

# sommaire

<b>Evaluation et formation au management</b>	<b>2</b>
Les diversités du management au CHU Philippe DOMY	2
Gérer la diversité et gérer par la diversité Philippe DOMY	3
Le besoin d'une formation pour un management partagé au sein d'une architecture organisationnelle novatrice Pr Dominique BERTRAND	4
Formation expérimentale « médecin-manager » Philippe DOMY et Pr Dominique BERTRAND	
<b>La distinction public/privé s'applique-t-elle au management hospitalier ?</b>	<b>4</b>
Du point de vue théorique du consultant Patrick LE JEUNE	4
Du point de vue de la pratique d'un directeur d'ARH Benoît PERICARD	5
Du privé au public : le « libre » témoignage d'un doyen Pr Alain DURANDEAU	5
<b>De l'évaluation à l'intéressement</b>	<b>6</b>
Quelle forme d'intéressement pour réussir la nouvelle gouvernance ? Pr Jean-Luc SCHMUTZ	6
Quelles formes d'intéressement à la mobilité pour réussir la gestion des hommes et des conflits ? Pr Loïk de CALAN	7
Quelle forme d'intéressement pour réussir la tarification à l'activité ? Philippe VIGOUROUX	7
<b>De « l'irréremédiable incohérence » des organisations</b>	<b>8</b>
Claude RIVELINE	
<b>Conclusion, proposition et mesures</b>	<b>8</b>
Philippe DOMY	

# Thème 3

## Evolution du management et management des évolutions



## Evolution du management et management des évolutions dans les CH et U

Sous la direction de Philippe DOMY,  
directeur général du CHU d'Amiens

### Organisation

Conférence des directeurs généraux de CHRU  
Président : Paul CASTEL

### Modérateur et rapporteur

Philippe DOMY, directeur général, CHU d'Amiens

### Coordonnateurs

Pr Roger GIL, doyen, faculté de médecine de Poitiers  
Pr Yves de PROST, président de la CME, AP-HP, Paris

### Coordonnateurs adjoints

Pr Alain DURANDEAU,  
doyen, faculté de médecine de Bordeaux-1  
Daniel MARIE, directeur général, CHU de Dijon  
Pr Jean-Luc SCHMUTZ,  
président de la CME, CHU de Nancy

### Membres de droit

Paul CASTEL, président de la Conférence  
des directeurs généraux de CHRU  
Pr Pierre FUENTES, président de la Conférence  
des présidents de CME de CHU  
Pr Bernard NEMITZ,  
doyen, faculté de médecine d'Amiens  
Gilbert VICENTE, président de l'AUFEMO,  
chef des services administratifs, faculté de médecine  
de Strasbourg

### Membres

Pr Eric BERCOFF, président de la CME, CHU de Rouen  
Pr Bernard CHARPENTIER, doyen,  
faculté de médecine Paris Sud-11, Kremlin-Bicêtre  
Pr Loïc de CALAN, président de la CME, CHU de Tours  
Pr Alain LE DUC,  
doyen, faculté de médecine Paris-Lariboisière  
Pr Alain LEGUERRIER,  
président de la CME, CHU de Rennes  
Pr Bertrand LUDÉS,  
doyen, faculté de médecine de Strasbourg  
Pr Alain MOUZARD,  
doyen, faculté de médecine de Nantes  
Benoît PERICARD, directeur général, CHU de Nancy  
Gérard SACCO, directeur général, CHU de Rennes  
Philippe VIGOUROUX,  
directeur général, CHU de Limoges

### Intervenants

Pr Dominique BERTRAND, AP-HP, médecin-conseil  
national de la MSA, responsable de l'EMAHM, président  
du Conseil national de la formation médicale continue  
pour les médecins hospitaliers  
Patrick LE JEUNE, président du groupe Montaigne  
Claude RIVELINE, professeur de gestion,  
Ecole des mines de Paris

