

LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE UN SPORT DE HAUT NIVEAU À L'ÉPREUVE DE L'INTELLIGENCE COLLECTIVE



Yann DUBOIS
Responsable de la Filière
des Directrices-teurs
d'Hôpitaux, EHESP

Le sport est une ressource inépuisable en termes d'exemples ou de paraboles managériales. La définition de l'intelligence collective peut ainsi résider dans cette phrase lapidaire attribué à Johan Cruyff, qui, lorsqu'il était entraîneur de l'Ajax d'Amsterdam, disait : « Je ne veux pas avoir les 11 meilleurs joueurs, je veux le meilleur 11 ».

La dimension collective revêt une acuité particulière à l'hôpital car il s'agit sans doute d'une des organisations humaines les plus complexes. **Si le sous-marin nucléaire ou la navette spatiale sont souvent présentés comme le summum de la complexité technique, l'hôpital public se caractérise par une accumulation de complexités organisationnelles et humaines :**

- ☒ Une production de soins difficile à standardiser (*chaque patient n'est-il pas unique ?*).
- ☒ Un environnement émotionnel sans commune mesure (*il est bien question ici de vie ou de mort*).
- ☒ Une tension permanente entre le coût de la santé et le prix qu'on y accorde (*l'Hôpital n'est pas une entreprise comme une autre*).

- ☒ Un fonctionnement qui fait la fierté des professionnels de santé de l'Hôpital public, mais qui leur impose de fortes contraintes d'exercice (*soigner tout le monde, tout le temps*).
- ☒ La coexistence de légitimités différentes rendant périlleux l'exercice de la décision : *pouvoir médical, pouvoir de l'élu, pouvoir du directeur, pouvoir de l'État, pouvoir syndical, pouvoir de l'usager, pouvoir infirmier... Une équation d'équilibre que Montesquieu lui-même n'avait pas imaginé.*

Sur ce dernier point, les débats se focalisent depuis plusieurs mois sur le renouvellement d'une gouvernance hospitalière, incarnée par l'image d'un tandem administratif et médical. Ainsi, la mission BAILLE-CLARIS¹ a été chargée

d'explorer les scénarios permettant d'atteindre un nouveau point d'équilibre. S'il faut saluer la posture politique qui consiste à questionner le réel pour en tirer des conclusions de réforme, il convient de rappeler que les réalités hospitalières ne doivent pas reposer sur des préjugés ou des procès d'intention :

1. Dans le moment, les maux de l'hôpital public relèvent-ils prioritairement d'un problème de gouvernance ? Quand on analyse le temps long et l'évolution du contexte général sur la dernière décennie au regard des deux précédentes, il semble que des mouvements plus structurels ont contribué à la déstabilisation de l'hôpital public : ONDAM hospitalier contraint²,

1. Voir la lettre de mission adressée par le Ministre de la santé et de la prévention, le 9 février 2023, au Pr Olivier CLARIS et à Mme Nadège BAILLE. Elle fait suite aux vœux du Président de la République effectués le 6 janvier auprès des acteurs de la santé.

2. Taux moyen annuel ONDAM de + 4,3% entre 1997 et 2009 et de +2,3% entre 2010 et 2019, Rapport de la Cour des Comptes, Sécurité Sociale 2020, Rapport Sécurité sociale 2020, Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier (ccomptes.fr)

gel du point d'indice³, exacerbation d'une concurrence salariale avec médecins du privé lucratif, permanence des soins aléatoire selon les territoires en médecine de ville... La question de la gouvernance ne doit pas agir comme un paravent qui cache des problématiques bien plus profondes. **Est-ce qu'une gouvernance renouvelée aurait permis d'éviter les embouteillages des patients aux urgences, ou la fuite actuelle des personnels hospitaliers ? On peut en douter, sauf à ce que le tandem dispose de pouvoirs thaumaturges.**

