La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?

François-Jérôme Aubert

▶ **To cite this version:**

François-Jérôme Aubert. La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?. Science politique. Université de Bordeaux, 2014. Français. NNT : 2014BORD0402 . tel-01127536

HAL Id: tel-01127536
https://theses.hal.science/tel-01127536

Submitted on 7 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

École Doctorale SP2 : Sociétés, Politique, Santé Publique

SCIENCES PO BORDEAUX

Laboratoire d'accueil : Centre Émile Durkheim

LA DECISION A L'HOPITAL PUBLIC : QUELLES RELATIONS ENTRE DIRECTEUR ET MEDECIN ?

Thèse pour le Doctorat en Science politique

Sous la direction de Monsieur Pascal JAN, Professeur des Universités

présentée et soutenue publiquement par

François-Jérôme AUBERT

28 novembre 2014

Composition du jury :

Pr. Jean-Yves FAGON, Professeur des Universités-Praticien hospitalier, Université Paris V René Descartes ; rapporteur

M. Christian FILLATREAU, Directeur d'hôpital, Professeur des Universités associé, Sciences Po Bordeaux ; président

Mme Claude HOFELE-ROSSETTO, Professeur des Universités, Université François-Rabelais Tours ; rapporteur

M. Pascal JAN, Professeur des Universités, Sciences Po Bordeaux; directeur de thèse

M. Jacky LE MENN, Sénateur honoraire, Directeur d'hôpital honoraire

Sommaire

SOMMAIRE **3**

REMERCIEMENTS **6**

RESUME – MOTS CLES **8**

INTRODUCTION **10**

1ERE PARTIE. UNE RELATION DE DIALOGUE POUR PREPARER LA DECISION **46**

1. LA NECESSITE D'UN DIALOGUE INFORMEL 49
   1.1. Des échanges informels pour établir les conditions du dialogue 53
      1.1.1. Nomades et sédentaires 55
      1.1.2. Hiérarchie et clan 60
      1.1.3. Lancer des ballons d'essai 62
      1.1.4. Les directeurs d'hôpital : des interlocuteurs légitimes ? 66
      1.1.5. Des directeurs légitimes parce que non-médecins 73
   1.2. Un dialogue informel mais organisé 80
      1.2.1. Le binôme directeur/président de CME : un « patron »… 81
      1.2.2. Un binôme médecin/directeur décliné à l'envi 85
      1.2.3. Un dialogue informel organisé face à l'extérieur 90
2. UN DIALOGUE FORMEL LEGITIME NE GARANTIT PAS UNE DECISION DE QUALITE 98
   2.1. La légitimité de l'aréopage des dominants : le directoire 100
      2.1.1. Le rôle affaibli des autres assemblées : CME et Conseil de surveillance 109
      2.1.2. Les pôles : internalisation de la contrainte de gestion 115
   2.2. Le dialogue formel prépare une décision de qualité, sans garantie .. 119
      2.2.1. Les effets pervers possibles du dialogue 120
      2.2.2. Une décision préparée par consensus apparent 124
      2.2.3. Un consensus apparent qui contraint le directeur 129

2EME PARTIE. UNE RELATION DE POUVOIR POUR PRENDRE LA DECISION 135

1. LA TENSION NECESSAIRE ENTRE POUVOIR DE FAIRE ET POUVOIR D'EMPECHER 145

1.1. La tension entre les pouvoirs concourt à l'efficacité de la décision . 147

1.1.1. Eviter les risques d'abus de pouvoir 150

1.1.2. Eviter le risque d'une décision inefficace 163

1.1.3. La confusion des rôles ne favorise pas l'équilibre des pouvoirs 165

1.2. Des pouvoirs équilibrés pour une décision de qualité..... 171

1.2.1. L'équilibre des forces favorise l'échange argumentatif 171

1.2.2. Un équilibre évolutif au cours du processus de décision..... 173

2. SUSCITER L'ENGAGEMENT DES DECIDEURS POUR UNE DECISION DE QUALITE 178

2.1. Créer une nouvelle identité professionnelle du directeur d'hôpital .. 179

2.1.1. Former les directeurs à affronter l'incertitude 183

2.1.2. Articuler progression de carrière et compétences d'expertise, de médiation et de conseil 185

2.1.3. Développer la compétence de mise en réseau..... 187

2.2. Restaurer la confiance des médecins dans l'hôpital 192

2.2.1. Traiter les tensions de rôle des praticiens..... 195

2.2.2. Libérer l'exercice médical par la fin des monopoles..... 197

2.2.3. Publier des opinions séparées au sein de la CME 211

CONCLUSION..... 217

BIBLIOGRAPHIE 220

TABLE DES ANNEXES 269

Remerciements

Ces travaux ont été menés sous la direction exigeante et précise de Pascal Jan. Je lui suis particulièrement redevable pour ses commentaires et questions dictés par un grand sens logique et un art de la contradiction dont j'ai essayé de m'inspirer. Etre dirigé dans ses travaux par un esprit clair est une chance inestimable, que j'ai mesurée tout au long de mon projet. Les éventuelles qualités de cette thèse lui doivent évidemment beaucoup.

Il me faut remercier aussi très chaleureusement Philippe Marin, directeur des études de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, dont le soutien et les conseils précieux ont grandement favorisé ma démarche de recherche. Sa connaissance fine et distanciée de mon objet de recherche a très notoirement enrichi mes travaux. Ces quelques mots constituent à cet égard une amicale reconnaissance de dette.

Plusieurs directeurs d'hôpital m'ont grandement aidé, par leurs conseils et par leur exemple. Je remercie très vivement Alain Hériaud, directeur général honoraire du CHU de Bordeaux. Par ses conseils et encouragements, son recul, sa vision aiguë des enjeux de la recherche, ses qualités d'orateur, il a été une source d'inspiration importante.

Jean-Paul Segade, conseiller général des établissements de santé, Jean-Jacques Romatet, directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, et Hamid Siahmed, directeur général du CHU de Limoges, sont aussi pour moi des exemples de managers hospitaliers de haut niveau.

Chantal Lachenaye-Llanas, directeur général adjoint du CHU de Bordeaux, et Jean-Marc Viguier, secrétaire général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille ont également été des soutiens précieux dans le développement de mes réflexions, et je les en remercie très sincèrement.

Plusieurs médecins ont aussi fortement contribué à mes travaux. Le professeur Dominique Dallay, président de la commission médicale d'établissement du CHU de Bordeaux, m'a notamment présenté ses idées de façon très ouverte, ce qui a été une aide précieuse. Le professeur Didier Raoult, directeur de l'Institut Hospitalo Universitaire Méditerranée Infection, a été une source d'inspiration par sa réflexion sur la question de l'organisation et la part qu'il laisse à l'instinct dans sa pratique managériale. Le docteur Jean-Marie Forel, président de la commission de l'organisation de la permanence des soins de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, m'a donné de nombreuses clefs de compréhension du corps médical.

Je me dois de rappeler que mes travaux ont été enrichis de façon considérable par tous les directeurs et médecins qui ont accepté mes demandes d'entretien. Qu'ils soient remerciés de leur disponibilité et de leurs réflexions précieuses.

Lorsqu'il m'arrivait, comme tout bon doctorant, d'être saisi par le doute ou le découragement, j'ai bénéficié du soutien et de la bonne humeur contagieuse de mes deux amis et collègues de promotion, Aurélien Vautard et Julien Rossignol. Leur intelligence vive et malicieuse a été un aiguillon pour améliorer mes travaux, lors de nos conversations entre doctorants. Qu'ils puissent voir dans ces quelques lignes le témoignage de ma gratitude.

Plusieurs professionnels expérimentés issus de différents domaines m'ont accordé du temps pour évoquer mon projet, ou me conseiller des modifications et ajouts : j'ai bénéficié de la lucidité de Michel Cabrit, du sens de la prospective de Jean-Rémy Bitaud, de la connaissance des organisations de Stéphane Trébucq, du sens de l'observation de Floran Vadillo, des analyses de Thibault Douté, de la connaissance fine du corps médical hospitalier de Loïc Mondoloni, des conseils avisés du docteur Joseph Ciccolini, et de la vision managériale du professeur Fabrice Barlesi. Qu'ils soient remerciés de leur aide.

Ce travail doit aussi beaucoup à l'amitié fidèle et au soutien d'Elodie Chapel, Sophie Weil, Christophe Mazin, David Larivière, Alexandre Fournier et bien d'autres. Merci à eux.

Résumé – mots clés

Résumé :

La décision à l'hôpital public est un objet complexe, qui donne lieu à de fréquentes modifications législatives et réglementaires. Déterminant essentiel de la qualité du service rendu, les modalités d'exercice du pouvoir de décision à l'hôpital sont définies par les textes, mais aussi par les pratiques des acteurs.

Cette thèse traite des relations entre les deux catégories d'acteurs qui dominent les interactions ayant pour objet la décision : les directeurs et les médecins.

Ces acteurs ont un rôle majeur et complémentaire dans les deux phases du processus de décision. D'une part, ils assurent une grande partie de la préparation des décisions, dans le cadre d'échanges informels et au sein des instances. Directeurs et médecins ont donc ainsi un rôle important dans la délibération qui précède la décision. D'autre part, ils ont un rôle essentiel dans la prise de décision elle-même. Au-delà du pouvoir juridique de décider, qui revient au directeur, chef d'établissement, directeurs et médecins s'influencent réciproquement dans la prise de la décision.

Ces travaux visent à démontrer que les relations entre directeurs et médecins dans le cadre de la décision à l'hôpital public sont des relations de dialogue, notamment dans la préparation des décisions. Ce sont aussi des relations de pouvoir, en particulier dans la phase de prise de décision.

Notre étude présente enfin des propositions visant à améliorer la qualité du processus de décision à l'hôpital public. Ces propositions tendent à renforcer la qualité du dialogue par le rapprochement des formations des acteurs, à augmenter la transparence, et à renforcer les supervisions externes des débats hospitaliers.

Mots clés :

hôpital, délibération, décision, directeur, médecin, dialogue, pouvoir, consensus apparent, légitimité, management, gestion, confiance, gouvernance.

Introduction

> *« Songe, écrivait Ptahhotep il y a cinq mille ans, que tu peux rencontrer dans un conseil l'opposition d'un spécialiste. Il est fou de vouloir parler de tout »*[1].

La décision à l'hôpital public est un art difficile, exercé par une coalition de dominants au sens d'Ehrard Friedberg : les directeurs et les médecins. La relation entre ces deux corps dépend des positions relatives des acteurs, mais aussi des qualités intrinsèques de ceux-ci. La maîtrise de l'art oratoire, la vision d'ensemble des problèmes complexes, la compétence technique, l'expérience, sont autant d'atouts qui permettent aux directeurs et aux médecins d'influer sur la décision à l'hôpital.

Directeurs et médecins prennent des décisions ou influent sur des décisions au sein d'une organisation extraordinairement complexe, l'hôpital public. D'une part, l'hôpital rassemble des corps de métier très divers : directeurs et médecins, mais aussi personnels paramédicaux, spécialistes des équipements biomédicaux, des travaux, de la logistique, de l'hôtellerie, de la communication, juristes, etc. D'autre part, l'hôpital utilise des dispositifs techniques complexes, regroupés pour l'essentiel au sein des plateaux médicotechniques. Il s'agit d'une organisation trop complexe pour que quiconque puisse être considéré comme en possédant une compréhension très complète.

De ce fait, les acteurs qui interviennent dans le processus de décision détiennent tous une connaissance très partielle de leur organisation. Ils ont besoin de confronter leurs connaissances à celles des autres acteurs pour proposer des solutions crédibles, ou qui seront jugées comme telles.

C'est pourquoi le travail des directeurs et des médecins, dans le cadre du processus de décision, présente une spécificité majeure. Il consiste en effet le plus souvent à rechercher des fragments de connaissances chez les autres acteurs pour compléter les siennes propres, afin d'élaborer des propositions de solutions. Il est *a contrario* rare qu'un acteur soit en mesure de construire des solutions à partir de son propre savoir sur l'organisation, qui n'est généralement pas assez complet.

Cette pénurie du savoir détenu par les acteurs est un attrait important de l'étude du processus de décision à l'hôpital : si les acteurs de la décision à l'hôpital cherchent à faire prévaloir leur point de vue, comme dans toute organisation, ils sont amenés à le faire à partir des idées et connaissances des autres protagonistes. Le savoir et

[1] Durant (W.), *Histoire de la civilisation – Tome 1. Notre héritage oriental,* Editions Rencontre, 1966.

l'ignorance sont donc des enjeux importants, récurrents, autour desquels les acteurs articulent leurs stratégies d'influence. Le rapport au savoir et à l'ignorance est une caractéristique d'autant plus essentielle de la relation entre directeurs et médecins que les connaissances médicales confèrent un prestige important.

Mais si l'étude de la décision à l'hôpital présente un intérêt tout particulier pour la science politique, c'est aussi en raison de la gravité des enjeux traités. Les décisions que les décideurs hospitaliers doivent prendre ont en effet souvent des conséquences importantes pour l'emploi, le tissu économique local, l'attractivité d'une région, ou la recherche biomédicale. Mais la décision à l'hôpital peut aussi, parfois, avoir des conséquences d'un tout autre ordre : elle peut induire des effets déterminants et immédiats sur la vie de nombreux individus.

Et on décide d'une façon particulière quand les effets de la décision sont d'une telle portée : la prise de décision, individuelle par nature, s'insère en effet à l'hôpital dans un processus très collectif. Tous les avis potentiellement utiles doivent avoir été sollicités avant l'arrêt de la décision. La responsabilité de la décision à l'hôpital ne saurait être assumée par un seul acteur, ni même par un seul corps professionnel, représentant un seul type de légitimité. C'est ce qui rend légitime l'existence de deux corps différents de décideurs au sein de l'hôpital : les directeurs et les médecins.

Deux exemples parmi une multitude éclairent ce point. D'une part l'évacuation du Memorial Hospital de la Nouvelle Orléans après le passage de l'ouragan Katrina, et d'autre part l'incendie d'un service de réanimation néonatale dans un hôpital français.

Encerclé par les eaux après le passage de l'ouragan Katrina en août 2005, le Memorial Hospital de la Nouvelle Orléans est coupé du monde. Le contexte est marqué par *« l'isolement et le sentiment d'abandon, la fatigue et le stress d'un personnel médical mobilisé plusieurs jours et nuits d'affilée, la coupure d'électricité, signifiant concrètement chaleur insupportable, panne des ascenseurs (les malades à évacuer par les hélicoptères sur le toit doivent être portés sur plusieurs étages), et surtout, arrêt des appareils de respiration artificielle (les premiers morts ne tardent pas à suivre) »*[2]. Les forces de police ordonneront l'évacuation totale au quatrième jour du sinistre. Frédérique Leichter-Flack décrit les conséquences de cette situation hors du commun : *« Les conditions extrêmes en situation de catastrophe rendent impossible l'exercice d'une médecine d'urgence où chaque victime reçoit des soins adaptés. Il faut alors choisir, trier et, parfois, laisser mourir »*[3].

Les situations de catastrophe telles que celle-ci montrent à quel point l'articulation permanente des logiques de santé publique et de soin sont essentielles. Le dialogue entre directeurs et médecins n'est en effet pas souhaitable parce qu'il est bon de converser, ou « d'échanger », pour utiliser une formule creuse très usitée. Ce dialogue entre médecins et directeurs est bien plutôt la condition indispensable d'une

[2] Leichter-Flack (F.), *Sauver ou laisser mourir – Catastrophe éthique et médicale*, 25 avril 2011, www.laviedesidees.fr
[3] Leichter-Flack (F.), *op.cit.*

conciliation entre logique de santé publique et logique de soin. L'exemple du New Orleans Memorial Hospital, dominé par la seule action des médecins, est à cet égard éclairant. Les professionnels de santé publique que sont les directeurs apportent en effet un recul précieux dans ce type de circonstances extrêmes. Les décisions guidées uniquement par le pragmatisme apparent des médecins peuvent induire des glissements conceptuels dangereux, comme au Memorial Hospital : *« Quand au premier jour […], un tout premier triage doit être effectué dans l'urgence pour décider quels patients partiraient par les premiers hélicoptères alors disponibles, il est décidé que tous les patients ayant dans leur dossier médical un « Do Not Ressucitate order » (un ordre de ne pas réanimer, DNR) seraient les derniers évacués »*[4]. Frédérique Leichter-Flack cite la journaliste Sheri Fink, qui a mené une longue enquête sur les événements qui se sont déroulés au Memorial Hospital : *« Un médecin qui signe un ordre de ne pas réanimer le fait presque toujours avec le consentement informé du patient ou de ses proches, et cela signifie simplement qu'un patient dont le cœur ou la respiration s'arrête ne doit pas être réanimé. […] Mais [X] l'entendait différemment, comme il me l'expliqua il y a peu. Les patients avec des ordres DNR, me dit-il, étaient dans un état terminal ou irréversible, et à Memorial, il pensait qu'il était logique qu'ils soient évacués en dernier parce que, par rapport à d'autres patients, ce seraient eux qui auraient « le moins à perdre » si les choses tournaient mal. À cette réunion, d'autres médecins étaient du même avis. Le neuroradiologue [Y] me dit avoir pensé que des patients qui ne souhaitaient pas que leur vie soit prolongée au prix de mesures extraordinaires, ne pourraient pas vouloir être sauvés aux dépens d'autres – même si rien dans l'ordre DNR ne mentionnait cela. Sur le moment, aucun des participants de cette réunion ne se doutait que cette décision serait cruciale : tout le monde s'attendait à ce que les secours évacuent l'ensemble des patients dans les heures suivantes »*[5].

Mais la situation est brutalement modifiée lorsque la police annonce que l'établissement doit être évacué dans un bref délai. Il apparaît rapidement que l'évacuation de tous les patients sera impossible dans les délais fixés par les forces de police avant l'abandon de l'hôpital. Le mécanisme de tri des patients utilisé quelques dizaines d'heures plus tôt prend alors une importance imprévue : *« Les patients DNR sont ainsi, sur un malentendu, mis de côté pour toute la suite des événements, comme les moins prioritaires pour l'évacuation, et ce indépendamment de l'évaluation de leur pronostic individuel à court et moyen terme. Au deuxième moment de triage en vue de l'évacuation qui s'improvise les jours suivants, des étiquettes comportant les chiffres 1, 2 ou 3 sont collées aux vêtements des patients couchés sur le sol »*[6].

Et c'est ainsi qu'une décision en apparence secondaire influe sur les chances de survie des patients du Memorial Hospital : *« Cette répartition ne sera pas réévaluée comme il le faudrait en fonction de l'évolution de l'état des patients concernés (sans même mentionner l'incertitude du pronostic établi), ou des ressources disponibles pour l'évacuation. C'est ainsi sur une série de malentendus que se négocie le passage, insensible d'abord, puis confirmé par la suite, d'un protocole de triage*

[4] Leichter-Flack (F.), *op.cit*
[5] Fink (S.),*The Deadly Choices at Memorial*, http://www.propublica.org/article/the-deadly-choices-at-memorial-826/P1.
[6] Leichter-Flack (F.), *op.cit.*

civil (qui ferait attendre les blessés légers) à un protocole de triage de type militaire (qui, réservant les moyens médicaux disponibles à ceux qui ont le plus de chances de récupérer, crée la catégorie des morituri, auxquels seuls des soins palliatifs seront offerts) »[7].

La décision médicale, en apparence éclairée et fondée sur des critères objectifs, pèche ici par l'excès d'un pragmatisme étroit : toutes les conséquences possibles de la décision n'ont pas été anticipées, faute de temps et d'une étude suffisamment approfondie des différentes options. Dans l'urgence et l'impréparation caractéristiques de ce type de situations exceptionnelles, la décision a été prise sans principes généraux pour la soutenir, ni examen contradictoire des autres choix possibles. Le dialogue qui a précédé la décision n'a pas suivi les différentes étapes d'un processus formalisé.

De la même façon, les décisions qui relèvent de la direction d'un hôpital peuvent avoir des conséquences d'une portée considérable, notamment en situation de crise. Et l'éclairage médical est très souvent indispensable pour éviter de graves erreurs. Une grave avarie dans un service de réanimation néonatale est un bon exemple de ce type de décision.

Un directeur expérimenté est confronté à cette situation : *« Une canalisation du circuit d'eau primaire avait lâché. De l'eau à près de cent degrés s'écoulait dans la réa, menaçant les câbles électriques, l'électronique des appareils, etc. Il y avait un danger grave et imminent, notamment parce que les respirateurs étaient perturbés Et on avait là-dedans des enfants de moins de 700 grammes ».*

L'alternative pour le directeur est la suivante : soit donner l'ordre de déplacer des grands prématurés pesant pour certains d'entre eux à peine quelques centaines de grammes ; soit les maintenir sur place dans des conditions très dangereuses tant au plan de l'accès des locaux que de l'alimentation des différents flux (fluides médicaux et électricité notamment) nécessaires à la survie des enfants.