## Evaluation et formation au management

### Les diversités du management au CHU

Philippe DOMY

#### *L'animation des équipes*

Manager un hôpital aujourd'hui, *a fortiori* un CHU, c'est d'abord animer, motiver et mobiliser des équipes professionnelles, au premier rang desquelles les médecins et les soignants constituent le premier plan de la force productrice des soins. Comment résoudre, au plan local, les problèmes structurels liés au déficit de la démographie médicale? Comment adapter, durablement, les moyens accessibles pour faire face au déficit de personnel rencontré dans certaines disciplines médicales ou chirurgicales? Comment développer dans la cohérence, la dynamique des nombreux acteurs d'un système hospitalier dont la complexité jamais démentie ne cesse, au contraire, de croître? Comment tenir compte de la cohabitation, de l'harmonisation, de la répartition des missions de soins, d'enseignement et de recherche qui fondent l'identité des CHU et qui expliquent l'existence dans ces CHU, à côté des praticiens hospitaliers et des soignants, d'un corps professionnel spécifique: les hospitalo-universitaires?

#### *L'environnement normatif*

Manager à l'hôpital, c'est également composer avec un environnement normatif, le plus souvent ressenti comme un carcan résultant de la conjonction de multiples strates législatives et réglementaires, sans que la cohérence n'en soit toujours perceptible ou intelligible, ni même vecteur de cohésion des acteurs. Qu'il s'agisse de la mise aux normes du parc hospitalier, du développement des vigilances, de la promotion du droit des patients, des démarches de projet ou des procédures d'évaluation et d'accréditation, comme de bien d'autres éléments.

#### *La définition des objectifs de santé*

Manager le CHU, c'est fondamentalement repérer et décliner les objectifs de santé à satisfaire de façon optimale, aux plans quantitatif et qualitatif, créer les conditions pragmatiques de leur atteinte et rendre compte des résultats obtenus par toute forme d'évaluation pertinente et disponible.

C'est donc, nécessairement, rechercher l'harmonie de positionnement avec le conseil d'administration, dont le président, élu local, peut n'être préoccupé que par la satisfaction des besoins de la seule population du territoire de santé ou est implanté le CHU. Comment, dans ce contexte, définir une stratégie médicale en assumant les choix qui s'attachent à la rationalisation de l'offre de soins hospitalière ?

## **Le positionnement stratégique**

Manager un CHU, c'est aussi gérer à court, moyen et long terme le positionnement stratégique avec les grands équilibres financiers qu'impose une gestion responsable et prospective. Tous les acteurs hospitaliers doivent évoluer d'une logique de gestion des dépenses, induite de la pratique de la dotation globale de financement, à une logique de recettes telle qu'en dispose, désormais, la réforme de la tarification à l'activité. Quel avenir pour la contractualisation, tant externe qu'interne ? Quelle extension du champ de la responsabilité de ceux qui décident et agissent ? Quel sens conférer à l'action ?

Manager un CHU, c'est aussi gérer la cohésion, la solidarité, la communication permanente entre le CHU et la ou les facultés de médecine auxquelles il est indissolublement lié pour constituer ensemble le Centre hospitalier et universitaire.

## **Gérer la diversité et gérer par la diversité**

Philippe DOMY

### **Gérer la diversité**

Gérer la diversité, c'est, par exemple, à l'occasion des créations des pôles, prendre en compte dans toute la mesure du possible les particularités des services qui, parfois, ne « rentrent » pas facilement dans un pôle. Et leur offrir une solution qui prenne en compte les spécificités. Soit qu'il s'agisse de services « orphelins » qui amènent certains d'entre nous à créer, à côté des pôles, des « délégations » directement rattachées au président de la CME ou/et au directeur général. Soit que des regroupements évidents sur le papier se heurtent à des problèmes relationnels majeurs qu'il serait déraisonnable de ne pas intégrer lors de la décision. Il s'agit d'une gestion « défensive » conduisant à tenir compte d'impératifs apparaissant comme des obstacles à une organisation « idéale ».

