

## Colloque Avenir Hospitalier 15 mars 2017

### Intervention Anne MEUNIER : Secrétaire générale du SYNCASS-CFDT

#### Sujet : Managers ? Décideurs ? Peut-on parler d'une évolution dans les relations avec les personnels médicaux ? Quel regard des directeurs d'hôpitaux sur les GHT ?

## Introduction

### Précisons de quoi on parle :

- Les décideurs : c'est bien évidemment dans cette catégorie que nous plaçons les directeurs
- Les personnels médicaux désignent plusieurs entités avec lesquelles les relations de sont pas de même nature :
  - o La collectivité médicale représentée par la CME pour une relation autour de la prise de décision institutionnelle, et qui pratique, en tout cas pour son président une forme de décision aussi.
  - o Les chefs de pôles et les chefs des structures internes pour des relations qui concernent l'activité, l'allocation des ressources et l'organisation des structures. Là aussi, il y a la pratique de la décision.
  - o L'ensemble des professionnels médicaux travaillant pour un établissement dans le cadre des relations qui concernent tant la gestion de la rémunération, de la carrière, des conditions de travail ; en somme une relation autour de la GRH.

## 1 : Une histoire qui a vu évoluer les relations vers une coopération, nécessaire à une décision éclairée : de la corporation à la co-gestion et la co-opération ?

### 1. Un peu d'histoire

**Phase 1** : des **médecins extérieurs à l'hôpital et pas de directeurs non plus**. Depuis la nuit des temps, les docteurs viennent voir des malades et prescrire des soins, sans appartenir au personnel, ni être impliqués dans le fonctionnement. Puis la commission administrative charge un économe d'assurer l'administration. Peu à peu, on trouve des médecins salariés et un directeur économe...

**Phase 2** : des médecins deviennent salariés plein temps ou temps partiel, d'autres sont attachés, tous sont rémunérés à partir des « masses d'honoraires » permises par leur activité. Ils se mettent aussi à être **présents dans le fonctionnement**. Les soins se transforment et les plateaux techniques se développent, tout comme la recherche. **Les directions se structurent** aussi progressivement.

**Phase 3** : des médecins siègent dans l'instance délibérative, ont une commission médicale d'établissement, donnent des avis sur les investissements, les équipements, les organisations générales, décident du fonctionnement interne du service. Leur nombre se renforce régulièrement, les disciplines et spécialités se multiplient aussi. On passe de l'administration à la gestion administrative.

**Phase 4** : entre la maîtrise des dépenses et la crise d'un côté, l'explosion des moyens et des activités de l'autre, le budget global, le PMSI, la relance de la construction hospitalière, il est de moins en moins possible de faire chacun de son côté. On invente le co-pilotage médico-administratif, puis la contractualisation, les pôles d'activité médicale, le DIM et le suivi des actes et des séjours, la T2A...

Cette phase a concentré de nombreuses évolutions. En effet, le passage d'un fonctionnement administré à un fonctionnement managérial a transformé les relations internes (et externes), en particulier pour les personnels médicaux :

- **Au sein des pôles**, les relations, parfois confraternelles et parfois distantes entre praticiens, deviennent des rapports hiérarchiques ou fonctionnels. De même, l'implication auprès des autres personnels se trouve accrue. Cela nécessite la formation des acteurs, des outils adaptés aux nouvelles responsabilités, la clarification des positionnements respectifs. Cela ne se fait que progressivement.
- **Vis-à-vis de l'équipe de direction**, les relations se transforment aussi, selon le modèle organisationnel choisi (absence ou présence de directeurs référents) et le niveau de délégation interne du directeur. Là encore, la réalité est parfois plus modeste que les présentations faites.
- **Envers la CME**, les chefs de pôles sont dans une situation contrastée, selon qu'ils siègent au directoire, qu'ils sont ou non impliqués dans le fonctionnement de celle-ci, qu'ils ont une forte ou moindre légitimité disciplinaire dans le périmètre du pôle...