Le déménagement des grands prématurés extrêmement fragiles entraîne généralement le décès de certains d'entre eux, et le maintien dans les lieux est aussi très risqué. Un directeur placé devant cette alternative a grandement besoin d'être éclairé par plusieurs corps de métier, mais surtout par un avis médical. Et ce, même s'il est très expérimenté : *« L'adjoint au chef de service, qui était présent ce jour-là, disait que ça se passerait mal si les enfants restaient. On a évalué les risques ensemble ».*

Le directeur prend la décision de faire évacuer une demi-heure après son arrivée sur les lieux. *« Il n'y avait pas de plan B, pas de réa vide. Heureusement, une unité saisonnière venait de se fermer. Ce n'était pas une réa, bien sûr, mais on pouvait mettre en place les équipements en installant quelques prises. On a rameuté tous les cadres, les services techniques, et la réa a été vidée en deux heures ».*

[7] Leichter-Flack (F.), *op.cit.*

La phase de délibération est extrêmement courte. Et la confiance entre le médecin et le directeur est un facteur décisif pour le succès de l'opération, dans une situation de crise : *« La qualité de la relation est fondamentale à ce moment-là. Ce jour-là, le chef de service n'était pas présent, il y avait son adjoint, un PH. On se connaissait bien et on avait confiance. Ça a facilité énormément le dialogue. Je ne pouvais pas juger de la pertinence médicale de ce qu'il me racontait. Je n'étais pas apte à juger l'évidence médicale, même si elle me paraissait fondée. On avait confiance l'un dans l'autre ».*

La décision en situation de crise met à l'épreuve la qualité des relations entre directeurs et médecins : *« La confiance est un pré-requis. Dans la crise, dans l'urgence absolue, la confiance est un paramètre fondamental. C'est le résultat d'un processus long, qui se vérifie à ces instants. Mais si le climat est délétère, ça se paie cash le jour de la crise. Les gens vont avoir peur, ils ne vont pas prendre leurs responsabilités, ils auront peur de ne pas être couverts. Si le climat est délétère, il est certain que le jour où les problèmes arrivent, ça tourne à la panique. Personne n'ose… ».*

Et dans ces contextes de crise, la position du directeur et celle du médecin sont complémentaires. Grâce à la dissociation de la responsabilité juridique et symbolique, qui relève du directeur, et de la compétence médicale, les acteurs sont libérés dans leur action. Le même directeur ne dit pas autre chose quand il évoque une autre situation de crise. Un orage tropical crée une avarie électrique importante dans une maternité. *« Ton doctorat en droit ne te permet pas de régler la question. C'est ce que je disais à un étudiant en stage qui était présent ce jour-là. C'est une crise sur laquelle tu n'as pas d'influence. Ta compétence est inutile. Et l'étudiant de me répondre : « Détrompez-vous. Le seul fait que vous soyez présent a remis de l'ordre ». Et c'est vrai que le chef a la responsabilité, ça libère les autres d'un poids. Symboliquement, on prend le poids de la crise. (…) Mais la confiance se construit sur des années. C'est une résultante ».*

Ces deux exemples sont des cas extrêmes, qui se présentent bien sûr rarement aux décideurs hospitaliers. Ils ne permettent pas à eux seuls d'inférer un modèle de bonne prise de décision. Mais ces cas particuliers illustrent l'importance de la décision à l'hôpital public, et du rôle structurant et complémentaire des directeurs et des médecins dans le processus de décision. Ainsi, les décisions prises à l'hôpital public nécessitent la mise en commun de savoirs et de capacités détenues par deux catégories différentes d'acteurs. Ces deux catégories d'acteurs doivent coopérer pour permettre une prise de décision éclairée. Mais naturellement, les intérêts des directeurs et ceux des médecins ne coïncident pas toujours. Médecins et directeurs doivent pourtant dialoguer pour faire valoir au mieux leur influence.

La qualité de la relation entre directeurs et médecins est donc décisive pour la décision à l'hôpital. C'est un enjeu majeur, non seulement pour l'efficacité des politiques publiques de santé, mais aussi parfois pour la santé des patients.

Car, que l'on envisage les effets de court ou de long terme, le processus de décision est un élément de nature à influer fortement sur la stratégie de l'organisation. Et

dans le système de santé français, l'hôpital tient historiquement une place centrale. Son processus de décision est donc une question essentielle.

Dans le cadre de la décision hospitalière, la relation entre directeurs et médecins est ainsi déterminante. Dialogue et pouvoir sont les deux fondements de cette relation, comme dans toute relation à dimension politique. Ces deux aspects s'expriment à travers la délibération et la négociation, ainsi que le soutient Philippe Urfalino : *« la réflexion sur la place réelle et souhaitable de la délibération dans les démocraties représentatives est devenue depuis une quinzaine d'années un enjeu majeur en philosophie et en sciences politiques. L'intérêt nouveau porté à la nature, à la dynamique et à la place des débats publics dans le fonctionnement de notre régime politique, renouvelle les travaux sur la démocratie, les assemblées politiques, l'influence des médias. Or les travaux les plus pointus qui ont essayé de cerner rigoureusement les conditions et la nature de la délibération ont presque tous jugé utile de préciser ce qui la distingue de la négociation »*[8]. Nous verrons que la relation entre directeurs et médecins est constituée de délibérations et de négociations, au cours d'un processus de décision très structuré.

Mais la relation entre directeurs et médecins à l'hôpital public présente un intérêt spécifique ; la gestion de l'hôpital est en effet une entreprise d'une complexité exceptionnelle, soulignée par tous les répondants de l'enquête de terrain. L'hôpital est ainsi une organisation publique, mais il est soumis à un plan comptable très similaire à celui des entreprises. Son statut d'établissement public ne le protège pas de la concurrence de cliniques privées lucratives et non lucratives. Entreprise de main d'œuvre (l'hôpital est le plus souvent le premier employeur d'une ville), les hôpitaux sont aussi des entreprises de très haute technologie, notamment les centres hospitaliers universitaires. Enfin, l'hôpital public produit un service atypique, complexe, en évolution permanente, fondamental pour les patients, et très difficile à évaluer : le soin. La gestion de l'hôpital est ainsi très complexe pour plusieurs raisons. Les objectifs sont difficiles à définir et les décideurs ne sont pas maîtres des moyens permettant de les atteindre (les tarifs de l'assurance-maladie notamment). En outre, l'évaluation de ces objectifs est souvent contestée.

C'est pour cela que l'étude de la décision à l'hôpital présente un intérêt majeur : elle permet d'interroger un processus de décision extrêmement complexe qui vise à traiter une multitude d'alternatives présentées aux décideurs, dans un contexte de forte incertitude.

Et au-delà des rapports de pouvoir et d'influence entre directeurs et médecins, l'étude de leur relation dans le cadre de la décision interroge la relation au savoir et à l'ignorance des acteurs, ainsi que l'agrégation des idées et arguments dans un processus de décision.

L'étude de la relation entre directeurs et médecins, dont nous verrons qu'elle est remarquablement équilibrée quoiqu'instable, est ainsi l'occasion d'approcher les fondements de la ntotion l'autorité. Pourquoi des acteurs placés à des postes

[8] Urfalino (P.), *Délibération et négociation,* Négociations, 2005/2 n°4.

similaires sont-ils plus ou moins en mesure d'influer sur l'organisation ? Pourquoi est-on jugé crédible par les autres acteurs, ou capable de décider ? Quelles caractéristiques sociales ou de nature technique et politique permettent aux acteurs de faire valoir avec succès leur point de vue ?

Ces questions ont une importance d'autant plus décisive que les décideurs hospitaliers, directeurs et médecins, ne sont pas seulement en concurrence avec les décideurs des autres établissements de santé, publics et privés. Ils sont aussi, comme tous les décideurs, en concurrence entre eux au sein de leur propre organisation pour la détention des positions d'influence.

Mais à l'hôpital public, cet enjeu d'influence individuelle interne mobilise d'autant plus les énergies que le processus de décision est très long, et fait appel aux avis de différents comités et instances.

Et de plus, ce processus de décision est réformé de façon fréquente par le législateur depuis le milieu des années 1990. Mais la finalité des changements opérés par ces réformes successives n'apparaît pas clairement. Thierry Nobre et Imène Haouet affirment que *« cette succession rapide de configurations des instances stratégiques montre que le sommet stratégique est en fait difficilement identifiable »*[9]. Ce jugement est corroboré par notre enquête de terrain. En atteste la diversité très importante des réponses apportées par les directeurs comme par les médecins à la question : *« Le chef d'établissement est-il, de votre point de vue, le patron de l'hôpital ? Pourquoi ? »*.
Quelques exemples de réponses de médecins :

- *« Oui, c'est le patron. Il est nommé pour ça. C'est normal. Cela ne me choque pas, c'est son job. C'est lui qui, in fine, prend les décisions désagréables ».*
- *« Non. Si c'est le patron, il est capable d'organiser les choses de telle sorte que ne lui soit pas opposé un pouvoir qui le neutralise. Or, ce n'est pas le cas actuellement. (…) Je ne pense pas que l'on puisse dire que c'est le chef de l'établissement ».*
- *« Ce n'est pas le patron au sens industriel du terme, au sens entrepreneurial. Il l'est partiellement. Il gère les budgets, mais ne peut décider de fermer telle ou telle unité de production. Il n'a pas les mains libres. Elles sont liées par le corps médical ».*

Quelques réponses de directeurs :

- *« Sans aucun problème. Il faut un patron, toute collectivité humaine a besoin de pouvoir identifier qui est le responsable et qui dirige, qui détient les responsabilités ».*
- *« Non, il ne l'est pas. Patron… s'il était le patron, il serait le padrone, la puissance paternelle, l'autorité suprême, le référent moral. Il n'a rien à voir avec un patron. Le directeur est un fonctionnaire. On lui reconnaît un rôle d'organisateur général, de manager, de représentation, de défenseur de l'hôpital contre l'adversité, juridique ou autre. Cela suffit amplement. Malheur au directeur qui voudrait devenir le « patron », il n'en serait que le*

[9] Nobre (T.), Haouet (I.), *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, Revue française de gestion, 2011/2 n° 211, p. 103-118.

mime pathétique. Cela renvoie à la légitimité professionnelle ; un hôpital fonctionne parce que la légitimité professionnelle des médecins et des soignants est très forte à l'endroit des malades et de leurs proches. Si l'on n'est pas content des soins, on ne va pas voir le directeur. En revanche le chef d'établissement est une autorité administrative, un chancelier, un représentant et un conciliateur permanent. En aucun cas cela n'en fait un patron ».

- *« Cela dépend des personnes. Dans les textes, oui, il est le patron. Et les établissements qui ont un patron, au sens d'une personne qui sait arbitrer, sont ceux qui de mon point de vue fonctionnent le mieux ».*

Ces réponses très dissemblables prouvent que le directeur, chef d'établissement, n'est pas perçu uniformément comme le patron de l'hôpital. Mais cela ne signifie pas selon nous que le sommet stratégique de l'hôpital est impossible à identifier. En effet, nous estimons que ce sommet est constitué, non par l'un des acteurs, mais par une relation. La relation entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement est considérée de façon quasi unanime comme « la clef de la gouvernance hospitalière », par les directeurs et médecins interrogés dans l'enquête de terrain. Et à chaque niveau de décision, la relation directeur/médecin s'avère décisive dans la décision hospitalière.

L'objectif de définition d'un processus de décision efficace n'est donc pas atteint par les récents textes, en partie parce que la perception du pouvoir des acteurs ne fait pas consensus. En effet, *« la configuration politique interne est marquée par la coexistence de différentes hiérarchies internes (corps médical, personnel soignant et personnel administratif) et par de multiples influences externes émanant des tutelles et de l'environnement politique »*[10]. Dans ce cadre complexe, la définition d'un mode de répartition efficace des pouvoirs et responsabilités relève de la gageure.

Mais un enjeu central détermine la qualité du processus de décision : la relation entre les deux corps détenant la légitimité la plus forte au sein de l'hôpital, seuls susceptibles de mettre en place une *« coalition des dominants »*[11] au sens d'Ehrard Friedberg. Ces deux corps professionnels sont les directeurs et les médecins. Il s'agit d'une coalition « interne » au sens de Mintzberg, car formée par des « détenteurs d'influences internes » (des salariés à temps plein de l'organisation) : *« La coalition interne comporte [des] groupes de détenteurs d'influence : le premier est celui de la direction générale de l'organisation (…). Le deuxième groupe est celui des « opérateurs », ces travailleurs qui fabriquent les produits et génèrent les services ou qui en fournissent les supports directs tels que (…) les médecins et le personnel infirmier dans l'hôpital »*[12].

Au regard de cette théorie, l'hôpital présente deux spécificités majeures. D'une part, la direction générale y est plus dépendante des « opérateurs » médecins que dans d'autres types d'organisations. Au point que ce terme générique d'opérateur paraît très dépréciatif pour qualifier les praticiens. Et d'autre part, certains médecins ont un rôle de management

[10] Nobre (T.), Haouet (I.), *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, Revue française de gestion, 2011/2 n° 211, p. 103-118.
[11] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[12] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.

et de gestion considérable, notamment après les récentes réformes. Cela induit que les praticiens ont un rôle qui relève des deux groupes décrits par Mintzberg : ils sont dirigeants (pour certains d'entre eux) *et* opérateurs. Ce sont donc des membres des deux corps, directeurs et médecins, qui participent au processus de décision à l'hôpital.

L'existence d'une relation de dialogue entre directeurs et médecins dans le processus de décision hospitalier est de ce fait essentielle à la qualité des soins, et, dans les centres hospitaliers universitaires, à la qualité de l'enseignement et de la recherche. Le dialogue n'est pas une finalité en lui-même ; son intérêt consiste dans ce qu'il permet d'atteindre une meilleure utilisation des ressources disponibles dans l'organisation, et partant, une meilleure efficience de l'hôpital public.

Pour être atteints, ces objectifs nécessitent le respect de certaines conditions. La discussion ne saurait être une conversation. Elle doit impérativement faire apparaître les enjeux essentiels, ce qui induit souvent des échanges âpres, voire conflictuels. La discussion doit aussi être menée dans le respect des contributions des acteurs qui participent au débat. Or, la légitimité et les connaissances dont disposent les directeurs et les médecins sont différentes. L'agrégation des contributions des uns et des autres nécessite donc une reconnaissance de l'intérêt des formes d'expertise détenues par chaque acteur. Cette reconnaissance réciproque n'est pas spontanément acquise. Etre apte à la conquérir fait partie des objectifs des acteurs, car cela montre leur légitimité professionnelle.

En outre, les acteurs doivent partager un diagnostic à peu près commun sur l'hôpital et sur les moyens d'améliorer son fonctionnement. Les modalités du changement sont ensuite l'objet de la discussion. Cette discussion, au double sens de l'échange de paroles et de la mise en question d'un objet, peut alors être un facteur d'amélioration des modes de fonctionnement de l'hôpital. C'est pourquoi la relation de dialogue qui permet la discussion des enjeux est organisée de deux manières : d'une part dans les instances de l'hôpital, et d'autre part en marge de celles-ci. Ce dialogue est un moyen de développer l'innovation organisationnelle à l'hôpital. Or, l'innovation organisationnelle influe directement sur l'innovation médicale.

A cet égard, l'histoire de la médecine égyptienne délivre des enseignements précieux. La médecine égyptienne fait partie des médecines pré-hippocratiques dont les caractéristiques nous sont les mieux connues. Il apparaît que ses performances étaient reconnues dans l'ensemble du Proche-Orient : *« Les habitants de l'Asie occidentale ne s'y trompaient pas : malgré de constants échanges culturels et économiques entre la vallée du Nil et la Mésopotamie, quand un souverain malade demandait l'aide d'un médecin à son voisin, c'était l'Assyrien qui sollicitait le Pharaon, jamais l'inverse »*[13].

Or, après une période d'innovation considérable et de progrès constant entre 3000 et 2500 avant Jésus-Christ, la médecine égyptienne connaît une très longue période de stagnation entre 2500 et 500 avant Jésus-Christ. Cette période représente un cas passionnant pour l'étude des organisations de santé. Jean-Charles Sournia avance

[13] Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine,* Editions La Découverte, 2004.

une explication à cette situation de stagnation durable : la fixité des organisations et des statuts, l'absence d'innovation, la reproduction du savoir des maîtres, auraient empêché la poursuite des progrès très rapides de la médecine et de la chirurgie égyptiennes : *« Pourquoi, à des esprits capables d'écrire, en 3000 avant J.-C., un traité de petite chirurgie aussi avisé qu'utile, ne succédèrent que de pâles héritiers, bons seulement à recopier des manuscrits transmis par leurs pères ? Pourquoi une telle précocité engendra-t-elle une telle stagnation ? On peut également faire cette constatation dans d'autres domaines : pendant trois mille ans, la société conserva les mêmes castes, les mêmes structures administratives, la même religion à quelques variantes près, les mêmes rites funéraires et la même tradition où histoire de magie et de voyages mythiques se répètent indéfiniment de génération en génération »*[14].

Cet exemple fait écho à des pratiques hospitalières contemporaines, parfois marquées par un fort conservatisme organisationnel dans le domaine des soins[15].

De même, dans le cadre des protocoles de recherche clinique menés à l'hôpital, des conservatismes demeurent. Alors que la recherche clinique est un domaine réputé par définition innovant, certains processus des essais thérapeutiques montrent une reproduction sous-optimale de processus mécaniques et non évalués. C'est le cas de la mise en place de certains protocoles destinés à tester de nouvelles molécules. Les calculs des doses injectées sont parfois fondés sur des calculs sous optimaux. Dans le cadre de la lutte contre le cancer par exemple, les dosages de traitement sont parfois calculés en référence à la formule mathématique dite « suite de Fibonacci »[16], créée au XIIIe siècle. Or, la suite de Fibonacci ne donne pas une bonne appréciation des dosages nécessaires au patient. Il s'agit de la reproduction d'un mode de calcul non optimal pour l'objet considéré. Les doses administrées durant l'étude sont définies avant le début de celle-ci et ne sont pas réévaluées. Le calcul utilisé procède d'une suite géométrique et ne tient pas compte de la totalité des données recueillies durant la mise en œuvre du protocole, comme par exemple les taux de toxicité.

Les designs d'étude inspirés de la suite de Fibonacci ont des résultats peu satisfaisants : études peu concluantes en termes d'évaluation de taux de réponse à la molécule testée (dites phase 2) ; et échec plus fréquent lors des études de la modification de la survie (dites phase 3). Or, *« le taux de déperdition des essais cliniques est d'environ 80% »*[17]. Même dans un domaine tel que la recherche clinique, des conservatismes néfastes perdurent ainsi.

La fixité des modes d'organisation, des statuts, est ainsi défavorable à l'innovation. Elle encourage les acteurs à défendre leurs positions, au détriment des coopérations et expérimentations indispensables à l'amélioration des processus. En effet, le

---

[14] Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine,* Editions La Découverte, 2004.

[15] Ainsi, la lutte contre les infections nosocomiales sur site opératoire conduit à l'adoption de pratiques comme la forte consommation d'eau stérile, dont l'efficacité est contestée par le Centre for Disease Control d'Atlanta, référence internationale. Le CDC souligne au contraire l'importance d'indicateurs qui ne sont pas toujours des priorités en termes d'organisation des établissements, comme la proportion de personnes présentes par m2 sur le site opératoire (proportion qui est corrélée avec le taux d'infections nosocomiales).

[16] Ciccolini (J.), Communication au séminaire Essais cliniques Phase 1 en oncologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, 29 juin 2012.

[17] Ciccolini (J.), *op. cit.*

développement des relations entre acteurs détenant des expertises différentes est une condition nécessaire de l'innovation ; car comme le soutient Ehrard Friedberg, les compétences les plus importantes se créent plus grâce aux collaborations d'acteurs dans un contexte pluridisciplinaire qu'à l'excellence individuelle[18]. Il est donc nécessaire que la relation entre directeurs et médecins soit un dialogue respectueux et fécond pour permettre le développement de prises en charges innovantes et l'amélioration du fonctionnement des établissements.

Mais les liens entre directeurs et médecins ne sont bien sûr pas seulement faits d'échange autour de l'intérêt de l'établissement. Ils constituent aussi une relation de pouvoir. Cette dimension de pouvoir s'exprime dans de multiples occurrences : au sein des instances et dans le dialogue informel, mais aussi dans les relations avec les organismes de planification et de contrôle, les média, etc. Les rapports de force entre les deux corps dépendent de nombreux facteurs, et évoluent avec les objectifs et moyens des politiques publiques de santé successives.

Les deux corps tentent d'influer sur les débats, et, au-delà, sur les textes qui déterminent la répartition des pouvoirs à l'hôpital. Les représentations institutionnelles des médecins et directeurs, appelées « conférences », cherchent à valoriser le rôle des deux corps. Ainsi, les contributions écrites de ces conférences au Pacte de confiance pour l'hôpital[19] sont des messages illustratifs d'une vision différente des rôles respectifs des médecins et directeurs à l'hôpital. Ce sont aussi de bons exemples des typologies de discours produits par les deux corps.