### **Gérer par la diversité**

Tout autre est la démarche positive conduisant à utiliser la diversité pour mieux manager et diminuer le risque d'erreur de décision. Il s'agit de ne pas rester dans le strict tête-à-tête direction/médecins. Christian Morel nous apprend dans *Les Décisions absurdes*<sup>1</sup> que, dans les organisations complexes,

oublier le « candide » et laisser la décision à la seule confrontation du « manager » et de « l'expert » est source d'erreurs de décision. Les pilotes (à la fois managers et experts) de British Airways ont appris, en cas de situation difficile, à ne pas négliger les remarques des passagers, rapportées par les personnels de cabine. A l'hôpital, le tête-à-tête entre le manager (directeur voire médecin) et l'expert (médecin voire directeur) ne doit pas s'abstraire de l'avis du candide.

A l'hôpital, le candide est double :

- ce peut être le personnel non médical : au-delà des discours stéréotypés et souvent décourageants de ses représentants dans les instances, les critiques et suggestions utiles au management doivent être discernées et intégrées dans la décision,
- ce peut être le patient : ceci pose la question de sa représentation et des moyens que nous lui donnons de se faire entendre dans notre organisation. Les expériences se multiplient dans les CHU pour organiser cette parole et en faire un paramètre du management.

Il est temps car, ne l'oublions jamais, à l'hôpital, en cas d'erreur de pilotage, le patient est seul au moment du crash.

## **Créer une dynamique de gestion et de responsabilité**

Aussi, comment passer d'une logique d'affrontement de pouvoirs à une dynamique de gestion et de responsabilité partagées ? Sur qui s'appuyer pour les réaliser ? Sur les directeurs généraux, sur les hospitalo-universitaires ou sur les praticiens hospitaliers, chacun d'entre eux relevant de statuts différents et étanches ? Comment, avec la nouvelle gouvernance, dépasser le duo directeur général-président de CME au sein d'un conseil exécutif (collégial et paritaire...) qui suppose la recherche opiniâtre et permanente du consensus, sans extraire les médecins et les soignants de l'exercice de leur cœur de métier ? Comment organiser et faire vivre les pôles d'activité ? Comment tenir compte au sein des pôles des missions universitaires des CHU ? Ce qui légitime que le duo directeur/président de CME des hôpitaux généraux soit, dans les CHU, un trio directeur général-président de CME-doyen car, si les statuts peuvent être étanches, les soins, l'enseignement et la recherche ne sont pas des activités étanches. Elles interagissent les unes avec les autres et doivent s'épauler et se féconder mutuellement.

## **L'évaluation du management**

Ce sont autant de problématiques, parmi les plus essentielles, que pose l'évaluation du management. C'est à des-

<sup>1</sup> Morel C., *Les Décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistantes, Folio essais, n° 445, septembre 2004, 380 pages.*

# Evaluation des CH et U

sein que, compte tenu de l'étendue du sujet et du temps pour le traiter, il a été choisi de n'envisager et de n'aborder que certains aspects remarquables qui tiennent :

- au besoin d'une formation des acteurs au management,
- à la pertinence de l'application de la distinction public/privé au management hospitalier,
- au lien entre évaluation et intérêt.

## Le besoin d'une formation pour un management partagé au sein d'une architecture organisationnelle novatrice

Pr Dominique BERTRAND

### La nouvelle gouvernance

L'extrême complexité structurelle des CHU, le champ particulièrement étendu de leurs missions, les enjeux auxquels ces établissements sont confrontés rendent obsolètes, à tous niveaux, les conditions actuelles d'organisation et de fonctionnement.

La nouvelle gouvernance hospitalière vise à établir des modalités correspondant mieux aux exigences et aux nécessités des évolutions de toute nature qui caractérisent la période actuelle. Elle repose, dans ses différents éléments constitutifs, sur le principe d'un management partagé dont tous les aspects et tous les acteurs doivent être pris en compte.

Ainsi le conseil exécutif est-il appelé à être alimenté par des études ou des propositions résultant des travaux de comités ou groupes de travail divers, pilotés conjointement par des représentants des pôles et de la direction.

### La contractualisation

La mise en œuvre de la contractualisation interne oblige, quant à elle, à établir une articulation la plus harmonieuse possible, au quotidien, entre les unités, services ou pôles « producteurs de soins » et les unités, directions ou pôles « prestataires de services » à leur rencontre.