**Phase 5 (celle que nous vivons)** : après avoir organisé en interne, on prévoit des coopérations externes, imposées selon un cadre normatif établi mais dont la soutenabilité n'est pas démontrée. Médecins et directeurs d'un établissement sont en perplexité par rapport aux conséquences, dans une incertitude encore majeure sur les coopérations réelles, les conséquences sur les organisations et les ressources et leur répartition.

## 2. Un peu de psychologie et de sociologie :

### Les docteurs :

Les évolutions les font donc passer d'intervenants largement extérieurs, détenteurs d'un savoir permettant de prescrire, au statut de salariés impliqués et soumis à des règles précises. La culture à dominante individuelle doit faire une place au collectif et au participatif, tenant compte des contraintes d'organisation et de financement, de celles du droit aussi.

Cette évolution qui est aussi un bouleversement. S'y ajoute un éclatement du domaine de compétences en de multiples spécialisations, souvent d'organes. Cet éclatement a bien sûr

des conséquences sur le sentiment d'appartenance, à la corporation, à l'institution, à la faculté...

L'attachement à l'indépendance professionnelle dans l'exercice de leur art est réputé ne pas favoriser la concertation interne. Pourtant, le plus souvent, les médecins acceptent et apprécient d'être associés à la marche de l'institution. Mais il n'y a pas d'homogénéité du corps médical, traversé par des conceptions souvent antinomiques.

### **Les directeurs :**

La montée en charge d'un corps de direction est lente, à partir du milieu du siècle, concrétisée par des statuts successifs qui coïncident avec la transformation de l'hôpital, passant d'une logique d'administration à celle d'un établissement appliquant des règles de gestion.

L'essor des effectifs, le niveau de formation, l'accroissement des responsabilités ont conduit à un âge d'or idéalisé, dans lequel il fallait concevoir, construire, organiser, avec les ressources humaines, financières et matérielles alors possibles.

Le repli vers la rigueur a changé la donne depuis maintenant longtemps, avec des parenthèses pour Hôpital 2007, qui ont plutôt ajouté des difficultés ensuite.

L'illusion d'un pouvoir managérial a longtemps dominé, avant que les réalités ne l'estompent, du fait de la crise, de la prise en main par les ARH/ARS, l'accroissement des contraintes.

Les directeurs sont revenus de leurs illusions, en même temps qu'ils mesurent leur nouveau rôle d'acteur de santé et du médico-social.

### **Une relation fondamentale qui porte la complémentarité dans la décision :**

**Après avoir juxtaposé les choses, essayons d'analyser ces relations à la lumière de cette évolution :**

Le dialogue entre médecins et directeurs est la condition indispensable d'une articulation et d'une conciliation entre logique de santé publique et logique de soin.

Les décisions prises pour le pilotage de l'hôpital nécessitent la mise en commun de savoirs et de capacités détenues par les deux catégories d'acteurs que sont les directeurs et les médecins.

Les positions des directeurs et des médecins sont complémentaires : les uns portent la responsabilité légale y compris pour des actes d'origine médicale, et les autres détiennent la compétence médicale et sa responsabilité propre.

Leurs manières de voir les choses sont différentes mais se complètent. Ils doivent donc coopérer pour permettre des décisions éclairées. Et la dissociation des rôles permet souvent de libérer chacun afin qu'il puisse donner le meilleur de lui-même.

→ Une coopération entre les deux corps rend possible la prise en compte de thématiques complexes dans le processus de décision, pensées de façon différente par les acteurs : santé publique, prévention, parcours de soin, progrès médical...

Cet enjeu est central pour la qualité du processus de décision, c'est la relation entre les deux corps qui détiennent la légitimité la plus forte et qui mettent en place une « coalition des dominants » au sens de Mintzberg. Et si leurs intérêts ne coïncident pas, c'est le dialogue qui permet la coopération nécessaire à la qualité des décisions, notamment dans un contexte de ressources finies qui suppose des arbitrages pour la meilleure utilisation possible de celles-ci.

