Colmar des expériences enrichissantes et formatrices.

Je tiens également à remercier Messieurs Jérôme Hincker et Emilien Saugrin, pour leur confiance et les opportunités offertes, pour leurs mots et leurs partages d'expérience.

J'adresse une pensée plus générale à l'ensemble de l'équipe de direction, des équipes médico-soignantes et des services techniques et biomédicaux des Hôpitaux Civils de Colmar, que j'ai eu honneur et plaisir à côtoyer tout au long de ces neuf derniers mois et qui ont su m'accorder leur temps, pour ce mémoire ou pour tout autre sujet. J'ai grandement apprécié nos échanges, honnêtes et sincères.

Ce mémoire marquant l'achèvement et la concrétisation de ma formation hospitalière, je souhaite remercier Madame Virginie Migeot et Messieurs David Veillard et Ronan Garlantezec pour leur accueil lors de mes précédents stages hospitaliers et surtout pour m'avoir transmis le souhait d'une carrière qui donne un sens aux mots « collectif » et « innovation ».

À mes proches, enfin, j'adresse toute ma reconnaissance pour le soutien indéfectible témoigné tout au long de cette aventure universitaire puis professionnelle. Vos mots réconfortants et votre présence à mes côtés ont été une source précieuse de force et d'inspiration. Ce mémoire est le fruit de vos encouragements constants, et je vous en suis infiniment reconnaissante.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Les formations destinées aux chefs médicaux répondent à un besoin d'accompagnement et d'acculturation aux logiques institutionnelles et pratiques managériales.....	12
1.1 La position de médecin manager, à la frontière entre deux mondes professionnels distincts, nécessite une acculturation aux logiques institutionnelles.	12
1.1.1 Un rôle de manager qui recoupe trois grands rôles majeurs.	12
1.1.2 A la frontière d'univers cloisonnés, la nomination à une fonction de chefferie requiert l'acquisition de nouvelles logiques et connaissances.	13
1.1.3 Devenir médecin manager : un besoin de progression important dans l'implication des médecins dans la compréhension de l'institution hospitalière.	15
1.2 L'évolution professionnelle du médecin manager constitue une tension interne identitaire, voire une crise de la légitimité, de nature à désorganiser et démotiver. L'accompagnement de ce changement apparaît alors comme une priorité.	18
1.2.1 A l'hôpital, les identités professionnelles sont fortes et se construisent en négatif les unes des autres. La position du médecin manager se trouve alors aux frontières, sans identité propre.	18
1.2.2 Un changement de rôle et de positionnement dont les contours souffrent d'une absence de formalisation.	20
1.3 La formation des chefs médicaux revêt alors un enjeu majeur face aux difficultés rencontrées.....	21
1.3.1 Accompagner les chefs nouvellement nommés dans leur cheminement identitaire pour préserver leur bien-être au travail.	21
1.3.2 Appuyer la prise de fonction managériale par l'acquisition d'un bagage théorique solide.....	22
1.3.3 Les attentes à l'égard des chefs médicaux d'aujourd'hui plaident également en faveur d'une formation.....	23

2	S'engager dans la formation pour améliorer la performance de son établissement.....	25
2.1	S'engager dans la formation des managers médicaux crée l'occasion pour l'établissement dans sa globalité de réinterroger sa gouvernance.....	25
2.1.1	Attirer les talents sur les fonctions de chefferies médicales.....	25
2.1.2	Renforcer la logique partenariale entre les directeurs fonctionnels et les managers médicaux.....	28
2.2	La formation au management des chefs médicaux constitue un levier souvent négligé de l'attractivité, de la fidélisation et de la performance économique des établissements de santé.....	29
2.3	L'appropriation des recommandations de bonnes pratiques, reflet de la performance clinique des établissements de santé, est fortement liée au management.	33
2.4	L'acculturation des médecins managers aux enjeux financiers est indispensable mais renforce la nécessité de diffusion d'une culture d'appartenance à l'institution comme préalable.	33
2.4.1	La diffusion d'un sentiment d'appartenance à l'institution est nécessaire.	34
2.4.2	L'amélioration du positionnement managérial économique des managers médicaux nécessite la mise en place de formations à la gestion de projet.	35
3	Construire une politique de formation des médecins managers : leviers et freins.	40
3.1	Mobiliser les médecins chefs dans la formation : un enjeu de disponibilité et de vision.	41
3.2	Privilégier un accompagnement axé sur le management du changement et les techniques de gestion de projet plutôt qu'un accompagnement thématique « technique ».	42
3.2.1	Combiner formation classique et formation-action (coaching).....	42
3.2.2	Favoriser les échanges entre pairs et les retours d'expérience afin de rompre les sentiments d'isolement.	43

3.2.3 Renforcer les relations partenariales par la sollicitation des cadres de santé et des directeurs fonctionnels au travers de formations transversales thématiques. 44

3.3 De l'importance de former en collectif : constituer une formation socle commune et des modules complémentaires propres aux deux types de managers médicaux. 44

3.4 S'appuyer sur les ressources locales existantes..... 46

3.4.1 Construire des modules de formation en interne peut s'avérer pertinent. 46

3.4.2 De l'avantage d'avancer collectivement. 46

3.4.3 Du rôle des universités..... 47

Conclusion..... 48

4 Bibliographie..... 51

5 Liste des annexes 57

ANNEXE 1 : Grille d'entretien – Chefs de service et chefs de pôle 58

ANNEXE 1 : Grille d'entretien - Directeurs adjoints..... 59

ANNEXE 1 : Grille d'entretien – Cadres de santé 59

ANNEXE 2 : Propositions de modules socles..... 60

ANNEXE 2 : Propositions de modules complémentaires..... 61

Liste des sigles utilisés

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNG : Centre National de Gestion

DAM : Direction des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique

EPS : Établissement Public de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCC : Hôpitaux Civils de Colmar

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

PH : Praticien Hospitalier

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

L'année 2024 marque les vingt ans de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé français. Dans un contexte démographique et économique de plus en plus contraignant, cette véritable révolution dans le financement des hôpitaux a également insufflé un mouvement de fond de renforcement de la place des médecins dans le financement, et, de fait, dans la gouvernance des établissements publics de santé (EPS).

Les différentes réformes successives, visant à renforcer et préciser ce nouveau rôle, se sont accompagnées d'un remodelage des fonctions associées : des responsables d'unités aux chefs de service en passant par les chefs de pôle (Goudard, 2022).

Ces responsabilités étendues mobilisent des compétences nouvelles, qui ne sont pas abordées en tant que telles dans la formation initiale des praticiens (Battaglia et al., 2012). Dans ce contexte, la formation intra-établissement des médecins occupant ces fonctions s'est rapidement imposée, en vue d'accompagner cette trajectoire professionnelle leur adjoignant de nouvelles missions, bien éloignées, dans la pratique et dans la culture, de l'activité clinique à laquelle se bornaient leurs obligations de service jusqu'alors.

Il a néanmoins rapidement été constaté que les établissements rencontraient de grandes difficultés dans cette entreprise. Dans un premier temps, la difficulté résidait dans la possibilité de répondre, avec précision et pertinence, aux attentes des principaux intéressés tout en répondant au cahier des charges imprécis des textes réglementaires. Dans un second temps, il semblait difficile pour les établissements d'établir un séquençage optimal et de mobiliser les professionnels concernés au travers des formations. Ceci d'autant plus que la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production des soins, traduction concrète des responsabilités qui justifiaient un besoin de formation, peinaient à prendre une forme concrète et satisfaisante pour l'ensemble des parties (Zeggar et al., 2010).

Le « chantier du médecin manager » s'est donc véritablement imposé de nouveau récemment, à la suite de la crise sanitaire de la COVID-19.

Premièrement, de nouvelles évolutions réglementaires venues renforcer la dimension managériale des médecins chefs de service ou chefs de pôle (i.e. valences non-cliniques, campagnes d'évaluation professionnelle, ou encore réforme du statut de Praticien Hospitalier (PH)) ont relancé, au sein des établissements, la question d'une formation adaptée à l'exercice de responsabilités managériales.

Deuxièmement, plusieurs établissements ont observé de nombreuses néonominations aux responsabilités de chefferie médicale consécutivement à cet épisode sanitaire d'envergure. Ce phénomène possède de multiples explications. Dans un premier temps, l'origine de ces nominations a pu résider dans la consécration de nouveaux services autonomes et les éventuelles réorganisations et recompositions dans l'offre de soins associées à la crise sanitaire. C'est le cas notamment aux Hôpitaux Civils de Colmar (HCC). Dans un deuxième temps, plusieurs établissements ont fait état du départ anticipé de certains médecins mécontents des revalorisations opérées par le Ségur de la santé, qu'ils jugeaient inégales car favorisant plus fortement les débuts et fins de carrières (Laire, 2021). Enfin, sans que la liste ne prétende être exhaustive, une dernière explication à ces nombreux renouvellements réside dans le départ à la retraite de toute une génération de praticiens ayant occupé une fonction de chefferie depuis leur création au début des années 2000.

Le présent mémoire se veut ainsi comme un retour d'expérience sur le développement contemporain d'une politique interne de formation des médecins occupant des responsabilités managériales au sein d'un centre hospitalier.

La naissance contemporaine du médecin manager

La création de ce que l'on peut qualifier de « médecins managers » résulte des transformations profondes en matière de management stratégique et opérationnel opérées au début des années 2000 et poursuivies jusqu'à la récente loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « loi RIST ».

L'hôpital public français est engagé, depuis 2005, dans un vaste projet de réorganisation. Ces changements visent notamment à recomposer l'articulation entre les logiques médicales et les logiques de gestion en impliquant plus fortement les médecins.

Le début de cette évolution peut être rattaché à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 créant les pôles d'activité médicale prévus dans le plan « Hôpital 2007 ». La réforme créant les pôles représente une rupture dans une longue évolution de la gouvernance des établissements publics de santé, en cela qu'elle est couplée à une réforme majeure de la logique budgétaire et parce qu'elle formalise, pour la première fois, dans une nouvelle définition de leur rôle, la responsabilité économique des médecins (Valette & Burellier, 2014).

Le contexte de la mise en place de la T2A explique en effet la création des pôles, au moins autant que la nécessité de regrouper géographiquement des services devenus trop nombreux ; la T2A faisant basculer le monde hospitalier dans la culture des recettes et

du codage de l'activité, domaine dans lequel le corps médical est prescripteur. L'objectif d'atteindre une taille suffisamment critique pour mettre en œuvre un réel dialogue de gestion insuffle alors au chef de pôle (à cette époque encore « responsable de pôle »), un rôle de gestionnaire davantage qu'un rôle de manager (Bichier & Nobre, 2012). La réforme a ainsi pour objectif de responsabiliser les équipes soignantes en les initiant à la gestion médico-économique dans la perspective de la réforme de la T2A, ce qui passe par l'appropriation d'outils de pilotage adaptés (Bruehl et al., 2012). L'aspect managérial de celui qui devient alors « chef de pôle » viendra compléter partiellement le rôle gestionnaire dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13, il est affirmé que : « [Le chef de pôle] organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. ».

Un arrêté du 11 juin 2010, qui précise les contours de la « formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle organisée par l'établissement public de santé qui les emploie », ajoute ainsi en sus des éléments médico-économiques associés à la logique antérieure, des apprentissages relatifs au management des ressources humaines et au management d'équipe et de la conduite du changement.

In fine, la loi, avec le chef de pôle, a pour objectif de créer un nouveau type de manager médical. Celui-ci voit son autorité et sa responsabilité renforcées, avec une plus grande liberté dans l'organisation interne ; il signe seul le contrat de pôle et non plus au nom d'une représentation du pôle. Son contenu, et les responsabilités directes qui en découlent, constituent un socle pertinent pour créer un management de proximité.

C'est dans un contexte récent, par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS), que la question du management va rejoindre plus officiellement les missions du chef de pôle : « Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle. », rejoint par les chefs de service dans cette mission par la loi RIST : « Sans préjudice de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6146-1-1, le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle. » ; « Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation

interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service. ».

Par ailleurs, le décret du 5 février 2022 instaure la mise en place d'un entretien professionnel annuel pour les médecins, réalisé par les chefs de service et les chefs de pôle, et la possibilité d'exercer des activités (valences) non cliniques autorisées par ceux-ci également, soit des nouvelles missions d'organisation de leur service ou de leur pôle.

Aussi, l'utilisation de l'expression « managers médicaux » dans le titre de ce mémoire, se fait à dessein. Elle se veut affirmative de la nécessité de mettre en cohérence les rôles de « chefs médicaux » et de « médecins managers » et ce, par la formation. **Si la logique prévalant dans l'évolution de la réglementation qui a vu naître l'obligation de formation des médecins aux fonctions de chefferie, était celle du développement de leurs compétences gestionnaires et médico-économiques, est-ce ce qui est attendu aujourd'hui, de la part des principaux intéressés, mais également des établissements de santé ?**

La notion de « médecin manager » représente également l'avantage sémantique de rompre avec une logique anciennement paternaliste du « chef » qui dirige « ses » infirmières, « ses » confrères et consœurs (Floccia, 2020).

Il m'a par ailleurs souvent été affirmé au cours de mes échanges avec des médecins, qu'il n'y avait pas lieu de faire de généralité sur ce que représentait la fonction de chefferie médicale, car les réalités d'exercice sont aussi nombreuses que les services hospitaliers en France : être chef de pôle ou de service, être chef de service médical ou chirurgical, être chef de service hospitalier ou hospitalo-universitaire, etc. Néanmoins, et bien que les contours mêmes de cette catégorie puissent sembler relativement flous - il ne suffit pas d'être chef de service ou chef de pôle pour être considéré comme « médecin manager », de même que ces deux statuts n'épuisent pas la définition d'un « médecin manager » - la notion de management d'équipe représente le trait d'union de ces fonctions. Si le management peut être défini comme un « processus par lequel des résultats sont obtenus de façon efficace et efficiente, via et avec la coopération d'autrui », alors il semble s'agir de la mission première de ces deux fonctions (Robbins et al., 2014).

Une obligation réglementaire de formation, dont le cahier des charges reste imprécis

La proposition d'une formation aux chefs de service est une obligation réglementaire. L'Article R6146-4 du Code de la Santé Publique dispose en son article 4 : « Les chefs de service et les responsables de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans

les deux mois suivant leur nomination, le directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. ».

De même, la formation des chefs de pôle est encadrée depuis la loi HPST par l'Article R6146-6 du Code de la Santé Publique : « Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions ».

On notera dans ces deux formulations, le recours à une notion de « proposition » qui peut sembler peu engageante pour les établissements.

Si la réglementation est souple concernant la formation d'adaptation aux fonctions de chef de service (aucun contenu ni aucune durée n'est précisé), la durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle ne peut être inférieure à soixante heures. En outre, les thématiques à aborder pour ces derniers sont précisées par le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010. Il s'agit de :

- a) Gestion budgétaire et financière ;
- b) Pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- c) Systèmes d'information hospitaliers ;
- d) Management des ressources humaines ;
- e) Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- f) Management d'équipe et conduite du changement.

La loi RIST instaure par ailleurs l'obligation pour les établissements de santé de rédiger un projet de gouvernance et de management participatif, portant notamment sur les « programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités ».

Médecin manager : une form(ul)ation permettant de clarifier les attentes ?

Les attendus réglementaires pour chacune des catégories de ces médecins managers peuvent être résumés comme suit.

Le chef de pôle doit, tout en continuant à exercer ses activités cliniques, veiller à la permanence des soins dans le pôle d'activité (par l'intermédiaire des tableaux de service et des tableaux de garde), favoriser le dialogue interne et la cohésion d'équipe, veiller au développement professionnel des praticiens (par l'intermédiaire des entretiens professionnels annuels et des valences non cliniques notamment), développer les activités et le pilotage économique de son pôle, cela contractualisé dans un contrat de pôle et un projet de pôle, en cohérence avec le projet d'établissement. Enfin, un ensemble d'outils (tableau de bord, compte de résultats, etc.) sont mis à sa disposition pour justifier du bon

usage des ressources et en suivre la situation financière, et qui font l'objet de négociations avec les directions générale et fonctionnelles (Grenier et al., 2015).

Depuis la loi RIST, les missions du chef de service se rapprochent, à un échelon intermédiaire, de celles du chef de pôle, à l'exception près des éléments relatifs à la contractualisation interne. Il n'est donc pas surprenant qu'émergent des incompréhensions régulières sur la répartition des rôles entre chef de pôle et chef de service et sur l'interlocuteur à solliciter selon le sujet concerné.