En ce qui concerne plus particulièrement les fonctions de direction, la contractualisation interne fait clairement apparaître la distinction entre :

- les fonctions de coordination, qui conduisent ceux qui en sont investis à être les interlocuteurs directs des responsables de pôles pour la définition et le suivi des objectifs et des moyens,
- et les fonctions « support », qui imposent à leurs titulaires, sur la base de référentiels définis en amont, de fournir aux pôles les ressources (humaines, logistiques) nécessaires à la mise en œuvre des dispositions contractuelles établies.

## Formation expérimentale « médecin-manager »

Philippe DOMY et Pr Dominique BERTRAND

Enfin, la prise en compte des transversalités qu'exige, sous différents angles, la qualité de la prise en charge des patients amène, soit à identifier des processus mobilisant des compétences et des ressources de natures diverses (prise en charge de la douleur, évaluation des pratiques professionnelles, etc.), soit à envisager la constitution de pôles médico-administratifs (par exemple dans le champ de la recherche, de l'épidémiologie et de la santé publique ou dans ceux des systèmes d'information et de pilotage médico-économique).

Il doit en résulter l'élaboration d'un organigramme d'établissement (et non plus un organigramme de direction) représentatif d'une architecture hospitalo-universitaire garantissant la cohésion des acteurs décisionnels et la cohérence des orientations institutionnelles dans un objectif global d'efficience.

Ce nouveau modèle de management entend réduire les rigidités d'une organisation cloisonnée, peu flexible, et répondre à l'attente conjugée des professionnels et des patients d'un fonctionnement plus clair, plus souple, plus réactif.

C'est pourquoi il nécessite que des dispositifs de formation des hommes soient expérimentés et mis en œuvre, comme à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec l'Ecole de management pour les médecins des hôpitaux (EMAMH) ou, plus récemment, avec la formation « Médecin manager » développée au sein du « G4 » qui regroupe dans un groupement de coopération sanitaire (GCS) les quatre CH et U du nord-ouest de la France (Lille, Amiens, Rouen et Caen).

## La distinction public/privé s'applique-t-elle au management hospitalier ?

### Du point de vue théorique du consultant

Patrick LE JEUNE

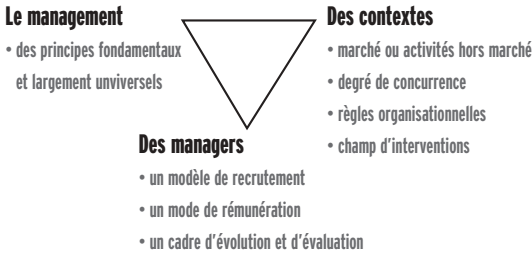
### Quatre questions pour poser les termes du sujet

- Le management est-il universel ?
- Le management de l'hôpital est-il plus proche ou plus

lointain d'un modèle de management public ou d'un modèle de management privé ?

- Les CHU constituent-ils une exception dans le management hospitalier ?
- Quels enseignements pouvons-nous tirer de la pratique du management des groupes hospitaliers privés ?

Figure 1 : Un modèle de management



### Un cadre de réponse

Un modèle de management résulte de l'interaction de trois forces : le management, des managers et des contextes (figure 1). Il y a nécessité de procéder à la comparaison du modèle hospitalo-universitaire public avec un modèle privé.

### Un champ de liberté paradoxal : les pratiques managériales

Pourquoi la performance du management varie-t-elle considérablement au sein de modèles identiques ?  
 Quels sont les facteurs majeurs de la performance ?  
 Quelles sont les tendances récentes du management ?  
 Ne sont-ce pas les hommes qui, individuellement et surtout en équipe, font la différence ?

### Du point de vue de la pratique d'un directeur d'ARH

Benoît PERICARD

En 1996, la réaction des ARH a introduit l'unicité de l'autorité de régulation du secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé. La position de directeur d'ARH permet une observation fine de l'ensemble des modes de gestion, en interne comme dans les relations avec la tutelle.

