

L'hôpital veut faire de ses médecins des managers

L'organisation en pôles de soins soulève des réticences. Blouses blanches et administratifs doivent apprendre à travailler ensemble

La nouvelle gouvernance impulsée par le plan hôpital 2007 n'est pas une mince affaire. Elle s'articule autour de trois éléments : une organisation en pôles de soins ; la création d'un conseil exécutif composé de médecins et de responsables administratifs ; et la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens entre le directeur et le chef de pôle. Tout cela ne se fait pas sans heurts. « Elle fait voler en éclats l'organisation en tuteurs d'orgue traditionnelle de l'hôpital, avec les châteaux forts que sont les services et les trois pouvoirs verticaux – médical, paramédical et administratif, explique le docteur Bruno Mangola, président de la commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de Mâcon (Saône-et-Loire) qui emploie 1 800 salariés. Ce détachement contraint des personnes qui n'en avaient pas l'habitude à discuter et à travailler ensemble. Dans ce nouveau collectif, chacun a davantage de responsabilités. Ce n'est pas facile, et les médecins ne se bousculent pas pour devenir chef de pôle. »

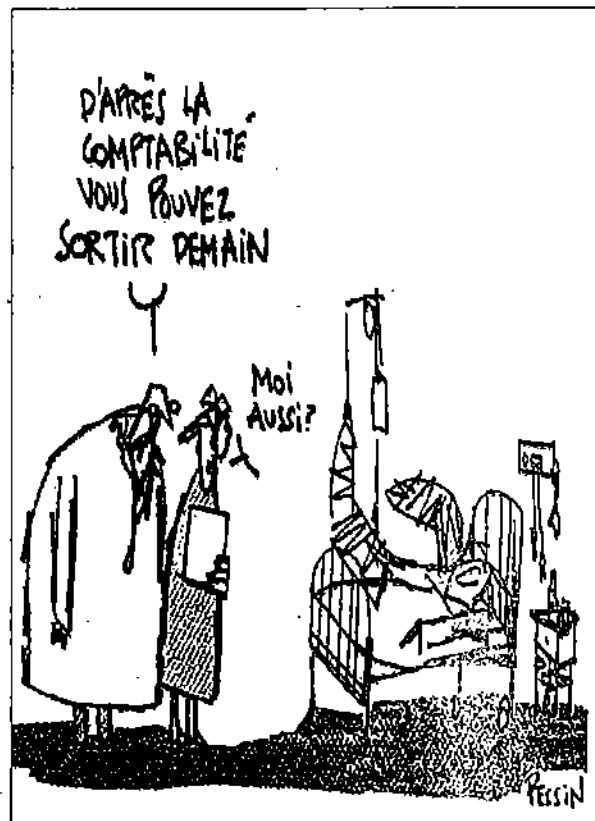
Pourtant, on aurait pu croire que l'intégration du corps médical dans le processus managérial et la gouvernance de l'établissement feraient des heureux. Les pôles de soins, dirigés par un médecin assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif, se voient accorder une délégation de gestion et de décision. « C'est effectivement plus de pouvoir pour le corps médical, mais son exercice se fait dans le cadre précis du contrat d'objectifs passé entre le pôle et la direction de l'hôpital, relativise Catherine Chambon, directrice dans le département conseil en ressources humaines du cabi-

net Eurogroup. Au-delà des ressources allouées et de la validation des projets, ce contrat détermine également les règles de fonctionnement que le médecin s'engage à respecter. Il ne s'agit pas de faire sa loi dans le pôle comme certains chefs peuvent le faire dans le royaume de leur service. Il va devoir travailler en coordination avec les deux autres membres du triumvirat, avec des processus qui vont rendre les données d'activités (nombre d'actes, occupation de la salle d'opération, etc.) beaucoup plus transparentes. Ce poste de chef de pôle est très exigeant. »

Pour le docteur Henry-Jacques Bussièrres, responsable du département Management et santé du cabinet de conseil Merlane, la réticence d'une partie du corps médical est aussi nourrie par la crainte. Se transformer en médecin manager n'est pas une sinécure : « Cette fonction va bien au-delà de la direction d'un service. On demande au médecin chef de pôle d'être assez compétent dans les données financières pour participer à la gestion, organiser, planifier, faire preuve de leadership, manager des confrères, savoir gérer les conflits. Cela ne s'improvise pas. »

« On demande au médecin chef de pôle d'être assez compétent dans les données financières pour participer à la gestion, organiser, planifier, manager des confrères... Cela ne s'improvise pas »