Aussi, si l'ensemble des évolutions réglementaires susmentionnées se sont attachées à préciser les attendus formulés à l'égard des chefs de service et des chefs de pôle et les moyens d'actions mis à leur disposition pour les réaliser, ceux-ci restent dans l'ensemble soumis à interprétation locale dans chaque établissement et par chacun des concernés (Goudard, 2022). Une certaine ambiguïté de rôle qui s'illustre dès le processus de nomination : qu'est-ce qu'un chef de pôle ? Qu'est-ce qu'un chef de service ? Qu'attend-t-on de lui ? Un chef médical est-il choisi sur des compétences cliniques ou managériales ?

S'interroger à l'échelle d'un établissement sur les éléments constitutifs d'un cahier des charges précis répondant à l'obligation réglementaire de formation adaptée à l'exercice de fonctions de chefferie nécessite de réfléchir à l'ensemble de ces questions.

Un manager sans autorité hiérarchique : un rôle sans prérogative ?

En l'absence de clarification de ces éléments, les médecins exerçant des fonctions de chefferie peuvent rencontrer des difficultés à cerner les moyens mis à leur disposition pour exercer leur autorité sur les praticiens concernés.

Sans doute le terme « chef » (de service ou bien de pôle) pose-t-il également problème dans l'imaginaire et la sémantique qu'il inspire à ceux qui le lisent. Des notions de pouvoir et d'autorité ont souvent tendance à y être associées en première intention, quand bien même leur envergure est limitée dans ce cas précis. Une telle représentation du rôle de médecin chef peut alors engendrer bien des déceptions, d'autant plus en Centre Hospitalier Non-Universitaire, si elle compose la motivation première à occuper la fonction.

En effet, si la fonction n'est pas totalement dénuée de pouvoir ni d'autorité, celles-ci restent relatives.

Concernant l'autorité, celle-ci ne peut être que fonctionnelle, les médecins jouissant, à l'hôpital public, d'un statut particulier qui confère au Centre National de Gestion (CNG), par délégation du Ministère de la Santé, l'autorité hiérarchique (pouvoir de nomination, d'avancement, de sanction et de mutation) sur les praticiens hospitaliers.

Cette autorité fonctionnelle, qui pourrait être définie comme un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail, de transmission d'instructions, n'est par ailleurs consignée explicitement que dans les textes relatifs au chef de pôle (Article L6146-1 du Code de la Santé Publique), quand bien même les services sont redevenus « l'échelon de référence ». A titre illustratif, on retiendra ici qu'alors que le code général de la fonction publique dispose dans son article L121-10 que « L'agent public doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public », aucun motif de sanction disciplinaire ne semble ainsi pouvoir être retenu pour insubordination à l'autorité d'un chef de service ou d'un chef de pôle à l'encontre d'un médecin ou d'un agent.

On admettra alors que le chef médical doit s'efforcer, en l'absence d'autorité hiérarchique, de mettre en évidence les standards et objectifs attendus par chacun des professionnels sur lesquels il exerce une autorité fonctionnelle, tout en recherchant leur adhésion par le dialogue et la conviction. Sans doute est-ce là l'une des caractéristiques et des compétences attendues les plus emblématiques des chefs médicaux aujourd'hui. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles le besoin de développement d'une formation adaptée est posé : incarner un manager, sans formation initiale sur le sujet, et sans autorité hiérarchique représente un défi considérable.

Concernant le pouvoir cette fois-ci, la vision attachée à son étendue est assez subjective, en Centre Hospitalier d'autant plus, qu'il n'existe pas de « carrière » au sens où il semble communément admis qu'il existe une « carrière hospitalo-universitaire » en Centre Hospitalo-Universitaire, faite de statuts particuliers et concurrentiels et dans laquelle la prise de fonction managériale apparaît comme un élément structurant et la reconnaissance d'une qualité de clinicien et de chercheur attestée.

Aussi, en Centre Hospitalier et notamment aux HCC, d'aucuns affirment considérer le pouvoir associé à la fonction comme nul ; il s'agit principalement de ceux liant les deux notions de pouvoir et d'autorité hiérarchique. Pour d'autres, il s'agit davantage du pouvoir de réaliser des projets, sa vision de ce que doit être le service et la spécialité médicale concernée en matière d'équipement, d'organisation, d'accueil et de prise en charge. Pour ceux-ci, il ne s'agit donc pas de faire de la chefferie un pouvoir de représentation de leurs confrères et consœurs, mais un pouvoir de défense de ses idées.

Développer une politique de formation aux Hôpitaux Civils de Colmar

Clarifier les attendus et les moyens mis à disposition des personnes en responsabilité au sein d'une organisation et les former en conséquence apparaît comme un levier de performance manifeste.

Aux HCC, la contractualisation interne avec les pôles d'activité a été initiée en 2023, de même que la campagne d'entretiens annuels professionnels des Praticiens Hospitaliers (PH) par leurs « managers de proximité », les chefs de service.

Dans une suite logique à la mise en place de ces nouveautés, il m'a été confié par la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique (DAM) une mission relative à la construction d'un dispositif de formation à destination des médecins chefs de service et chefs de pôle, au cours de mon stage de direction.

Cette mission a été l'occasion pour moi de rencontrer 12 chefs de service, 4 chefs de pôle, 1 future cheffe de service et le Président de la Sous-Commission Formation de la CME afin d'évoquer leur perception et leurs attentes à l'égard d'un tel dispositif. Ces entretiens ont été complétés par l'envoi d'un questionnaire relatif aux pratiques en matière de formation auprès des DAM de 80 établissements accueillant un élève directeur de la promotion Axel Kahn. 19 établissements ont pris part à l'enquête.

A l'issue de ces entretiens, j'ai pu réaliser une compilation de l'analyse des difficultés rencontrées dans l'exercice de la chefferie, dans la relation et la communication avec la direction et dans la capacité à interagir avec les autres services ou pôles de l'établissement. J'ai regroupé ces éléments au travers de propositions de modules de formation, soumis à l'évaluation de l'ensemble des 48 chefs de service et chefs de pôle par le biais d'un questionnaire en ligne. Ces propositions sont disponibles en Annexe 2. 36 d'entre eux ont répondu, soit un taux de retour de 75 %. Leur intérêt pour chacune des thématiques et chacun des contenus proposés était évalué selon une échelle de 1 à 5 :

1 - Je ne suis pas intéressé.e du tout

2 - Je suis peu intéressé.e

3 - Je suis intéressé.e

4 - Je suis très intéressé.e

5 - C'est pour moi un élément indispensable à la formation

Ces éléments ont été complétés par des entretiens semi-directifs auprès de 5 directeurs adjoints de l'établissement et de 3 cadres supérieures de pôle, dans le cadre de la rédaction de ce mémoire¹.

¹ Les citations retenues et issues de l'ensemble des entretiens sont intégralement anonymisées.

L'ensemble des grilles d'entretien est disponible en Annexe 1.

Aussi, ce mémoire a pour objectif de répondre, au travers de l'exemple des Hôpitaux Civils de Colmar, à la problématique suivante : **dans quelle mesure la formalisation d'une politique de formation à destination des médecins managers constitue-t-elle un levier d'accompagnement professionnel des médecins chefs, mais également de performance pour l'établissement ?**

Pour répondre à cette question, ce mémoire s'intéresse tout d'abord au vécu de l'exercice de la chefferie par les médecins, de la transition identitaire représentée par la nomination aux difficultés managériales rencontrées : comment la formation peut-elle constituer un outil pertinent pour accompagner ces professionnels face à ces événements ?

Puis, il questionne la manière dont la formation doit être construite pour répondre également aux intérêts de l'établissement: la formation des médecins managers peut-elle constituer un levier de performance des établissements publics de santé par l'hybridation des logiques médicales et gestionnaires ? Plus largement, la formation des médecins managers doit-elle viser le renforcement de leurs connaissances et compétences gestionnaires ?

Enfin, il constitue un retour d'expérience sur les éléments susceptibles d'alimenter ou de freiner la conduite d'une telle démarche : quels leviers actionner ? Quels freins éventuels doivent être pris en compte ?

1 Les formations destinées aux chefs médicaux répondent à un besoin d'accompagnement et d'acculturation aux logiques institutionnelles et pratiques managériales.

1.1 La position de médecin manager, à la frontière entre deux mondes professionnels distincts, nécessite une acculturation aux logiques institutionnelles.

Les différentes réformes du système de santé développées précédemment conduisent les professionnels des établissements de santé à prendre en compte des nouvelles logiques institutionnelles en sus de leur logique professionnelle prévalente (Grenier et al., 2015). Ceci concerne principalement le chef de pôle, à qui incombe la responsabilité de la performance économique du pôle médical. Mais on observe également une pression de plus en plus importante des chefs de service à s'initier à ces nouvelles logiques, notamment pour la conduite de projets d'investissements.

1.1.1 Un rôle de manager qui recoupe trois grands rôles majeurs.

L'évolution souhaitée par le législateur du rôle médecin manager est souvent associée à la théorie du New Public Management développée par Mintzberg. D'après lui, l'autorité formelle dont sont investis les médecins chefs conduit à certaines formes de relations interpersonnelles desquelles découle l'accès à l'information utile pour prendre des décisions et élaborer des stratégies. Partant, nous pouvons adapter la liste des dix rôles relatifs aux fonctions du métier de manager établie par cet auteur aux attendus énoncés à l'encontre des médecins (Mintzberg, 2006) :

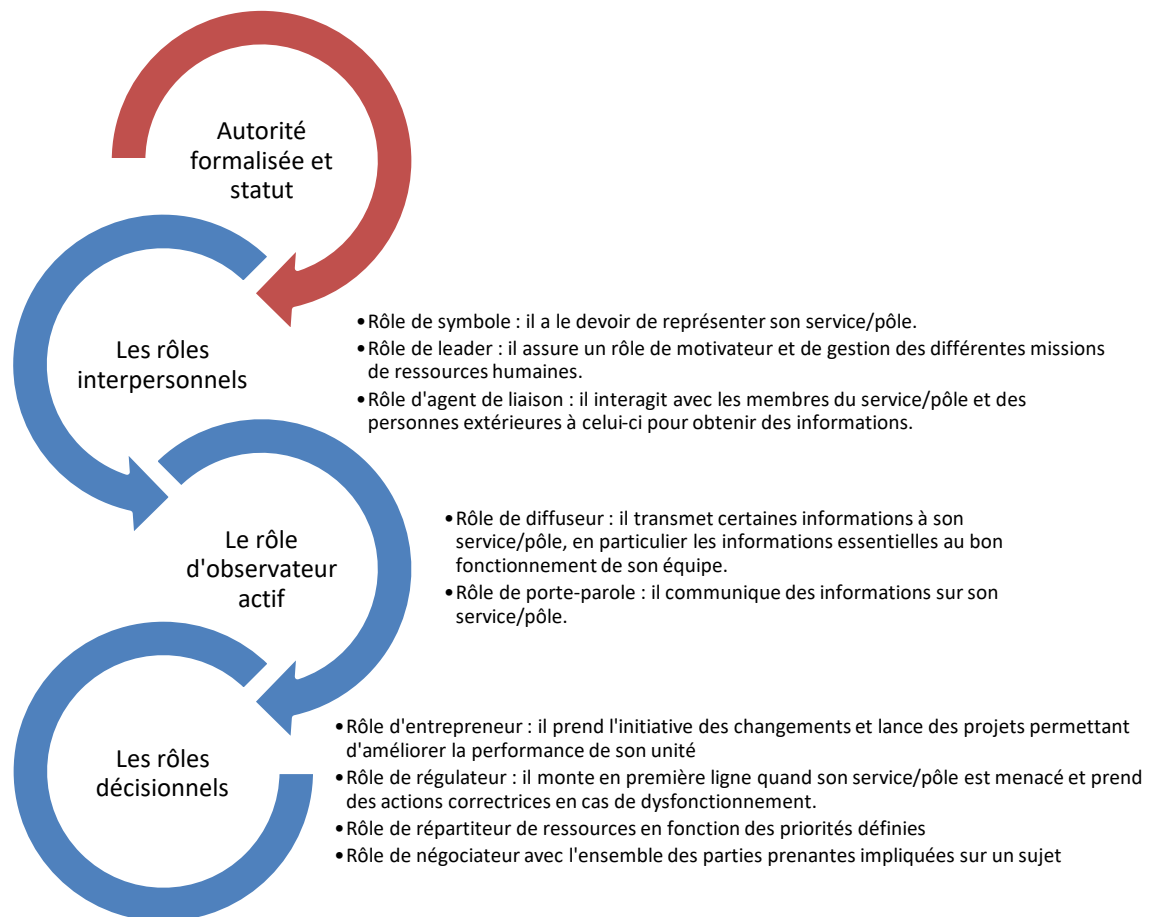


Figure 1 : Les différents rôles du médecin manager, d'après la théorie de Mintzberg (2006)

Aussi, le rôle de manager dévolu au chef médical est préfigurateur d'un ensemble de missions associées, de représentation et de transmission d'informations, de prise de décision et de négociation, nécessitant une maîtrise réelle de l'ensemble des cultures professionnelles et des points de vue des acteurs associés.

1.1.2 A la frontière d'univers cloisonnés, la nomination à une fonction de chefferie requiert l'acquisition de nouvelles logiques et connaissances.

« On est le filtre à tout »

A l'interface entre la vie d'un service, voire d'un pôle, et « la direction », le médecin manager est le destinataire d'un ensemble de revendications, demandes, ou mécontentements, qu'il lui revient d'organiser, prioriser, et porter, voire défendre.

Placé à la frontière d'univers cloisonnés (Bergeron et al., 2013), le chef médical doit faciliter l'hybridité² de l'ensemble des professionnels concernés (administratifs ou soignants) à des logiques professionnelles qui leur sont étrangères, voire même leur paraissant antinomiques à la leur. Pour incarner la figure de l'acteur hybride, celui qui va chercher à faire communiquer, se comprendre et travailler ensemble ces univers pourtant distincts, le chef médical doit développer divers rôles, se caractérisant alors par son ambiguïté et son multi-positionnement (Bergeron et al., 2013) :

- Il peut être passeur, se faisant le simple intermédiaire d'informations et de connaissances d'un monde (la direction) vers l'autre monde (les équipes médico-soignantes) et réciproquement ;
- Il peut être traducteur, parvenant à combiner les arguments des différents acteurs et à les aligner pour promouvoir ses projets, au prix de quelques compromis ;
- Il peut enfin être transformateur, pour satisfaire les exigences des deux mondes.

Plusieurs conditions sont nécessaires à cet exercice aux frontières : une compréhension des logiques institutionnelles, une adhésion à ces logiques, un intérêt à agir (personnel ou vis-à-vis de l'organisation), ou encore la présence de nombreux réseaux pour dialoguer avec les acteurs des différents mondes (Grenier et al., 2015).

Pourtant, ces éléments ne sont pas systématiquement réunis, à commencer par la maîtrise des principes organisationnels et stratégiques structurants de l'établissement, du territoire et du système de santé en général.

De leur propre aveu, les médecins rencontrés dans le cadre des entretiens ne maîtrisent pas l'environnement institutionnel complexe et stratifié du système de santé, principalement car ils s'en désintéressent et considèrent ce sujet trop éloigné des considérations cliniques qui constituent le cœur de leur métier.

L'organisation interne de l'établissement leur est également opaque, notamment concernant le périmètre des directions fonctionnelles, les interlocuteurs à solliciter, le fonctionnement de certaines instances (dont la CME), etc. Les plus récemment nommés à ces fonctions sont les plus concernés par ces lacunes, les plus anciennement nommés avouant avoir « appris sur le tas » et s'étant accoutumés aux différents fonctionnements.

² L'hybridité professionnelle fait référence à la manière dont les individus naviguent et intègrent des identités professionnelles multiples et parfois conflictuelles, par la connaissance et la manipulation des compétences, des rôles et des normes propres à ces divers domaines professionnels (Kurunmäki, 2004).

« Si je dois résumer, c'est comment ça fonctionne ? Quelles sont les contraintes imposées à la direction ? La direction au sens large »

« C'est quoi les chemins hiérarchiques ? Vers qui je me tourne pour faire remonter mes desideratas ? »

« J'ai l'impression d'en découvrir tous les jours ! Qui fait partie de la CME, est-ce que la nomination est automatique, comment faire l'accréditation pour l'accueil des internes, ... j'ai dû apprendre un peu sur le tas »

Le changement de posture, d'un individu passif dans l'organisation collective de l'établissement à véritable partie prenante, demande une identification conséquente des interlocuteurs et des organes représentatifs et décisionnels de l'établissement hospitalier.