**La qualité du dialogue est donc fondamentale mais pas toujours aisée !** Ainsi que le développe François Jérôme Aubert dans sa thèse sur « la décision à l'hôpital public : quelle relation entre le directeur et le médecin ? » datée de 2014, La qualité de la relation est un enjeu majeur pour la bonne décision à l'hôpital.

Aujourd'hui ce dialogue autour des intérêts des patients pris en charge et donc des établissements (et réciproquement) est inscrit dans le cadre juridique (le Directoire notamment) mais sa qualité suppose des conditions :

- Le dialogue fait apparaître les enjeux essentiels
- Les contributions et donc l'expertise de chacun est respectée
- Le diagnostic et les moyens d'améliorer le fonctionnement sont partagés
- Les modalités du changement sont discutées

→ Pour être fécond, le dialogue (la relation) doit être respectueux : Les formations initiales très différentes des deux corps induisent des manières de raisonner elles aussi différentes.

→ Rapprocher ces modes de pensée articulés selon des prémisses dissemblables est un enjeu important, pour que le dialogue obtienne les meilleurs résultats.

Et pour que l'on ne se croie pas dans un monde utopique, il faut rappeler aussi que les rapports de force existent :

- Au niveau local dans les instances, dans les rapports avec les autorités de tarification et de contrôle.
- Au niveau national, chacun essaie d'influer sur les débats et les textes par le truchement de sa représentation institutionnelle (les syndicats, les conférences, les associations ...) .Le contenu des contributions de chacun à l'élaboration du pacte de confiance ou dans les concertations plus récentes en est un exemple...Chacun essaie d'augmenter, sa sphère d'influence, ses « pouvoirs »...

On est aujourd'hui au plus près du travail ensemble et paradoxalement cela favorise et donc expose à des « intrusions » des uns et des autres dans les domaines de compétence mutuels.

→ C'est un enjeu majeur, non seulement pour l'efficacité des politiques publiques de santé, mais aussi pour la santé des patients.

Cet enjeu majeur du dialogue comporte **des inconvénients à assumer** :

- **Un processus délibératif à l'hôpital (au sens de celui qui produit une décision) lent et complexe que l'on pourrait alors tenter de simplifier par des prérogatives de décisions plus affirmées...** mais qui se révéleraient inopérantes car la décision de qualité est celle issue d'un dialogue, autant rituel que révélateur des conceptions différentes, mais indispensable à la production d'une décision acceptée par ceux qui sont en mesure de la mettre en échec...
- **Un dialogue parfois déplaisant pour les acteurs qui y participent, car il induit des tensions et un stress important,** l'implication forte des acteurs permettant la prise en compte du maximum de contributions et d'arguments lors des débats assurant ainsi des décisions légitimes et de qualité.

En matière d'organisation interne, il ne peut être question de revanches à prendre entre les acteurs, de rapports de force entre directeurs et médecins, ou encore entre ces derniers, pour faire bouger les lignes du management. Non par principe, mais parce que les établissements restent en grande fragilité, du fait des évolutions successives et des contraintes, notamment financières : c'est toujours avec mesure qu'il faut revoir les rôles et les responsabilités, sans autres soubresauts, après une analyse faite avec pragmatisme et modestie.

Et rappelons-nous que bien avant de connaître ce nouveau bouleversement que sont les GHT, tous les acteurs appelaient à stabiliser les organisations. Tous affirmaient la nécessité de disposer d'un cadre de travail et de règles suffisamment pérennes pour être comprises. Cette aspiration était profonde, exprimée dans les bilans effectués en 2011 comme dans les conclusions de la mission Pacte de confiance en 2013....