**Du strict point de vue du management**, c'est-à-dire de la capacité à diriger et à prévoir, la ligne de démarcation ne se situe pas entre privé et public, mais dans la nature de l'engagement des dirigeants et de la proximité et/ou confiance de leur conseil d'administration.

**Les modes de gestion dans le privé** sont beaucoup plus variés que la présentation caricaturale qu'on en fait parfois : direction médicale liée à la propriété capitaliste, direction déléguée par des actionnaires dispersés ou resserrés, direction au sein d'un groupe national.

**Les entraves à la liberté de gestion**, énoncées souvent comme un boulet du public, sont liées à une collusion de

pouvoir syndical et politique ainsi qu'à une faiblesse historique des syndicats dans le privé.

La nouvelle gouvernance, déléguée aux pôles et partage de la responsabilité médico-économique va tendre, au même titre que la tarification à l'activité, à rapprocher les modes de gestion. Plutôt que de s'ignorer ou de vivre dans des fantasmes croisés, les managers du privé comme du public ont intérêt à l'échange d'expériences et à l'enrichissement.

### Du privé au public : le « libre » témoignage d'un doyen

Pr Alain DURANDEAU

#### L'activité privée

Après sept ans de clinicien dans un service d'orthopédie, l'absence de poste hospitalo-universitaire m'a conduit à m'installer dans le secteur privé que je connaissais car j'avais effectué des remplacements. Je me suis installé en association avec un chirurgien orthopédiste de même formation et j'ai acheté une maison en 1981, car je n'avais jamais pensé revenir au CHU de Bordeaux.

#### L'intégration au secteur public

Cinq mois après mon installation, le président de la CME m'a fortement incité à revenir à Bordeaux. La décision était difficile à prendre car :

- sur le plan professionnel, j'avais la volonté, depuis mon internat, d'accéder à la carrière hospitalo-universitaire en devenant secondairement chef de service, et en 1982 il existait une allocation supplémentaire mais qui fut supprimée lorsque le statut de praticien hospitalier fut créé,
- sur le plan familial, j'avais des enfants en bas âge et mon épouse était en congé parental,
- sur le plan du logement, j'avais fait l'investissement d'une maison avec des prêts à 17,3 % sur quinze ans,
- sur le plan financier, je n'avais fait aucun investissement, je reversais un loyer correspondant à 20 % des K opératoires et les honoraires étaient partagés avec mon associé.

Chaque secteur a donc des avantages et des inconvénients et mon choix a été conditionné essentiellement par mon métier et la finalité de réaliser une œuvre importante sur le plan pédagogique et professionnel.

#### Le secteur hospitalo-universitaire

Parmi les avantages du secteur hospitalo-universitaire, l'enseignement est une tâche passionnante et la transmission aux plus jeunes est gratifiante.

Les conditions d'exercice en 1982 offraient un personnel plus stable et plus nombreux, surtout la nuit.

# Evaluation des CH et U

J'ai pu acquérir une sur-spécialité, ce qui m'a permis d'être le référent sur le plan régional et interrégional en effectuant de nombreuses publications.

Les rapports sont plus simples entre les différents praticiens, les médecins généralistes et les spécialistes qui forment un véritable réseau. Il y a néanmoins quelques conflits d'intérêts. Dans le secteur public, le praticien est souvent déresponsabilisé et il manque de moyens pour dynamiser son activité.

## **Sur le plan financier**

Sur le plan financier, le secteur privé est plus performant et plus attentif aux consommations médicales. L'absence de comptabilité analytique ne valorise pas une gestion hospitalière efficace.

## **De l'évaluation à l'intéressement**

L'organisation hospitalière est en place depuis la loi Debré de 1958. Elle a, certes, fait preuve de son efficacité mais, aujourd'hui, quarante-sept ans après, elle est arrivée à ses limites et incontestablement une modernisation est indispensable.

La mise en place de la nouvelle gouvernance est un pari audacieux qui, si elle veut réussir, doit faire preuve d'originalité et apporter aux différents acteurs un plus que l'on retrouve dans les quatre grands volets de la réforme Hôpital 2007.