1.1.3 Devenir médecin manager : un besoin de progression important dans l'implication des médecins dans la compréhension de l'institution hospitalière.

La nomination à une fonction de chefferie n'intervient pas nécessairement dans la lignée d'une implication institutionnelle ancienne du praticien concerné. Du point de vue de leur motivation, il est possible de distinguer de manière schématique trois types de chefs médicaux (Bichier & Nobre, 2012) :

- Les « investis » : des praticiens militants et motivés, qui ont une réflexion sur leur exercice professionnel, parfois une vision plus large que celle de la seule structure où ils travaillent, une volonté d'action qui se traduit par un désir de prendre des responsabilités au sein de leur établissement ;
- Les « projets personnels » : peu nombreux, qui prennent cette fonction pour accroître leur autonomie, leur pouvoir personnel ou celle d'un petit groupe, avec souvent un sens plus limité de l'intérêt général. Parfois, leur motivation peut être négative, à savoir éviter la nomination de quelqu'un d'autre (collègue ou praticien extérieur) ;
- Les « bénévoles » souvent nommés par défaut, associant un réel dévouement et une appétence modérée pour cette fonction.

Il existe parfois un décalage entre la vision que le praticien a de sa propre motivation et la perception que possède la direction de son investissement dans l'institution préalablement à sa nomination. Les praticiens rencontrés ont davantage tendance à dévaluer leur investissement au sein de l'établissement et considèrent régulièrement leur nomination comme un dévouement, quand bien même le comité de direction évoque à leur sujet une implication préalable remarquée.

Ainsi, 41 % des praticiens exerçant une fonction de chefferie rencontrés dans le cadre des entretiens évoquaient une absence de projet personnel de chefferie préalablement à leur nomination. 30 % des interrogés disent avoir accepté cette fonction par défaut, en l'absence d'autre candidat ou par peur d'un candidat extérieur à l'établissement. Ce phénomène concerne exclusivement des femmes. 30 % des praticiens rencontrés disent avoir accepté principalement du fait d'une désignation consensuelle par leurs confrères.

Ce constat s'inscrit dans un contexte général de désintérêt partagé vis-à-vis des logiques administratives. L'incursion de logiques budgétaires et administratives dans la pratique du soin est perçue comme une trahison à la vocation soignante et tend à un désengagement moral des médecins dans l'institution. En outre, des conflits intergénérationnels renforcent ce phénomène.

- A) L'incursion de logiques budgétaires dans les établissements publics de santé est perçue comme un conflit de valeurs pour les praticiens

« Dans la conception de la santé en France, on ne compte pas. Il y a cette image de la générosité naturelle »

Le manque d'implication des praticiens dans la logique institutionnelle peut être analysé comme le reflet d'une tension de rôle et d'un conflit de valeurs. Les considérations économiques constituent un sujet particulièrement sensible pour les métiers dits « à vocation », puisqu'il s'agit de professions pour lesquelles la motivation tient principalement à des valeurs philanthropiques (Sainsaulieu, 2006). Aussi, l'incursion de logiques économiques est de nature à entrer en opposition avec la motivation des agents et peut être à l'origine de désorganisations profondes.

Le sentiment d'une évolution du système de prise en charge en inadéquation avec les valeurs structurantes des individus qui l'accomplissent, a eu pour effet un détachement émotionnel de l'institution. Ainsi, des auteurs ont mis en évidence que la pression de la hiérarchie administrative sur les soins, induite par les différentes réformes du système de santé, était corrélée à une diminution significative de l'implication affective des médecins dans l'organisation (Georgescu & Commeiras, 2011).

Les médecins ne travaillent pas dans un hôpital du secteur public pour adopter une logique financière imposée par des administratifs. Pour eux, les valeurs du service public ne sont pas axées sur « la rentabilité ». Le juste soin est celui qui met tout en œuvre sans compter, selon une logique similaire au « quoi qu'il en coûte » observé pendant la dernière crise sanitaire de la COVID-19. La considération de l'impact que cela représente du point

de vue de la solidarité nationale nécessite alors un effort de traduction, une prise de recul sur le « colloque singulier » qui représente le cœur du travail du clinicien (Georgescu & Commeiras, 2011).

En revanche, les résultats de l'étude réalisée par Georgescu et Commeiras révèlent une relation positive entre la pression à la rentabilité exercée par le chef de pôle et l'implication organisationnelle calculée. Afin que l'établissement obtienne davantage de ressources, le discours du chef de pôle sur les impératifs de rentabilité (i.e. développer l'activité et les actes médicalement rentables) semble être compris et accepté par ses pairs. Ainsi, ayant accepté les nouvelles règles de fonctionnement de l'hôpital, les médecins sont prêts à réaliser des efforts supplémentaires pour contribuer à améliorer la performance financière de l'hôpital dans l'espoir de percevoir plus de ressources pour leur unité. Cela se traduit par des discours motivationnels tenus lors des bureaux de pôle, par les chefs de pôle, selon lesquels des récompenses financières pourraient être obtenues prochainement par l'unité.

Ainsi, le médecin manager joue un rôle déterminant dans la traduction des logiques budgétaires structurantes de l'établissement et dans l'adhésion au changement du reste de la communauté médicale. Il s'agit de rendre compréhensibles les intérêts et objectifs des uns et des autres pour favoriser la mobilisation des acteurs autour du changement (Louazel & Lorson, 2012). Cela nécessite néanmoins une prise de recul sur les enjeux liés au colloque singulier et un basculement vers l'appréhension des contraintes et de la responsabilité économique et sociale que possède l'établissement dans son ensemble.

B) Des conflits intergénérationnels questionnent la capacité des nouvelles générations à être acteurs dans l'institution

Il convient de mentionner un dernier facteur de désengagement vis-à-vis du fonctionnement institutionnel de l'établissement au sein duquel les praticiens exercent. En effet, les conflits intergénérationnels dans l'établissement ont pu être de nature à décourager les nouveaux arrivants.

Plusieurs mythes à l'égard des « nouvelles générations » entrées à l'hôpital ces dernières années ont été mentionnés par des chefs de pôle à l'occasion des entretiens. Une conception selon laquelle la génération Y ne posséderait plus la même loyauté, le même engagement vis-à-vis de l'institution hospitalière, ou qu'elle ne pense qu'à ses loisirs. Ces croyances sont principalement alimentées par les différentes réformes qu'a connu le système de santé au cours des dix dernières années, et notamment en matière de régulation de l'intérim médical ou les réformes encadrant le décompte du temps de travail des étudiants du troisième cycle des études de médecine et de pharmacie.

Ces croyances cristallisent des tensions intergénérationnelles : les médecins chefs actuellement en fonction semblent défendre un modèle d'exercice rigide, ne correspondant pas aux attentes de ces nouveaux professionnels. L'image du médecin manager est en effet liée à la façon dont ce rôle a été exercé par les anciennes générations, celle d'un médecin dévoué à l'institution, y compris sur ses heures de repos. Ce format d'exercice représente un réel carcan pour les nouvelles générations qui ne souhaitent plus exercer de la même manière.

Aussi, ce conflit intergénérationnel questionne la relation du nouveau médecin à son travail, qui ne perçoit plus d'adéquation entre ses valeurs personnelles et les exigences de son poste. Parallèlement, ce conflit intergénérationnel augmente la perception de la contrainte de l'institution. Le poids des stéréotypes sociaux décrits précédemment débouche alors sur une prise d'initiative restreinte (Grima, 2007).

Aussi, dans un contexte global de désintérêt pour les fonctions administratives et plus largement pour la gouvernance hospitalière, les quelques praticiens présentant leur candidature aux fonctions managériales requièrent souvent un apprentissage conséquent quant aux rouages institutionnels. Cette perspective est préfiguratrice de la tension identitaire ressentie par le chef médical à l'occasion de sa prise de fonction en tant que manager. Dès lors, l'accompagnement de cette trajectoire professionnelle revêt une importance pour l'établissement en vue de maintenir la qualité de vie au travail des professionnels concernés.

1.2 L'évolution professionnelle du médecin manager constitue une tension interne identitaire, voire une crise de la légitimité, de nature à désorganiser et démotiver. L'accompagnement de ce changement apparaît alors comme une priorité.

1.2.1 A l'hôpital, les identités professionnelles sont fortes et se construisent en négatif les unes des autres. La position du médecin manager se trouve alors aux frontières, sans identité propre.

Les acteurs professionnels du soin définissent avant tout leur identité par la logique médico-soignante (Grenier et al., 2015). S'ils les comprennent, ils se définissent néanmoins en opposition avec l'identité des professions administratives, qu'ils associent à des considérations économiques qui « salissent » ou « souillent » la noblesse de l'art médical (Guelmani, 2021). Cela se traduit notamment par un comportement quasi-clanique, c'est-

à-dire ne tolérant aucune modalité de commande venant de l'extérieur du clan (Loubet, 2011). Cette césure entre le monde médical et le monde administratif est source d'inefficience (Laude et al., 2018).

Dès lors, la transition de rôle vécue par les médecins récemment nommés à des fonctions de chefferie est de nature à mettre en jeu leur légitimité auprès des pairs auxquels il se réfère habituellement, leur identité et leurs pratiques (Pache et al., 2013). Elle est également le moment d'évolutions fortes concernant l'individu tel qu'il est, la représentation qu'il se fait de son rôle et sa relation à celle-ci (Guelmani, 2021).

Le médecin manager est alors à la croisée des légitimités. Il s'inscrit dans une organisation formelle de l'hôpital, mais pour rendre ce rôle effectif et légitime, il doit l'inscrire aussi dans la hiérarchie informelle des médecins, fondée sur l'expertise et le charisme (Laude et al., 2018). De ce point de vue, le rôle de chef de service, bien que réformé dans son appellation et dans son périmètre d'action à de multiples reprises, semble favorisé en comparaison de la fonction de chef de pôle. Ce dernier ne pouvant se prévaloir d'une expertise scientifique sur l'ensemble des périmètres des services sous sa responsabilité managériale, son rôle dans la hiérarchie médicale est d'autant plus à construire et apparaît davantage artificiel. Les chefs de pôle ne se sentent par ailleurs pas légitimes en dehors de leur spécialité d'origine et interviennent donc peu sur les services (mutualisation, organisation, choix d'investissement, etc.) (Laude et al., 2018). De ce constat émergent de grandes insatisfactions de la direction à leur égard, en cela qu'il est considéré qu'ils échouent dans leur mission de leadership.

A la légitimité institutionnelle, le chef de pôle doit ainsi chercher à ajouter la légitimité accordée par ses pairs, à la fois dans la fonction (qui souffre déjà en elle-même de défiance), et dans la personne concernée. En ce sens, la direction de l'établissement de santé joue un rôle déterminant, par la formation au management d'équipe et à la gestion de projet qu'elle met à disposition de ses chefs de pôle, mais également dans le rôle qu'elle leur reconnaît.

La plupart des auteurs de la littérature sur ce sujet évoquent une hybridation aux logiques économiques dans un contexte de développement de la contractualisation interne, car il s'agit sans doute de l'hybridation mettant le plus à mal l'identité du chef médical. Dans ce cas précis, le médecin manager se fait le promoteur d'une logique hybride, médico-économique, ayant pour double objectif :

- d'assurer à ses équipes la garantie qu'il ne trahit pas son identité première et n'oublie par leur préoccupation commune : celle de la qualité de prise en charge du patient,

- mais aussi de contraindre les représentants de la direction à argumenter davantage la dimension médico-soignante de leurs projets afin qu'ils soient acceptés.

L'exercice de ce leadership médical est alors un prérequis essentiel à un engagement plus large de l'ensemble de la communauté médico-soignante et de son acceptation des enjeux posés dans le contrat de pôle notamment (Laude et al., 2018).

Néanmoins, mon expérience au sein de la direction des investissements et des projets m'amène à considérer que ces réflexions économiques n'épuisent pas le sujet de l'hybridation professionnelle dont doit faire preuve le médecin manager. Ainsi, un projet d'acquisition de matériel biomédical, par exemple, nécessite un dialogue technique important, relatif aux infrastructures bâties et aux caractéristiques techniques de l'équipement nécessaires, un projet médical et paramédical mettant en évidence les consommables requis, le nombre de recrutements attendus, etc.

1.2.2 Un changement de rôle et de positionnement dont les contours souffrent d'une absence de formalisation.

Les chefs médicaux rencontrés dans le cadre des entretiens expriment tous, sans exception, des difficultés à saisir le périmètre des missions qui leur incombent, le temps qu'ils doivent y consacrer ainsi que la répartition des rôles entre chefs de service, chefs de pôle et cadres soignants, et les possibilités existantes de délégation. Si certains avouent s'être même penchés sur les textes réglementaires afin d'y trouver un appui dans la définition et l'appropriation du rôle qui leur était confié, ils n'y ont pas trouvé la réponse escomptée.

Pour la plupart, l'existence d'un tuilage avec le prédécesseur revêt alors un avantage considérable. La période de transition de chefferie est en effet perçue comme période critique pour l'installation durable et pérenne d'un chef dans son mandat. En permettant l'observation de la gestion des activités administratives et managériales par un chef médical expérimenté, le tuilage est présenté comme une opportunité sécurisante et rassurante quant à l'engagement pris par le praticien. Elle permet également, en déchargeant des responsabilités inhérentes à la fonction, une prise en main progressive et un cheminement personnel mais également un positionnement managérial facilité par la médiation d'un chef médical reconnu et apprécié.

Recommandation n°1 : Systématiser la formation par le tuilage afin de sécuriser et rassurer la prise de fonction.

Il n'existe par ailleurs aucun consensus sur les compétences à valoriser dans la nomination d'un chef de pôle ou d'un chef de service. Si, pour tous, la reconnaissance par les pairs est une condition *sine qua non* à la considération d'une candidature, la base même sur laquelle repose cette reconnaissance n'est pas partagée. Pour certains, les compétences médicales semblent légitimer une forme de respect et imposer une autorité reposant sur la hiérarchie des compétences. Pour d'autres, une autorité charismatique reposant sur des compétences managériales attestées en amont de la nomination et un investissement au sein de l'unité médicale apparaissent comme fondamentaux.

La place équivoque des compétences médicales et managériales dans le processus de sélection et dans la légitimité conférée par leurs confrères induisent en outre des difficultés dans le positionnement individuel des chefs vis-à-vis de leur équipe et de l'exigence qu'ils portent à leur pratique managériale. Les attentes à leur rencontre peuvent dès lors leur apparaître comme protéiformes voire contradictoires.

1.3 La formation des chefs médicaux revêt alors un enjeu majeur face aux difficultés rencontrées.

Dans ces conditions, la formation des chefs de pôle revêt un enjeu majeur dans l'accompagnement des professionnels nommés.

1.3.1 Accompagner les chefs nouvellement nommés dans leur cheminement identitaire pour préserver leur bien-être au travail.

« C'est le saut dans l'inconnu. Pas tellement en termes de responsabilités, mais plus sur la gestion des contraintes »

Dans un premier temps, on l'a vu, il est important d'appuyer le cheminement d'identité des praticiens récemment nommés chefs. En ce sens, l'existence même d'une formation apparaît comme la légitimation d'une fonction managériale reconnue par l'institution. A cet égard, les praticiens rencontrés dans le cadre des entretiens regrettent régulièrement le manque de formation formalisée au management, à l'inverse de ce qui existe pour les cadres de santé notamment. Le fait qu'il leur soit demandé d'accomplir ces nouvelles missions sans formation préalable et sans temps dédié leur apparaît ainsi comme une exception dans l'institution hospitalière, synonyme d'injustice.

Plus encore, la formation revêt dans ce contexte un enjeu de préservation de la qualité de vie et du bien-être au travail des praticiens concernés. Sans formation initiale, ni formation continue, les médecins managers se forment sur le terrain, se forgent par l'expérience dans une solitude difficile (Floccia, 2020). Sans outil, sans échange et dans un

contexte de ressources de plus en plus contraint, nombreux sont ceux qui évoquent s'être sentis épuisés, voire injustement oubliés. Le conflit de rôle représenté par cet exercice aux frontières est en effet reconnu comme source de stress, de diminution de la satisfaction au travail, de l'implication organisationnelle et de l'engagement au travail. La performance individuelle est également affectée. Le désengagement voire l'intention de départ peut également être une conséquence de cet épuisement professionnel.