La conférence des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques) produit ainsi un discours général :
« S'il n'apparait pas pertinent de remettre en cause la loi HPST dans son ensemble, la conférence des présidents de CME de CHS se montre particulièrement favorable à une démarche de rééquilibrage des processus décisionnels au sein des établissements favorisant ainsi le réinvestissement des praticiens hospitaliers dans une réelle dynamique institutionnelle, particulièrement importante en psychiatrie au regard du service rendu aux usagers, à leurs familles et à leurs proches »[20].

La position prise est claire : le « rééquilibrage » doit être réalisé au bénéfice des praticiens. Mais contrairement à une forme de coutume en usage dans les organisations publiques, aucun principe supérieur n'est convoqué en préalable pour justifier cette demande. Le discours ne masque pas le fait que la conférence souhaite augmenter les pouvoirs exercés par ses membres dans le processus de décision. En outre, la conférence précise très clairement que cette amélioration de la position des praticiens est indispensable pour qu'ils s'impliquent. Cet argument est même réitéré plus loin dans le texte :

---

[18] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[19] Couty (E.), *Pacte de confiance pour l'hôpital*, 2013.
[20] Contribution de la conférence des présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés au débat sur le Pacte de confiance pour l'hôpital.

« La conférence des présidents de CME de CHS fait un constat identique à celui des autres conférences médicales (Présidents de CME de CHU et de CH) quant à l'impact de la loi HPST sur la gouvernance hospitalière. Le désinvestissement majeur des praticiens hospitaliers pour ce qui concerne leur engagement dans les activités institutionnelles est très grave : il menace le fonctionnement même des établissements ».

Ce discours fait l'économie des déplorations rituelles selon lesquelles un groupe affirme réaliser ses missions par devoir, même si les conditions dans lesquelles il est placé sont inacceptables. La conférence des présidents de CME de CHS affirme de façon directe que les médecins se désinvestissent, au péril du fonctionnement des établissements.

Ce caractère très atypique du discours considéré montre bien sûr une moindre attention aux questions de forme, en comparaison avec les pratiques des directeurs. Mais cela est surtout, comme nous le montrerons par la suite, le signe d'une liberté du discours médical. Et si les médecins adoptent volontiers une communication très directe, c'est parce qu'ils jouissent d'une position très favorable dans l'hôpital.

Le caractère extrêmement direct de ce discours au regard des usages de la fonction publique est très typique de la parole médicale. La parole des médecins hospitaliers présente en effet une singularité très forte dans le champ des organisations publiques, et pour ce qui concerne les décideurs et responsables de haut niveau. L'euphémisation des discours qui caractérise l'habitus des décideurs, d'autant plus marquée que le niveau de responsabilité est élevé, représente en effet une constante dans les différents secteurs de l'administration publique. Les médecins hospitaliers représentent à cet égard une exception.

A contrario, les directeurs d'hôpital s'inscrivent dans la tradition de maîtrise et de prudence du verbe, caractéristique des hauts fonctionnaires. La conférence des directeurs généraux de CHU adopte ainsi un discours très différent de celui des médecins dans sa contribution écrite pour le Pacte de confiance.

Le discours produit par les directeurs est incontestablement plus rigoureux au plan de la syntaxe, et plus précis au plan du vocabulaire. On notera par exemple l'emploi de l'expression *« processus de décision »*, en lieu et place du moins heureux *« processus décisionnel »* dans la contribution des présidents de CME de CHS.

Le style adopté, dense et nerveux, dénote une rédaction travaillée. En termes de rhétorique, le martèlement ternaire est une figure maîtrisée, qui rythme les temps forts, comme dans les exemples suivants :

- *« Il convient donc de préserver un processus d'arbitrage, à l'issue d'une phase utile de concertation des acteurs, permettant à la fois l'action, la cohérence, et l'identification claire des responsabilités ».*

- *« Le troisième principe est le principe de responsabilité, qui veut que chacun soit responsable de toutes ses décisions, seulement de ses décisions, et en assume pleinement les conséquences ».*

- *« Pour des raisons d'efficacité, d'éthique et de justice, ce principe est incontournable ».*

Mais cette contribution intègre aussi des prudences et des justifications soignées. Celles-ci sont le signe d'une légitimité qui n'est pas une évidence, mais doit être travaillée en permanence. Les directeurs sont plus prudents parce que leur position est plus fragile.

Ce discours s'appuie très fréquemment sur l'argumentation juridique. L'utilisation de ce mode de raisonnement réputé rigoureux est une façon d'affirmer la position des directeurs :
« Loin des visions manichéennes, ou de certaines positions fondées essentiellement sur des enjeux de pouvoirs, la conférence souhaite rappeler les principes qui doivent fonder une gouvernance éthique, efficiente, et socialement équilibrée.
(…)
Le premier est le principe de légitimité, dont il apparaît qu'il fait l'objet, de la part de certains, de discussions sémantiques ayant pour objet de dissocier, pour ne pas dire d'opposer, le légitime et le légal. Sur un plan philosophique autant que juridique, cette dissociation constitue un argument fallacieux, sauf à considérer que la Loi n'est pas légitime, attitude qui consisterait à remettre en cause les fondements de la démocratie. Poser en préalable que la Loi serait contestable n'est jamais une attitude anodine. Sur un plan pratique, le dispositif législatif consacre la légitimité de ceux à qui la Loi donne le pouvoir et la responsabilité de décider, dans les limites et selon les modalités qu'elle fixe. Ceux qui l'appliquent et la respectent n'ont pas à s'en excuser, ni à justifier au-delà le bien fondé de la mission qui leur est confiée. Il en va ainsi, notamment, des Directeurs, nommés par une autorité légitime, affectés sur la base de leurs compétences et de leur expérience managériale, et qui assument personnellement les conséquences de leurs actes. Leur légitimité n'est évidemment pas contestable ».

On note bien sûr un mode de justification beaucoup plus classique dans les organisations publiques ; les directeurs ne souhaitent pas augmenter leurs pouvoirs, ou tout au moins ils ne l'affirment pas ouvertement. Ils se bornent à rappeler des principes qui sont indispensables au bien commun. Et par une heureuse circonstance, le premier de ces principes (la légitimité) assoit leur propre position[21].

Cette différence très nette des discours produits est le signe d'une relation qui tend à se rééquilibrer dans l'échange d'idées et d'arguments. Figures sociales valorisées, dotées d'un savoir prestigieux et mystérieux, les médecins ont une position historiquement favorable face aux directeurs. Ils bénéficient en outre d'une antériorité certaine de leur profession, et du prestige associé à une rémunération

[21] Ce rapprochement se manifeste par l'usage de la majuscule, attribuée au détenteur de la légitimité (Directeur) comme à son fondement (Loi).

élevée. En comparaison, les directeurs sont une profession récente[22], mal identifiée par le corps social, et souvent mal appréciée. Les figures négatives présentes dans les productions culturelles contemporaines[23] ne sont à cet égard que la continuation d'une tradition : le directeur du dépôt de mendicité, lointain prédécesseur du directeur d'hôpital, était déjà une figure haïssable dans *Le Rouge et le noir*[24].

Symboliquement fragile face au médecin, le directeur d'hôpital tend donc à rééquilibrer la relation par un modelage travaillé de son discours professionnel. Les conditions de production de ces discours feront donc l'objet d'une étude approfondie dans nos travaux.

Mais des changements importants dans les politiques de santé publique modifient aussi les rapports entre directeurs et médecins depuis les années 1980. L'élément le plus important est certainement l'augmentation très rapide des dépenses de santé en général, et des dépenses de soin en particulier. L'objectif de maîtriser les dépenses de santé est en effet une préoccupation constante des pouvoirs publics ; cela renforce la position des directeurs, gestionnaires chargés des aspects financiers et d'organisation de l'hôpital.

De même, les politiques de santé visant à favoriser la fluidité des parcours des patients au sein d'un système encore très cloisonné, au-delà de l'excellence technique des soins prodigués, donnent un rôle accru aux directeurs, organisateurs de la production des soins, mais aussi de la prévention. Cette relative augmentation de pouvoir des directeurs face aux médecins ne remet pas en cause la position éminente de ces derniers au sein de l'organisation de l'hôpital. Les praticiens conservent en effet une autonomie considérable. Mais l'essor de la profession de directeur d'hôpital[25] est un facteur important pour rénover les modes d'organisation des services de soin, et renforcer l'innovation. Cependant, la prise en compte des arguments des praticiens reste indispensable pour assurer une décision efficace.

La relation de dialogue et de pouvoir entre directeurs et médecins est donc susceptible de favoriser une décision éclairée, qui traite les enjeux organisationnels et les enjeux individuels de soin. 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.

Mais pour que le dialogue soit fructueux, certaines conditions doivent être respectées : la discussion doit être autant que possible ouverte aux conceptions différentes. Or, 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.

---

[22] Le corps des directeurs d'hôpital fut créé en 1941.
[23] Mention-Schaar (M.-C.), *Bowling*, 2012.
[24] Stendhal, *Le Rouge et le noir*, Levasseur, Paris, 1830.
[25] Guibert (G.), de Montalembert (P.), Verdier (F.), *Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011.

Pour le professeur Olivier Goëau-Brissonnière, Président de la Fédération des Spécialités Médicales, les règles du débat sont à cet égard un enjeu essentiel : *« Selon Bachelard, la vérité est fille de la discussion, non pas fille de la sympathie. Cette éthique de la discussion a été formalisée par Jürgen Habermas en 1991, pour qui le seul principe capable de transcender les différences individuelles et communautaires est la symétrie argumentaire. La solution la plus équilibrée et la plus efficiente ne peut découler d'un principe normatif supérieur ou d'un credo individuel. Il faut au contraire s'engager dans le débat et accepter que d'autres que nous réfutent nos explications ou arguments. Ce qui rassemble les différences, c'est une implication commune dans un destin collectif qui permet d'agir en construisant. Un tel raisonnement peut apparaitre complexe, mais sa conclusion me semble claire : il ne faut pas faire prévaloir une vision partielle et partiale de l'intérêt général mais coordonner toutes les perspectives d'interprétations divergentes en acceptant de débattre »*[26]. Accepter de débattre avec des interlocuteurs qui utilisent un langage et un mode de pensée différents est donc l'objectif premier du dialogue qui doit permettre la prise de décisions pertinentes. Or, à l'hôpital, entre directeurs et médecins, il existe une *« divergence des objectifs, de la sphère d'activités et des valeurs de référence »*[27].

Et au-delà du respect des règles du débat, cela nécessite une plasticité intellectuelle des acteurs impliqués, telle que décrite par Henri Bergson ; la discussion requiert *« la faculté de se mettre à la place des autres, de s'intéresser à leurs occupations, de penser de leur pensée, de revivre leur vie en un mot, et de s'oublier soi-même. En cela consiste (…) la politesse de l'esprit, laquelle n'est guère autre chose, semble-t-il, qu'une espèce de souplesse intellectuelle, [de capacité à] entre[r] dans les vues d'autrui sans les adopter toujours »*[28]. Pour cela, le processus de décision à l'hôpital doit donner une place importante à la délibération et à la prise en compte des différents arguments énoncés. Et les acteurs doivent autant que possible être formés à l'échange et à la connaissance de la manière de raisonner de leurs interlocuteurs.

Cet échange prend place dans un cadre qui évolue : les pouvoirs du directeur augmentent depuis la création du statut de directeur d'hôpital en 1941, et plus encore depuis le début des années 1980, pour deux raisons principales. D'une part, l'augmentation rapide des dépenses hospitalières conduit le législateur à donner plus de prérogatives aux gestionnaires des établissements, dans l'espoir de freiner la hausse des coûts[29] ; d'autre part, les directeurs d'hôpital ont progressivement acquis une légitimité professionnelle en développant et en faisant connaître leur expertise spécifique, le management hospitalier[30].

---

[26] Goëau-Brissonnaière (O.), *Contribution au colloque du Groupe de Recherche et d'Applications Hospitalières « Confiance et performance »*, Paris, 23 mars 2011.

[27] Nobre (T.), Haouet (I.), *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, Revue française de gestion, 2011/2 n° 211, p. 103-118.

[28] Bergson (H.), *La politesse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.

[29] Holcman (R.), *Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir, réflexions sur la relation hiérarchique*, Revue française de gestion, n° 196/2009.

[30] Schweyer (F.-X.), *Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier*, Revue française des affaires sociales, 2001, n°4, pp. 115-122.

Par un mouvement concomitant, le législateur renforce progressivement l'implication des médecins dans la « gouvernance » de l'hôpital, des ordonnances Debré de 1958[31] à la loi dite HPST du 21 juillet 2009. Ce mouvement est accompagné par les acteurs institutionnels de l'hôpital, comme la Fédération Hospitalière de France, l'organisme qui représente les hôpitaux publics. Le président de la FHF souhaite ainsi renforcer *« la médicalisation des travaux et des instances de [sa] gouvernance. (…). Nous ne sommes ni la maison des directeurs, ni la maison d'un courant politique »*[32].

Cette évolution tend à impliquer davantage les praticiens dans la gestion de l'hôpital. Cela renforce la légitimité des décisions réformant l'organisation de l'hôpital, dans le contexte de difficultés financières croissantes à compter des années 1980. Les orientations de la direction sont ainsi validées par le corps médical[33].

L'organisation des pouvoirs à l'hôpital fait aussi intervenir des acteurs extérieurs nationaux et locaux. Sur le plan des fonctions d'orientation stratégique et de contrôle, les collectivités territoriales ont ainsi un rôle très important dans la gouvernance de l'hôpital : jusqu'à la loi HPST, le maire de la commune du ressort de l'hôpital était le président du conseil d'administration de droit[34]. Au regard des compétences marginales des collectivités locales dans le champ de la santé, et de leur part minime dans le financement des établissements, les élus territoriaux conservent une influence importante dans la gestion des hôpitaux. Le cumul des mandats nationaux et locaux présente à cet égard des effets pervers[35].

Les pouvoirs publics (État et assurance-maladie) ont quant à eux un rôle relativement réduit dans la gouvernance de l'hôpital au regard de leur part déterminante dans le financement, parce que les hôpitaux sont des établissements publics autonomes, et aussi parce que le secteur sanitaire est traditionnellement peu investi par l'État et par les hauts fonctionnaires d'État[36]. L'influence des pouvoir publics s'exerce avant tout par le biais des tutelles, et tend à se renforcer cependant[37].

Enfin, dans les Centres Hospitaliers Universitaires, le dialogue entre directeurs et médecins est influencé par deux éléments spécifiques : d'une part, de nombreux médecins sont fonctionnaires d'Etat, employés à titre principal par l'Université. Les plus éminents sont les professeurs des Universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) ; d'autre part, un médecin possède des responsabilités extérieures à l'hôpital d'une importance particulière : le Doyen de la Faculté de médecine. Le Doyen possède une

---

[31] Les ordonnances Debré, qui créent les centres hospitaliers universitaires, mettent aussi en place le statut des médecins hospitalo-universitaires temps plein.

[32] Valletoux, (F.), Président de la Fédération Hospitalière de France, Discours de politique générale, Convention nationale de la FHF, Paris, 12 décembre 2012.

[33] Larcher (G.), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008.

[34] Le président du conseil de surveillance est désormais élu. Il peut faire partie du collège des élus, ou du collège des personnalités qualifiées.

[35] De Kervasdoué (J.), *L'hôpital*, Paris, PUF, 2e éd., 2005.

[36] Lefebvre (E.), *Les « autres » métiers de la santé – Les énarques*, Les Tribunes de la santé, 2006/1, n° 10.

[37] Les personnes interviewées dans l'enquête de terrain sont quasiment unanimes sur ce point. L'appréciation de ce renforcement du contrôle est plus diverse ; les directeurs exerçant en ARS sont comme attendu ceux qui ont le plus minimisé les proportions de ce renforcement.

légitimité symbolique forte au sein du corps médical. Contrepoids, voire futur concurrent du directeur général du CHU dans l'hypothèse d'un rapprochement entre hôpital universitaire et Université, il exerce un magistère moral sur les personnels hospitalo-universitaires. Le cas particulier des CHU sera abordé fréquemment dans notre étude, sans être traité comme une exception. Centres hospitaliers universitaires et non universitaires possèdent en effet suffisamment de similitudes pour que nos travaux traitent des deux types d'établissement. En conséquence, la figure du Doyen ne donnera pas lieu à des développements spécifiques dans les présents travaux.

De même, la gestion dite « par pôles », innovation relativement récente à l'hôpital, semble plus particulièrement adaptée et utile dans les hôpitaux de taille importante. C'est notamment le cas de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), établissement exceptionnel à de nombreux égards et dans lequel les pôles sont une intermédiation particulièrement bien venue entre les différents niveaux de décision et de gestion. Mais ce cas très spécifique de l'AP-HP ne donnant pas d'enseignements généralisables, nous avons décidé de ne pas le traiter à part au cours de nos travaux. Pour la même raison, nous ne traiterons pas spécifiquement de l'hôpital psychiatrique. Les particularités de l'hôpital mono-disciplinaire sont intéressantes au regard de la légitimité des médecins vis-à-vis de leurs confrères. Mais les points communs avec les établissements médecine-chirurgie-obstétrique l'emportent selon nous sur les différences, comme l'ont confirmé les acteurs interrogés qui ont exercé dans les deux types d'établissements.

En outre, on notera que les présents travaux traitent spécifiquement de la relation médecins-directeurs dans le cadre de la décision à l'hôpital public. Le champ considéré n'inclut donc pas des acteurs importants que sont les cadres de santé (cadres paramédicaux) et les représentants du personnel. Directeurs et médecins s'appuient en effet alternativement sur les cadres de santé qui constituent, selon plusieurs médecins interrogés, la *« troisième pyramide hiérarchique »* Certains la décrivent comme du *« béton armé »*.

Les cadres de santé ne font ainsi pas partie du périmètre de l'étude. Mais si les résultats de nos travaux concernent la relation entre médecins et directeurs, ils peuvent aussi nourrir les réflexions concernant les rapports entre les soignants et les gestionnaires dans l'ensemble de l'hôpital.

Les cadres soignants sont issus des corps paramédicaux qui comprennent trois filières : filière infirmière (infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, puéricultrices), filière rééducation (pédicures-podologies, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens), et filière médico-technique (préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale) ; il faut y ajouter le corps des sages-femmes[38]. Les professionnels de santé non-médecins ont ainsi une voie d'accès à des postes de management, par les écoles de cadre de santé. La progression

[38] Des cadres de santé sages femmes exercent dans les hôpitaux, même si les sages femmes ne sont pas des personnels paramédicaux. Sur le plan statutaire, ce sont des personnels médicaux.

dans cette carrière compte plusieurs grades : cadre de santé, cadre supérieur de santé, directeur des soins.

Les directeurs des soins, formés à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique comme les directeurs d'hôpital, font partie de l'équipe de direction de l'établissement. Le directeur des soins a rang de membre de droit du directoire. En conséquence, les directeurs de soins font partie du corps de direction de l'hôpital, et entrent dans le périmètre de nos travaux[39].

Les cadres de santé sont intégrés à la ligne hiérarchique de la direction, et relèvent du pouvoir hiérarchique du directeur, comme tous les fonctionnaires hospitaliers. Leur connaissance des processus de soin est fréquemment utile pour renouveler les termes du débat entre directeurs et médecins.

Pour essentiel que soit leur rôle, notamment dans l'information réciproque des médecins et plus encore des directeurs, ils ne font cependant pas partie de la « coalition des dominants » au sens de Friedberg. Leur rôle ne fera donc pas l'objet de développements approfondis dans le cadre de nos travaux.

De même, les représentants du personnel ne feront pas l'objet d'une étude dans le cadre de nos travaux, bien que le comité technique d'établissement (CTE) soit une instance officielle de l'hôpital. Le CTE est le lieu du dialogue social au sein de l'hôpital, pour l'ensemble des catégories professionnelles. Les représentants syndicaux des personnels non médicaux y font face aux directeurs, qui défendent les projets menés par l'établissement. Dans de nombreux établissements, les représentants syndicaux sont dans une posture assez offensive ; le CTE étant une instance consultative, les organisations syndicales sont structurellement incitées à adopter des positions empreintes de fermeté.

« Banquiers d'hommes en régime de monopole »[40], selon le mot de Gramsci, les représentants du personnel gèrent leur influence en observant autant l'attitude des autres organisations que celle des dirigeants de l'hôpital. Le chef syndical possède *« un bon coup d'œil dans les affaires, (…) sait prévoir avec une certaine exactitude le cours des bourses et des contrats, donne du crédit à sa maison, attire les épargnants et les escompteurs ; un chef syndical qui en plein affrontement des forces sociales en lutte sait prévoir les résultats possibles, attire les masses à son organisation, devient un banquier d'hommes »*[41]. Les représentants syndicaux développent ainsi des stratégies qui ont une influence certaine sur la décision à l'hôpital. Mais le caractère fréquemment stérile des débats en CTE ne confère pas à cette instance un rôle décisif dans la décision à l'hôpital public à l'heure actuelle. Les avis des représentants du personnel sur les dossiers présentés sont souvent défavorables.

---

[39] Le décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics est à cet égard un texte important. La création des infirmiers généraux favorise le rapprochement entre directeur et médecin, via un intermédiaire paramédical.