## **Quelle forme d'intéressement pour réussir la nouvelle gouvernance ?**

Pr Jean-Luc SCHMUTZ

### ***L'intéressement***

L'un des points importants de cette réforme est représenté par le chapitre « intéressement » qu'il est nécessaire d'étudier de façon précise dans toutes ses composantes, en ayant à l'esprit qu'un grand nombre de participants de la communauté médicale sont des hospitalo-universitaires. Cet aspect universitaire, s'il doit être pris en considération dans l'intéressement des praticiens hospitaliers qui justifient incontestablement d'une valence universitaire, ne doit pas faire oublier les difficultés qu'il peut représenter en cas d'intéressement financier éventuel fondé sur un contrat d'activité.

Les hospitalo-universitaires ont une activité hospitalière dont l'amplitude varie en fonction des activités d'enseignement et de recherche. Il est en effet très important de souligner qu'aucun texte ne prévoit une organisation de l'activité des hospitalo-universitaires par mi-temps ou par tiers temps.

Les pôles peuvent être l'occasion d'en revenir, comme cela avait été prévu par l'arrêté du 21 décembre 1960, à des tableaux de service « stratégiques », dans lesquels une com-

mission hospitalo-universitaire (directeur général/doyen/président de CME et un professeur) devait préciser la répartition, au sein du service et non pas sur la seule personne, des tâches de soins, d'enseignement et de recherche en fonction des projets ; ces tâches étant en outre modulables dans le temps.

Le secteur privé est plus réactif, notamment pour l'achat de matériel et cela permet de faire évoluer sa pratique professionnelle grâce à une innovation permanente.

Le secteur privé a également une meilleure approche de l'environnement hôtelier.

### ***Conclusion***

Vingt ans se sont écoulés et je ne regrette pas le choix que j'ai fait, même si ma qualification m'aurait permis d'avoir une rémunération plus importante et donc une retraite plus satisfaisante, mais je comprends les questions que se posent les jeunes générations qui ne sont pas satisfaites du secteur public actuellement, en raison de son manque d'efficacité et de réactivité.

mission hospitalo-universitaire (directeur général/doyen/président de CME et un professeur) devait préciser la répartition, au sein du service et non pas sur la seule personne, des tâches de soins, d'enseignement et de recherche en fonction des projets ; ces tâches étant en outre modulables dans le temps.

### ***Les indemnités de responsabilité***

De plus, cet intéressement doit différencier les indemnités dont pourrait bénéficier l'acceptation par certains de prise de responsabilités, du véritable intéressement collectif ou individuel. En effet, il apparaît indispensable qu'une compensation puisse être accordée à ceux ayant une fonction officielle, comme les présidents et les vice-présidents de commission médicale d'établissement ou les responsables de pôles. Cette compensation ou indemnité devrait être d'ordre financier et correspondre à des dépenses imputables à l'exercice de la fonction. Elle pourrait également représenter une compensation en temps de travail par l'octroi de temps médical supplémentaire pour le service ou le pôle.

### ***L'intéressement collectif***

L'intéressement, quant à lui, doit être distingué en intéressements collectif et individuel. Il doit apparaître dans le contrat d'objectifs et de moyens signé entre un responsable de pôle et le directeur général. En effet, si un pôle génère des bénéfices, quelle qu'en soit la nature quantitative ou qualitative, dans le cadre de la tarification à l'activité, une partie de ces bénéfices doit profiter au pôle et l'autre à l'ensemble de la collectivité, le pourcentage de la répartition étant de la responsabilité du directeur général, en sachant qu'il sera nécessaire de reconnaître les efforts fournis par les pôles qui, de principe, seront en déficit, si on ne veut pas les décourager dès le départ et maintenir les missions de l'hôpital.

L'utilisation de cet intéressement devrait être clairement définie par avance et apparaître dans le projet de pôle, car il pourra servir pour l'investissement tant en matériel qu'en personnel.

## **L'intéressement individuel**

L'intéressement individuel financier ne pourra être précisé que par une notion de contrat qui posera, comme on l'a déjà évoqué, des difficultés dans les CHU compte tenu des missions différentes des personnels qui y travaillent.