1.3.2 Appuyer la prise de fonction managériale par l'acquisition d'un bagage théorique solide.

Dans un deuxième temps, pour l'ensemble des médecins managers, l'objectif de la formation doit être de leur permettre d'acquérir une « culture générale » en vue d'exercer leur nouveau rôle « d'acteur frontière ». Clarifier les différences entre les logiques médico-soignante et économique apparaît comme préalable à toute tentative d'aller-retour entre ces logiques. La formation a ainsi pour objectif de leur transmettre les enjeux associés aux aspects techniques de la gestion hospitalière (i.e. pilotage médico-économique, GRH, etc.) mais également et surtout de développer des compétences de management, de gestion de projet et de communication leur permettant d'impulser une dynamique d'équipe et de mettre en œuvre avec cette dernière les objectifs définis notamment dans les contrats de pôle (Battaglia et al., 2012).

La motivation à mettre en œuvre une politique de formation à destination des médecins managers aux HCC est effectivement fortement en lien avec les difficultés managériales rapportées régulièrement par les médecins chefs auprès de la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique (DAM). A l'occasion des entretiens, les médecins chefs évoquent ces difficultés ponctuelles et sollicitent des formations managériales et organisationnelles. Les difficultés rencontrées sont de trois ordres :

- **Vivre sa fonction de manager :**
 - Des difficultés relatives à la préservation de sa vie personnelle ou à la conciliation entre l'activité clinique et la fonction de chefferie ;
 - Des difficultés liées à la gestion du stress et des émotions suscitées par l'exercice de la fonction managériale, de prise de distance avec les remarques négatives ;
- **Incarnar la fonction de manager au sein de son service ou de son pôle :**
 - Des difficultés pour trouver sa légitimité parmi ses confrères et imposer son autorité :
 - Trouver son juste positionnement managérial et de gestion du relationnel à l'égard de ses confrères (i.e. ami/confrère/supérieur

hiérarchique). Les difficultés à cet égard augmentent de manière inversement proportionnelle à l'âge ou à l'ancienneté dans le service du praticien concerné.

- Organiser le temps de travail et le respect des obligations de service par les praticiens du service ;
- Des difficultés relatives à la création d'une dynamique d'équipe :
 - Gérer les conflits internes au service et à la gestion des personnalités dites « difficiles » ;
 - Manager une équipe, créer une dynamique collective et accompagner les carrières dans un contexte de « volatilité » des carrières (i.e. temps partagé entre plusieurs établissements, temps partiel, etc.) ;
 - Animer des réunions et mettre en place une dynamique de travail et d'organisation collective du service ;
 - Gérer les événements exceptionnels relatifs aux ressources humaines (e.g. décès dans l'équipe, sanction disciplinaire à l'encontre d'un agent, etc.). Ces difficultés sont rares mais constituent une difficulté importante et marquante pour les praticiens concernés, qui se trouvent particulièrement démunis ;
- **Incarner la fonction de manager à l'extérieur de son service et de son pôle :**
 - Gérer les interactions interservices conflictuelles ;
 - Manager dans un contexte de sectorisation de la hiérarchie (i.e. responsabilité hiérarchique des secrétariats médicaux, encadrement du personnel non médical, etc.) ;
 - Développer l'attractivité et le recrutement médical ou paramédical du service.

Aussi, il n'est pas surprenant que le sondage relatif au contenu de formation attendu de la part des médecins ait fait ressortir comme prioritaires les modules visant à dispenser des enseignements correspondants à ces difficultés.

1.3.3 Les attentes à l'égard des chefs médicaux d'aujourd'hui plaident également en faveur d'une formation.

Les attentes à l'égard des managers médicaux de la part de leurs confrères peuvent être exigeantes. En tant qu'interface entre le service, voire le pôle, et la direction de l'établissement, le manager est souvent celui en qui sont placés les espoirs de changement que l'équipe souhaite voir intervenir.

Ainsi, au management quotidien et organisationnel – la gestion des « problèmes de matériel, de ressources humaines médicales, [des] éventuels conflits, [des] organisations de congés, la gestion des temps de présence et d'absence des médecins » - s'ajoutent des rôles davantage impalpables de défenseur du prestige du service, de fédérateur, instigateur d'une relation collaborative entre les personnels médicaux et non médicaux, ou encore de conseiller de carrière (Drexler, 2023).

Un véritable leader dont les éventuels échecs à répondre à l'entière attente de ces attentes sont souvent considérés par les praticiens d'une unité comme ayant attrait à l'absence de formation managériale de leur chef. Les espoirs évoqués par les praticiens ou les cadres de santé vis-à-vis de la formation de leur chef de service, voire de leur chef de pôle, à l'occasion des entretiens peuvent ainsi apparaître comme très ambitieux.

Par ailleurs, les nouveaux médecins managers doivent réussir à incarner une figure de leadership en totale rupture avec le modèle du « mandarin » qu'ils ont pu côtoyer eux-mêmes en tant que praticien, et aujourd'hui largement critiqué pour tout ce qu'il emporte de potentielle violence et omerta. Pourtant ce modèle de management médical est parfois le seul à leur disposition (Nobre, 2013). Les nouvelles attentes à leur égard traduisent une figure contemporaine du manager étant celle d'un manager formé à la gestion d'équipe et à la résolution de conflits et sensibilisé aux enjeux de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT).

Ainsi, les formations dédiées aux managers médicaux représentent un levier important pour les établissements de santé afin d'accompagner ces professionnels dans la transition professionnelle et l'acquisition d'un rôle managérial auquel ils n'ont pas été préparés lors de leur formation initiale. Il s'agit d'un outil indispensable au développement de l'attractivité de ces fonctions et majeur dans la préservation du bien-être au travail des concernés.

La construction d'une politique interne de formation constitue un levier de performance managériale, budgétaire et plus généralement organisationnelle de l'établissement. L'identification des médecins nommés à leur nouveau rôle de médecin manager est en outre un facteur déterminant de l'évolution des pratiques.

2 S'engager dans la formation pour améliorer la performance de son établissement.

2.1 S'engager dans la formation des managers médicaux crée l'occasion pour l'établissement dans sa globalité de réinterroger sa gouvernance.

La construction du cahier des charges relatif à la politique de formation des managers médicaux nécessite en premier lieu d'interroger les principaux concernés. Questionner leurs attentes et les éventuelles difficultés qu'ils ont pu rencontrer et pour lesquelles une formation aurait été de nature à leur fournir les outils nécessaires s'avère en effet une priorité. Cela suppose néanmoins également de s'interroger à l'échelle de la direction de l'établissement sur les attendus et les objectifs visés par une telle démarche.

Ainsi, si l'initiative a pu émerger de la DAM, afin d'améliorer l'accompagnement des praticiens dans l'exercice des chefferies médicales, en quoi faire des chefs médicaux de véritables médecins managers constitue-t-il un levier pour la performance de l'établissement ?

2.1.1 Attirer les talents sur les fonctions de chefferies médicales.

Par leur rôle d'acteur frontière, les chefs de service et les chefs de pôle hospitaliers sont des acteurs clés dans la gouvernance d'un hôpital. Ils assurent la cohérence entre les objectifs stratégiques de l'établissement et la réalité opérationnelle, garantissant ainsi une gestion efficace, une qualité de soins optimale et une adaptation constante aux besoins de santé de la population.

Aussi, la faible attractivité de ces fonctions managériales, ainsi qu'évoquée précédemment, est un signal qui doit être pris au sérieux par les établissements. Il apparaît nécessaire de motiver les médecins dont le potentiel managérial et les compétences en matière de gestion de projet sont attestés, en vue de renforcer la qualité des candidatures à ces fonctions clés.

A) Un manque d'attrait pour les fonctions managériales

Le milieu hospitalier reste un secteur dans lequel règne la culture de l'implicite, dans lequel les rouages de l'organisation apparaissent comme « une évidence » partagée (Bru, 2021). La formalisation de ce qu'est un chef de service ou un chef de pôle en particulier, ou ce qu'est un manager médical en général, au travers de fiches de mission par exemple n'a ainsi été engagée que par quelques-uns des établissements interrogés.

Pourtant, on l'a vu, les textes réglementaires restent relativement peu explicites sur les conditions pratiques de l'exercice d'une autorité organisationnelle par ces praticiens.

Ceci induit notamment une réticence à l'exercice des fonctions managériales chez les praticiens hospitaliers, d'autant plus qu'ils considèrent que leur place dans l'établissement n'est pas attestée, ni en matière de gouvernance – aucune délégation de gestion n'étant mise en place aux HCC -, ni en matière managériale, en l'absence d'autorité hiérarchique. Ce constat explique ainsi en partie le faible nombre de candidatures volontaires à ces fonctions évoqué précédemment.

Face à ce manque d'attrait pour la fonction, les contraintes organisationnelles et les sollicitations permanentes représentent le premier facteur de découragement et d'épuisement professionnel à la fonction. Dans ces conditions, le rôle de médecin manager, associé avec d'autant plus de contraintes administratives (réalisation des tableaux de garde et de service, augmentation du nombre d'instances, relations avec l'université, etc.), est de nature à décourager les candidatures aux fonctions de chefferie. Il est également précisé à l'occasion des entretiens que la préservation d'un équilibre familial est un facteur d'autocensure à la présentation d'une candidature, principalement pour les praticiens féminins.

B) Des perspectives de revalorisations financières et organisationnelles

Au regard de l'ensemble de ces contraintes, l'indemnité versée³ et le statut associé ne constituent pas des éléments de motivation suffisants. Dès lors, la mise en place de la part variable de l'indemnité de fonction des chefs de pôle prévue par l'arrêté du 11 juin 2010, modifié par l'arrêté du 4 novembre 2021⁴ peut constituer une réelle incitation à l'engagement des praticiens envers les fonctions de chefferie de pôle, à la fois en matière de candidatures et en matière d'implication et de fidélisation.

La question de la revalorisation, bien que pouvant être entendue sous l'angle de l'intéressement, revêt ici un enjeu majoritairement organisationnel, dans un objectif d'amélioration de la QVCT individuelle. En effet, les chefs médicaux font particulièrement état d'un manque de connaissance des possibilités leur étant offertes en matière d'organisation personnelle (i.e. possibilité de temps partiel, attribution d'un temps fixe dédié

³ 200 euros bruts pour les chefs de service (article D. 6146-5-1 du code de la santé publique), cumulable avec l'indemnité de fonction de 400 euros bruts pour les chefs de pôle (arrêté du 4 novembre 2021) dans la limite d'un plafond de 1 000 euros brut par mois, hors part variable, article R. 6146-7 du code de la santé publique

⁴ Maximum 4800 euros, selon la réalisation des objectifs définis dans le contrat de pôle

à la chefferie par semaine, décharge de la complétude du tableau de service, etc.) et de décharge de temps clinique, afin d'adopter une liberté bénéfique dans leur expérience de la chefferie. Il est à noter que la notion de temps dédié semble être particulièrement importante en vue de faciliter l'accès à la chefferie des femmes par leur engagement (et non par l'absence d'autre candidat, cf. supra).

Dans ce cadre, il est sollicité, pour les pôles d'envergure, l'instauration des collaborateurs du chef de pôle permise par l'article L6146-1 du Code de la Santé Publique en vue d'instaurer un régime de responsabilité intermédiaire plus officiel entre le PH et la chefferie et d'identifier, motiver et préparer des talents successeurs.

- C) Clarifier la ligne managériale de l'établissement : formaliser les missions et le rôle des médecins managers pour renforcer leur légitimité managériale et structurer leur place dans la gouvernance hospitalière

A l'instar de ce qui a été initié par certains établissements (e.g. CHRU de Nancy, CH Métropole Savoie), la mise en lumière des compétences attendues de la part des médecins chefs et des missions qui leur sont attribuées en matière de management au travers de la formalisation d'une procédure de nomination, d'une fiche de mission et la mise en place d'une charte managériale doit permettre de créer un cadre structuré et transparent qui renforce la légitimité du manager.

Recommandation n°2 : Établir un processus de nomination, associant des entretiens avec le chef d'établissement et la consultation des pairs, en vue de renforcer la légitimité institutionnelle

Un processus de nomination transparent et structuré, basé sur des critères de compétences, et d'expérience, assure que le chef médical est choisi pour ses aptitudes à remplir le rôle et lui confère une légitimité institutionnelle au médecin manager.

Recommandation n°3 : Rédiger des fiches de mission en vue de clarifier les responsabilités spécifiques

La fiche de mission détaille les responsabilités spécifiques du manager, ses objectifs, ainsi que les compétences requises pour le poste. En clarifiant ce que le manager doit accomplir, elle permet de fixer des attentes précises, tant pour le manager que pour son équipe. Cela évite les ambiguïtés sur son rôle et permet de l'évaluer de manière objective, renforçant ainsi sa légitimité. La fiche de mission relie par ailleurs les tâches du manager aux objectifs stratégiques de l'organisation, mettant ainsi en lumière la manière dont ses responsabilités contribuent au succès global de l'établissement.

Recommandation n°4 : Rédiger une charte managériale en vue d'établir un cadre normatif et éthique

La charte managériale définit les valeurs, les principes éthiques et les comportements attendus des managers. En se conformant à ce cadre, le médecin manager agit selon des normes partagées et reconnues par tous. La charte garantit que les décisions du manager sont prises de manière transparente et cohérente avec les politiques de l'organisation. Cette cohérence renforce la perception d'impartialité et d'équité, ce qui est essentiel pour la légitimité du manager auprès de ses équipes. Ainsi, même en l'absence d'autorité hiérarchique formalisée, la charte managériale permet au médecin manager d'inscrire son rôle organisationnel dans un cadre attesté et partagé.

Ce cadre de gouvernance clair et responsabilisant a pour objectif de donner au médecin manager une légitimité solide, fondée à la fois sur sa compétence, son comportement, et la transparence de sa nomination. Ceci constitue le préalable nécessaire à l'élargissement et à l'effectivité d'une réelle délégation de gestion.

2.1.2 Renforcer la logique partenariale entre les directeurs fonctionnels et les managers médicaux.

Les médecins chefs rencontrés dans le cadre des entretiens évoquent la difficulté d'établir une réelle relation partenariale avec l'équipe de direction. Alors que les cultures professionnelles des personnels médicaux et des équipes de direction les amènent régulièrement à aborder une même situation sous des angles différents, ces deux corps professionnels peinent à traduire réciproquement leur vision.

L'absence d'un vocabulaire partagé et le manque général de connaissance mutuelle entre les deux professions (Bru, 2021), est à l'origine de difficultés communicationnelles et met en péril l'établissement d'une relation de confiance (Barral, 2018).

Afin de renforcer cette dernière, les chefs médicaux des HCC évoquent la nécessité d'une plus grande connaissance des prérogatives et des périmètres d'action des membres du comité de direction, et du souhait de réaliser une formation par l'immersion dans les services de direction.

Recommandation n°5 : Intégrer à la politique de formation des immersions au sein des directions fonctionnelles, afin de renforcer la connaissance mutuelle entre directeurs et médecins managers

Réciproquement, il est souhaité une présence plus régulière des membres de la direction, et en particulier du directeur référent de pôle, au sein des services de soin dans l'objectif de renforcer sa connaissance des organisations mises en place.

Sont également évoquées des perspectives d'amélioration des démarches projet engagées entre les praticiens et la direction, par le partage des avancées mutuelles et invisibles pour l'autre partie, au travers d'outils de gestion de projet formalisés : compte-rendu écrit retraçant les échanges avec l'administration, bilans d'étape résumant sommairement les actions à mener par chacun et les éventuels freins du projet, etc.

Ainsi, l'entrée dans une démarche de structuration d'une formation des médecins managers constitue la première étape d'une réflexion plus large, relative à la gouvernance de l'établissement, à la place attribuée aux médecins au sein de celle-ci et aux interactions entre la direction et ces « managers de proximité ». De cette démarche doit naître une réelle logique partenariale, entre pôles d'activité et directions fonctionnelles, mais également au sein des services de soins.

2.2 La formation au management des chefs médicaux constitue un levier souvent négligé de l'attractivité, de la fidélisation et de la performance économique des établissements de santé.

« Le management des séniors, l'accueil des internes... Tout ça c'est 100 % du management médical. C'est ça qui fait l'attractivité. [...] S'ils attirent des bons praticiens par leur management et la manière dont ils gèrent leur service ou leur pôle, ça a un impact financier positif pour l'établissement. C'est presque plus ça qu'on attend d'eux que de trouver des économies à faire. »

La formation des médecins chefs aux pratiques managériales revêt une importance capitale dans un contexte de tension sur les ressources humaines, que celles-ci soient médicales ou paramédicales. En effet, l'instauration d'un climat de travail favorable et d'une dynamique d'équipe axée sur la collaboration et le développement individuel constituent des leviers d'attractivité et de fidélisation majeurs (Minvielle, 2021).