[40] Gramsci (A.), *Écrits politiques*, t. I, Paris, Gallimard, 1974.

[41] Gramsci (A.), *op. cit.*

En outre, la distribution de la parole est assurée par le président du CTE (le directeur), ce qui constitue un avantage pour le corps de direction. Enfin, directeurs et médecins sont dans l'ensemble dotés d'une bien meilleure maîtrise rhétorique, ce qui leur assure un avantage important dans la conduite des débats. Les fréquentes excuses préalables à la prise de parole chez les représentants syndicaux (« Je ne dirais pas les choses de façon aussi brillante, mais… ») en attestent.

C'est dans ce cadre global complexe que se déroule le processus de décision. Le processus de décision comprend deux étapes. La première est la délibération préalable à la décision : processus de consultation, concertation, demande d'avis. La seconde est la prise de décision elle-même, assurée par un ou des acteurs qui possèdent la prérogative juridique de décider, la légitimité pour décider, et se conforment à une modalité d'arrêt prédéfinie (par exemple, décision écrite, datée, consignée dans un registre, etc.).

Étymologiquement, décider vient du latin *decidere*, qui signifie « diminuer », « retrancher », « réduire ». Ce verbe est composé du préfixe *de* et du verbe *caedere* (« abattre »)[42]. Décider, c'est donc régler une question, arranger, voire transiger, toujours par une action privative. Au sens littéral, décider signifie « trancher, ôter, retirer ». Cela induit donc le fait de défaire, de renoncer aux options non retenues.

En outre, la décision arrête une hiérarchisation entre des options possibles. Mais choix et décision ne peuvent être assimilés[43]. L'action de décider engage le décideur, car la décision marque le moment où la délibération prend fin. Après que l'on a décidé, on ne délibèrera plus, on ne prendra plus en compte de nouveaux arguments. La décision fixe donc l'arrêt d'un processus[44], comme l'indique Philippe Urfalino : *« Le concept de décision appartient au registre de l'action. L'objet d'une décision n'est jamais un état de la connaissance (on ne décide pas que tel énoncé est vrai ou faux au regard de ses référents), ce que l'on décide, c'est une action à entreprendre. Ensuite, toute action intentionnelle n'est pas précédée d'une décision. Mais, pour qu'il puisse être dit qu'il y a eu décision, il faut pouvoir distinguer un laps de temps entre cette décision et sa mise en œuvre. Ce laps de temps pointe une distinction conceptuelle qui livre la nature de la décision: elle est l'arrêt d'une intention d'agir. La décision proprement dite n'est ni l'ensemble d'un processus, ce qui concourt à la décision, ni ce qui en résultera, l'action qui a été décidée: il y a décision quand entre la délibération, d'un côté, et l'action, de l'autre côté, s'interpose l'arrêt d'une intention. Une clarification du concept de décision amène ainsi à mettre en avant la notion d'arrêt de l'intention d'agir »*[45].

Décider est ainsi une action privative, qui élimine un ou plusieurs choix possibles pour ne retenir qu'une des options envisagées, au terme d'une action d'arrêt. Ainsi, décider est un acte qui comporte l'expression d'une volonté, et même d'une puissance, sur le plan symbolique. Le décideur est – ou s'estime – fondé à écarter

[42] D'après le Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935.
[43] Urfalino (P.), *La décision fut-elle jamais un objet sociologique?*, document de travail, 2005, disponible sur le site CESTA-EHESS.
[44] Urfalino (P.), http://www.dailymotion.com/video/xbwx0g_l-arret-des-decisions-collectives-p_news
[45] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.

des arguments, à en retenir d'autres ; il juge les faits et opinions qui lui sont soumis de façon souveraine. Il exerce un pouvoir, qui crée une dépendance des autres acteurs à son égard.

Pour qu'il y ait décision, il faut au préalable une délibération. Cette délibération peut être individuelle : un acteur peut délibérer, seul face à lui-même, en soupesant des arguments en faveur ou en défaveur de telle ou telle décision. La délibération peut aussi être collective, comme dans le cas du jury, dans le domaine judiciaire.

La délibération est la phase de préparation qui précède l'arrêt, la décision proprement dite : *« L'un des usages modernes du terme «délibération» a préservé la signification que lui accordaient les Grecs, signification attestée par Aristote : la délibération est la discussion en vue d'une décision à prendre collectivement. Une assemblée, un groupe plus ou moins étendu, a besoin d'arrêter l'intention d'entreprendre une action. La discussion entre au moins une partie de ses membres est l'une des composantes importantes de ce qui permet cette décision. Quelles que soient les modalités finales de l'arrêt de la décision, par exemple un vote, les options entre lesquelles il a fallu choisir ont été au moins en partie forgées, modifiées, comparées et mises en concurrence par le biais de plusieurs prises de paroles. Des orateurs ont proposé, au reste de l'assemblée, des manières de concevoir le problème à traiter et ont conseillé ou déconseillé telle ou telles options. Ainsi, la décision qui sera finalement arrêtée aura-t-elle subi l'épreuve de la discussion. Cette discussion est également une épreuve pour ceux qui se sont engagés dans la défense d'un point de vue ou d'une option »*[46].

Le caractère abrupt de l'action de décider confère donc un rôle très éminent au décideur, car la décision rompt brutalement la phase de délibération qui a permis l'avancée progressive de la réflexion. En prenant la décision, le décideur interdit la poursuite de la phase de réflexion, comme le soutient Philippe Urfalino : il lui revient de marquer que, selon toute vraisemblance, les réflexions qui auraient pu être émises dans une délibération prolongée n'auraient pas été d'une grande utilité.

Or, le décideur hospitalier au sens du droit, est le directeur. Mais il doit composer en permanence avec des acteurs puissants, les médecins. Ceux-ci n'apprécient pas qu'il soit fait peu de cas de leur opinion[47], et de leur position éminente dans l'institution. C'est sans doute pourquoi, dans le cadre de la gestion hospitalière, les termes retenus pour désigner le processus de décision relèvent de l'euphémisme depuis les réformes de 2005.

Le processus complet de décision (délibération et prise de décision) est ainsi appelé à l'hôpital « la gouvernance », ou « nouvelle gouvernance », depuis les réformes de 2005 et 2009. Le terme de gouvernance est devenu d'usage courant dans les années

---

[46] Urfalino (P.), *La délibération n'est pas une conversation – Délibération, décision collective et négociation*, Négociations, 2005/2 no 4.

[47] Comment un chef d'établissement doit-il dire aux médecins que les opinions qu'ils pourraient exposer ne méritent plus de l'être ? Voilà un exercice qui mêle diplomatie et autorité dans des proportions qui font l'objet d'un difficile apprentissage.

1990 pour désigner des processus organisationnels dont on souhaite souligner – à tort ou à raison – le caractère concerté[48].

Au sens premier, la gouvernance vient du verbe gouverner, qui désigne le fait de diriger un navire, puis par extension, un char : « *Le verbe grec kubernân (piloter un navire ou un char) fut utilisé pour la première fois de façon métaphorique par Platon pour désigner le fait de gouverner les hommes. Il a donné naissance au verbe latin gubernare, qui revêtait les mêmes significations et qui, par le biais de ses dérivés, dont gubernantia, a lui-même engendré de nombreux termes dans plusieurs langues:*
- français: gouverner, gouvernement, gouvernance, etc.
- anglais: govern, government, governance, etc.
- espagnol: gobernar, gobierno, gobernanza, etc.
- portugais: governar, governo, governação, governança, etc.
- italien: governare, governo, governamento, etc.
Le terme d'ancien français gouvernance a d'abord été utilisé au XIIIème siècle comme équivalent de "gouvernement" (art ou manière de gouverner) puis, à partir de 1478, pour désigner certains territoires du Nord de la France dotés d'un statut administratif particulier, avant de s'appliquer aussi, dans un contexte purement domestique, à la charge de gouvernante. C'est au XIVème siècle qu'il est passé dans la langue anglaise, donnant naissance au terme governance (action ou manière de gouverner). Le portugais governança dérive également du mot français et a revêtu des acceptions très similaires dans les sphères politico-administrative et domestique. L'espagnol gobernanza (forme archaïque: governança) daterait à peu près de la même époque, mais il aurait surtout été employé au sens de "gouvernement". Tous ces termes sont ensuite plus ou moins tombés en désuétude, dans certains cas (France, Portugal) parce qu'ils étaient associés à l'Ancien Régime. Le mot anglais governance a été remis à l'honneur dans les années 1990 par des économistes et politologues anglo-saxons et par certaines institutions internationales (ONU, Banque mondiale et FMI, notamment), de nouveau pour désigner "l'art ou la manière de gouverner", mais avec deux préoccupations supplémentaires; d'une part, bien marquer la distinction avec le gouvernement en tant qu'institution; d'autre part, sous un vocable peu usité et donc peu connoté, promouvoir un nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la société civile à tous les niveaux (national, mais aussi local, régional et international) »[49].

C'est pourquoi, comme le soutient Gérard Charreaux, « c*ontrairement à ce que le terme, ambigu, de gouvernement ou de gouvernance des entreprises conduit parfois à conclure, les théories de la gouvernance n'ont pas pour objet d'étudier la façon dont les dirigeants gouvernent – ce qui conduirait à confondre la gouvernance avec le management –, mais celle dont ils sont gouvernés. L'analogie avec les rôles dévolus à la gouvernante des enfants peut-être utile pour éclairer cette signification. Ces rôles sont notamment de surveiller et de définir les règles du jeu pour les enfants et leur latitude. Ce faisant, la gouvernante accomplit deux fonctions : une fonction*

[48] Aubert (F.-J.), *Pourquoi la gouvernance (perfectible) des collectivités territoriales peut être une source d'inspiration pour les établissements de santé*, Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

[49] Huynh-Quan-Suu (C.), Note sur l'étymologie du terme « gouvernance », Service de Traduction, europa.eu

disciplinaire contraignante et une fonction éducative «habilitante», les deux étant liées : la définition de l'aire et de la nature des jeux, tout en facilitant la surveillance, conditionne également l'apprentissage »[50].

Il apparaît en effet que l'utilisation du terme gouvernance est promue par des organisations qui ont un pouvoir d'influence plus que de contrainte directe : l'ONU, le FMI, la Banque mondiale, et l'Union européenne sont ainsi des acteurs seconds des relations internationales. Selon la théorie réaliste des relations internationales, les États sont les acteurs premiers des relations internationales [51] [52] [53] [54]. Leur souveraineté ne peut, par définition, être limitée. En conséquence, les organisations internationales ne peuvent obliger les États à agir ainsi qu'elles le souhaitent. Elles sont contraintes, pour exercer un pouvoir sur les États, de promouvoir des objectifs qui seront acceptés comme légitimes.

Ainsi, sans avoir la faculté de contraindre les États, les organisations internationales exercent une influence sur eux. Afin de justifier cet ascendant, elles usent de la rhétorique de la gouvernance ; elles désignent par ce terme la faculté d'influer sur le comportement d'autres acteurs, *en vertu d'un objectif légitime*. Cette influence ne relève pas d'une capacité d'obliger. Les organisations supra nationales la justifient par le caractère utile ou positif des objectifs poursuivis. Les États doivent ainsi tenir compte de la légitimité des organismes internationaux car ces derniers ont des objectifs réputés louables : la paix, la stabilité économique, la prospérité. L'usage du terme gouvernance progresse, car il permet de désigner des relations organisées de pouvoir, en évitant des notions jugées abruptes : décision, exécution, pouvoir, contrainte, obligation, obéissance, etc.

Au sein d'une organisation, la gouvernance peut donc se définir comme l'ensemble organisé des prérogatives explicites et des influences exercées par les différents acteurs, dans le cadre du processus de décision, dans l'objectif de mener des actions conformes à l'intérêt collectif. La gouvernance détermine les rapports entre acteurs au sein de l'organisation, mais aussi les relations entre celle-ci et son environnement. Et c'est pourquoi la détermination d'un mode de gouvernance efficace est essentielle pour obtenir une performance satisfaisante. Un modèle inefficace sur ce plan peut ainsi causer un préjudice au corps social, à l'image du handicap pour l'économie que constitue la gouvernance portuaire française, par exemple[55].

Au-delà d'une définition factuelle, il est à noter que la fréquence de l'utilisation du terme gouvernance est un indicateur intéressant de la vision des rapports de pouvoir des acteurs. C'est donc un mot dont l'usage même est un enjeu dans l'échange d'idées. Les acteurs qui valorisent la décentralisation des décisions et la

---

[50] Charreaux (G.), *Les théories de la gouvernance : de la gouvernance des entreprises à la gouvernance des systèmes nationaux*, Cahier du FARGO n°1040101, Décembre 2004.
[51] Thucydide, *La guerre du Péloponnèse*, Paris, Gallimard, 2000.
[52] Clausewitz (C.), *De la guerre*, coll. Tempus, Librairie Académique Perrin, 2006.
[53] Morgenthau (H.-J.), *Politics among nations; the struggle for power and peace*, New-York, New York Knopf, 4th Edition, 1968.
[54] Aron (R.), *Paix et guerre entre les nations*, Paris, Calmann-Lévy, 2004.
[55] Dujardin (B.), *Un modèle de gouvernance de l'entreprise publique à méditer : la gouvernance portuaire*, L'ENA hors les murs, mars 2011, n° 409.

participation des citoyens utilisent plus volontiers le mot de gouvernance pour décrire les relations au sein des organisations[56].

Ainsi, les tenants du concept de gouvernance promeuvent une organisation équilibrée des pouvoirs qui garantirait des décisions favorisant le bien commun. Ils s'opposent aux théoriciens des rapports de force, pour lesquels la gouvernance est un terme à la mode qui ne fait que dissimuler la brutalité des rapports de pouvoir réels. L'acceptation ou le refus de l'usage du terme de gouvernance est donc le signe d'une vision des rapports de pouvoir ; cette ligne de partage reproduit de fait au niveau des organisations infra-étatiques l'opposition pluriséculaire existant entre « idéalistes » et « réalistes » dans le champ des relations internationales : là où Carl von Clausewitz et Raymond Aron voient dans les relations entre Etats l'expression d'un égoïsme national absolu, Emmanuel Kant et Kenneth Waltz espèrent au contraire l'avènement d'un ordre international progressivement pacifié par la règle de droit.

La gouvernance est ainsi un terme chargé d'idéologie, et dont la vogue actuelle dépasse désormais largement le monde anglo-saxon : *« Cette résurrection du mot governance a entraîné dans son sillage la réapparition du mot français, qui semble s'imposer dans le monde francophone, et des équivalents portugais et espagnols, qui restent toutefois concurrencés par d'autres termes proches signifiant aussi l'art ou la manière de gouverner (comme governação en portugais).*
L'italien n'avait pas jusqu'à présent d'équivalent direct de gouvernance (c'est-à-dire de terme construit avec le suffixe -anza). Le mot latin gubernare n'ayant pas non plus engendré d'équivalent direct de gouvernance en allemand, néerlandais, danois, suédois et finnois, les solutions qui s'offraient à ces langues pour désigner ce nouveau concept consistaient à puiser dans d'autres sources (autres racines latines ou saxonnes) ou à officialiser le terme anglais, parfois déjà majoritairement adopté par les chercheurs et les médias. Le grec disposait d'une traduction fidèle, de même racine que kubernân »[57].

Le sens du terme « gouvernance » est donc différent de celui de « gouvernement ». La gouvernance désigne en effet non seulement l'action de l'exécutif (la mise en œuvre), mais aussi celle du pouvoir législatif (la délibération et l'arrêt), et celle du pouvoir judiciaire (la sanction des fautes). Si la décision fait partie de la gouvernance, c'est aussi le cas de sa préparation et de son évaluation (qui comprend la sanction). L'ensemble du processus de décision et l'appréhension de son efficacité, ainsi que l'implication des acteurs, définissent ainsi la notion de gouvernance.

L'usage du terme de gouvernance dans le contexte de l'hôpital public est vraisemblablement motivé par des considérations tactiques : éviter l'usage d'autres termes plus directs, tels que décision, prérogatives, etc. Mais ce terme apparaît approprié à l'hôpital, dans la mesure où les fonctions de stratégie, les fonctions exécutives, et les fonctions de contrôle sont séparées et attribuées à différents

[56] Carles (J.), Communication aux Universités d'été du Management Public Territorial, 2008.
[57] Huynh-Quan-Suu (C.), Note sur l'étymologie du terme « gouvernance », Service de Traduction, europa.eu

acteurs[58]. La délibération et la décision sont assurées au sein de plusieurs instances, et la prise de décision, prérogative détenue dans la plupart des cas par le chef d'établissement, est étroitement dépendante de la préparation de la décision par différentes consultations et informations. En outre, le contrôle est assuré par une instance spécifique, le conseil de surveillance.

L'expression « nouvelle gouvernance » utilisée dans le cadre de l'hôpital désigne deux éléments principaux : la répartition des pouvoirs, et la mise en œuvre d'une démarche négociée de contractualisation. Or, la relation entre directeur et médecin comprend ces deux dimensions : c'est, comme indiqué précédemment, une relation de dialogue, dont la richesse est nécessaire à une bonne préparation de la décision. Mais c'est aussi une relation de pouvoir, qui ne doit pas être déséquilibrée afin de permettre une décision de bonne qualité.

Le terme « pouvoir » est dérivé du latin « potestas ». La forme conjuguée à la première personne du singulier « potis sum » (« je suis maître de ») a donné le verbe français « pouvoir ». Mais « pouvoir » est aussi un nom commun masculin. Le mot désigne la faculté d'un agent. Ce terme indique la capacité à produire un effet, ou la faculté d'agir, de décider, de commander, de contraindre. Le terme pouvoir désigne aussi un mandat ou un contrôle politique (« être au pouvoir »). Comme le note Henry Mintzberg, *« ce concept ne semble pas présenter de difficultés pour le commun des mortels. Ils savent ce que veut dire « avoir le pouvoir » et reconnaissent instinctivement ceux qui l'ont »*[59].

A contrario, le verbe « pouvoir » a une signification plus ambivalente. Certes, il signifie, au sens premier, le fait d'être capable, de disposer d'une faculté. Pouvoir, c'est donc être en état de faire quelque chose. Mais c'est aussi parfois l'indication d'une simple éventualité, d'une hypothèse. Le verbe pouvoir comporte donc ainsi une incertitude, dont l'agent qui en est doté ne maîtrise pas toujours les tenants et aboutissants[60]. Il est à noter que l'absence d'un tel verbe ne réduit pas l'ambiguïté : Mintzberg souligne ainsi : *« Dahl a peut-être raison quand il dit que le problème sémantique du mot « pouvoir » en anglais (c'est-à-dire « power ») réside dans le fait que ce mot (« power ») n'a pas de forme verbale appropriée. Par conséquent nous sommes contraints d'utiliser des périphrases comme par exemple « le fait d'avoir une influence sur… » ou encore « le fait d'avoir la maîtrise ou le contrôle de… » ; il s'ensuit un chapelet de problèmes sémantiques »*[61].

Cette ambiguïté du terme « pouvoir », présente donc en français et en anglais sous des formes différentes, est associée par Henry Mintzberg à différents niveaux de lecture possibles : *« Le pouvoir est à la fois moins compliqué que les abstractions présentes dans la littérature théorique et plus complexe que les interprétations toutes faites que l'on trouve dans la littérature ordinaire portant sur des sujets tels*

[58] La « gouvernance » hospitalière n'est pour autant pas une forme de cogestion. En effet, il n'y a pas de partage du pouvoir de décision. Ce pouvoir relève en effet du directeur, chef d'établissement.
[59] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[60] Le pouvoir peut en effet ne pas être utilisé, ou être utilisé de façon inappropriée.
[61] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.

que la responsabilité sociale, les conseils d'administration, la démocratie dans l'entreprise, la fixation des objectifs.»[62].

Ces « interprétations toutes faites de la littérature ordinaire » marquent l'image défavorable du terme « pouvoir » dans les sociétés contemporaines[63] ; Ehrard Friedberg oppose l'autorité, perçue favorablement, au pouvoir, terme chargé de connotations négatives : *« Autant l'autorité (légitime) est valorisée et portée au pinacle, autant le pouvoir est voué aux gémonies, caché et refoulé, parce qu'il est identifié à l'univers des magouilles, des compromissions et de l'exploitation sans limites des rapports de force, bref, avec l' « abus de pouvoir » et son corollaire, la poursuite d'intérêts inavouables parce que strictement égoïstes »*[64]. Ces connotations péjoratives proviennent sans doute en partie de la difficulté d'appréhender le concept de pouvoir ; comme le note Henry Mintzberg, *« il n'existe pas d'endroit où le chercheur qui s'intéresse au pouvoir puisse se rendre. Il n'existe pas d'ensemble de périodiques, ni de manuel fondamental donnant une bibliographie complète, portant sur les différents domaines d'investigation et encore moins à propos du pouvoir organisationnel pris globalement »*[65].

Dans le cadre de notre recherche, nous prendrons le parti de traiter les enjeux de pouvoir en considérant, comme Friedberg, que *« l'action organisée ne correspond nullement à cette vision outrancière et totalement caricaturale. (…) Les champs d'action ne sont pas une jungle où seule compte la loi du plus fort (…) En effet, d'autres principes viennent contraindre l'arbitraire des acteurs : la tâche, les machines, les dispositifs de mesure et de qualification »*[66] qui médiatisent et stabilisent les échanges des acteurs[67].