2. Le débat a également tendance à se focaliser sur la nature du directeur, qui est un « administratif » et non un médecin. Il s'agit effectivement d'une spécificité française, dont on parlait curieusement peu lorsque l'OMS avait désigné le système de santé français comme le meilleur au monde dans les années 2000. Être Directeur d'Hôpital, c'est un métier. Sauf qu'il est difficile à expliquer. Lister les compétences d'un Directeur ressemble souvent à un pensum technocratique, qui dessert la réalité. **Le cœur de métier d'un Directeur, c'est de faire de la science politique, au même titre qu'un médecin fait de la science médicale : équilibrer les pouvoirs, partager les décisions, maîtriser la temporalité, incarner une institution...** Des mots moins parlants que des actes de diagnostic ou de thérapeutique, mais qui renvoient pourtant à

une réalité tout autant concrète. Il faut donc distinguer les corporations et les fonctions : un médecin peut tout à fait exercer le métier de directeur d'hôpital, mais le métier de directeur d'hôpital ne nécessite pas de compétences médicales.

3. Plutôt que « tout changer pour que rien de change »⁴, le pilotage des hôpitaux peut reposer sur des forces vives et des tendances de fond. Ainsi les PCME jugent leur fonctionnement en binôme avec le Directeur de manière « assez satisfaisante, et en particulier dans les grosses institutions »⁵. **La médicalisation de la gouvernance est un mouvement de fond qui trouve sa traduction dans le droit et l'extension des pouvoirs du président de CME⁶. Cette médicalisation peut d'ailleurs s'entendre à 2 niveaux : une acculturation progressive des responsables médicaux aux notions de management et de gestion des collectifs, versus une imprégnation des directeurs des méthodes soignantes.** Loin de n'être que des pétitions de principes, ces évolutions se concrétisent progressivement dans des cursus de formation : ainsi les GCS HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest regroupant 6 CHU et 2 CH) et NOVA (Nouvelle Aquitaine regroupant 3 CHU) proposent aux chefs de pôles et chefs de service des sessions de formation consacrées à leur positionnement et implication comme responsables médicaux.

Inversement, de nouveaux modules ont été introduits dans la formation initiale des Élèves Directeurs d'Hôpitaux sur la production des soins et l'éthique en santé. **La culture administrative des directeurs ne peut pas faire l'économie d'un recentrage sur le service rendu au lit du patient et d'une gestion managériale de proximité.** Pour le coup c'est aussi une question d'état d'esprit, de sens accordé à l'action. On a vu (entre autres) pendant la période COVID que c'était possible. Une idée a même germé récemment au sein de l'EHESP, visant à fusionner des séquences de formation communes aux présidents de CME et aux chefs d'établissement primo-nommés. **Autrement dit, préservons le métier et l'expertise de chacun dans son domaine de compétences d'origine, mais favorisons l'hybridation et le partage des enjeux⁷.**

Au final, l'image du tandem n'est peut-être pas la plus séduisante : sur ce deux-roues lourd et peu maniable, c'est toujours le même qui choisit la route et toujours le même qui a la vue bouchée sur le paysage. **Nous lui préférons le symbole du relai, quand plusieurs coureurs échappés unissent leur force pour maintenir leur avance. En cyclisme, cela fait longtemps qu'on sait qu'un travail d'équipe, avec prises de relais et relances, va plus vite et plus loin qu'un tandem à l'ancienne.**



3. Une année de gel entre 2000 et 2010, 8 années de gel entre 2011 et 2020.

4. Cf le célèbre aphorisme de Tancrède, dans le Guépard de L. Visconti, 1963

5. Cf enquête des Conférences de Présidents de CME, Février 2023

6. Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

7. Voir sur le sujet les notes sur l'évolution de la gouvernance de la Conférences des DG de CHU, ADH et AFDS d'Avril 2023, de la CNDCH d'Avril 2023, et l'article dans Le Monde d'Isabelle Richard, Professeure de médecine et Directrice de l'EHESP, du 7 avril 2023.