Au sein des équipes de soins, plusieurs analyses se sont attachées à montrer ces dernières années les difficultés à organiser une activité de prise en charge des patients toujours plus complexe. Les évolutions en matière de soins créent des nouvelles exigences de coordination et de réactivité à l'inattendu qui mettent en évidence les besoins de formation au management des gouvernances de proximité, c'est-à-dire celle exercée par les chefs de service et les cadres de santé. Les perspectives d'améliorations en matière de

reconnaissance au travail, de gestion des conflits et, d'une manière plus générale, de fédération d'un esprit d'équipe sont les plus mentionnées.

Aussi, le rôle du management médical dans le dynamisme de l'établissement et l'épanouissement individuel des praticiens est complexe. Il a trait notamment, sans que la liste n'épuise le sujet, à la gestion des conflits éventuels, à la capacité à fédérer autour d'un projet de service construit, à l'instauration d'un rapport coopératif entre les équipes médicales et paramédicales ou encore à l'accueil positif des internes de médecine au sein du service (Crié, 2017).

A cet égard, les médecins chefs rencontrés aux HCC déplorent un manque de formation en la matière, et principalement à l'égard de la gestion des conflits, pour les difficultés qu'ils représentent au quotidien et l'impact direct qu'ils peuvent avoir sur leur pratique clinique individuelle, plus que pour l'impact à l'égard de l'attractivité et de la fidélisation de leurs collaborateurs. Une acculturation à cet enjeu a néanmoins été soulignée par les directeurs adjoints de l'établissement et s'illustrent dans les propos tenus à l'occasion des entretiens. Les mécanismes sous-jacents et le rôle du management de proximité dans les recrutements nécessitent malgré tout une sensibilisation plus forte des managers médicaux.

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 » (Barral, 2018). Une enquête en ligne de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) réalisée en 2015, relève que les PH relient leur mal-être majoritairement à « un management absent, voire inadapté ».

A) Les enjeux socioéconomiques du management constituent un levier d'action pour la performance des établissements

Le secteur hospitalier a fait l'objet de nombreuses études à l'égard de ses taux d'absentéisme élevés (Pollack & Ricroch, 2017). Plusieurs réformes en vue de réguler les dépenses des établissements de santé se sont ainsi intéressées plus largement aux statuts et à la fidélisation des ressources humaines médicales (i.e. encadrement de l'intérim médical, nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels, etc.).

Aussi, l'amélioration des pratiques managériales constitue un levier fort en matière de gestion socioéconomique, souvent oublié car peu objectivable. Les systèmes d'information des établissements ne permettent pas d'éclairer, ou de manière très imparfaite, les performances socioéconomiques du management parce qu'ils n'ont pas été

conçus pour cela. Par exemple, le coût des conditions de travail défaillantes qui engendrent de l'absentéisme et/ou des défauts de qualité sont cachés par ces systèmes d'information au moment où ils surviennent. Symétriquement, les performances engendrées par une amélioration des conditions de travail qui réduirait l'absentéisme et les défauts de qualité seraient également cachées.

Néanmoins, la méthode des coûts-performances menée par plusieurs auteurs (Cappelletti, 2023) permet de mettre en évidence le lien entre le management et les surcoûts générés pour l'établissement. Absentéisme, turn-over, recours à l'intérim et augmentation des événements indésirables (Cour des comptes, 2024), ou encore fermeture de lits sont autant de difficultés rencontrées face auxquelles l'amélioration du management de proximité peut constituer un levier.

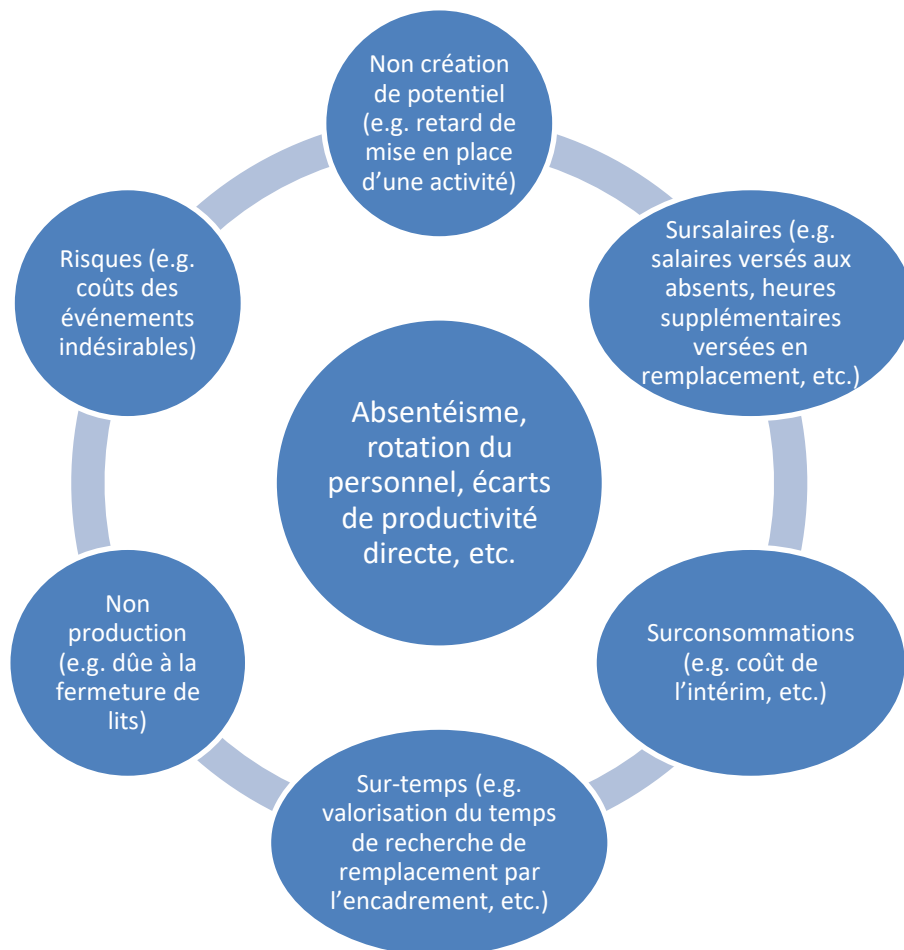


Figure 2 : Les surcoûts financiers associés au management d'après la méthode des coûts cachés

B) Renforcer la coopération médico-soignante par la formation pour améliorer l'engagement des équipes de soin

Dans cette entreprise de renforcement du leadership et du management de proximité, la création d'une relation partenariale entre le médecin manager et le cadre de santé doit être au cœur de la conception de la formation, le management ne pouvant être strictement cloisonné entre les professionnels travaillant de concert au service des mêmes usagers. Plus encore, il s'agit d'un signal fort en faveur de la dynamique d'équipe pluridisciplinaire que doivent instaurer collectivement ces deux managers (Dollet, 2014).

Pour autant, cette relation partenariale ne va pas nécessairement de soi. Une problématique de l'organisation réside dans les critères de sélection des gouvernants de la tête de pôle ou de service : ils ne se choisissent pas mutuellement (Ruiller & Burellier, 2016). Ainsi, nombreux sont les chefs médicaux rencontrés déplorant de ne pouvoir sélectionner eux-mêmes leur binôme. Les entretiens mettent en effet en évidence le rôle prépondérant que joue la réussite du binôme cadre-chef médical dans la perception de l'exercice par ces derniers.

Dans ces conditions, il semble nécessaire pour ce binôme d'apprendre à se coordonner pour co-produire un résultat conjoint ou réfléchir à l'élaboration de solutions. Une formation institutionnelle ou une sensibilisation aux enjeux et intérêts respectifs à travailler ensemble apparaît comme un facteur clé du bien-être de ces professionnels dans leurs fonctions et un levier de l'engagement des équipes de soins (Damette, 2022) et, par là même, d'amélioration de la prise en charge.

La mission Claris (2021) notait à ce propos « que la demande de formations managériales était souvent formulée avec le souhait d'une configuration pluridisciplinaire pour sa réalisation, en binôme à tous les niveaux, avec notamment la participation concomitante du chef de service et du cadre paramédical. On retrouve ici l'importance de reconstituer ce binôme comme clef de voûte de la gouvernance hospitalière de proximité. ».

Dès lors, et dans un contexte de tension sur les ressources humaines médicales et non médicales, le renforcement et l'amélioration du management de proximité, par le renforcement notamment du binôme cadre-chef médical, constitue un levier important pour la performance des établissements. Il est également préfigurateur d'une démarche qualité consolidée.

2.3 L'appropriation des recommandations de bonnes pratiques, reflet de la performance clinique des établissements de santé, est fortement liée au management.

Il est aujourd'hui admis et reconnu que l'organisation des services, des équipes, la capacité des acteurs à travailler ensemble efficacement sont indispensables pour la qualité des actes médicaux et des soins et la sécurité des patients (Dumas et al., 2016).

L'étude TheORem a permis de mettre en lumière le lien fort entre la culture organisationnelle positive des établissements de santé et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques par les professionnels. Ainsi, l'importance d'un chef de service convaincant, ambitieux et établissant des relations amicales a pu être démontrée dans l'appropriation des recommandations des bonnes pratiques issues des sociétés savantes par les équipes de prise en charge médico-soignante. Plus largement, son rôle dans la gestion des conflits sans recherche à tout prix de consensus, dans l'entente entre les médecins et les paramédicaux ainsi que dans l'établissement d'une vie d'équipe centrée sur la prise en compte de la dimension collective et de l'ensemble a pu être mis en évidence comme facteur associé de façon indépendante et positive à l'amélioration de la qualité des soins (Saillour-Glénisson et al., 2011).

2.4 L'acculturation des médecins managers aux enjeux financiers est indispensable mais renforce la nécessité de diffusion d'une culture d'appartenance à l'institution comme préalable.

On l'a vu, l'acculturation du personnel médical aux enjeux économiques était au cœur de l'impulsion du renforcement de la place des médecins dans la gouvernance hospitalière. Cette exigence est loin de disparaître derrière les enjeux de formation au management. Plus encore, elle accompagne la transformation.

Il est en effet essentiel que les médecins soient acculturés aux logiques financières qui sous-tendent la gestion des établissements dans lesquels ils évoluent. En s'inscrivant à l'interface entre la direction et les professionnels médicaux, il est attendu de la part des médecins manager de s'inscrire en relai des projets de réorganisation de la direction et d'en acquérir le langage afin de retranscrire les mécanismes ayant conduit à ces décisions. Plus encore, les capacités des médecins managers à transformer les pratiques (tant en matière de qualité des soins que de recherche d'efficience) de l'intérieur constituent le levier que la formation cherche à développer : incontestablement, les médecins managers sont les mieux placés pour déterminer les économies à réaliser, tout en maintenant la qualité des soins (Laude et al., 2018).

Néanmoins, une telle réflexion nécessite l'acquisition d'une prise de vue supérieure, relative aux enjeux à l'échelle de l'établissement.

2.4.1 La diffusion d'un sentiment d'appartenance à l'institution est nécessaire.

« On vient tous de spécialités différentes, on défend notre pré carré. [...] Trouver quelqu'un qui sait jouer collectif, qui voit avant tout l'intérêt pour l'établissement... C'est pas gagné »

Il est indispensable que les médecins managers, et à fortiori par leur intermédiaire l'ensemble de la communauté médicale, se considèrent comme les rouages essentiels de l'engrenage qu'est l'établissement dans lequel ils travaillent.

Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de renforcer le dialogue de gestion. A cette fin, la formation doit permettre la montée en compétence des managers médicaux dans la lecture des indicateurs liés à l'activité et la formulation de propositions des évolutions organisationnelles (i.e. développement et orientation de l'activité). Ces éléments entrent en effet dans le champ des compétences attendues des médecins managers.

Un point de vigilance mérite néanmoins d'être mentionné à cette occasion. En effet, une lecture uniquement comptable des recettes et des dépenses associées à chaque pôle ou service pourrait être de nature à exacerber un mouvement d'autonomisation spatiale et conceptuelle des services, qualifié de « clinique dans l'hôpital » à l'occasion des entretiens. Si des marges de manœuvre peuvent exister afin d'améliorer la situation économique d'un service ou d'un pôle d'activité, certaines activités restent par nature déficitaires à l'hôpital, sans que la lecture de la situation ne puisse être celle d'une mauvaise gestion de l'activité concernée.

Aussi, il convient de s'efforcer, au travers de la formation, à mettre en perspective à l'échelle de l'établissement les processus de « compensation budgétaire » induits par la T2A et nécessaires entre les différents pôles d'activité qualifiés de structurellement « bénéficiaires » ou « déficitaires » (Cour des comptes, 2023). Ainsi, au-delà de la formation-métier, la politique de formation doit amener les médecins managers à prendre conscience du risque de balkanisation de l'organisation hospitalière qu'induirait une coordination insuffisante des services et pôles, du rôle individuel et collectif dans la nécessité de conserver une vision transversale de l'établissement, de ses enjeux et de ses intérêts, au-delà des objectifs propres à chaque spécialité, service ou pôle (Battaglia et al., 2012).

Le rôle du chef de pôle est essentiel dans ce domaine. Pour autant, il doit faire face à « la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective au pôle, quand les services

ou les sites représentent, pour les personnels, les lieux d'identification professionnelle ». Le « management médical au sein du pôle doit [alors] permettre d'impliquer les médecins dans les orientations de gestion prises par le pôle tout en respectant les champs d'expertise de chacun des spécialistes» (Zeggar et al., 2010). La logique bâtiminaire pavillonnaire particulièrement développée aux HCC semble par ailleurs renforcer cette dynamique individuelle et sectorisée.

Nous évoquons en 1.1.3. l'existence de discours motivationnels au sein des pôles consistant en la promesse de « retours sur investissement » pour les services s'engageant dans une réflexion médico-économique. Il convient de mentionner à cette occasion que si de tels discours démontrent la maîtrise des logiques de financement des établissements de santé, ils relèvent davantage de discours relatifs à une rentabilité éventuelle – et impossible à atteindre pour les établissements publics de santé – qu'à la rationalisation médico-économique attendue de la part des managers médicaux. La création d'un sentiment d'appartenance collectif et d'unité apparaît dès lors comme un préalable à une implication plus grande des médecins managers dans les mécanismes financiers.

En outre, si les équilibres institutionnels à préserver sont en partie financiers, le constat est plus généralement celui de l'allocation des ressources. Plus encore que le sentiment d'appartenance à un collectif et à une institution, c'est l'ancrage territorial et les valeurs de service public qu'il convient ici de repréciser.

Dans un contexte de ressources limitées, et de tensions sur les ressources humaines, la survie de nombreuses activités par nature « déficitaires » sur un territoire donné nécessite souvent l'affectation prioritaire de ressources. L'enjeu est alors pour la population celui du maintien d'un accès local à un service essentiel et menacé.

De même, la diffusion de bonnes pratiques en matière de qualité et de sécurité des soins est essentielle dans l'ensemble des pôles de l'établissement, au risque de pénaliser la réputation du centre hospitalier dans son ensemble en cas de visite de certification défavorable par la Haute Autorité de Santé (HAS).

2.4.2 L'amélioration du positionnement managérial économique des managers médicaux nécessite la mise en place de formations à la gestion de projet.

Le rôle managérial du chef médical inclue l'impulsion d'une logique de sobriété dans les pratiques et de rationalisation des ressources. Néanmoins, au-delà des difficultés de positionnement vis-à-vis de leurs pairs évoquées précédemment, cette mission revêt un caractère particulièrement difficile de par le caractère scientifique marqué de la profession médicale et la place que les industriels ont su s'octroyer sur le terrain. Accompagner ces

professionnels pour devenir un véritable relai de cette logique économique nécessite une formation ambitieuse à la gestion de projet et une collaboration renforcée de l'ensemble des acteurs dans la conduite du changement.