En revanche, une des priorités est l'instauration de valences qui est en cours de discussion dans le nouveau statut des praticiens hospitaliers, car il est logique de penser qu'au cours d'une vie hospitalière, un médecin puisse avoir la possibilité de s'impliquer davantage dans une fonction de soins à un moment donné et plutôt dans une fonction d'enseignement ou de recherche à un autre moment.

Au total, la notion d'intéressement constitue, incontestablement, un point primordial de la réforme si l'on veut impliquer pleinement les professionnels à ce changement.

## **Quelles formes d'intéressement à la mobilité pour réussir la gestion des hommes et des conflits ?**

Pr Loïk de CALAN

### **La gestion des conflits**

La gestion des conflits humains au sein d'un service hospitalier prend une part importante du temps des responsables institutionnels. Un certain nombre de ces conflits ne trouvent pas de solution, en particulier du fait de l'absence de mobilité que l'on pourrait proposer, voire imposer, à un ou plusieurs des protagonistes du conflit. La seule mobilité actuellement possible est celle offerte par le tour annuel de mutation mais elle n'est, en pratique, peu ou pas utilisée.

### **La mobilité**

La mobilité devrait pouvoir être davantage utilisée dans ce genre de situation : mobilité interne au sein de l'établissement quand la taille de celui-ci le permet, mobilité externe au sein de l'interrégion ou en dehors de celle-ci. La mobilité pourrait même s'envisager au niveau de la répartition des tâches, d'enseignement et de recherche, en sollicitant au sein des équipes une réflexion sur leurs conflits et des propositions visant à réviser les missions en tenant compte de ces conflits. La situation professionnelle du conjoint devrait également être prise en compte pour faciliter la mobilité. Au-delà de la résolution des conflits, l'obligation de mobilité pourrait être une mesure incitative dans le cadre de la contractualisation, lorsque les objectifs initialement fixés ne sont pas atteints.

## **Quelle forme d'intéressement pour réussir la tarification à l'activité ?**

Philippe VIGOUROUX

### **La solidarité entre les structures hospitalières**

Une chose est frappante et paradoxale : on n'a jamais autant parlé de risque de balkanisation de l'hôpital depuis que, au contraire de la balkanisation qui émiette, on regroupe les services en plus grands ensembles : les pôles. Comme si l'on craignait qu'avec la T2A et la nouvelle gouvernance, on ne passe de l'égoïsme des services à un égoïsme beaucoup plus toxique, celui des pôles. On se demande, en particulier, comment intéresser un pôle financièrement excédentaire à rester solidaire des pôles déficitaires et, in fine, de l'hôpital.

Quelles formes d'intéressement pour réussir la tarification à l'activité ? pour réussir la gouvernance ?

### **L'adaptation aux nouvelles règles**

Comment convaincre les hommes de changer, de s'adapter aux nouvelles institutions, aux nouvelles règles ? Voire, s'ils ne s'adaptent décidément pas, à les convaincre de bouger faute de changer ?

La question se pose dans les hôpitaux en référence au monde de l'entreprise :

1°/ on change les règles...

2°/ donc inévitablement on a envie de changer les hommes qui, jamais, ne s'adaptent assez vite, assez bien...

3°/ et très logiquement, faute de pouvoir changer les hommes, on brûle de faire évoluer les mentalités...

4°/ puis on en vient à se heurter à l'homme et à très vite en désespérer...

5°/ enfin, on se tourne vers des oracles que l'on appelle experts, ce qui est scientifique et rassurant.

### **Le changement de mentalité**

Cette même question ultime : « comment changer sinon l'homme, du moins les mentalités ? », les Belges se la posent actuellement dans des termes inverses : « comment mobiliser les équipes hospitalières pour passer de la tarification à l'activité - caduque - au nouveau système du budget global - moderne - et quelle forme d'intéressement mettre en œuvre pour réussir ce changement ? »

La tarification à l'activité n'est pas un budget mais la légitimation de ressources budgétaires ; elle n'a de sens que si elle implique une mise en cohérence entre les ressources qu'elle génère et les projets des équipes hospitalières et de l'établissement. Un budget moderne susceptible de mobiliser les motivations ne peut être

# Evaluation des CH et U

qu'un budget fondé sur des objectifs, adapté en fonction des réalités des ressources (ce que Bruno Bettelheim dénommait « le principe de réalité »), sans exclure le droit à la créativité (MIGAC ? budget spécifique des innovations...).