## **2 Ces relations sont modifiées par le changement des politiques de Santé et mises en question par la création des GHT**

### **1. Des politiques qui visent la maîtrise des dépenses par l'organisation (la fluidité des parcours)**

Elles donnent plus de place au management des directeurs en mettant au premier plan l'efficacité et les outils de sa maîtrise, mais dans le même temps elles donnent plus de place aux médecins dans le management, la participation aux décisions. Cela structure durablement les organisations et leur pilotage fin.

### **2. Des relations impactées par la transversalité des actions et la pluridisciplinarité**

Aujourd'hui plus qu'hier, la pluridisciplinarité est la clé de voûte de l'action. Le principe a bouleversé les modalités de prise en charge médicale. Le partage de l'information et de la décision s'étend jusqu'au pilotage de l'établissement.

### 3. Les risques associés aux GHT pour les relations

La vision des directeurs sur les GHT n'est pas nécessairement uniforme mais il semble nécessaire d'effectuer quelques rappels concernant la vision du SYNCASS-CFDT du contexte et de la mise en œuvre :

Le SYNCASS-CFDT est intervenu bien en amont de la loi, auprès des pouvoirs publics et dans les débats professionnels ; multipliant les alertes, pour insister sur la nécessité de la cohérence institutionnelle. Mais l'Etat n'a pas fait de choix clairs, et la loi a été publiée. A travers des analyses détaillées, nous avons expliqué pourquoi les contradictions allaient poser problème, car la concentration des responsabilités sur le directeur de l'établissement support entraînait un désordre manifeste.

Nous réclamions que l'Etat tranche entre [une option collaborative ou un modèle intégratif](#). La loi a retenu ce dernier, mais dans le déni, et en déséquilibrant les responsabilités de direction entre l'établissement support et les autres. Il est donc temps d'admettre que c'est la construction initiale qui est défectueuse, et en particulier le partage bancal des responsabilités entre l'établissement support et les autres. Et lorsque l'on nous répond que la boîte à outils et les outils vont nous apporter les solutions attendues, nous répondons que ce que l'on nous donne à voir vise à faire de nous des « Bob le bricoleur », et non à respecter nos fonctions de directeurs et de de médecins !

Et quelles que soient nos fonctions, nous avons affirmé et nous répétons au ministère que nous avons tous droit à des dispositions législatives et réglementaires qui soient applicables, en vue d'un [management soutenable, éthique et responsable](#), compatible avec une qualité de vie au travail et des conditions d'exercice professionnel satisfaisantes. Ce n'est aujourd'hui pas le cas dans le dossier des GHT.

**Alors si nous anticipons un peu :**

**Hypothèse 1** : des GHT qui montent en charge, selon une formule intégrative qui va bousculer une fois de plus les organisations et redistribuer les rôles. Dans une telle hypothèse, les relations médecins/directeurs ne seront pas très différentes, à l'échelle globale du GHT. En revanche, une unité d'action des équipes médicales et de direction peut se révéler au niveau de chaque établissement, donc créant un clivage entre les établissements, tentés de privilégier l'égoïsme d'établissement, peut-être bien légitimement d'ailleurs.

**Hypothèse 2** : des GHT qui patinent, car les montages juridiques prévus s'avèrent inopérants. Dans ces conditions, pas d'intégration accrue, mais une extrême diversité de situations, qui seront tributaires des évolutions du financement et de celles de la démographie médicale. Certains s'en tireront bien, d'autres s'enfonceront dans des crises locales. La capacité à coopérer utilement entre les directeurs et les médecins sera en tout cas précieuse pour préserver, dans la mesure du possible, l'avenir des établissements et la qualité des soins.