- A) Le management économique revêt un caractère particulièrement difficile pour les chefs de pôle

Il est intéressant de constater que la conduite de projet par les médecins procède davantage d'une logique de développement de l'activité médicale et de prise en compte des difficultés de recrutement, que d'une logique de rationalisation et d'optimisation des ressources. L'impulsion d'une dynamique de sobriété et de rationalisation des ressources est particulièrement difficile pour les chefs médicaux, au premier plan desquels les chefs de pôle, en raison notamment de l'abondance de la littérature scientifique, orientée vers l'innovation (Benkimoun, 2004). Dans ces conditions, le rapport entre le coût représenté pour la société de l'acquisition d'une innovation et le bénéfice associé pour celle-ci doit faire l'objet d'une évaluation concertée de l'ensemble des acteurs concernés, à l'échelle des établissements de santé notamment. Aussi, Jean-Paul Moatti défendait déjà à la fin des années 1990 l'idée que « l'évaluation économique est un complément nécessaire de l'éthique médicale et peut améliorer la participation de la population et les processus démocratiques dans les choix sur l'allocation de ressource pour le système de santé » (Moatti, 1999).

Ainsi, à la question posée par Mary Warnock : « Devons-nous faire tout ce que nous savons faire ? » (Warnock, 1994), la question que doivent trancher ensemble les chefs de pôle et la direction du centre hospitalier est « Devons-nous le faire dans cet établissement ? ». Ces considérations impliquent l'ouverture d'un dialogue parfois considéré par les médecins comme une discussion entre savant et profane sur la pertinence d'acquisition d'une innovation technologique pour l'établissement. Elles revêtent également l'un des enjeux de formation des managers médicaux : la responsabilité territoriale et la gradation des soins.

Il semble ainsi difficile de s'engager dans un véritable débat médico-économique en l'absence d'une relation partenariale forte et d'un vocabulaire partagé entre les chefs de pôle et la direction. L'acquisition d'une telle posture par le chef de pôle est d'autant plus compliquée par son identité médicale qui peut conduire à une analyse de la situation sous le prisme d'un conflit politique, entre deux spécialités médicales. Il revient ainsi souvent au directeur de porter, seul, les arguments financiers et le poids de la décision.

Dans un deuxième temps, il convient également d'évoquer le prestige que confère l'acquisition de nouvelles technologies et le développement de pratiques innovantes pour

son service ou pour son pôle. L'allocation de ressources matérielles, souvent biomédicales, au service concerné peut être perçu comme le signe d'une reconnaissance conférée au professionnel demandeur. Le directeur en charge de l'équipement biomédical peut ainsi être pris à parti pour démontrer l'engagement de l'établissement envers le professionnel concerné, par l'achat du matériel sollicité.

Enfin, la sobriété économique des services de soins est particulièrement difficile à rechercher dans un contexte de sollicitation permanente et directe des industriels. Les enjeux marketings et les obligations relatives aux marchés publics sont sources d'incompréhensions régulières et de frictions entre la direction et le management médical. Une sensibilisation plus générale à ces sujets apparaît alors comme un levier d'action prioritaire.

Dans ces conditions, le positionnement managérial du manager médical est inéluctablement complexe et nécessite une maîtrise théorique de l'ensemble de ces enjeux.

- B) La mise en place de formations à la gestion de projet permet de diffuser une culture médico-économique dans l'institution.

« On dit qu'on gère le projet mais parfois on connaît pas vraiment le pilote, on connaît pas le donneur d'ordre, on rend pas de compte ou pas grand-chose et on construit au fur et à mesure [...] on sait pas les limites financières, on sait pas les limites dans le temps et on y va. [...] Ce qui est difficile en gestion de projet pour le pilote c'est qu'il a pas de lien hiérarchique normalement sur les autres et ça c'est pas entendu, on reste dans une logique pyramidale. »

Sans doute ici la démarche projet peut-elle également être questionnée. Il serait ainsi nécessaire au sein des établissements de clarifier ce qu'est un projet et ses conditions de mise en œuvre. Aussi, la formation des managers médicaux a-t-elle vocation à intégrer des éléments techniques relatifs à la gestion de projet.

- **Clarifier ce qu'est un projet** : Il est fait le constat au travers du dialogue de gestion et du développement de la contractualisation que la démarche projet est régulièrement confondue avec l'exploitation quotidienne. Un projet est une initiative temporaire avec un début et une fin, visant à atteindre un objectif spécifique par la production d'un produit, d'un service ou d'un résultat unique. Comprendre cette distinction aide à focaliser les efforts, les ressources et le temps sur les objectifs spécifiques du projet, assurant ainsi une meilleure gestion des priorités.
- **Rappeler les indispensables de l'analyse médico-économique du projet** : Les médecins des HCC sont sensibilisés à la nécessité de produire une analyse médico-

économique en vue de présenter un projet abouti et argumenté à la direction. Néanmoins, cette analyse s'articule régulièrement uniquement autour du rapport recettes/dépenses.

- **Préciser l'objet de la transformation et les moyens nécessaires pour effectuer ces transformations :** Lorsqu'un projet vise une transformation – qu'elle soit organisationnelle, technologique ou de processus – il est crucial de définir clairement les objectifs de cette transformation. Quelles sont les finalités recherchées ? Quels changements concrets attend-on ? Une fois ces objectifs bien définis, il est tout aussi important de déterminer les moyens nécessaires pour y parvenir : ressources humaines, financières, technologiques, ainsi que les compétences requises. Cette étape permet de s'assurer que le projet est réalisable et que toutes les conditions sont réunies pour le succès de la transformation. Ces éléments sont pourtant souvent oubliés dans le cadre de l'analyse médico-économique susmentionnée, ou laissée à la charge des cadres pour ce qui concerne les compétences non médicales. Il s'agit néanmoins d'éléments nécessaires à l'appréhension globale du projet.
- **Clarification de la répartition des rôles dans une gestion de projet :** Contrairement aux structures organisationnelles classiques où les rôles et responsabilités suivent une hiérarchie stricte, la gestion de projet requiert souvent une approche plus flexible. Les équipes de projet peuvent être transversales, impliquant des membres de différents départements ou niveaux hiérarchiques, qui doivent travailler ensemble sans suivre les lignes hiérarchiques traditionnelles. Il est donc indispensable de clarifier la répartition des rôles dès le début : qui est responsable de quoi ? Comment les décisions seront-elles prises ? Qui rend compte de quoi ?

Cela constitue également l'occasion de repréciser une attente forte de la direction à l'égard des managers médicaux : concerter et faire émerger un consensus ou, à défaut, fédérer autour d'une décision au sein du service voire du pôle.

Ces éléments de clarification de la démarche projet doivent en outre faciliter le management du changement par les managers médicaux, par une plus grande lisibilité des processus de décision et d'arbitrage, une mise en lumière des objectifs et des rôles individuels et collectifs dans la mise en œuvre du projet.

L'engagement dans une démarche de formation des managers médicaux constitue une véritable opportunité à l'échelle d'un établissement de s'interroger sur son organisation, ses processus et sa gouvernance et d'en améliorer la lisibilité. En questionnant les

évidences et en mettant en lumière les liens entre organisation et performance socioéconomique, cette démarche permet ainsi de revaloriser le rôle important qu'occupent les médecins managers dans la gouvernance hospitalière, même en l'absence de délégations fortes de gestion.

Aussi, la formation des managers médicaux est-elle de nature à revaloriser cette fonction en perte d'attractivité et à outiller l'ensemble des acteurs pour renforcer leur partenariat. La conception d'une telle formation nécessite dès lors d'impliquer un ensemble d'acteurs dépassant le seul cadre des médecins chefs et de renforcer voire créer des liens, une identité institutionnelle.

3 Construire une politique de formation des médecins managers : leviers et freins.

La démarche d'un établissement en matière de politique de formation des médecins managers ne peut se limiter à la simple mise en application de la réglementation et doit s'inscrire dans une réflexion plus stratégique. Pour les établissements, définir des modalités d'accompagnement adaptées suppose de répondre à plusieurs questions. Quelles sont précisément les compétences nécessaires pour exercer les missions de médecin manager ? Quel équilibre trouver entre la maîtrise technique et l'approche managériale des différents sujets ? Comment articuler la formation des médecins managers avec celle des autres acteurs de la gouvernance ? Quelle modalité de formation privilégier : formation classique ou coaching ? Formation ponctuelle ou au long cours ?

La qualité de la formation et de l'accompagnement à cette prise de fonction doit être à la hauteur des enjeux et des difficultés pressenties : formation élargie mais néanmoins concrète, adaptée aux compétences et aux besoins particuliers, formation évolutive, de la prise de fonction initiale aux perspectives de carrière au terme du mandat (Battaglia et al., 2012).

Pour autant, les établissements ne peuvent pas tous se prévaloir de détenir en interne des compétences d'ingénierie de formation. L'enquête adressée aux établissements de santé a fait ressortir l'avance prise par les CH(R)U en matière de formation managériale, en relation notamment avec l'existence de ressources humaines dédiées au sein des directions. A titre d'exemple, le CHRU de Nancy a recruté en 2017 une chargée de projet innovation managériale au sein de la DAM.

Aussi, la comparaison inter-établissement peut s'avérer à la fois stimulante, par le biais des retours d'expérience et des résultats obtenus par les autres établissements, mais également décourageante, tant la marche à franchir peut paraître conséquente et les ressources investies en décalage avec les moyens des centres hospitaliers non universitaires. Il s'agit donc pour les Centres Hospitaliers qui souhaiteraient s'engager dans une politique ambitieuse de formation de managers médicaux de considérer une montée en charge progressive et de s'intéresser aux objectifs associés à la démarche, qui pourraient ne pas relever uniquement de la formation au sens traditionnel du terme.

Cette dernière partie se veut ainsi comme un guide, issu des différents entretiens menés et de la revue de littérature, afin d'orienter les établissements souhaitant s'engager dans cette démarche, vers des principes structurants.

3.1 Mobiliser les médecins chefs dans la formation : un enjeu de disponibilité et de vision.

Actuellement, à la fois pour les chefs de service et pour les chefs de pôle, le premier enjeu est celui de la disponibilité. La lourdeur des tâches qui sont les leurs, et leur implication dans l'établissement, offre peu de temps à consacrer à cet investissement initial en formation, pour assumer ces nouvelles fonctions chronophages.

Les médecins n'ayant jamais suivi de formation préconisent ainsi des formations d'un à trois jours. Néanmoins, les retours d'expérience des médecins chefs ayant pu bénéficier de formations managériales évoquent un temps insuffisant et préconisent davantage une durée de quatre à cinq jours, voire supérieure à une semaine. Les contraintes organisationnelles des différents services génèrent néanmoins des avis contradictoires sur le fait de réaliser l'ensemble du volume horaire sur une même semaine ou sur deux sessions distinctes.

Au-delà des considérations purement pratiques, il convient de noter que le temps que les médecins se déclarent prêts à libérer pour la formation est directement proportionnel à la considération qu'ils portent à cette dernière. Ainsi, les médecins n'ayant jamais bénéficié de formation adaptée à l'exercice des fonctions de chefferie ou ceux récemment nommés sont plus modérés sur l'apport concret que pourra leur apporter la formation. On l'a vu, les médecins récemment nommés ont d'autant plus de questions vis-à-vis de l'organisation interne qu'ils s'en désintéressaient auparavant. Aussi, la formation apparaît comme un enjeu de second plan dans l'absolu : ils considèrent davantage des éléments relatifs à l'organisation interne de l'établissement comme levier immédiat d'amélioration de leurs pratiques. Les médecins ayant bénéficié d'une formation ou ceux ayant plus d'expérience dans la fonction ont pu davantage adopter une posture réflexive sur leurs pratiques et ont également pu éprouver l'intérêt des formations.

Il est par ailleurs assez révélateur que les médecins ne se sont pas sentis en mesure de définir clairement leurs attentes vis-à-vis de la formation, bien que l'ensemble des praticiens rencontrés se disaient intéressés par ladite formation. Plus encore, des doutes clairs ont été formulés à l'égard des formations relatives au management, à l'inverse des formations techniques. Un certain paradoxe peut être relevé entre l'affirmation marquée prononcée presque unanimement « je n'ai pas pour ambition de devenir gestionnaire » et la réticence formulée à l'égard des formations purement managériales. En effet, celles-ci souffrent dans la profession médicale de deux stéréotypes.

Le premier stéréotype est à l'égard du management, qui relèverait davantage d'un talent ou d'un charisme naturel et pour lequel une formation s'avèrerait accessoire.

Le second, est quant à lui à l'égard des formations en elles-mêmes, qui ne correspondent pas à une logique clinique et technique du bon traitement à appliquer à un problème identifié et qui relèverait ainsi davantage de la « psychologie de comptoir ».

Aussi, il apparaît important de procéder par étapes afin de motiver les inscriptions et de convaincre de l'intérêt et du sérieux des formations au management. Le fonctionnement en module est ainsi idéal en cela qu'il n'apparaît pas comme trop engageant et permet de fractionner les formations en journées, suivies ou non.

Un élément de motivation supplémentaire évoqué est l'existence d'un module socle, adapté à la période de prise de fonctions et des questionnements qu'elle soulève, et de modules complémentaires, susceptibles d'être suivis tout au long de l'exercice de la chefferie selon les besoins ressentis.

Recommandation n°6 : Développer une politique de formation continue par modules, permettant aux médecins d'y prendre part au long cours et selon leurs besoins

Recommandation n°7 : Concevoir une politique de formation par modules de trois jours maximum afin d'encourager la participation

Ainsi, un premier module « Occuper une chefferie médicale » visant à outiller les nouveaux chefs médicaux aux particularités de la fonction de chefferie (i.e. cadre réglementaire, outils à disposition, organisation personnelle, posture et gestion du stress, fondamentaux de la gestion de projet) est sollicité au cours des entretiens.

3.2 Privilégier un accompagnement axé sur le management du changement et les techniques de gestion de projet plutôt qu'un accompagnement thématique « technique ».

3.2.1 Combiner formation classique et formation-action (coaching).

Les attentes d'un point de vue format sont assez unanimes. Il est préconisé d'accorder un quart du temps pour chaque module à des éléments théoriques et à la présentation d'outils. Le reste du temps est à attribuer, selon la session et le module, à des ateliers de retex, du codéveloppement, des études de cas ou des ateliers pratiques de gestion de projets.

Le seul point de discordance s'articule autour des mises en situation et jeux de rôle, qui emportent, sans demi-mesure, un enthousiasme certain ou une profonde aversion selon

les praticiens rencontrés. La majorité des médecins chefs rencontrés se positionnent néanmoins en faveur des mises en situation, arguant qu'elles permettent davantage de s'approprier les éléments théoriques et de donner du relief aux retours d'expérience proposés.

La mise en place de coaching collectif ou individualisé permet également de répondre à une attente forte de la part des médecins : prendre confiance en sa propre capacité à manager. Le management ne pouvant être pensé comme un raisonnement clinique, un véritable changement conceptuel nécessite d'être opéré par les médecins managers. Cela représente un travail personnel de connaissance de ses propres forces et faiblesses dans son interactions aux autres et d'autant plus à ses pairs. Le coaching permet ainsi une identification de ses ressources propres à mobiliser dans l'exercice de son management et de cheminer dans son identité de manager.

Recommandation n°8 : Recourir à des modalités de formation variées et orientées sur le développement de soft skills

L'objectif de ce deuxième module socle, « Animation et management d'équipe », est de renforcer les compétences de leadership et de management des médecins managers, en leur fournissant les outils nécessaires pour mieux se positionner et interagir avec leurs équipes. La formation couvre plusieurs aspects essentiels du rôle de médecin manager, avec une attention particulière à la communication, la gestion des conflits, et le développement de l'autorité hiérarchique.

3.2.2 Favoriser les échanges entre pairs et les retours d'expérience afin de rompre les sentiments d'isolement.

Les chefs de service évoquent assez largement un manque d'espaces d'échanges entre chefs de service nouvellement nommés. Selon certains d'entre eux, le dispositif de formation doit leur permettre, par un rassemblement et le partage d'une expérience commune, de créer des liens. L'objectif *in fine* est de créer une culture commune, d'uniformiser les pratiques et les connaissances, et ainsi de renforcer la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) des chefs médicaux. En effet, la comparaison dans les pratiques et le manque de connaissance fine des droits et devoirs de chacun induit pour certains un sentiment de solitude voire d'isolement mais aussi de culpabilité vis-à-vis de leurs pratiques et de leur exercice de la chefferie.

En parallèle, il est sollicité la formalisation de lieux d'échange déjà expérimentés par le passé pour les chefs médicaux. Ni le périmètre (i.e. praticiens à associer, fonctionnement en spécialités ou général, etc.) ni le format (i.e. lieu identifié ou libre, horaire consacré, etc.) ne font pour l'heure consensus.

Des initiatives de team building expérimentées par certains chefs de service demandent également à être explorées en vue d'une éventuelle généralisation et dans l'objectif de renforcer le sentiment d'appartenance à un collectif unifié.