Ainsi, nous considérerons le pouvoir comme une dimension inévitable, nécessaire même, de l'action collective. Le pouvoir sera traité comme l'une des dimensions de la relation entre directeur et médecin, mais non la seule, ni même la plus déterminante lors de toute interaction entre eux. Cependant, nous traiterons aussi des cas particuliers éventuels d'usage excessif du pouvoir, qui ne doivent pas être sous-estimés, et qui ont des effets très contreproductifs dans une interaction complexe comme celle entre les directeurs et les médecins.

De manière générale, le pouvoir sera traité avant tout comme la résultante de l'autonomie de la volonté des acteurs au sein d'un système d'interdépendance tel qu'un hôpital : *« Dans la mesure où tous les participants gardent (…) une marge de liberté, c'est-à-dire un minimum d'autonomie, les contributions des autres n'ont rien d'automatique. (…) Elles dépendent en fait de leur bonne volonté qui ne va*

---

[62] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[63] Crozier (M.), *La société bloquée*, Paris, Seuil, 1971.
[64] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[65] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[66] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[67] En outre, le pouvoir attribué formellement à un agent ne lui garantit bien sûr pas la possibilité concrète de l'utiliser. Pour l'utiliser, encore faut-il s'en montrer digne aux yeux des autres acteurs. L'acceptabilité du pouvoir induit une limite « inférieure » de son utilisation, équivalente à la limite supérieure que le droit caractérise comme « l'abus de pouvoir ». On peut ainsi avoir le pouvoir et ne pas l'utiliser, par crainte de voir ses décisions non suivies d'effet. C'est un travers qui est sévèrement jugé par les autres acteurs. Le pouvoir connaît donc des garde-fous contre l'usage inapproprié, qu'il soit abusif ou insuffisant.

jamais de soi, mais s'obtient moyennant marchandages, contreparties et échanges négociés (que ce soit de façon explicite, ou, comme c'est le cas le plus souvent, implicite). Il en est ainsi non pas (…) parce que les uns (…) cherchent à tout prix à imposer leur « pouvoir » face aux autres. C'est plus simplement parce que les contraintes des uns ne sont pas celles des autres (…). Si l'on ne veut pas soi-même être pris pour un moyen par les autres, il vaut mieux avoir quelque chose à échanger (…). Si [les acteurs] veulent réussir dans leurs tâches, tous seront amenés, qu'ils le veuillent ou non (…), à chercher à influencer mutuellement leurs conduites, c'est-à-dire à exercer du pouvoir les uns sur les autres »[68].

Ou, pour parler comme Mintzberg : *« Le pouvoir se définit (…) comme étant tout simplement la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels »*[69]. Le pouvoir sera abordé en tant qu'il produit des résultats, ou est susceptible d'en produire. Mais si elle est une relation de pouvoir, la relation entre directeurs et médecins est aussi un échange, un dialogue particulièrement riche. Les enjeux de la gestion hospitalière mettent en effet aux prises deux catégories d'acteurs très différents, dont les formations initiales et les parcours professionnels ont très peu en commun.

Le parcours de formation des futurs médecins est en effet très relativement atypique, par comparaison avec la plupart des formations supérieures : très forte dimension initiatique, engagement précoce dans une profession, respect très marqué du savoir des maîtres, dimension pratique, et même manuelle, très valorisée, insertion très précoce et très progressive dans le milieu professionnel, relative stabilité géographique. L'exercice d'une même activité pendant toute une carrière n'est pas chose exceptionnelle.

A contrario, les futurs directeurs ont des parcours proches de ceux que connaissent la majorité des diplômés de l'enseignement supérieur, et notamment les autres administrateurs du secteur public : choix tardif et réversible d'une profession, formation essentiellement théorique assurée par des non praticiens, contestations doctrinales fréquentes, coupure nette avec la vie d'étudiant lors de l'entrée dans la vie professionnelle, mobilité géographique. L'exercice de différentes activités au cours d'une carrière (directions fonctionnelles différentes et chefferies, mobilité vers les tribunaux administratifs, les collectivités territoriales, ou en administration centrale, ainsi que dans les cliniques) est courant.

Ces différences de formation et de parcours de carrière influent sur la manière qu'ont directeurs et médecins d'aborder une question, un problème. Leurs approches sont ainsi souvent différentes et complémentaires. La richesse du dialogue entre les acteurs est renforcée par le caractère très différent de leurs modes de raisonnement.

Le terme dialogue vient du latin « dialogus », qui signifie : « écrit philosophique à la manière de Platon », provenant du grec « dialogos », « discussion ». Étymologiquement, ce terme est composé du préfixe « dia » (au travers) et du suffixe

[68] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[69] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.

« logos » (parole) ; cela induit l'idée de suivre une pensée. Ce nom commun possède quatre sens principaux : une conversation, une discussion ou négociation, des répliques échangées par des acteurs, ou encore un ouvrage reprenant la forme d'un entretien[70]. Le terme est utilisé pour faire comprendre que les locuteurs recherchent un accord. Le dialogue tend à rapprocher les points de vue, ou à tout le moins à admettre la validité de différents points de vue et arguments. Cela suppose qu'une querelle, même si elle fondée sur l'échange d'arguments, n'est pas un véritable dialogue. Une dispute n'est pas un dialogue.

Or, les réformes successives tendent à concilier des objectifs opposés : création des centres de responsabilité lors de la réforme du budget global en 1983, ordonnance de 2005 créant les pôles, réforme de la gouvernance hospitalière telle que modifiée par la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009. Il s'agit à la fois de donner aux médecins des pouvoirs à la hauteur de leur influence dans l'hôpital, et de permettre au directeur d'assurer une gestion d'établissement qui atteigne les objectifs fixés par les politiques de santé publique et préserve les finances publiques. Ces objectifs ne sont pas en eux-mêmes contradictoires. Mais ils induisent une tension qui ne peut être résolue que dans un dialogue permanent et engagé.

Car les médecins ne disposent pas à l'heure actuelle de prérogatives de décision. Ils ont seulement une fonction de conseil du chef d'établissement au sein du directoire, alors que les objectifs de l'hôpital sont définis par un contrat conclu entre l'agence régionale de santé et le chef d'établissement. Certes, au niveau interne, les médecins assurent les fonctions de chef de pôle, et négocient avec le chef d'établissement un contrat de pôle. Mais l'autonomie réelle des pôles hospitaliers reste encore très modeste, sauf exception.

La fonction de conseil des médecins ne rend bien sûr pas compte de leur influence réelle dans le processus de décision à l'hôpital. Le pouvoir des médecins va en effet bien au-delà d'un rôle de conseil, notamment dans le cas du président de la commission médicale. Leur capacité d'influence dépend des établissements, des contextes, et des aptitudes des différents acteurs, mais elle est toujours considérable.

La seule vraie limite du pouvoir médical ne tient d'ailleurs pas à l'évolution des textes qui définissent la « gouvernance » de l'hôpital. Elle procède bien plutôt de la volonté d'autolimitation des médecins eux-mêmes. En effet, la grande majorité des médecins interrogés lors de l'enquête de terrain ne souhaite pas disposer de pouvoirs excessifs dans le processus de décision[71]. Les praticiens estiment parfois qu'ils ne disposent pas de toutes les compétences nécessaires pour préparer et prendre les décisions sans appui extérieur à leur corps. Mais là n'est pas le plus important. La raison essentielle de leur réserve est différente : les médecins estiment que le fait de limiter leur propre pouvoir est indispensable, pour éviter le risque de collusion. La justification de l'existence d'un corps de non-médecins pour assurer la direction de l'hôpital est en effet la neutralité qui procède de l'extériorité aux disciplines médicales. Le directeur a en effet pour principal atout managérial de n'être ni

[70] D'après le Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935.
[71] Certains praticiens interrogés souhaitent une augmentation des pouvoirs de la commission médicale, mais aucun n'a exprimé le souhait que les médecins dirigent l'hôpital, sauf parfois sous forme de boutade.

chirurgien, ni anesthésiste, ni gériatre, ni oncologue, etc. Il peut étudier avec distance les arguments les plus légitimes en faveur d'une option ou une autre, alors même que lesdites options concernent parfois l'organisation des soins pour des patients gravement malades, et la priorité éventuelle donnée à telle ou telle discipline médicale.

De ce fait, seule la direction est en mesure de réformer l'hôpital. Mais elle est impuissante sans le consentement des médecins à la décision. La décision managériale doit s'appuyer sur l'expertise des médecins pour être parfaitement adaptée, et aussi pour être considérée comme totalement légitime[72] dans les unités de soin. Une décision qui ne recueille pas l'approbation, ou à défaut le consentement du corps médical, présente une légitimité très faible, ce qui rend son application pratique presque impossible.

Directeurs et médecins sont donc contraints de s'accorder sur une vision commune des enjeux traités pour assurer la conduite de l'hôpital. Or, les médecins s'opposent fréquemment aux directeurs sur l'analyse des dysfonctionnements qui affectent l'hôpital. Résumer la variété des positions défendues par les directeurs et les médecins en une typologie est bien entendu impossible. La singularité des caractères et des convictions dessine une infinité de postures, de stratégies et de modes de communication.

Pour autant, les argumentations des deux corps peuvent souvent être ramenées à des variations sur un thème réinterprété. Schématiquement, les directeurs insistent dans leur discours sur la mauvaise organisation comme cause majeure d'inefficacité. *In petto*, ils déplorent aussi le fait que cette mauvaise organisation fait subsister des rentes de situation au sein du personnel médical, paramédical, et technique. Cette argumentation est maniée avec prudence car les directeurs sont susceptibles de se voir répondre que des ajustements trop brutaux mettraient en danger la qualité des soins et la sécurité des personnels. En vertu de cette analyse, les directeurs défendent la maîtrise des dépenses induites par les rentes de situation. Rappelant volontiers que la rémunération des soins par l'assurance maladie est une enveloppe fermée, les directeurs ne croient que rarement aux stratégies de développement de l'offre et de gains de parts de marché au détriment des autres établissements de santé.

Les médecins ont souvent une analyse différente des dysfonctionnements de l'hôpital, dont procèdent logiquement des préconisations elles aussi différentes. Il convient de ne pas simplifier à l'extrême les positions défendues par les praticiens sur la gestion de l'hôpital. Elles sont bien sûr diverses et reflètent des types d'approche qui ne sont pas réductibles à une caractérisation rapide. Mais des constantes peuvent cependant être dégagées. S'ils ne nient pas l'existence des rentes de situation associées à une mauvaise organisation, les médecins n'en font généralement pas la cause majeure des problèmes de l'hôpital. Les médecins sont producteurs de soins, et à ce titre, *opérateurs* de l'organisation, à la différence des directeurs. Cette expérience sensible des circuits de fonctionnement de l'hôpital leur donne une vision aigüe des dysfonctionnements associés à un mauvais

[72] Saison-Demars (J.), *Un patron dans l'hôpital, mythe ou réalité ?*, AJDA, 3 mai 2010.

approvisionnement des opérateurs. Les médecins insistent de ce fait souvent sur les recettes perdues par l'établissement, faute d'avoir réalisé certaines dépenses préalables indispensables. Ainsi des ruptures de stock, absences de personnel non remplacées, utilisation de matériels défectueux ou obsolètes, pénurie de réactifs de laboratoire, etc. Les médecins soutiennent souvent qu'il est illusoire de vouloir redresser les comptes d'un hôpital sans mettre à disposition des opérateurs un outil de travail approprié.

Directeurs et médecins divergent ainsi donc fréquemment sur les causes des difficultés de l'hôpital. Les effets de cette fréquente opposition entre les deux corps sont difficiles à évaluer dans le cadre de la recherche. Il n'est bien sûr pas possible de modifier le système de décision hospitalier par expérimentation pour observer les résultats que produirait un éventuel changement dans les rapports entre directeurs et médecins. Cela nous a incités à rechercher dans la comparaison avec des modèles étrangers des points de repère concernant certains éléments clefs du système français : statut des médecins, déconcentration au niveau des pôles, lien avec l'université pour les CHU. Ces comparaisons ne constituent pas une analyse comparée complète, qui n'est pas l'objet de cette thèse. Il s'agit seulement d'apporter un éclairage sur des éléments pour lesquels la mise en regard du système français avec d'autres modèles peut être féconde.

Mais les différences de vues entre directeurs et médecins ne doivent pas seulement être vues comme une cause de potentiel affrontement. Cette opposition produit aussi un équilibre. Et cet équilibre instable des forces contraint les directeurs et les médecins à un dialogue permanent, qui favorise une gestion éclairée des établissements. Dans ce cadre contraint, l'hôpital public modifie son organisation, ses processus, et les rôles dévolus à ses principaux acteurs, de façon rapide, dans un contexte de concurrence aigüe entre secteur public, privé non lucratif, et privé lucratif. C'est un environnement nettement différent de celui des autres administrations publiques.

Or, dans ce contexte concurrentiel, la gouvernance de l'hôpital public concilie deux impératifs en apparence souvent contradictoires : la défense de l'intérêt général, et la défense de l'intérêt du patient.

A cet égard, le rôle exceptionnellement valorisé des experts médecins face aux directeurs managers chargés de décider influe fortement sur l'interaction entre les deux corps. Le rapport de forces entre médecins et directeurs diffère de celui qui prévaut dans la plupart des organisations entre dirigeants et experts. La position des experts est généralement moins favorable dans la plupart des autres domaines d'activité. Cette situation favorable aux médecins procède d'une raison symbolique. Le prestige des médecins à l'aura magico-religieuse[73] leur assure une très forte influence au sein de l'hôpital. Cette influence peut être considérée comme un atout majeur pour le processus de gestion de la décision. En effet, la relation d'influence réciproque entre directeurs et médecins, et l'ambigüité récurrente sur le véritable pouvoir d'orientation des acteurs dans le processus de décision, évite fréquemment

[73] Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine,* Editions La Découverte, 2004.

des décisions brutales, injustes, ou infondées. La limitation du pouvoir du directeur, qui doit tenir compte du prestige des médecins, est un facteur de qualité de la décision. Pour obtenir le consentement des médecins, le directeur doit en effet privilégier des décisions irréprochables, inattaquables.

Et c'est plus que nécessaire, car les établissements de santé publics, placés pour une grande partie d'entre eux dans une situation financière difficile, doivent développer une stratégie assise sur des décisions qui emportent des conséquences majeures pour des années, voire des décennies.

La nature de ces décisions recouvre deux grands types de questions ; on peut distinguer de façon schématique deux grands champs de décision à l'hôpital : les soins, et l'alimentation des soins au sens très large. L'alimentation des soins comprend les domaines administratif, technique, et logistique. Chacun de ces champs concerne bien sûr les directeurs comme les médecins. Mais la définition du niveau de légitimité des deux catégories d'acteurs dans chacun de ces deux champs est un enjeu permanent dans le dialogue entre les deux corps.

Les directeurs rappellent ainsi avec énergie que les décisions qui concernent les soins ne sont pas la propriété des médecins. Ils récusent à cet égard l'appellation de directeurs « administratifs », qui leur paraît dépréciative. Ils préfèrent souligner que tous les champs de décision les concernent. Ainsi d'un directeur général soucieux de la promotion du corps des directeurs d'hôpital, qui précise : *« On me dit souvent : « Vous, l'administration… ». Je réponds que je ne représente pas l'administration. Je représente la direction, ce n'est pas tout à fait pareil… ».* Pour pousser leur avantage, les chefs d'établissement affirment souvent que le président de la commission médicale ne doit pas se mêler de tout, ni vouloir jouer les directeurs[74].

A contrario, les médecins impliqués dans la gouvernance de l'hôpital, dont les présidents de commission médicale, affirment souvent qu'ils ont *« leur mot à dire sur tous les sujets ».* Leur position consiste à rappeler que tous les champs de décision ont partie liée avec les soins, et donc avec le corps médical.

Cette défense de son corps professionnel constitue un enjeu décisif pour les acteurs, car les rôles ne sont pas figés, ni les influences. Mais le champ de décision n'est pas la seule variable pour estimer la légitimité des acteurs. L'importance de la décision est aussi un facteur important. Les décisions d'importance majeure ne connaissent bien sûr pas le même circuit que les décisions mineures. On peut résumer l'importance d'une décision à l'hôpital à trois critères principaux :

- La décision engage-t-elle l'établissement pour une longue durée ? Ou, si l'on préfère, est-elle difficilement réversible ?
- La décision constitue-t-elle un enjeu financier important ?
- La décision remet-t-elle en cause des positions tenues par des acteurs importants de l'hôpital ?

[74] Il faut entendre ici que la vision d'ensemble du management de l'hôpital leur semble relever de la fonction de chef d'établissement.

Plus les réponses à ces trois questions sont favorables, plus la décision est réputée importante. Mais directeurs et médecins n'évaluent pas toujours cette importance de façon identique. Car les directeurs, qui ont la maîtrise des coulisses et du fonctionnement quotidien de l'administration de l'hôpital, ont plutôt tendance – et intérêt – à sous-estimer l'importance des décisions. Les décisions les moins importantes ne sont en effet pas soumises au processus long et complexe de « la gouvernance » de l'hôpital. Sous-estimer la portée d'une décision permet ainsi de ne pas la soumettre à l'avis des médecins via les instances de l'établissement.

A contrario, les médecins ont tout intérêt à faire ressortir les implications globales de décisions isolées pour accréditer l'idée que ces décisions méritent un examen approfondi. De façon symptomatique, il n'est pas rare que les directeurs se plaignent que les médecins souhaitent une fréquence de réunion excessive des instances, et notamment du directoire.

Au-delà de la question du niveau d'importance, certaines décisions ont un effet plus direct sur l'organisation des soins. Ce sont les décisions qui cristallisent le plus souvent les oppositions entre directeurs et médecins, ainsi qu'entre médecins. On peut citer notamment le déménagement de services, la fermeture d'un service ou d'un site hospitalier, la construction ou la rénovation d'un bâtiment de soins, l'abandon d'une activité, le développement d'un mode de prise en charge (souvent l'ambulatoire) ou d'une technique (chirurgie robotisée), le recrutement médical, les coopérations avec d'autres établissements publics ou privés.

Les choix qui concernent les soins sont des enjeux particulièrement sensibles entre les deux corps, car l'organisation hospitalière contemporaine contraint les acteurs à coopérer en permanence. La conflictualité consubstantielle aux situations professionnelles de coopération croit donc à mesure que directeurs et médecins sont contraints de travailler ensemble à des réorganisations hospitalières de plus en plus fréquentes.

Dans ce contexte, l'objectif de la « gouvernance » hospitalière doit être le maintien d'un dialogue permanent, associé à un niveau de conflictualité acceptable entre les deux corps professionnels. L'absence ou l'excès de tensions sont les deux écueils à éviter pour atteindre une bonne qualité de décision à l'hôpital.

C'est pourquoi l'hôpital n'a de notre point de vue pas besoin d'une nouvelle réforme de sa « gouvernance », qui viserait à donner un pouvoir accru à certains acteurs (chef d'établissement, chefs de pôle). Il est plus important que le renforcement du « dialogue de gestion » entre directeurs et médecins permette de conjuguer leur implication, et une conflictualité supportable pour les acteurs.

Pour être atteint, cet objectif nécessite de comprendre comment les acteurs réalisent au quotidien des micro-ajustements vis-à-vis de leur environnement, afin d'améliorer leur propre position. Ce point fera l'objet d'une étude approfondie dans nos travaux. En effet, l'organisation du dialogue doit concilier deux éléments. D'une part, permettre les micro-ajustements qui traduisent l'aptitude des acteurs à tirer le meilleur parti de leur position et à la modifier au gré des circonstances, et d'autre

part valoriser les meilleurs arguments en incitant au maximum les acteurs à émettre des propositions d'amélioration.

Le dialogue entre directeurs et médecins ne doit donc pas être conçu comme un échange abstrait, où il est souhaitable que les arguments et idées l'emportent sur les manœuvres. Une telle vision pècherait par manque de réalisme. Il est en effet indispensable de concéder aux habiletés des individus. Les acteurs sont ainsi intéressés au dialogue. Ils obtiennent des gratifications en ajustant au mieux leur comportement, et cela les incite dans le même temps à donner les arguments de la meilleure qualité, pour obtenir de la reconnaissance et influer sur les décisions.

Ainsi, le dialogue entre directeurs et médecins ne gagnerait pas à être guidé par la main invisible d'une gouvernance « parfaite ». L'organisation des débats est une construction hautement artificielle et fragile, dont l'architecture doit être avant tout simple et adaptable. Les modalités de ce dialogue sont un compromis fragile entre le souhaitable de l'échange purement intellectuel et désintéressé, et le possible délimité par les rapports de forces et positions de pouvoir.

Mais au-delà de cet équilibre nécessaire entre les stratégies des acteurs et leurs convictions, le dialogue entre directeurs et médecins présente des caractéristiques singulières par rapport aux processus comparables dans d'autres types d'organisations.