Nul doute que les Belges seraient intéressés par notre réponse d'aujourd'hui à notre question pourtant inverse, parce que la réponse serait sans doute la même pour eux que pour nous : en effet, l'essentiel ce n'est pas la règle, mais l'homme et le sens qu'il donne à son environnement.

## De « l'irréremédiable incohérence » des organisations

Claude RIVELINE

On constate que tout projet de réforme de la gestion d'une organisation se heurte à quatre sortes de réalités : la matière, les personnes, les institutions et le sacré.

L'expérience prouve que l'un ou l'autre de ces quatre niveaux oppose une résistance parfois insurmontable, résistance généralement interprétée en termes de mauvaise volonté des personnes. Mais partant de la constatation que la plupart des acteurs sont dévoués et intelligents compte tenu des critères sur lesquels ils se sentent jugés, il convient d'examiner si les critères en question sont en harmonie entre eux.

C'est rarement le cas. Notamment, dans les entreprises privées industrielles et commerciales, on observe toujours des conflits entre fabricants et commerçants, et dans les administrations publiques entre élus et permanents. A cet égard, l'hôpital est pour les chercheurs en gestion un malade susceptible de nous instruire utilement, car la matière y est diverse et mouvante, les personnes très attachées à leurs rites, les institutions pesantes et le sacré omniprésent, puisque santé et vie humaine sont en jeu. Il faut sans doute se résigner à ce que les réformes se succèdent, chacune remédiant aux défauts les plus criants de la précédente.

## Conclusion, proposition et mesures

Philippe DOMY

### Conclusion

Comment intéresser les responsables hospitaliers aux évolutions du management de leur hôpital ?

### Proposition et mesures

La réussite de la réforme hospitalière (nouvelle gouvernance, T2A, pacte hospitalo-universitaire rénové, relance de la recherche) est liée à la mise en place d'un véritable intéressement collectif et individuel.

Le groupe de travail, à la suite des recommandations de l'ensemble des participants et pour lui attribuer sens et force, a souhaité n'émettre qu'une seule proposition.

Cette proposition volontariste se décline en quatre mesures concrètes, dont l'une pose une question fondamentale :

**M1** : Création d'indemnités liées aux responsabilités prises dans le cadre de la nouvelle gouvernance pour les :

- membres du conseil exécutif,
- responsables de pôles (et par extension, les personnels appelés à des responsabilités au sein des pôles),
- président, vice-président et membres chargés de responsabilités au sein de la CME.

Le montant de ces indemnités doit être substantiel

et décidé par les instances de l'établissement. De même, un dispositif indemnitaire, en « miroir », pourrait être aménagé afin de reconnaître les charges administratives universitaires.

**M2** : L'intéressement collectif est une partie intégrante du contrat de pôle.

Les résultats du pôle (soit « bénéfice » constaté, soit retour à l'équilibre) donneront lieu à un intéressement du pôle : une répartition des résultats entre le pôle et le CH et U pourrait être prônée.

**M3** : Faciliter la mobilité intra, inter-CHU et interrégionale. Des médecins et des directeurs, dans un double but, promotionnel et de résorption de conflits institutionnels.

**M4** : La question fondamentale qui est posée par cette proposition concerne l'intéressement individuel pour les médecins. Les participants souhaitent que ces Assises soient l'occasion de soutenir l'idée d'une part variable individuelle de rémunération liée à l'atteinte des objectifs résultant de l'ensemble des activités hospitalo-universitaires de soins, d'enseignement et de recherche. Cette modalité compléterait la proposition de la passation d'un contrat entre l'établissement hospitalier et les médecins.