Recommandation n°9 : Inclure des moments informels au sein de la formation afin de renforcer les partages d'expérience et de réduire le sentiment d'isolement dans la fonction

3.2.3 Renforcer les relations partenariales par la sollicitation des cadres de santé et des directeurs fonctionnels au travers de formations transversales thématiques.

Nous l'avons vu, la gestion de projet est évoquée unanimement par les PH, les cadres de santé et les directeurs, comme des moments cristallisant les tensions et faisant apparaître le manque de dynamique partenariale entre ces corps. Afin de renforcer les coopérations médico-soignantes et médico-administratives, il apparaît dès lors cohérent de former collectivement l'ensemble des managers de l'établissement, qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs, à ces sujets transversaux, pour lesquels la coordination et la réflexion commune de ces acteurs est nécessaire.

Recommandation n°10 : Associer les cadres de santé et les directeurs fonctionnels aux formations de gestion de projet afin de renforcer les dynamiques partenariales

3.3 De l'importance de former en collectif : constituer une formation socle commune et des modules complémentaires propres aux deux types de managers médicaux.

L'existence des modules socles susmentionnés, communs aux chefs de service et chefs de pôle se justifie notamment par le double rôle assumé par les chefs de pôle aux HCC (seul un n'exerce pas les deux fonctions de chef de service et chef de pôle) et des

similitudes qui peuvent exister entre les fonctions de chef de service et de chef de pôle sur les thématiques managériales.

Néanmoins, ces deux rôles de managers médicaux se distinguent dans les attentes qui sont formulées à leur égard. Il est par exemple attendu de la part des chefs de pôle une plus grande maîtrise des éléments de gestion budgétaire dans le cadre de la contractualisation interne, tandis que le chef de service exerce un rôle plus important dans la gestion des carrières au travers des entretiens professionnels notamment.

Il n'est dès lors pas anodin que les éléments relatifs à la gestion budgétaire des établissements de santé soumis à l'appréciation des deux types de managers médicaux (« finances hospitalières et analyse médico-économique », « le vocabulaire du DAF », « les indicateurs à l'hôpital et savoir les lire ») aient obtenu des scores d'intérêt inférieurs (en moyenne 3,3/5) à ceux soumis uniquement à l'appréciation des chefs de pôle (« établir le budget de pôle et choisir les indicateurs de gestion » a par exemple obtenu une moyenne de 4,3/5).

Par ailleurs, il convient de rappeler que la formation à destination des chefs de pôle a été davantage encadrée par le législateur et représente un volume horaire conséquent (60 heures minimum). Aussi, si les modules socles doivent répondre à l'enjeu d'identification individuelle et collective des praticiens à une nouvelle catégorie professionnelle unifiée de managers médicaux, les modules complémentaires doivent mettre à leur disposition des éléments techniques en cohérence avec les missions leur étant confiées.

D'après les praticiens, ces éléments peuvent être définis comme suit :

- Gestion des ressources humaines médicales et non médicales :
 - **Les fondamentaux de la gestion des ressources humaines médicales et non médicales**
 - Le statut du fonctionnaire, les contractuels et le temps de travail des non-médicaux, l'analyse des tableaux de bord, suivi des effectifs, les projets formation au sein du pôle, les instances et le dialogue social, l'actualité réglementaire
 - **Les leviers de l'attractivité et de la fidélisation des ressources humaines**
- Finances, information médicale et informatique
 - **Les outils de la démarche stratégique et de la réponse aux besoins de santé publique locaux**

- Définir, organiser, animer et mettre en œuvre un dialogue de gestion, positionnement stratégique de l'activité médicale sur le territoire, le diagnostic interne du pôle et le projet de pôle
- **Établir le budget de pôle et choisir les indicateurs de gestion**
 - Composition des coûts et recettes d'un pôle, mettre en place des indicateurs d'activité/de gestion/d'efficacité, mener les actions nécessaires pour améliorer l'équilibre financier d'un pôle

Recommandation n°11 : Construire des modules de formation complémentaires relatifs à la gestion des ressources humaines médicales et non médicales et aux finances hospitalières

3.4 S'appuyer sur les ressources locales existantes.

3.4.1 Construire des modules de formation en interne peut s'avérer pertinent.

Le recours à des instituts de formation spécialisés, extérieurs à l'établissement peut s'avérer pertinent, notamment au regard des ressources humaines disponibles en interne. Il est ainsi possible, si le montant estimé du dispositif de formation respecte les dispositions prévues par le code de la commande publique, de construire un cahier des charges relatif au dispositif de formation et de l'adresser à minima à trois entreprises de formation identifiées afin de réaliser conjointement une formation sur site. Les praticiens rencontrés évoquent effectivement la proximité de la formation comme prérequis à leur investissement.

Néanmoins, il peut s'avérer nécessaire de réaliser certains modules en interne afin de prendre en compte les particularités de l'établissement. Les outils mis en place en matière de gestion de projet ou de dialogue de gestion notamment, diffèrent d'un établissement à l'autre. De même, des ressources peuvent exister en interne sur des sujets ciblés et de nature juridique ou organisationnelle (e.g. relations avec l'université pour l'accréditation en vue de l'accueil des internes, gestion des carrières, etc.). Aussi, concernant ces sujets, la mise en œuvre de sessions d'information et de sensibilisation en interne peut s'avérer nécessaire afin d'éviter de brouiller le message ou de générer des frustrations.

3.4.2 De l'avantage d'avancer collectivement.

La plus-value de concevoir une formation à l'échelle de la direction commune, du Groupement Hospitalier de Territoire voire à l'échelle régionale, à l'image du Groupement

de Coopération Sanitaire HUGO notamment, a été soulignée par plusieurs praticiens. Les objectifs avancés sont :

- La prise en considération des spécificités de l'exercice de chefferie dans certains secteurs (e.g. psychiatrie, urgences, etc.) tel que cela a pu être sollicité ;
- La diversification des retours d'expérience et le partage de pratiques innovantes ;
- La mutualisation de ressources dans l'organisation du dispositif ;
- Le renforcement de la coopération territoriale.

3.4.3 Du rôle des universités.

Enfin, il ne saurait être un mémoire sur la formation sans mentionner le rôle important des universités dans une telle démarche.

Le développement intra-hospitalier de formations adaptées aux fonctions de chefferies médicales est important et nécessaire, afin de prendre en compte les particularités propres à l'exercice de ces fonctions dans le contexte précis de chaque établissement. Néanmoins, cette démarche ne saurait être entièrement indépendante des universités.

Ces formations mettent en lumière un manque plus général de sensibilisation à la gouvernance hospitalière et aux pratiques managériales au sein de la formation initiale des médecins hospitaliers. Pourtant, quelle que soit leur implication dans l'établissement, ils s'inscrivent dans un collectif, une équipe, et prennent des décisions impactant l'organisation au quotidien (e.g. en matière de prescriptions, d'organisation des visites médicales, etc.).

Ainsi, associer les universités à la démarche de réflexion sur la formation continue des médecins permettrait d'ajuster la formation initiale, en cohérence avec la pluralité des exercices possibles après l'internat (i.e. libéral, en CHU, en CH, etc.) et des gouvernances associées.

Enfin, il convient de se questionner sur l'aspect diplômant d'une telle formation. Nous l'avons vu, l'identité des médecins managers souffre d'une posture unique à l'hôpital : il ne s'agit pas d'un métier à part entière. Pourtant, les attentes envers la formation de ces nouveaux managers sont fortes : de la part des principaux concernés, de la part de leurs pairs, de leur binôme cadre, ou encore de la direction de l'établissement.

Ainsi, structurer une formation diplômante permettrait-elle peut-être de résoudre les conflits de légitimité auxquels les chefs médicaux sont en proie, en leur attribuant, à défaut d'un métier ou de missions définies précisément par les textes réglementaires, un diplôme reconnu par l'ensemble de la communauté hospitalière et universitaire.

Conclusion

S'engager dans la formalisation d'une politique de formation à destination des chefs médicaux constitue une démarche ambitieuse pour les Centres Hospitaliers. Par ce biais, ils sont amenés à s'interroger plus largement sur l'organisation existante et la place souhaitée des médecins dans la gouvernance hospitalière. Une question à laquelle les réformes successives se sont efforcées de répondre, sans toutefois y parvenir : que doit-on attendre des médecins managers ?

Alors que ces fonctions souffrent d'un manque d'attractivité croissant, la formation managériale constitue un levier indispensable au bien-être au travail de ces nouveaux professionnels, dont l'identité et la place ne semblent, pour l'heure, pas acquises dans l'hôpital. Plus généralement, elle constitue l'affirmation certaine de l'engagement dans une dynamique partenariale entre les corps de direction et médical.

La construction d'une politique de formation ne constitue néanmoins qu'une pièce d'un ensemble plus large, nécessitant sans doute l'entérinement par les voies réglementaire et universitaire du rôle managérial des médecins dans les organisations contemporaines de l'hôpital. Loin de leur imposer des pratiques gestionnaires, il s'agit davantage pour l'institution hospitalière de leur reconnaître un rôle central dans la performance socioéconomique du système de santé français.

RENFORCER LA PROCEDURE DE NOMINATION AUX CHEFFERIES

Recommandation n°1 : Systématiser la formation par le tuilage afin de sécuriser et rassurer la prise de fonction.

Recommandation n°2 : Établir un processus de nomination, associant des entretiens avec le chef d'établissement et la consultation des pairs, en vue de renforcer la légitimité institutionnelle

Recommandation n°3 : Rédiger des fiches de mission en vue de clarifier les responsabilités spécifiques

Recommandation n°4 : Rédiger une charte managériale en vue d'établir un cadre normatif et éthique

STRUCTURER UNE POLITIQUE DE FORMATION MANAGERIALE

Recommandation n°5 : Intégrer à la politique de formation des immersions au sein des directions fonctionnelles, afin de renforcer la connaissance mutuelle entre directeurs et médecins managers

Recommandation n°6 : Développer une politique de formation continue par modules, permettant aux médecins d'y prendre part au long cours et selon leurs besoins

Recommandation n°7 : Concevoir une politique de formation par modules de trois jours maximum afin d'encourager la participation

Recommandation n°8 : Recourir à des modalités de formation variées et orientées sur le développement de soft skills

Recommandation n°9 : Inclure des moments informels au sein de la formation afin de renforcer les partages d'expérience et de réduire le sentiment d'isolement dans la fonction

Recommandation n°10 : Associer les cadres de santé et les directeurs fonctionnels aux formations de gestion de projet afin de renforcer les dynamiques partenariales

Recommandation n°11 : Construire des modules de formation complémentaires relatifs à la gestion des ressources humaines médicales et non médicales et aux finances hospitalières

4 Bibliographie

Articles scientifiques :

- Benkimoun, P. (2004). L'impact de l'innovation en médecine. *Les Tribunes de la santé*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.3917/seve.002.26>
- Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, É. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière: Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue Française de Sociologie*, Vol. 54(2), 263–302. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0263>
- Crié, D. (2017). Marque Employeur. Quelle transposition à l'hôpital? *Revue hospitalière de France*, 577, 8-15.
- Damette, G. (2022). Double management hospitalier : La dualité coopérative du binôme médecin responsable de service-Cadre de Santé comme vecteur d'engagement des équipes de soins : *Projectics / Proyética / Projectique*, Hors Série (HS), 231-254. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0231>
- Dollet, A. (2014). Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé: *Recherche en soins infirmiers*, N° 118(3), 62-74. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0062>
- Drexler, A. (2023). Capitaine, paratonnerre, arbitre, vitrine du service : Qu'attendent les professionnels médicaux de leurs chefs de service ? *Revue hospitalière de France* (n° 613, juillet-août 2023).
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? : *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 20, 5(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Floccia, M. (2020). Le manager médical en question : L'expérience du CHU de Bordeaux. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 6, p.39-40.

- Georgescu, I., & Commeiras, N. (2011). Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(6), 294. <https://doi.org/10.3917/jgem.116.0294>
- Grima, F. (2007). Impact du conflit intergénérationnel sur la relation à l'entreprise et au travail : Proposition d'un modèle: *Management & Avenir*, n° 13(3), 27-41. <https://doi.org/10.3917/mav.013.0027>
- Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. *Revue française de gestion*, 250(5), 125–138. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2015-5-page-125.htm>
- Guelmami, H. (2021). Chapitre 9. La fonction hybride du médecin manager. *Business Science Institute*, 111–115. <https://www.cairn.info/la-recherche-en-sante--9782376875192-page-111.htm>
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3–4), 327–347. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00069-7)
- Minvielle, É. (2021). Conditions de travail à l'hôpital : Quelles pistes d'amélioration ? : *Les Tribunes de la santé*, N° 69(3), 59-68. <https://doi.org/10.3917/seve1.069.0059>
- Moatti, J.-P. (1999). Ethical issues in the economic assessment of health care technologies. *Health Care Analysis*, 7(2), 153-165. <https://doi.org/10.1023/A:1009437104347>
- Nobre T., (2013). « L'innovation managériale à l'hôpital » *Revue française de gestion*, (N° 235) (6), 113-127.
- Pache, A.-C., & Santos, F. (2013). Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics. *Academy of Management Journal*, 56(4), 972–1001. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0405>
- Pollack, C., & Ricroch, L. (2017). Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : Les conditions de travail expliquent les écarts entre professionnels. DREES.

- Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Veillard, D., Migeot, V., Toulouse, B., & Daucourt, V. (s. d.). Profils organisationnels et managériaux des services de médecine associés aux bonnes pratiques. *Revue hospitalière de France*, 542, 59-64.
- Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie Du Travail*, 48(1), 72–87. <https://doi.org/10.4000/sdt.23521>
- Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : Devenir des hydrides « malgré tout » ? : *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N° 116(2), 4-13. <https://doi.org/10.3917/geco.116.0004>
- Warnock, B. (1994). Some moral problems in medicine. *Health Economics*, 3(5), 297-300. <https://doi.org/10.1002/hec.4730030502>

Articles de presse :

- Laire, N. (2021, janvier 11). Hôpital public : Des soignants en grève illimitée pour dénoncer « l'inégalité » du Ségur de la santé. *France Bleu*.

Ouvrages :

- Cappelletti, L. (2023). *Que sait-on du travail ?*. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.colle.2023.01.0250>
- Mintzberg, H. (2006). *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre*. Eyrolles/Ed. d'Organisation.
- Robbins, S., DeCenzo, D., Coulter, M., & Rüling, C.-C. (avec Gabilliet, P.). (2014). *Management : L'essentiel des concepts et pratiques* (9e édition). Pearson.

Chapitres d'ouvrage :

- Battaglia, E., Lebrun-Leguern, A., & Racoussot, S. (2012). Chapitre 7. De médecin à chef de pôle : Les enjeux de l'accompagnement. In T. Nobre & P. Lambert, *Le management de pôles à l'hôpital* (p. 107). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nobre.2012.01.0107>

- Bichier, É., & Nobre, T. (2012). Chapitre 6. Chef de pôle, quel type de manager pour l'hôpital de proximité ? In *Le management de pôles à l'hôpital* (p. 89-106). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.nobre.2012.01.0089>
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F.-X. (2018). 4. Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? In *Manager une organisation de santé* (pp. 75–97). Presses de l'EHESP.
<https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0075>
- Louazel, M., & Lorson, P. (2012). Chapitre 5. Stratégie de l'hôpital et organisation en pôles, la nécessité d'une réflexion conjointe. In T. Nobre & P. Lambert, *Le management de pôles à l'hôpital* (p. 71). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.nobre.2012.01.0071>
- Ruiller, C., & Burellier, F. (2016). Un médecin, un soignant et un gestionnaire sont dans un bateau... La compétence collective au sein des pôles hospitaliers. In J.-L. Viviani & L. Bironneau (Eds.), *Collaborations et réseaux* (pp. 47–63). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.54099>

Rapports administratifs ou de recherche :

- Claris, O., Piney, D., Haoui, R., & Gamond-Rius, T. (2020). *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Cour des comptes. (2023). *La Tarification à l'Activité* (S2023-0851).
- Cour des Comptes (2024). *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : Des dérives préoccupantes et mal maîtrisées* (Sécurité Sociale).
- Zeggar, H., Vallet, G., & Tercerie, O. (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé* (N°RM2010-010P). Inspection Générale des Affaires Sociales.