Ce dialogue permanent et cette mesure permanente des influences entre directeurs et médecins induit en effet un processus de décision assez lent, malgré l'évolution très rapide que connaît l'environnement hospitalier. La prise de décision nécessite en effet de nombreuses étapes préparatoires. C'est un caractère atypique, notamment au regard des stéréotypes managériaux en vogue, qui valorisent la rapidité.

Mais ce système présente l'avantage de favoriser la qualité de la décision. Le processus de la décision hospitalière organise en effet la prise en compte des arguments de chacun des acteurs pris isolément, plutôt que le dénombrement de leurs opinions. Cela nécessite une phase de délibération qui privilégie la compétence sur l'expression d'une préférence (que cette préférence s'exprime par un vote ou par toute autre méthode).

Le dialogue entre directeurs et médecins fait ainsi l'économie des procédés de synthèse ou de comptage des opinions tel que le vote (dont la brutalité peut d'ailleurs être tempérée par divers mécanismes : vote préférentiel, etc.). Le processus de décision à l'hôpital est organisé pour conjuguer deux facteurs : le niveau d'influence intrinsèque des acteurs et la qualité de leurs arguments. L'expression d'une majorité, si elle est une facteur pris en compte par les acteurs, ne saurait à elle seule faire une décision dans un établissement.

Un processus de décision qui négligerait l'influence des acteurs en présence serait voué à l'échec. Les acteurs ne se valent pas, que ce soit au plan de le reconnaissance institutionnelle (statut, diplômes, relations, etc.) ou des qualités personnelles (maîtrise de l'art oratoire, sens tactique, etc.). Une parole n'en vaut pas une autre.

Et à qualité argumentaire égale, les « importants » de l'organisation dominent les débats. Mais le processus de décision hospitalier module ce critère de la qualité individuelle des acteurs par l'organisation du processus : prise après de nombreux filtres et avis, la décision tient généralement compte des arguments et idées de bonne qualité[75].

C'est pourquoi les acteurs, quel que soit leur statut, ne peuvent s'appuyer exclusivement sur celui-ci pour espérer emporter une décision incontestée. Chacun doit travailler sa position par une expression la plus talentueuse possible de ses contributions au débat, *« car bien que rien au dehors ne l'attaque ni ne l'ébranle, la fortune est sujette à s'écrouler sur elle−même »*[76]. Le crédit mal utilisé d'une position éminente s'érode inexorablement.

Et de fait, le processus de délibération à l'hôpital, qui valorise l'échange argumentatif et les solutions tenant compte des contributions de nombreux acteurs, crée une lenteur et une complexité certaines. Une prérogative de décision plus affirmée donnée à l'un des acteurs serait un gage de simplicité. Mais il est très probable qu'elle se révèlerait aussi totalement inopérante. Le respect du dialogue entre acteurs est en effet indispensable pour produire des décisions de bonne qualité et acceptées par les nombreux acteurs qui sont en mesure de s'opposer à leur mise en œuvre. L'hôpital n'a pas tant besoin de simplification et de règles contractualisées que d'une adéquation de son organisation aux objectifs poursuivis[77]. C'est ainsi sans surprise que la Conférence des directeurs généraux de CHR-CHU rejette le principe du « contrat de gouvernance » entre le directeur et le président de CME : cette mesure envisagée dans la future loi de santé[78] *« ne (..) semble en aucun cas, une mesure souhaitable pour nos hôpitaux. (…) les conditions d'exercice des missions du président de la CME (…) ne nous semble pas relever d'un dispositif contractuel mais plutôt du dialogue »*[79].

Plutôt que fixer un cadre rigide ou « donner les coudées franches » à certains acteurs, le processus de décision de l'hôpital doit permettre d'assurer une prise de décision qui tienne compte d'un grand nombre de facteurs. En ce sens, le processus de décision à l'hôpital, et notamment à l'hôpital universitaire, est très différent de celui d'une administration de l'Etat ou territoriale. Le rôle de la ligne hiérarchique y est moins essentiel. En effet, certains acteurs sont soumis au principe hiérarchique avec des limitations : les médecins demeurent indépendants dans l'exercice de leur

---

[75] Ou, pour le dire autrement, le processus impose aux mauvaises idées et propositions une mise à l'épreuve au sein d'instances successives ; cela réduit fortement le risque de les voir atteindre le terme du processus. L'imagination faisant rarement défaut, le processus de tri est aussi important dans sa fonction de suppression des mauvaises idées que dans celle d'émergence de bonnes idées.

[76] Sénèque (L.), *De la brièveté de la vie*, Rivages, 1991.

[77] Dans ce cadre, donner à certains acteurs des prérogatives formelles qu'ils ne seraient pas en mesure d'exercer effectivement (comme essayer de faire du chef d'établissement le « patron » de l'hôpital) serait un mauvais service à rendre à l'hôpital, ainsi qu'aux acteurs concernés. Cela conduirait, outre à un blocage de la décision, à la fragilisation des acteurs gratifiés de pouvoirs « excessifs » et de facto inutilisables.

[78] Ce projet de loi devrait être examiné au Parlement au premier semestre 2015.

[79] *Avis de la Conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU sur les premières dispositions des lois de santé*, juillet 2014.

art[80]. Ils conservent en pratique une autonomie importante dans le cadre de leur activité. Ils négocient avec le chef d'établissement de puissance à puissance.

En outre, les médecins ont une autonomie concrète très grande, en comparaison de salariés hautement qualifiés exerçant dans d'autres domaines. Ils ont en effet pour la plupart la possibilité d'abandonner assez facilement le secteur public et le salariat pour exercer une activité libérale, souvent plus rémunératrice, en ville ou dans une clinique. Cette liberté d'abandonner sa fonction hospitalière, sans risque financier ni obligation de mobilité géographique, est un atout majeur des médecins. Il participe de leur grande liberté d'expression à l'égard de la direction.

Le processus de décision à l'hôpital présente ainsi des similitudes avec les modalités d'exercice de la décision utilisées dans d'autres types d'organisations, plus « collégiales ». Dans les organisations où le pouvoir est distribué entre de nombreux acteurs qui ne dépendent pas directement les uns des autres, le dialogue ou la palabre ont un rôle essentiel dans la prise de décision. L'échange verbal permet à la fois de faire connaître les arguments des protagonistes, et de marquer la considération due aux acteurs selon leur rang.

On peut citer comme exemple de ce type d'organisations les aréopages composés de personnes très hautement qualifiées[81]. Les organismes de recherche et d'enseignement supérieur, les instances d'experts, ou les groupes d'ingénieurs ont ainsi tendance à reproduire le modèle du dialogue approfondi préalable à la décision, et du consensus apparent. Le fait que ce modèle soit fréquent dans les collectivités composées de personnes hautement qualifiées n'est pas un hasard. L'alternative au consensus apparent est le vote, comme le soutient Philippe Urfalino. Et ce mode de décision apparaît trop brutal dans certains groupes. Des acteurs éminents ou supposés tels ne peuvent voir leur opinion, et notamment leur éventuelle opposition à la décision qui sera prise, traitée comme quantité négligeable, au prétexte qu'elle serait minoritaire[82].

Le processus doit permettre de laisser croire que la décision ne sera pas prise de façon abrupte. Et de fait, avec ce type de dispositif, les décisions sont le plus souvent moins brutales. Un droit de veto formel accordé à tous rendrait la décision impossible. Mais un pouvoir d'empêcher doit cependant être concédé aux acteurs importants. La limite de ce pouvoir est bien sûr qu'il s'use quand on s'en sert : s'opposer de façon trop fréquente et insuffisamment argumentée nuit à la crédibilité de l'acteur considéré. L'écoute dont il bénéficie de la part des autres acteurs hospitaliers se réduit à proportion de son obstination. La pratique du filibuster ne saurait en effet être tolérée dans l'aréopage de personnalités hautement qualifiées qui regroupe la « gouvernance » de l'hôpital. Un dialogue qui valorise fortement les

[80] Dans les Centres Hospitaliers Universitaires, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers sont des fonctionnaires d'Etat (ils dépendent de leur université de rattachement). L'hôpital est seulement leur employeur secondaire.
[81] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.
[82] La décision à l'hôpital traite d'enjeux très techniques et met aux prises des acteurs au statut éminent. La brutalité des arbitrages dans ce contexte est facteur de rejet.

arguments et idées comme véritables monnaies d'échange impose à chacun d'accepter la règle exigeante du jeu.

Les représentants de la coalition des dominants voient ainsi leurs positions prises en compte, dans la mesure où ils consentent à la règle du jeu qui exige des contributions de qualité : leur opinion ne saurait être passée par profits et pertes. Et c'est ainsi que la décision à l'hôpital public est articulée avec des phases de dialogue qui servent autant de rituels que de révélateurs des différentes conceptions d'une question donnée, et maintiennent une tension propice à l'échange d'arguments de qualité.

Le dialogue a donc un rôle absolument central dans la décision à l'hôpital public. C'est pourquoi, selon nous, une hypothétique dévolution idéale du pouvoir de décision n'est pas l'objectif à rechercher pour améliorer la gestion de l'hôpital. Cette recherche d'une architecture institutionnelle idéale est, par construction, vaine. Bien sûr, les établissements de santé publics ont besoin d'une organisation adaptée, définie par des textes réglementaires bien conçus.

Mais il nous semble que l'architecture réglementaire de l'hôpital n'est que l'un des aspects d'un processus de décision efficace, et non le plus important. Cette construction juridique d'ailleurs en perpétuelle évolution n'épuise bien sûr pas la question de la répartition des pouvoirs à l'hôpital. Il convient avant tout de rechercher à développer toujours davantage les incitations à participer à la réflexion produite par le processus de délibération. Pour atteindre cet objectif, il convient de prêter une grande attention aux incitations qui suscitent la participation des acteurs. C'est ainsi la mise en œuvre d'un dialogue âpre mais respectueux et ouvert qui est la clef d'une décision de qualité.

Ce dialogue est parfois déplaisant pour les acteurs qui y participent, car il induit de fortes tensions et un stress important. En effet, il est essentiel que les acteurs défendent leurs positions et idées à l'aide de toutes leurs capacités personnelles afin de donner au débat sa pleine mesure. C'est cette implication qui permet la prise en compte du maximum de contributions et d'arguments lors des débats, et assure des décisions légitimes et de qualité. Et c'est cette implication des acteurs, au prix de conflits parfois pénalisants pour leurs propres trajectoires professionnelles, qui est bénéfique pour le service public hospitalier.

Car les acteurs, au premier rang desquels le directeur chef d'établissement et le médecin président de commission médicale d'établissement, sont soumis à des contraintes antagonistes. Ils doivent entretenir entre eux une relation constructive, dont ne sont pas exemptes des tensions fréquentes. Ils doivent aussi concilier la défense des intérêts de l'établissement et les enjeux de santé publique. Ils doivent encore assumer les contradictions associées à leurs différents rôles. Ces enjeux sont cependant traités différemment au sein du corps médical et du corps de direction.

Au sein du corps médical, le président de commission médicale d'établissement est à cet égard dans une situation particulièrement peu confortable : élu par la communauté médicale, il est le représentant du corps électoral et de ses aspirations ;

vice-président du directoire de l'hôpital, il fait partie des décideurs, confrontés à la gestion et à ses contingences astreignantes.

En outre, le président de la commission médicale doit composer avec d'autres médecins influents : chefs de pôle, chefs de service, représentants médicaux au directoire et au conseil de surveillance. La parole médicale est ainsi multiple, et aucun praticien ne contrôle le discours de ses confrères. Le président de la commission médicale, s'il représente une autorité morale considérable, n'est donc pas le chef des médecins. Il n'a pas d'autorité hiérarchique sur ses « confrères ».

Dans le corps de direction, la situation est différente sur ce plan : le chef d'établissement est le supérieur hiérarchique de ses « collègues » directeurs, qui sont ses adjoints. Le chef d'établissement est très clairement le chef des directeurs. Dans le cadre d'un fonctionnement administratif classique, le directeur, par ses interventions, donne le ton pour l'ensemble de l'équipe de direction. Les directeurs adjoints n'agissent que par délégation de leur chef d'établissement. En conséquence, seule la parole du directeur est véritablement autorisée. Les directeurs adjoints s'y réfèrent et prennent garde à ne pas s'en démarquer, comme l'ont remarqué plusieurs praticiens interrogés dans l'enquête de terrain.

Dans la présente recherche, pour éviter d'alourdir le propos, nous traiterons de la direction comme d'un ensemble, fortement dominé par le chef d'établissement[83]. La parole des directeurs adjoints n'est en effet qu'une déclinaison de celle du directeur. A l'inverse, nous traiterons de la parole des médecins impliqués dans la gouvernance, comme de voix plus individuelles, et disposant d'une autonomie plus importante.

Cependant, quel que soit leur rôle, les acteurs doivent enfin conjuguer la défense de leur position personnelle et de leur crédibilité avec l'avancée des projets de l'hôpital. Construire une posture solide, qui permet d'être écouté, et d'être considéré comme un interlocuteur fiable et rigoureux dans ses analyses, est une chose. Accepter les compromis indispensables, consentir à déroger ponctuellement à certains principes (comme la transparence) pour les nécessités de la cause en est une autre. Les deux aptitudes sont cependant indispensables et doivent être conjuguées, comme l'ont dit plus ou moins ouvertement les répondants lors de l'enquête de terrain.

De l'habileté des acteurs à évoluer dans ce système complexe et à valoriser leurs capacités personnelles dépend la qualité de la relation entre directeurs et médecins ; de cette relation dépend la qualité de la décision à l'hôpital public.

[83] Il faut cependant noter que les équipes de direction hospitalières ne sont pas des ensembles homogènes. La présence des directeurs des soins issus des métiers paramédicaux apporte une diversité utile. En outre, le recrutement de directeurs contractuels issus d'autres corps de la fonction publique ou du secteur privé, permet de compléter les compétences détenues par les membres du corps des directeurs d'hôpital.
Pour autant, les membres du corps des directeurs d'hôpital sont très largement majoritaires dans les équipes. C'est le cas notamment dans les postes les plus importants : la quasi-totalité des postes de directeur général de CHU et de chef d'établissement des centres hospitaliers importants sont occupés par des membres du corps des directeurs d'hôpital.

1ère Partie. Une relation de dialogue pour préparer la décision

> *« La nature des conflits dans nos sociétés nous invite à constater ce que les modèles canoniques du conflit du travail ou du conflit politique et de la négociation cherchant à les résoudre tendent à estomper : dans certains conflits, la dimension argumentative est prédominante. Les conflits sont aussi des controverses. A la confrontation des intérêts s'ajoutent et se mêlent des désaccords sur des questions de fait et de justice, sur ce qui est vrai ou juste et sur les moyens de l'affirmer. Les combats y sont aussi des débats.*
> *Aussi, la dynamique et les tentatives de résolution de ces conflits-controverses relèvent-elles aussi bien de l'argumentation que de la négociation. Aux acteurs d'apprendre à les doser et à les mêler ; aux observateurs-analystes d'apprendre à repérer les conditions et les diverses articulations de ces deux aspects »*[84].

La relation entre directeurs et médecins à l'hôpital public donne lieu le plus souvent à un dialogue, qui prend différentes formes. La caractéristique majeure de ce dialogue est la publicité : le dialogue peut en effet être informel ou formel, dans le cadre des instances de l'établissement.

Le dialogue informel se déroule à l'abri du public, et ne donne lieu à aucune fixation de la parole, telles que les relevés de décision, comptes rendus, ou PV de réunion. De ce fait, il n'engage pas clairement et de façon définitive les acteurs pour les paroles exprimées. Un acteur qui a défendu une position dans le cadre du dialogue informel peut toujours se dédire, par la suite, en public. Une utilisation fréquente de ce type de volte-face par un acteur serait jugée abusive ; cependant, elle demeure bien sûr une arme utile, à la disposition des acteurs. Son usage est toujours possible.

Le dialogue formel se déroule dans le cadre des instances de l'hôpital. Nous entendrons le terme « d'instances » de façon large. Nous inclurons les instances officielles de l'hôpital définies par le code de la santé publique[85], et les réunions formalisées de type comité/conférence de direction, et bureau de la commission médicale d'établissement notamment. Dans ces réunions formelles, la parole est

[84] Urfalino (P.), *Délibération et négociation*, Négociations, 2005/2 n°4.
[85] Conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, au sens du guide *HPST, les clefs pour comprendre* du ministère de la santé.

publique. Les positions défendues sont retranscrites dans des comptes rendus, plus ou moins exhaustifs. L'importance de l'instance est souvent corrélée avec le degré de précision des comptes rendus : les débats du conseil de surveillance sont ainsi enregistrés dans certains établissements[86]. La parole qui est exprimée dans le cadre de ce dialogue formel engage les acteurs. Une fois les comptes rendus diffusés, les acteurs ne peuvent revenir sur leur position, sauf à avancer une justification spécifique, qui serait jugée légitime.

Ces deux formes de dialogue, informel et formel, ont des finalités différentes mais complémentaires. Le dialogue informel est très important dans la phase exploratoire du processus de décision. Il permet de tester des idées et des rapports de force. Le dialogue informel prépare la phase formelle, parfois très en amont. Il permet de dialoguer « à couvert », sans risque de devoir justifier en permanence les positions défendues. C'est un antidote à la tentation de la transparence excessive, comme noté par plusieurs répondants de l'enquête de terrain. Le dialogue formel organise la structuration et l'articulation des futures décisions. Ce dialogue informel contribue de façon décisive à la préparation des décisions.

Dans les instances de l'hôpital, on dialogue « à découvert », sans pouvoir battre en retraite aisément si on le juge nécessaire par la suite. Les acteurs sont généralement tenus de prendre des positions – et surtout de les tenir par la suite. Même si ces positions sont modérées, elles constituent des engagements, qui pourront contraindre ceux qui les ont pris. Toute parole prononcée dans le cadre de ce dialogue formel peut éventuellement devenir une gêne ou un handicap par la suite pour l'acteur qui l'a prononcée. Les acteurs accordent donc un grand soin aux positions qu'ils défendent dans les instances, ainsi qu'à la formulation desdites positions.

Les deux types de dialogue sont donc très différents et obéissent à des règles explicites et implicites elles aussi différentes. Les acteurs adaptent leur comportement et leur stratégie à ces deux types de dialogue pour tenter d'influer sur les décisions prises, sans s'enfermer dans des positions qui pourraient leur être défavorables par la suite.

Ainsi, dans le cadre de ce dialogue entre directeurs et médecins, chacun des acteurs tend à défendre ses propres positions, en essayant cependant de laisser le champ des possibles ouvert pour l'avenir. Ces objectifs individuels concourent, quand le dialogue est fructueux, à une bonne préparation de la décision. L'objectif essentiel de ce dialogue est en effet de préparer la décision. Les objectifs intermédiaires sont la définition des conditions du dialogue possible avec des interlocuteurs dont chacun évalue la position, les ressources, les intérêts, la motivation.

Cette phase de dialogue donne donc des informations très utiles aux acteurs. Ces informations leur permettent de préparer leur stratégie : choix d'alliances, positions prises, fermeté ou souplesse desdites positions, proposition de solutions alternatives

[86] Les acteurs s'appuient, pour défendre leurs positions, sur tous les écrits « validés » ou « actés ». Cela explique les fréquentes relectures et corrections avant validation et diffusion. Ces écrits (procès-verbaux, relevés de décision, comptes-rendus) ont un degré d'autorité variable. Les titres et qualités des personnes présentes ou représentées est à cet égard un facteur essentiel.

ou intermédiaires, etc. En effet, la complexité des enjeux est telle à l'hôpital, que les acteurs doivent investir beaucoup de temps et d'énergie pour repérer les enjeux qui méritent d'être traités en priorité, et identifier l'architecture possible des projets qui permettraient de traiter ces enjeux. Pour que les décisions qui seront finalement prises soient de bonne qualité, il est ainsi indispensable que les acteurs tiennent compte à la fois de la complexité technique et politique de ces enjeux, et du contexte dans lequel prendra forme l'action à définir.

Mais pour que la décision soit de bonne qualité, il ne suffit pas que les acteurs optimisent, chacun individuellement, leurs stratégies individuelles. Aucune « main invisible » hospitalière ne garantit que la défense par chacun des acteurs des décisions qui lui semblent les plus appropriées permettra la mise en œuvre d'un service public hospitalier optimisé. Il est par ailleurs nécessaire que le dialogue permette de faire état de façon satisfaisante des contributions de chacun des acteurs. Ou, pour le dire autrement, que la compétition pour la défense des idées et arguments laisse une place à chacun des acteurs. Certes, l'influence de chaque acteur ne saurait être identique. Mais il faut néanmoins que tous les acteurs intéressés à la décision soient en mesure de présenter et de faire valoir leurs idées et arguments. Car les différents acteurs disposent d'informations différentes et complémentaires.

En tout état de cause, l'échange des informations dont disposent les directeurs et les médecins n'a rien de spontané. Au contraire, cet échange d'informations requiert une organisation, y compris dans sa phase informelle. Les obstacles à cet échange sont nombreux. C'est l'organisation du dialogue qui permet que l'intérêt des différentes contributions soit pris en compte dans le processus de décision. A cette condition, la décision gagne en qualité grâce au dialogue.