Du côté de l'administration, les interrogations sont tout aussi vives. Bruno Chauvin, directeur des ressources humaines (DRH) du centre hospitalier d'Auch dans le Gers (1 200 salariés), reconnaît que la nouvelle gouvernance hospitalière prive les responsables administratifs d'une partie de leurs prérogatives et de leurs compétences et qu'il n'est pas évident de perdre du pouvoir et de devenir des « chevilles ouvrières » au service des pôles. « De plus, dans nos métiers, nous sommes très spécialisés, indique-t-il. Or le représentant de l'administration dans le triumvirat qui gère le pôle de soins doit être très polyvalent sur des questions aussi différentes que les ressources humaines, l'économie hospitalière, le fonctionnement des marchés publics, la logistique de l'approvisionnement médical, etc. C'est assez complexe. Pour les préparer à la nouvelle gouvernance, tous les cadres administratifs et les cadres de santé de notre établis-



sement bénéficieront de formations d'ici à la fin de l'année. »

Pour Danielle Portal, directrice de l'hôpital de Saint-Dizier (Haute-Marne) – 800 salariés –, la décentralisation d'une partie des décisions ne pose pas de problème, car certaines sont plus pertinentes quand elles sont prises au plus proche du terrain : « La première délégation de gestion que nous avons lancée, à la fois la plus simple et la plus symbolique, c'est celle concernant les ressources humaines. La gestion des carrières et le recrutement restent centralisés, mais tout ce qui concerne l'organisation quotidienne – planning, congés, remplacement par du personnel contractuel pour combler les absences, départs en formation – est dévolu aux pôles. Pour les équipes soignantes, c'est important de pouvoir gérer les effectifs au plus près de l'activité. » A ses yeux, les décisions prises par le pôle font autorité, grâce à la collégialité du triumvirat.

Mais l'autonomie des pôles pour développer ses propres projets, très divers – incitation à l'allaitement maternel,

mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour améliorer le diagnostic prénatal, progrès des processus qualité, solutions pour remédier à l'absentéisme, etc. – requiert une autre façon de travailler : « Il faut mettre en place une véritable culture de fonctionnement par objectifs et aussi bien les médecins que les administratifs n'y sont guère habitués, juge Catherine Chambon. Il leur faut apprendre à piloter ensemble ces objectifs, en se basant sur des indicateurs de suivi, des tableaux de bord et à faire du reporting. » « Travailler par projet est une petite révolution à l'hôpital, admet le docteur Mangola. Les différents personnels sont amenés à s'entendre, s'impliquer davantage, aller dans le même sens. Nous n'en sommes encore qu'à la mise en place des fondations de cette nouvelle organisation. » Elle est d'autant plus complexe que le mode de financement de l'hôpital, avec l'introduction de la tarification à l'activité, provoque d'autres remous et difficultés. »

NATHALIE QUÉRUÉL

Mieux écouter les patients... grâce au marketing

Comment les hôpitaux répondent-ils à l'obligation d'évaluation de la satisfaction du patient ? Plus ou moins bien, faute d'outils de gestion adéquats. « Le questionnaire de sortie est imparfait puisque moins de 15 % des patients nous le retournent, raconte Michèle Elles, directrice des ressources humaines (DRH) adjointe du centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg. Et il exprime des avis extrêmes, soit très satisfaits ou très mécontents. Depuis un an, nous disposons de l'enquête de satisfaction, basée sur un échantillon représentatif. Elle permet de repérer des dysfonctionnements et de se comparer entre établisse-

ments. Néanmoins, nous manquons d'outils de terrain – l'attente du patient n'est pas la même dans un service de cardiologie ou de chirurgie court séjour – et qui donnent des résultats hiérarchisés dont médecins et soignants puissent s'emparer pour changer leurs pratiques. »

C'est dans ce but que M^{me} Elles, alors directrice de la qualité, a donné son feu vert pour une recherche-action menée dans le service de chirurgie maxillo-faciale par Caroline Merdinger-Rumpler, professeur de marketing à l'École de commerce de Strasbourg. L'idée de cette dernière est simple : utiliser certaines méthodologies du marketing de

services pour évaluer plus précisément la satisfaction : « Il s'agit de classer par catégories les éléments de la prestation de santé en prenant compte de leur niveau de contribution à la satisfaction. Un bon niveau de performance sur les éléments basiques – les aspects cliniques et médicaux – permet d'éviter l'insatisfaction mais ne procure pas de satisfaction. Les éléments clés – les pratiques professionnelles et les compétences relationnelles – jouent très fortement sur la satisfaction. C'est là qu'on peut trouver des leviers d'action, sur la qualité de l'information médicale, la disponibilité du personnel, etc. »

Au terme de sa recherche, M^{me} Merdinger-Rumpler fait le constat d'un drôle de paradoxe entre le jugement positif qui émane des enquêtes de satisfaction et l'évaluation négative de certains aspects de la prestation de santé, lors des entretiens en tête-à-tête avec les patients : « Dans les enquêtes, les patients n'ont pas d'espace pour exprimer ce vécu douloureux qu'est parfois une hospitalisation. D'autre part, ils ne se sentent pas compétents pour évaluer la prise en charge clinique. » D'où, selon elle, la nécessité de développer des outils plus pertinents pour faire ressortir les non-dits... »

N. Q.