En tout cas, si nous nous replaçons sous le seul angle de la relation médecins/directeurs, on peut citer des conséquences tout à fait anticipables :

- **L'explosion des cadres de l'organisation hospitalière** va troubler l'identification des acteurs de la relation :
  - o qui est/sont les décideurs, comment l'exercice de leurs responsabilités est-il lisible et compréhensible par tous, qui est le pilote de la communauté médicale ?
  - o quant à l'explosion du cadre de l'organisation médicale : où travaillent les médecins, où sont les services, qui est le chef d'équipe ?
- **La concurrence** et la rivalité entre les sites, et y compris potentiellement entre les directeurs et entre les communautés médicales, qui font bouger les lignes internes. Concurrences accentuées par des règles de partage de ressources absolument ignorées dans le modèle.
- Les risques liés aux **modifications des conditions de travail des personnels médicaux** peuvent perturber la relation en la polarisant un peu plus sur le « mal être au travail », créant ainsi les conditions du blocage du processus de délibération et de concertation, de dialogue.

## Conclusion

Nous pouvons bien mesurer que cette nouvelle évolution va s'ajouter aux **modifications non moins majeures qui impactent l'exercice professionnel des médecins** :

- Concurrence d'internet, nécessité de justifier ses décisions face à des patients plus informés, plus exigeants
- Dépendance aux outils diagnostiques et aux protocoles et référentiels
- Transversalité d'un exercice plus collectif et plus partagé
- Etc..

On peut aussi mesurer à quel point les médecins, mais aussi les directeurs sont, du fait de leurs responsabilités, de plus en plus exposés aux risques que ce contexte d'ensemble induit, démultipliant et combinant les effets des facteurs psycho-sociaux décrits par le sociologue Michel GOLLAC et l'économiste Marceline BODIER dans leurs travaux :

- **des exigences du travail accrues**: (perception beaucoup plus péjorative des exigences. Tensions avec la vie personnelle dans une société des loisirs et de développement personnel. Exigences du travail accrues : rythmes, densité de soins (DMS plus brèves), évaluations individuelles isolant chacun, évaluations permanentes (suivis indicateurs) ...
- **une exigence émotionnelle** : tensions avec des usagers dont les attentes sont plus franchement exprimées, violence sociale, paupérisation, vulnérabilité accrue à la confrontation à la souffrance et au vieillissement dans une société qui surinvestit la jeunesse, la santé et les capacités physiques....
- **une réduction de l'autonomie et des marges de manœuvre** : CREF et plan triennal : peu de marges de manœuvre pour les directions, procédures et protocoles qui encadrent l'activité de soins, moins de libre arbitre, activités encadrées par des

exigences perçues comme uniquement financières (taux de marge brute, T2A....), révolution numérique qui instaure une contrainte temporelle à tous et une gestion instantanée...

- **des rapports sociaux et des relations au travail en forte mutation** : aspiration à moins de verticalité, à des relations plus horizontales, en contradiction avec les tensions au sein de la hiérarchie hospitalière dans une organisation plus ou moins participative. Lignes hiérarchiques complexes : autorités fonctionnelle et hiérarchique brouillant les voies de recours.
- **des conflits de valeurs et de rationalité plus fréquents** : plaintes fréquentes des professionnels qui ont le sentiment de ne pas réaliser un travail de qualité, de perdre le sens de ce travail, en consacrant moins de temps aux patients et en apportant des réponses qu'ils jugent insatisfaisantes. Temps trop réduit accordé à la réflexion clinique et à l'analyse de la pratique qui contribuerait à apaiser les conflits de valeurs par des choix partagés.
- **une sécurité socio – économique moins forte, en tout cas plus inégalitaire** : différents statuts (fonctionnaires, agents publics, contractuels, PADHUE -praticiens à diplôme hors union européenne) qui ne bénéficient pas des mêmes sécurités face aux aléas de la vie, comme la maladie par exemple.

L'irruption de cette question impose aussi au directeur un nouveau rôle dans la relation avec les professionnels médicaux, comme [garant de cette qualité de vie au travail qui finalement conditionne la qualité de cette relation médecin/directeur](#) essentielle au bon fonctionnement des établissements et des équipes pluri-professionnelles.