Pour assurer l'échange d'informations nécessaire à la préparation de la décision, un dialogue permanent est ainsi indispensable. Ce dialogue éclaire les points de vue des différents acteurs. Grâce à la diversité des contributions, ce dialogue donne aux acteurs des éléments sur les questions qu'ils maîtrisent un peu moins bien : les questions médicales pour les directeurs, les questions organisationnelles pour les médecins. L'hôpital est en effet un univers trop complexe pour qu'un seul acteur puisse prétendre connaître son fonctionnement avec un haut degré de précision. Les directeurs ont ainsi souvent besoin d'une connaissance des contraintes de la mise en œuvre des soins ; et les médecins ont souvent besoin d'être éclairés sur les enjeux organisationnels.

Mais au-delà des informations d'ordre technique, au-delà de la connaissance échangée, le dialogue informel renseigne les acteurs sur la « pâte humaine » qui constitue la matière première de leur travail proprement politique au sein du système hospitalier. Le dialogue informel permet littéralement de « savoir à qui l'on a affaire », et de définir le champ des possibles.

Ce travail est indispensable aux acteurs pour préparer une stratégie. C'est cette nécessité de sonder les interlocuteurs, centrale pour agir, qui permet de mesurer l'importance d'un dialogue informel entre directeurs et médecins à l'hôpital public.

1. La nécessité d'un dialogue informel

> *« Alors que les débats à huis-clos permettent une libre expression des intérêts, les débats publics les acculent à la clandestinité. Dans des débats à huis-clos entre peu de représentants, les tirades passionnées seront ridiculisées comme autant de clichés. Dans un forum public, avec de nombreux représentants, le débat passionné sert à la fois d'épée et de bouclier »*[87].

Le dialogue entre directeurs et médecins est permanent au sein de l'hôpital public. Ce dialogue est indispensable, parce que les acteurs ont une connaissance très imparfaite, ou à tout le moins plus faible que dans de nombreuses organisations, du champ de compétences et d'influence de leurs interlocuteurs, et de l'organisation elle-même. En effet, l'influence d'un individu sur l'organisation dépend de plusieurs fondements principaux. Dans le cas de l'hôpital, ces facteurs d'influence sont détenus de façon très équilibrée entre directeurs et médecins. Henry Mintzberg définit cinq prérogatives des individus au sein des organisations :

« [Les] trois fondements principaux sont le contrôle

1) *d'une ressource*
2) *d'un savoir-faire technique*
3) *d'un ensemble de connaissances, n'importe lequel pour peu qu'il soit crucial pour l'entreprise*

(…) Un quatrième fondement général du pouvoir découle de prérogatives légales – de droits exclusifs ou de l'apanage d'imposer des choix.

(…° Le cinquième fondement du pouvoir dérive simplement de la possibilité qu'ont certaines personnes d'être proches de ceux qui disposent d'un pouvoir reposant sur les quatre autres »[88].

Il apparaît que le contrôle des ressources relève, et de plus en plus fortement, des directeurs. *A contrario*, le savoir-faire technique appartient essentiellement aux médecins. Enfin, la détention de connaissances cruciales pour l'entreprise est une caractéristique partagée par les deux corps : connaissances médicales pour les médecins, connaissances juridiques, financières, managériales et de santé publique pour les directeurs.

Or, les trois principaux champs sont susceptibles de connaître de nouveaux équilibres. Tout d'abord, le contrôle des ressources est revendiqué par des médecins chefs de pôle ; ils souhaitent bénéficier de délégations de gestion renforcées[89], leur permettant de gérer l'allocation des ressources. Ils veulent assurer le choix des

---

[87] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

[88] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.

[89] Cela nécessite la conclusion d'un « contrat de pôle » signé entre le chef d'établissement et le chef de pôle. Cette obligation réglementaire n'est à l'heure actuelle pas respectée par tous les établissements.

travaux modestes réalisés dans les services, voire celui des équipements biomédicaux donnant le meilleur retour sur investissement.

Ensuite, le savoir-faire technique des médecins, s'il est hautement prestigieux et socialement très valorisé, est partiellement contrebalancé par la hausse progressive du niveau de savoir-faire technique des directeurs, notamment en finances, contrôle de gestion et stratégie.

Enfin, la détention d'un ensemble de connaissances crucial pour l'entreprise est un enjeu déterminant. Mintzberg précise que la nature des connaissances considérées importe peu. Mais à l'hôpital, l'élévation du niveau de maîtrise des connaissances globales sur l'organisation sera un déterminant essentiel de la répartition du pouvoir. En effet, les hôpitaux, notamment universitaires, ont vocation à faire partie de la société de la connaissance dans le futur : une de leurs missions est ainsi de produire des connaissances scientifiques, par le biais de la recherche clinique. L'augmentation du niveau de connaissance des acteurs sur les modes de fonctionnement de leurs organisations en fera des détenteurs d'influence d'autant plus importants. A cet égard, l'évolution de la formation des directeurs et des médecins est un enjeu déterminant *(cf. infra)*. A l'heure actuelle, les directeurs ont une culture médicale souvent encore insuffisante, alors que les médecins maîtrisent parfois de façon imparfaite l'organisation et les modes de gestion des hôpitaux.

Ces équilibres mouvants rendent donc nécessaires des échanges informels permanents pour sonder l'autre camp. Le dialogue permet ainsi de savoir ce qui relève pour l'autre corps, dans la gestion de l'hôpital, du possible, de l'incertain, ou du *casus belli*.

Les prérogatives et déterminants du pouvoir sont répartis entre directeurs et médecins sans que les uns ou les autres ne soient en mesure de prendre l'ascendant de façon pérenne. Les transactions et compromis sont donc un moyen de parvenir à influer sur l'organisation, comme le dit un directeur : *« Il y a des alliances objectives, parfois contre nature. Mieux vaut comprendre, savoir que ça existe. Si c'est pour un objectif respectueux des personnes, un jeu d'alliance ne me semble pas absurde »*. Mintzberg ne dit pas autre chose : *« Parfois l'accès au pouvoir passe par des échanges de services ; des amis et des partenaires s'échangent l'influence qu'ils ont dans leurs activités respectives. Dans ce cas, le pouvoir découle non pas d'une dépendance mais d'échanges réciproques ; on gagne du pouvoir dans un domaine en en abandonnant dans un autre. (…) le jeu organisationnel se caractérise autant par des échanges réciproques que par des relations de dépendance – unilatérale ou asymétrique »*[90].

Les premiers tests se font donc de manière informelle, pour délimiter le champ des enjeux qui pourront être traités dans la suite du processus. Le dialogue informel assure un premier tri des idées et options possibles. Les idées présumées recevables par chacun des deux corps sont ensuite discutées dans les instances, de façon formelle. Ces sondages réciproques sont rendus nécessaires par le fait que les deux

[90] Mintzberg (H.), *op. cit.*

corps ne traitent pas les situations avec la même grille de lecture : l'interprétation de la mission de l'hôpital et de la manière dont s'y prennent les décisions est en effet fondamentalement différente entre directeurs et médecins. Thibault Douté, directeur d'hôpital, note ainsi : *« Le dialogue entre eux permet (…) de bien cerner la différence fondamentale entre les deux groupes professionnels. Le médecin est en effet lié à son établissement et se positionne comme le légataire d'une histoire et se sent également redevable vis-à-vis de ses confrères pour l'avenir. Le directeur (…) se positionne plutôt comme un acteur du service public hospitalier à qui il appartient de transposer, sur le « terrain », une politique de santé décidée en dehors de son établissement »*[91]. Le directeur, professionnel de santé publique et gestionnaire, et le médecin, responsable du devenir de « ses » patients, doivent échanger pour être en mesure de saisir la façon dont l'autre comprend les situations, projets et problèmes.

C'est pourquoi les projets en gestation pourraient pâtir d'un examen trop précoce au sein des instances officielles. Car la parole devenue publique rend prisonnier celui qui la prononce. Cela induit le risque d'une impossibilité de modifier un discours, en dépit des nécessités, comme le note John Elster évoquant les travaux de la Convention Fédérale : *« A la Convention Fédérale, les séances se déroulaient à huis-clos et dans la confidentialité. Comme Madison le dira plus tard (III, p. 479), « si les membres avaient commencé par s'engager publiquement, ils auraient ensuite supposé que la cohérence exige d'eux qu'ils restent sur leurs positions alors que, dans le cadre de discussions confidentielles, personne ne se sent tenu de garder son opinion s'il n'est plus convaincu de leur pertinence ni de leur véracité, et chaque membre reste ouvert à la discussion » Il est probable que l'on craignait de voir l'orgueil et la vanité des représentants, ainsi que les pressions exercées par leurs électeurs, les empêcher de revenir sur une opinion après l'avoir exprimée »* [92].

La phase de préparation des décisions nécessite donc d'éviter la publicité, contrairement à la phase de choix d'une position ou d'un avis, comme nous le verrons dans le cas de la CME *(cf. infra)*. La préparation d'un projet requiert la possibilité pour les acteurs de ne pas fixer la position qu'ils défendent de façon définitive, afin de leur permettre une inflexion de cette position le cas échéant. Le caractère proprement politique de l'activité des directeurs et médecins est ici mis en évidence, comme le montre l'analogie avec les débats de l'Assemblée Constituante, étudié par Elster : *« La publicité des débats est une source d'inefficacité supplémentaire, en raison de la dynamique autonome de la vie politique. La nécessité de se démarquer idéologiquement de son adversaire, même en l'absence d'un réel désaccord, peut conduire à une polarisation artificielle des débats, et déboucher sur une impasse. Si l'adversaire essaie d'éviter ce piège, cette attitude risque de mener à un faux consensus, en produisant une décision qui, pour les deux camps, ne sera pas la meilleure décision possible. L'Assemblée Constituante de 1789-1791 offre de nombreux et percutants exemples de surenchère radicale et*

[91] Douté (T.), *La décision efficace à l'épreuve de la négociation, l'apport de la sociologie dans la compréhension des mécanismes de décision à l'hôpital (comment travaillent ensemble médecins et directeurs?)*, mémoire Exécutive Master, Sciences Po, 2009.
[92] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

égalitaire, où les partis sont prisonniers de comportements qui, au départ, visaient un objectif tactique »[93].

Un directeur confirme que la transparence des positions défendues peut être un handicap : *« La transparence ne doit pas être un dogme. Parfois, il faut savoir ne pas être transparent. Tout est dans la nuance. Etre transparent trop tôt est parfois contreproductif. Il faut savoir taire, préparer, mûrir, pour s'assurer qu'on est sûrement sur la bonne voie. Ensuite, on pourra lever le rideau. Ne pas avoir de rideau, c'est de la naïveté. Cela peut conduire à des catastrophes. Dévoiler trop tôt une stratégie, c'est courir le risque de levées de bouclier, le risque de faire échouer dans l'œuf quelque chose qui aurait été pertinent. La transparence se calcule (…) quand on considère qu'il est nécessaire de partager un certain nombre de choses. Il ne faut ni laisser les portes et les fenêtres ouvertes, ni mettre les gens devant le fait accompli ».* Tel autre manager va dans le même sens : *« Je ne dis pas a priori tout ce que je vais faire, d'abord parce que je n'en suis pas sûr, et parce que cela me ferait abandonner ma zone d'incertitude ».*

Cette manière qu'ont des directeurs d'aborder les échanges illustre le caractère très polyarchique des institutions hospitalières. Elle manifeste aussi au plan empirique de façon saisissante l'inflexion récente des théories managériales, comme le relève Mintzberg : *« La théorie du management, en particulier la théorie portant sur les buts d'une entreprise, a fait une volte-face complète ces dix dernières années environ (…) ; à la notion de buts organisationnels particuliers s'est substituée la notion d'un pouvoir fluide à l'intérieur et à l'entour de l'organisation sans buts précis. D'une organisation sans détenteurs d'influence, on est passé à un type d'organisations où pratiquement tout le monde est un agent influent ; de la vision de l'organisation, en tant qu'instrument de la société, on en est venu à la vision d'une arène politique »*[94].

Et comme dans toute arène politique, la palabre et les échanges informels constituent des éléments essentiels d'ajustement des comportements entre les acteurs. Mais pour que le dialogue soit efficace, encore faut-il que les acteurs se reconnaissent comme légitimes. La légitimité des médecins ne fait pas problème, tant il est clair qu'ils ont su se constituer en profession. Les médecins présentent en effet les trois caractéristiques qui permettent de définir la profession, par opposition au métier : ils ont une expertise élevée et exclusive, ils promeuvent leur action comme faisant œuvre de progrès, et ils pratiquent la sélection endogame et l'autorégulation[95].

A contrario, pour les directeurs d'hôpital, la légitimité est un enjeu permanent. La faible visibilité de leur activité et le caractère relativement récent de leur fonction rendent leur position moins spontanément légitime que celle de nombre de décideurs. Le directeur n'est pas un personnage bien identifié par le grand public, qui croit souvent que diriger un hôpital nécessite une formation médicale. Les rares

---

[93] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.
[94] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[95] Osty (F.), *Sociologie des professions et des métiers*, in *Sociologie du monde du travail*, (dir.) Alter (N.), PUF, 2006.

figures de directeurs d'hôpital présentes dans la culture populaire sont négatives[96]. Mais le questionnement sur la légitimité concerne aussi les acteurs eux-mêmes. L'hôpital est en effet l'une des rares organisations où les acteurs et les utilisateurs estiment que le pouvoir du directeur ne va pas de soi.

Les échanges informels permettent ainsi de rapprocher deux corps très différents pour préparer le dialogue : des médecins symboliquement dominants, mais juridiquement presque désarmés, et des directeurs au profil inverse.

1.1. Des échanges informels pour établir les conditions du dialogue

> *« Lorsque des individus tentent de parvenir à un accord, deux grandes voies s'ouvrent à eux : soit ils essaient de se persuader l'un l'autre à l'aide d'arguments rationnels (on dit alors qu'ils argumentent), soit ils procèdent par un échange de menaces et de promesses (on dit alors qu'ils négocient). (…) Lorsque des individus argumentent, les assertions qu'ils formulent prétendent à la validité. (…) Si les mêmes individus s'engagent dans une négociation, les menaces et promesses qu'ils lancent prétendent alors à la crédibilité. »*[97].

Le dialogue informel permet d'échanger des arguments et de mener des négociations officieuses. Ce dialogue informel a deux fonctions importantes. D'une part, il permet aux acteurs de faire passer des messages à huis-clos, qui ne pourraient être émis dans des circonstances publiques. Cela permet de tester des possibilités et de recueillir l'état des opinions sur une question, un projet, un problème. D'autre part, les négociations informelles, et c'est sans doute là l'essentiel, permettent d'évaluer les rapports de force, et corrélativement les alliances possibles.

Ces rapports de force sont ici entendus comme la traduction de l'habileté personnelle des « détenteurs d'influence », au sens de Mintzberg, et leur légitimité : *« Le détenteur d'influence a essentiellement besoin 1) d'une source ou d'un fondement de pouvoir, 2) qui s'accompagne d'une dépense d'énergie, 3) d'une façon*

---

[96] Voir par exemple « Bowling » (2012) de Marie-Castille Mention-Schaar. Le film présente un chef d'établissement autoritaire et insensible à l'hôpital de Carhaix.

[97] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

politiquement adroite quand cela s'avère nécessaire »[98]. Tel directeur assure d'ailleurs que la « nouvelle gouvernance » mise en place par la loi HPST renforce les jeux de pouvoir entre les deux corps, en utilisant le vocabulaire de la sociologie des organisations, dont les directeurs sont souvent familiers : *« Les relations interpersonnelles et les jeux de pouvoir ont intégré les médecins. Ils sont rentrés dans le jeu d'influence ».*

Ce jeu d'influence est décrit par Laëtitia Laude et Christian Chauvigné, qui interprètent ainsi l'action des directeurs pour augmenter leur pouvoir : *« Une partie de l'activité des dirigeants – difficilement accessible à première vue – consiste ainsi à se construire et actualiser en permanence une représentation de l'hôpital qu'ils dirigent afin de savoir quelles décisions prendre. Cette représentation est « fonctionnelle » dans le sens où elle organise leur activité et elle est orientée en fonction de leur souhait de renforcer leur pouvoir concret sur l'organisation »*[99]. La complexité de l'hôpital et l'évolution rapide des technologies et des modes de prise en charge imposent ainsi aux directeurs de rechercher en permanence l'actualisation de leurs connaissances ; la compréhension de leur environnement de travail nécessite des efforts permanents, supérieurs à ceux qui existent dans nombre d'autres secteurs d'activité.

En effet, l'obsolescence des connaissances est très rapide. Les exemples de changements de mode de prise en charge qui modifient l'organisation souhaitable des soins sont très nombreux. Ainsi, telle opération chirurgicale nécessitant une hospitalisation devient possible en ambulatoire quelques années plus tard, telle pathologie traitée habituellement par chirurgie comme l'appendicite peut désormais donner lieu à une prise en charge médicale qui la « concurrence »[100]. Ou encore, dans les hôpitaux de recours, de nouveaux segments d'activité naissent de la créativité des médecins et du progrès technoscientifique : il en est ainsi de la neurochirurgie éveillée. Avec l'aide du patient anesthésié puis réveillé en cours d'opération, le chirurgien fait pratiquer des tests de vision, langage, motricité, pour réaliser une cartographie individuelle précise des zones du cerveau du patient qui peuvent être opérées sans dommage. Des tumeurs qui seraient inopérables sans cette technique peuvent ainsi faire l'objet d'un traitement chirurgical.

Les frontières sont mouvantes entre médecine et chirurgie, entre chirurgie ambulatoire et chirurgie nécessitant une hospitalisation, et entre les différentes disciplines. Dans ce contexte, comment définir les meilleurs choix pour l'hôpital, la construction d'un nouveau bâtiment, la répartition des disciplines etc. ? Comment anticiper au mieux les choix au plan patrimonial, de développement, suppression, ou transformation d'activités ? Comment décider des coopérations les plus pertinentes avec d'autres établissements ?

Une bonne évaluation des potentialités de l'hôpital et de son environnement est indispensable aux dirigeants pour répondre à ces questions. Or, cette évaluation ne va pas de soi. Une recherche constante d'informations est nécessaire pour estimer l'influence et les positions détenues par les différents acteurs. C'est une condition nécessaire pour agir de façon efficace.

---

[98] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[99] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.
[100] Mason (R. J.), *Appendicitis: is surgery the best option?*, Lancet 2011; 377:1545-1546.

Évaluer nécessite de connaître. Et ce n'est pas le plus facile pour les acteurs. Directeurs et médecins connaissent en effet des parcours de formation et des trajectoires professionnelles très différentes. Il leur faut du temps et des échanges répétés pour apprendre à se connaître individuellement et collectivement. Et pour apprivoiser leurs différences.

Le dialogue informel permet notamment de rapprocher les directeurs nomades et les médecins plus sédentaires de l'hôpital public. Il permet aussi d'échanger à l'abri des contraintes du groupe : contrainte hiérarchique pour les directeurs, appartenance clanique pour les médecins.

1.1.1. Nomades et sédentaires

> *« L'opposition entre nomades et sédentaires est le quotidien des organisations, lieux de rencontre de gens qui ont le temps proche et de gens qui ont le temps lointain. Dans les entreprises, cela se concrétise notamment dans l'éternel conflit entre le fabricant et le commerçant. Le premier veut faire "pour pas cher" quand le second veut faire plaisir au client. Or, pour faire pas cher, il faut saturer les machines, il faut donc qu'il y ait des files d'attente devant. Mais on ne sait pas gouverner un système de files d'attente en parallèle ou en cascade. Les délais ne sont pas respectés. Et le commerçant de protester... Pour que les délais soient respectés, il faut que les machines soient toujours disponibles. Mais comme les dépenses courent pendant que les machines ne travaillent pas, c'est cher. »*[101].

Nous l'avons vu, la légitimité professionnelle des directeurs et des médecins est différente. La légitimité des directeurs procède traditionnellement de la connaissance juridique, et plus récemment des compétences financières et de gestion. La légitimité des médecins procède essentiellement de la connaissance médicale.

Mais à cela s'ajoute une différence considérable de trajectoire professionnelle. En effet, de nombreux médecins réalisent une grande partie de leur carrière dans un même établissement. Ceux qui exercent en CHU travaillent souvent dans l'hôpital où ils ont été formés. Ils n'en ont souvent pas connu d'autre, à l'exception de

[101] Riveline (C.), *Nomades et sédentaires, l'irréductible affrontement*, Le journal de l'Ecole de Paris, n° 16, mars-avril 1999.

mobilités relativement brèves dans le cours de leur formation. Ainsi, même si les mobilités géographiques sont encouragées dans le parcours de formation des médecins, ceux-ci passent fréquemment des périodes très longues dans le même hôpital. Les médecins observent ainsi l'évolution à long terme de leur établissement. Ils s'identifient à l'intérêt de leur établissement, car ils pensent y réaliser une grande partie de leur carrière. Cette permanence des parcours médicaux « sédentaires » induit aussi une connaissance intime des autres médecins, voire de ceux qui ont formé les praticiens actuels.