Textes législatifs ou réglementaires :

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
- Décret n° 2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé

Travaux d'étudiants :

- Barral, A.-L. (2018). Développer une stratégie à destination des médecins managers : Le cas du projet managérial du CHU de Montpellier [Mémoire EHESP].
- Bru, C. (2021). Quelle communication entre médecins et directeurs pour une gouvernance efficace à l'hôpital ? Etude au GHT Sud Bretagne [Mémoire EHESP].
- Bruel, S., Darmenton, A., Devaud, M., Dutrier, C., Gensul, V., Gibon, H., Goffre, B., Guivarch, L., Hiance, M.-M., Jegou, V., Lamy, H., Ngon, O., Sart, F., & Subileau, L. (2012). *Les pôles d'activité : Impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management* [Module Interprofessionnel de Santé Publique]. EHESP.
- Goudard, A. (2022). *Le Manager malgré lui ? L'exercice de la responsabilité managériale des Chefs de service : Entre autorité professionnelle et professionnalisation de l'autorité.* [Mémoire EHESP].
- Loubet, G. (2011). D'Hippocrate à Mercure : Praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Évolutions du métier et tensions de rôles ? <https://hal.science/hal-00650549>

5 Liste des annexes

Annexe 1 : grilles d'entretien

Annexe 2 : propositions de modules de formation construites à partir des entretiens et soumises à l'appréciation des chefs médicaux au travers d'un questionnaire en ligne

ANNEXE 1 : Grille d'entretien – Chefs de service et chefs de pôle

Qualification du répondant :

- Nom, prénom, âge
- Profil professionnel (trajectoire de carrière, ancienneté dans l'établissement, etc.)
- Profil du pôle ou du service concerné
- Depuis combien de temps occupez-vous des fonctions de chefferie ?
- Dans quelles conditions avez-vous pris vos fonctions ?
 - o Était-ce une candidature, suite à l'autonomisation du service, une ambition de longue date, etc. ?
 - o Comment cela s'est-il passé ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation au management lors de votre prise de fonction ?
 - o Combien de temps avant ou après votre prise de fonction ?
 - o Comment en avez-vous eu connaissance ?
 - o A-t-elle été indemnisée ?
 - o Était-ce à votre initiative ?

Qualification du besoin : difficultés rencontrées :

- Avez-vous rencontré des difficultés (e.g. managériales, méthodologie de gestion de projet, positionnement vis-à-vis de l'équipe ou de la direction) lors de votre prise de fonction ? Si oui, lesquelles ?
 - o Comment expliquez-vous ces difficultés ?
 - o Était-ce des difficultés que vous aviez anticipées ?
 - o Pensez-vous qu'une formation préalable à votre prise de fonctions aurait permis de vous rassurer dans votre positionnement/aurait été bénéfique ?
- Rencontrez-vous toujours des difficultés ?
 - o Lesquelles ?
 - o Ont-elles évolué ?
- Quelles stratégies de réponse avez-vous développées pour répondre à ces problématiques ?
- Avez-vous eu l'impression de saisir correctement le rôle et les enjeux de la chefferie en amont de votre nomination ?
 - o Une fiche de mission devrait-elle être formalisée ?
 - o Quels éléments vous ont manqué et comment les apporter en amont ?

Qualification du besoin : attentes vis-à-vis d'une formation :

- Quelles sont selon vous les compétences et outils à acquérir dans le cadre d'une prise de chefferie ?
- Quels sont les éléments que vous attendriez de la part d'une formation ?
 - o Des envies précises de sujets à aborder/outils à acquérir ou maîtriser ?
 - o Quand devrait prendre lieu la formation par rapport à la prise de chefferie ?
 - o Doit-elle être récurrente tout au long de la chefferie ?
 - o Quels sujets aborder ? Quand ?
 - o Combien de temps doit-elle durer ?
- Que pensez-vous du projet de création d'une offre de formation à destination des chefs de service et des chefs de pôle par les HCC ?
 - o Avez-vous des attentes à exprimer ?
 - o Des craintes/objections ?
- Qui doit réaliser la formation (e.g. formateurs, consultants, pairs médecins, etc.)
 - o Pourquoi ? Quel intérêt ?
- Quelles doivent être les modalités/le format des formations ?
 - o Proportion d'apports théoriques ? De mises en pratique ? De mises en situation ?
 - o Sur quels sujets privilégier l'une ou l'autre modalité ?

ANNEXE 1 : Grille d'entretien - Directeurs adjoints

- Pour toi, quelles sont les spécificités dans la gouvernance et la place des médecins aux HCC ?
- Pour quel sujet traites-tu majoritairement avec les chefs médicaux ?
- Qu'attends-tu d'un chef médical ?
- Qu'attends-tu de la formation à destination des chefs médicaux en tant que directeur ?
- As-tu des exemples de sujets pour lesquels un chef médical a dû se faire le traducteur ou l'intermédiaire entre la direction et ses équipes ?
- Qu'est-ce qui décrirait le mieux selon toi les chefs médicaux aux HCC ?

Questions supplémentaires DAM :

- Pourquoi mettre en place la formation maintenant ?
- Quelles sont les caractéristiques de la communauté médicale des HCC qui peuvent expliquer un certain nombre des choix ou orientations que tu aurais retenues ?

ANNEXE 1 : Grille d'entretien – Cadres de santé

- Comment est organisé votre pôle et quelle relation/organisation avez-vous mise en place avec votre chef de pôle ?
 - o Quelles sont les choses positives ?
 - o Les choses perfectibles ?
- Qu'attendez-vous d'un chef médical ? Quelles sont ses qualités requises ?
- Qu'attendez-vous de cette formation en tant que cadre ?
- Qu'est-ce qui décrirait le mieux selon vous les chefs médicaux aux HCC ?

ANNEXE 2 : Propositions de modules socles

Grande thématique 1 : Connaître l'environnement institutionnel et ses évolutions

- **Système de santé et offre de soins - contexte et enjeux**
 - La déclinaison du système de santé en 4 niveaux, les acteurs de l'administration de la santé en France, actualités et enjeux actuels pour les établissements publics de santé, la déclinaison du PRS dans les projets de l'établissement
- **Gouvernance hospitalière et GHT**
 - Présentation des acteurs institutionnels au sein de l'établissement, équilibres décisionnels à l'hôpital, la place et le rôle du chef médical dans l'organisation hospitalière
- **Finances hospitalières et analyse médico-économique**
 - Le financement des hôpitaux publics, le pilotage médico-économique par les tableaux de bord, la définition des indicateurs utiles, la mise en place d'un dialogue de gestion
- **Le vocabulaire du DAF**
 - Les notions d'amortissement et d'investissement dans les règles de la comptabilité hospitalière, l'EPRD, le PRE, etc.
- **Les indicateurs à l'hôpital et savoir les lire**
 - La DMS, l'IP-DMS, taux d'occupation cible, etc.

Grande thématique 2 : Le cadre réglementaire et juridique à l'hôpital public

- **Gestion du temps de travail médical**
 - Les obligations de service d'un médecin hospitalier, les tableaux de service, temps de travail additionnel et CET, le décompte du temps de travail médical, temps de travail médical et contrat de pôle : quels outils managériaux et juridiques à la main des chefferies médicales ?
- **Les responsabilités en matière de temps de travail et de permanence des soins**
 - Le rôle du directeur, le rôle du chef de pôle, le rôle de la CME et de la COPS
- **Les régimes de responsabilité**
 - Responsabilité administrative, responsabilité disciplinaire, responsabilité pénale
- **Appréhender les marchés publics et les règles de l'achat public**
 - Les règles juridiques du code de la commande publique, s'organiser dans son projet : quels délais prendre en considération dans les projets d'investissement ? Impacts sur les équipements biomédicaux

Grande thématique 3 : Occuper une chefferie médicale aujourd'hui

- **S'inscrire dans un collectif**
 - Concilier les intérêts de son service/pôle avec les intérêts des autres et de l'établissement, susciter un sentiment d'appartenance dans son équipe
- **Préserver sa qualité de vie et des conditions de travail pour mieux manager**
 - Les outils à sa disposition pour s'organiser, apprendre à déléguer, gestion du stress et des émotions, préserver son équilibre vie pro/vie perso et son équilibre exercice clinique/chefferie, apprendre à prendre du recul
- **Construire un projet à l'hôpital**
 - Outils de gestion de projet, interlocuteurs et ressources à mobiliser, conduire une analyse médico-économique, se positionner en chef de projet
- **Evolution des carrières : repenser ses maquettes organisationnelles**
 - Contrats et statuts : enjeux et nouveautés, gestion du temps partiel, exercice territorial partagé
- **Développer son leadership et trouver son juste positionnement à l'égard de ses équipes**
 - Connaître son style de management, les besoins et attentes au travail, différencier pouvoir, autorité et leadership, développer ses soft skills selon ses préférences de communication

Grande thématique 4 : Animation et management d'équipe

- **Négociation, médiation et prévention des conflits**
 - Les conflits en situation de travail : divergences de besoins, d'intérêts ou de valeurs, la quête de reconnaissance derrière les conflits, l'impact des différents types de personnalités dans le conflit, les personnalités difficiles
- **Gérer les événements RH difficiles**
 - Décès dans l'équipe, sanction disciplinaire à l'encontre d'un agent, etc.
- **Assurer l'animation des équipes en développant ses compétences**
 - Développer leur implication et leur engagement, capacités cachées de ses collaborateurs, équilibre entre libertés et contraintes à donner à ses collaborateurs, la promotion des relations d'entente et de confiance, l'intelligence émotionnelle, les composantes du management bienveillant, les forces motrices dans un groupe
- **Créer un environnement favorable à la QVCT**
 - La démarche participative, le syndrome d'épuisement professionnel (définition, prévention, dépistage et prise en charge), créer un espace de dialogue, faire preuve de diplomatie, être médiateur ou utiliser la médiation, etc.
- **Motiver et fidéliser ses collaborateurs**
 - Faire adhérer et convaincre, les leviers motivationnels et d'engagement, feed-backs positifs, individualisés et collectifs, créer la confiance et la coopération dans son équipe, valoriser les parcours professionnels et mettre en place un management individualisé, développer l'attractivité de son service et de l'établissement

ANNEXE 2 : Propositions de modules complémentaires

Gestion budgétaire et financière

- **Comprendre le modèle de financement des établissements de santé et anticiper ses évolutions prochaines**
 - L'ONDAM, les modes de financement par l'Assurance Maladie, le PMSI
- **Réformes tarifaires (Dotation non affectée, psychiatrie, IFAQ, etc.), T2A, EPRD**
 - Comprendre les réformes des modes de financement hospitaliers et les impacts sur la gouvernance hospitalière
- **Budget, compte de résultat, comptabilité analytique et délégation de gestion**
 - Comment sont construits les rapports de gestion et comment en faire un outil de gestion ?
- **Établir le budget de pôle et choisir les indicateurs de gestion**
 - Composition des coûts et recettes d'un pôle, mettre en place des indicateurs d'activité/de gestion/d'efficacité, mener les actions nécessaires pour améliorer l'équilibre financier d'un pôle
- **Impulser une démarche de gestion budgétaire au sein de son pôle**
 - Impliquer les services dans une démarche de gestion polaire non-sectorisée

Pilotage médico-économique et performance hospitalière

- **Les nouvelles dimensions de la performance hospitalière**
 - Virage ambulatoire, parcours patient et rôle des coopérations territoriales, l'adaptation des ressources aux besoins et aux contraintes
- **La comptabilité analytique au service de la gestion interne du pôle**
 - Les outils fondamentaux : fichier structure et unités d'œuvre, le Retraitement Comptable (RTC) et le calcul des coûts par séjour (ENC)
- **Situer et lier la performance médico-économique d'un pôle à la situation économique de l'établissement**
 - Objectifs du tableau de bord (TDB), conception d'un TDB de pôle et choix des indicateurs, présentation et analyse de différents types de TDB, l'analyse de la rentabilité : comptes de résultat, la comparaison : panorama des bases de données médicoéconomiques
- **Les outils de la démarche stratégique et de la réponse aux besoins de santé publique locaux**
 - Définir, organiser, animer et mettre en œuvre un dialogue de gestion, positionnement stratégique de l'activité médicale sur le territoire, le diagnostic interne du pôle et le projet de pôle
- **Le contrat de pôle : le pilotage du pôle grâce à la contractualisation**
 - Passer du diagnostic à la définition du contrat de pôle, suivre le contrat de pôle, les délégations de gestion (champ, sens et niveau)

Systèmes d'Information Hospitaliers

- **Comprendre le Système d'Information Hospitalier**
 - Les acteurs du SIS/SH, l'historique, la réglementation et les différentes modélisations, les données fondamentales du SH
- **La qualité de l'information dans les systèmes d'information hospitaliers**
 - Les indicateurs qualité du système d'information hospitalier, la définition des besoins et la formalisation d'un cahier des charges
- **Le pilotage d'un projet système d'information hospitalier**
 - Enjeux et apports d'un SH, la mutualisation et les enjeux du DMP, les problèmes rencontrés dans le développement et la gestion des SH

Management des ressources humaines

- **Les fondamentaux de la gestion des ressources humaines médicales et non médicales**
 - Le statut du fonctionnaire, les contractuels et le temps de travail des non-médicaux, l'analyse des TDB, suivi des effectifs, les projets formation au sein du pôle, les instances et le dialogue social, l'actualité réglementaire
- **L'attractivité et la fidélisation des ressources humaines médicales**
- **L'attractivité et la fidélisation des ressources humaines non médicales**
- **L'entretien médical annuel**
 - Retours d'expériences (méthodes, outils et pratiques), objets de l'évaluation (compétences cliniques vs coordination médicale, participation à la permanence des soins, participation aux activités transversales, etc.), notion de performance individuelle et collective au sein de l'équipe
- **La mutualisation d'activités médicales en GHT et des RH médicales**
 - La mise en place des équipes médicales communes et des pôles inter-établissements

Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins

- **Adapter les évolutions de l'activité de l'établissement aux besoins des usagers**
 - Intégrer les représentants des usagers dans le design des projets de pôle, associer les usagers à l'évaluation de la pertinence de l'évolution d'une prise en charge et de sa qualité
- **Construire un langage commun : mobiliser l'Evidence Based Medicine dans les processus décisionnels de l'institution**
- **Anticipation et protocolisation de modes dégradés**
 - Plan blanc, panne d'équipement : comment anticiper ces problématiques afin de garantir une prise en charge en sécurité à tout moment ?
- **Impliquer des équipes dans une démarche qualité**
 - Co-crée des indicateurs de qualité, les suivre et les évaluer, comprendre les échecs et adapter la stratégie

Management d'équipe et conduite du changement

- **Construire une dynamique d'équipe à l'échelle d'un pôle : cultures professionnelles divergentes, intérêts individuels et collectifs**
- **Communiquer et faire accepter un changement**
 - Réaliser une annonce difficile, faire preuve de pédagogie, exposer les faits, prendre une décision
- **Piloter un projet de transformation**
 - Se familiariser avec les étapes incontournables et les modalités de conduite d'un projet de transformation, articulation avec d'autres projets institutionnels, la dimension humaine de la transformation et les moyens de la prendre en compte, développer les postures facilitant l'engagement des acteurs
- **Aborder la gestion d'un projet en particulier**
 - Exemples : comment développer un démarche RSE au sein d'un pôle ? Comment mettre en place une politique de lien ville-hôpital au sein d'un pôle ?

STEPEC	Solvène	Octobre 2024
DIRECTEUR D'HÔPITAL Promotion 2024		
LA FORMATION DES MANAGERS MEDICAUX : LEVIER D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS ET DE PERFORMANCE DES CENTRES HOSPITALIERS		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
Résumé : Les évolutions réglementaires de ces vingt dernières années ont renforcé le rôle managérial des médecins sans que cette dimension ne soit incluse dans leur formation initiale. Les établissements publics de santé doivent ainsi organiser la formation des médecins chefs de service et chefs de pôle à l'exercice de responsabilités managériales. Par ce biais, ils sont amenés à s'interroger plus largement sur l'organisation existante et la place souhaitée des médecins dans la gouvernance hospitalière. Une question à laquelle les réformes successives se sont efforcées de répondre, sans toutefois y parvenir : que doit-on attendre des médecins managers ? Alors que ces fonctions souffrent d'un manque d'attractivité croissant, la formation managériale constitue un levier indispensable au bien-être de ces nouveaux professionnels, dont l'identité et la place ne semblent pas acquises dans l'hôpital. Plus généralement, elle constitue l'affirmation certaine de l'engagement dans une dynamique partenariale entre les corps de direction et médical.		
Mots clés : Formation ; management ; chefferie ; performance ; attractivité ; ressources humaines ; médical ; service ; pôle		
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.		