Trajectoire personnelle et parcours professionnels des praticiens se confondent parfois, comme le note un directeur : *« J'étais directeur d'établissement ; il y avait deux chefs de service (disons A et B) qui envisageaient de partager un bloc opératoire. Je trouvais qu'ils ne partageaient pas beaucoup. Des SSPI (NDA. Salle de surveillance post interventionnelle), mais guère plus. Je les réunis tous les deux. Je leur propose d'échanger plus. Ils proposent un projet. A la sortie, mon chef de bureau me dit : « Pas mal ». Je demande pourquoi. Il me dit : « Déjà, ils étaient ensemble dans la même pièce. En fait, il y vingt ans, M. A allait épouser une dame, alors qu'il était chef de clinique. Et trois jours avant le mariage, elle est partie avec un autre chef de clinique, M. B. Ce sont les deux que vous aviez en face aujourd'hui. Ils ne se sont pas dit un mot depuis ».* Amitiés et inimitiés exacerbées sont ainsi le lot commun de nombreux médecins hospitaliers.

A contrario, les directeurs ont des parcours plus nomades. En effet, la progression de carrière dépend partiellement du changement de lieu d'exercice. Ainsi, l'obtention du grade de directeur « hors classe » est conditionnée à une voire deux mobilités géographiques. De même, l'obtention d'une chefferie d'établissement impose un changement d'établissement, et même de département de résidence. Sauf à accepter de voir la carrière progresser faiblement, la mobilité géographique est donc la règle pour les directeurs. Règle statutaire, mais aussi règle symbolique : les parcours ne comportant aucun changement d'établissement sont globalement moins valorisés au sein de la profession. Ils sont presque un facteur de discrédit. La lecture de l'annuaire de l'Association des Directeurs d'Hôpital montre qu'une très faible minorité des membres du corps ne connaît qu'un seul établissement dans sa carrière[102].

Les directeurs ont ainsi une vision différente de la position de leur établissement dans le système de santé et des politiques de santé publique. Leur perception est plus distanciée. Ils savent que s'ils défendent le point de vue de leur établissement, ils pourront être amenés à soutenir des positions différentes, dans une affectation ultérieure.

Les rapports entre les directeurs d'hôpital sont aussi différents de ceux qui existent entre les médecins. Les directeurs sont presque tous issus de la même formation, qui est une formation nationale, et non associée à un établissement particulier. Cette

[102] Pour nuancer le propos, il faut préciser que cette règle du mouvement est parfois contournée : une mise à disposition à temps partiel dans un établissement proche, ou dans une autre administration située dans la même ville, tient parfois lieu de « mobilité ».

formation d'une durée de vingt-sept mois est dispensée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (anciennement Ecole Nationale de la Santé Publique), créée au début des années 1960. Les références communes des directeurs sont donc fortes, pour des raisons d'antériorité et d'homogénéité de leur formation[103]. Les directeurs d'hôpital sont affectés à leur sortie d'école dans les établissements de l'ensemble du territoire français. Ils forment un corps réduit (environ 3 000 membres, contre environ 50 000 médecins hospitaliers). Ils assurent la défense de leurs intérêts auprès des tutelles (ministère chargé de la santé et l'administration centrale en charge des hôpitaux[104]) par le biais de quatre syndicats seulement, dont trois ont une influence significative (SMPS, CFDT, FO).

En outre, l'articulation des équipes de direction est très différente de celle qui prévaut dans la communauté médicale. Schématiquement, les organigrammes de direction sont le plus souvent organisés en râteau : le chef d'établissement est le supérieur hiérarchique direct des directeurs « fonctionnels » (directeur adjoint chargé des finances, des ressources humaines, des affaires médicales, etc.). Ce schéma qui ne comprend que deux niveaux hiérarchiques prévaut dans la plupart des hôpitaux.

Il existe des variations qui complexifient ce cadre, notamment dans les CHU, où les directeurs sont plus nombreux : le directeur général[105] est assisté d'un directeur général adjoint, présence d'un ou plusieurs directeurs adjoints auprès des directeurs fonctionnels dans les directions les plus importantes (finances, ressources humaines), subordination d'une direction à une autre (le directeur du contrôle de gestion sous la responsabilité du directeur des affaires financières, par exemple), affectation de directeurs auprès des pôles cliniques et médico-techniques (directeur référent du pôle cardio-vasculaire, etc.). En toute hypothèse, le lien hiérarchique est l'élément structurant.

Les membres de la communauté médicale ont des liens beaucoup plus diffus, et pour une grande part non hiérarchiques. Ainsi, le président de CME est élu par la CME, elle-même élue par l'ensemble des médecins. Il n'est le supérieur d'aucun médecin, sauf des personnels médicaux membres de son service[106]. Les relations entre médecins sont régies par la reconnaissance ou la non-reconnaissance réciproque. Celle-ci est acquise en raison de l'estimation de la qualité médicale supposée et d'un faisceau de présomptions favorables (avis des pairs, formation par des maîtres communs ou respectés, succès dans des programmes de recherche en CHU, etc.).

Ces différences entre un groupe de directeurs plus nomades, et un groupe de médecins plus sédentaires, induit des relations spécifiques. Ces relations sont fortement structurées par le rapport au temps, comme souvent entre ces types de groupes, à l'image des commerciaux « nomades » et des ingénieurs de production « sédentaires » : *« Une étude légendaire montre de façon très claire comment*

[103] Le corps des directeurs d'hôpital est aussi homogène du point de vue de sa formation préalable : environ 80% des lauréats du concours dit externe sont anciens élèves d'un Institut d'études politiques.
[104] Les hôpitaux relèvent de la Direction Générale de l'Offre de Soins.
[105] Appellation du chef d'établissement en CHU.
[106] Sauf s'il n'est pas chef de service, ce qui est rare.

fonctionne cette opposition. Cela se passe dans une filiale de Creusot-Loire, Metal-Imphy, qui s'était offert un laminoir à froid, outil extrêmement coûteux. On avait de grands doutes à la direction générale sur la pertinence de l'acquisition. Les commerciaux, en particulier, qui s'engageaient sur des délais de livraison, se plaignaient de ce qu'ils n'étaient pas respectés. L'intervention des chercheurs du Centre de Gestion Scientifique a consisté à essayer de comprendre pourquoi. Ils ont découvert, qu'en réalité, il y avait autant de commandes livrées en avance que de commandes livrées en retard. Le délai moyen était bien de zéro. Mais ils ont fait une autre découverte : les commandes livrées en retard correspondaient à des tôles minces et les commandes livrées en avance à des grosses tôles. Voici ce qu'il se passait. Imaginez qu'à un moment donné, il y ait une panne ou un autre ennui. Le laminoir doit normalement produire sept cents tonnes par mois. S'il n'est pas saturé, vu ce qu'il coûte, on finira par le rendre. Or, le 20 du mois, du fait de la panne, on constate qu'on risque de ne pas faire les sept cents tonnes. Il faut faire sept cents tonnes ! En laminage, plus on travaille, moins on produit. Pour obtenir une tôle très mince, il faut la passer et la repasser maintes et maintes fois : cela fait de la longueur mais pas de la masse. Aussi, quand on est en retard sur les objectifs, on fait de la grosse tôle. Et c'est ainsi que des commandes à livrer plus tard passent devant les commandes urgentes. Ainsi de suite : au début du mois suivant, on traite en priorité les commandes de tôle mince en retard, jusqu'à ce que quelqu'un tire à nouveau la sonnette d'alarme de l'objectif qui s'éloigne... »[107].

Les priorités des directeurs nomades et des médecins sédentaires sont ainsi souvent différentes. Ces différences rendent l'évaluation de la position respective des acteurs de l'autre corps difficile. Les nomades et les sédentaires peinent à évaluer leurs positions respectives. Ces différences renforcent la différence inévitable de vision des enjeux consubstantielle au travail collectif, au-delà même des différences de perceptions au travail décrites par Luc Boltanski, évoquant des cadres fragilisés dans leur entreprise : *« Dans chaque affaire examinée, les versions des différents acteurs divergeaient. Celle de la victime n'était pas celle des représentants des syndicats, de son meilleur ami, du chef du personnel, de sa femme, etc. Chacun prenait parti, fournissait une interprétation plus vraie, mieux informée et plus intelligente que celle des autres partenaires. Il semblait impossible de s'approcher de ces affaires sans y être immédiatement happé, sans y tomber à son tour, c'est-à-dire sans s'aligner à son tour sur l'une ou l'autre des interprétations en vigueur ou sans fournir soi-même une interprétation plausible, c'est-à-dire sans prendre un parti et choisir son camp »*[108]. Dans le cas des médecins et directeurs, l'hétérogénéité des formations et des cadres d'exercice des fonctions renforce encore les divergences de vues.

En outre, comme dans toute situation d'incertitude sociale sur le rang des acteurs, la présentation de soi joue un rôle décisif. La perception de l'importance relative de la position des acteurs dépend de leur capacité à transmettre des signaux qui accréditent l'idée que leur position est éminente. Le vêtement, l'âge, l'aisance sociale, et surtout

[107] Riveline (C.), *Nomades et sédentaires, l'irréductible affrontement*, Le journal de l'Ecole de Paris, n° 16, mars-avril 1999.
[108] Boltanski (L.), L'amour et la justice comme compétences – Trois essais de sociologie de l'action, Editions Métailié, Paris, 1990.

la maîtrise du verbe et la proximité avec les décideurs de première importance sont interprétés comme des signaux permettant de classer les acteurs.

Or, les codes des directeurs et des médecins ne sont pas les mêmes. On peut citer les exemples du vêtement et de l'âge. Les directeurs pratiquent un classicisme vestimentaire très fort (costume et cravate pour les hommes, voire cravate « club » souvent portée comme signe discret d'appartenance au corps). Les médecins sont beaucoup plus relâchés sur ce plan, à l'exception des plus âgés. De même, l'âge est une variable interprétée différemment dans les deux corps. L'âge est très important pour évaluer l'influence d'un médecin, comme dans tout système clanique, fondé sur l'apprentissage dispensé par les maîtres[109]. Dans le système hiérarchique des directeurs, la jeunesse est un handicap bien moindre pour être perçu comme influent.

Ces différences incitent les acteurs à chercher des moyens d'évaluer les positions tenues par leurs interlocuteurs. Le dialogue informel est un de ces moyens, et l'un des plus efficaces. Tel médecin est-il écouté de ses pairs ? Respecté pour ses qualités humaines, son excellence clinique ? Tel directeur adjoint a-t 'il l'oreille du chef d'établissement ? Son point de vue est-il susceptible d'emporter une décision ? Le dialogue informel permet de collecter des informations précieuses pour situer les positions de chacun, et les possibilités d'action.

Dialoguer hors du cadre formel des instances permet ainsi d'estimer l'influence des partenaires potentiels, le niveau de leurs ressources sociales, leur crédibilité auprès de leurs collègues. C'est pourquoi le dialogue informel représente une étape essentielle du processus de test des idées et projets : si les acteurs jugent que leurs partenaires ont un niveau de légitimité satisfaisant, ils pourront envisager de présenter un projet avec leur appui. *A contrario*, si les forces réunies autour d'un projet semblent insuffisantes, les acteurs décident le plus souvent de ne pas solliciter le circuit de décision formel, et abandonnent leur projet.

Pour estimer le niveau d'influence des autres acteurs, les protagonistes cherchent à comprendre l'état des relations existant dans l'autre corps. Mais si les rapports sont fortement structurés par la notion de pouvoir chez les directeurs comme chez les médecins, ces relations procèdent de logiques fondamentalement différentes. Le paradigme des relations est hiérarchique chez les directeurs, et clanique chez les médecins[110].

---

[109] Il n'est pas rare qu'un interne ou même un jeune praticien senior qui écrit un courrier ou un mail à des chefs de services s'adresse à ses « chers maîtres », même si des formules beaucoup plus relâchées sont aussi employées.

[110] En effet, même si la hiérarchie est une clef de lecture importante des relations au sein du corps médical, d'autres facteurs sont à considérer. Au sein des services hospitaliers, la hiérarchie est un facteur essentiel, au regard de l'âge, du statut, et des responsabilités exercées par les praticiens. Un chef de service exerce sur les autres praticiens de son service une autorité généralement bien plus forte qu'un manager sur les membres de son équipe.
En revanche, dans le cadre de la « gouvernance » de l'hôpital, les médecins impliqués n'ont pour la plupart pas de lien hiérarchique entre eux. Ainsi, un président de CME ne se verra reconnaître qu'une forme de magistère moral par les chefs de pôle, nonobstant les avis formels qu'il émet dans le cadre de ses fonctions.

1.1.2. Hiérarchie et clan

> *« Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. »*[111].

Directeurs et médecins ont des relations au sein de leur propre corps qui diffèrent fondamentalement. Les principes d'organisation des « groupes » de directeurs sont calqués sur les relations hiérarchiques qui prévalent dans l'administration française. Les médecins organisent leurs rapports entre eux sur un mode différent, qui s'apparente à l'appartenance clanique. Cette différence entre des directeurs soumis au principe hiérarchique, et des médecins déterminés par leur appartenance clanique est importante pour l'étude du dialogue informel.

En effet, le dialogue informel permet aux acteurs des deux groupes d'échanger des idées et des propositions, hors la contrainte du groupe. La partie informelle du dialogue donne une liberté aux acteurs, celle de dire ce qui ne serait pas dicible en présence des pairs ou des supérieurs du groupe d'appartenance.

Dans les équipes de direction, le modèle de la bureaucratie professionnelle de Henry Mintzberg[112] s'applique : les relations sont en partie gouvernées par des règles impersonnelles qui réduisent la part des relations interpersonnelles. Cela automatise une partie des décisions ; ainsi, les règles qui déterminent le passage d'un directeur du grade de classe normale au grade hors-classe échappent aux prérogatives du chef d'établissement[113]. Le chef d'établissement a une marge de manœuvre pour valoriser ou sanctionner ses adjoints, mais il « fait » rarement leur carrière. Selon les travaux de Friedberg, l'existence de ce type de règles présente l'avantage de réduire la conflictualité propre à toute organisation, par le désinvestissement émotionnel des acteurs qu'il induit[114].

Chez les médecins, les rapports sont aussi fortement structurés par le pouvoir. Mais les règles de fonctionnement du groupe sont différentes. Elles relèvent des relations de type clanique[115], et sont marquées par la figure du « patron », chef de service : comme le dit un directeur très expérimenté, *« Les grands patrons étaient abjects parfois. Il y avait des gestes d'autoritarisme exacerbé… « mon patron », comme disent les internes, avec une image de ferveur et de crainte… »*.

Les médecins ont un comportement clanique au sens où ils ne tolèrent aucune modalité de commande venant de l'extérieur du clan[116]. Cela est valable sur le plan de l'exercice de leur art (sur lequel le directeur n'a pas de prise), mais aussi pour les

---

[111] Code de déontologie médicale, article 56.
[112] Mintzberg (H.), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'organisation, Paris, 1998.
[113] Même si un avis favorable du chef d'établissement est requis pour le changement de grade.
[114] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.
[115] Ouchi (W., G.,), Price (R., L.), *Hierarchies, clans, and theory Z: a new perspective on organization development*, Organizational Dynamics, Volume 9, Issue 2, Autumn, 25-44, 1978.
[116] Ouchi (W., G.,), *Markets, Bureaucracies and Clans*, Administrative Science Quarterly, Vol. 25, No. 1, March, 129-141, 1980.

promotions et sanctions. Dans ce cadre, les chefs de service des hôpitaux universitaires « font » traditionnellement leurs successeurs, qu'ils choisissent en général parmi leurs élèves, même si la loi HPST donne des prérogatives formelles de nomination au directeur.

Cette relation qui présente des similitudes avec la filiation est inscrite dans l'organisation de la profession, comme en témoigne le serment d'Hippocrate : *« Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. »*[117]. Cette relation de maître à élève, autrefois proche d'une relation filiale, est un élément de compréhension essentiel du discours produit par les médecins à l'hôpital. C'est parce que la médecine est un enseignement donné par un père symbolique, dans des services qui se transmettent « de génération en génération », que les innovations de la « nouvelle gouvernance » percutent frontalement les us et coutumes médicaux.

Ainsi, les praticiens qui ne détiennent pas de mandat de représentation leur permettant d'influer sur les décisions de l'hôpital dans le cadre de la « nouvelle gouvernance » constatent avec dépit que la perte d'influence sur leur territoire (« leur » service, « leurs » lits) n'est compensée par aucune contrepartie symbolique. Directeurs et médecins impliqués dans les instances prétendent influer sur l'organisation des soins dans l'ensemble de l'hôpital et par là-même réduire les prérogatives des chefs de services. Or, cette perte de territoire est une blessure qui relève de l'identité professionnelle pour les chefs de service : *« Des « services » ? Des « maisons » bien plutôt, et, naturellement, des maisonnées familiales fortement hiérarchisées, où le patron et la surveillante*[118] *occupent des positions analogues à celles du Père et de la Mère chez les Compagnons. La ressemblance n'est pas fortuite : le compagnonnage est une référence identitaire forte chez les médecins, et plus encore chez les chirurgiens. [Cela explique] l'étonnement d'un historien de la médecine espagnole (…) sur l'appropriation des espaces hospitaliers par les médecins français »*[119]. La « nouvelle gouvernance » aboutit à ce que les chefs de service se sentent un peu moins chez eux « dans leur propre maison ».

Et de fait, les territoires tenus par les praticiens résistent à la mise en œuvre des orientations de la direction : *« Les salles de garde furent et sont traditionnellement hostiles aux directions hospitalières. Aujourd'hui, les administrations ne sont pas fâchées, par exemple, d'arguer des nécessités économiques pour en supprimer la cuisine, fondement de rituels conviviaux où se fabrique l'identité médicale. « Ils*

---

[117] Le serment d'Hippocrate, traduction de Littré. Le serment d'Hippocrate a été remplacé en France par le serment médical en 1940.

[118] La « surveillante » ou infirmière en chef est désormais appelé(e) « cadre de santé ». Il ou elle est rattaché(e) hiérarchiquement au directeur des soins, lui-même de formation paramédicale et qui dépend de la direction de l'hôpital.

[119] Pouchelle (M.-C.), *Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs?*, Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, n° 140, juin 2011.

n'ont qu'à manger au self, comme tout le monde ». Dans l'hôpital Pompidou en construction, la salle de garde n'avait pas été prévue, et il fallut la mobilisation des patrons pour qu'on lui trouve un lieu. « Je la mettrai près de la morgue ! » aurait lancé le directeur de l'hôpital »[120].

Aujourd'hui encore et cela apparaît dans l'enquête de terrain, les médecins défendent le caractère clanique de leur groupe. Ils insistent fréquemment sur le fait que l'exercice de l'autorité des directeurs nécessite leur consentement. Pour cela, ils soulignent souvent que la légitimité administrative conférée par l'autorité de nomination des directeurs est partielle : la nomination par les pouvoirs publics est acceptée par les médecins, mais à partir de cet adoubement administratif, « *tout est à faire* » pour le directeur, selon les termes d'un médecin interrogé. Et les directeurs sont très conscients que leur légitimité dépend beaucoup de leur capacité de dialogue avec les médecins.

Le crédit accordé à la parole des médecins dépend quant à lui de deux facteurs principaux : leur capacité d'influence, que les directeurs évaluent par eux-mêmes de façon empirique, et le niveau de compétence médicale. Sur ce point, les directeurs forment leur jugement d'après celui porté par les autres praticiens. Si aucun indicateur infaillible ne permet de connaître le niveau d'expertise des praticiens, les directeurs jugent en général que les aptitudes des médecins font le plus souvent l'objet d'opinions consensuelles au sein de l'hôpital.

Une fois que les positions relatives des acteurs sont estimées à peu près correctement, l'étape suivante consiste à tester des propositions. Les propositions émises visent à rendre plus concrète l'évaluation des rapports de force, et des suites possibles. La réception par les acteurs des propositions informelles est une excellente indication de leur possible mise en œuvre quand viendra la phase de dialogue formel au sein des instances. Lancer des ballons d'essai est donc essentiel pour élaborer une stratégie efficace.

1.1.3. Lancer des ballons d'essai

> *« D'une part, les négociateurs essaient souvent de présenter leurs menaces comme s'il s'agissait d'avertissements. Au lieu d'énoncer une menace, ils la remplacent par un fait équivalent. Et, d'autre part, les acteurs guidés par la recherche de leur propre intérêt essaient souvent de formuler leurs revendications en s'appuyant sur des principes. Ils sont alors poussés à*

[120] Pouchelle (M.-C.), *Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs?*, Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, n° 140, juin 2011.

dissimuler leur intérêt derrière un équivalent impartial »[121].

Directeurs et médecins connaissent très imparfaitement le champ d'expertise de leurs partenaires de dialogue. En effet, s'ils travaillent ensemble quotidiennement, directeurs et médecins sont issus de cursus très différents : instituts d'études politiques en majorité pour les directeurs, faculté de médecine pour les praticiens. Les compétences et attitudes enseignées aux deux groupes d'acteurs sont très dissemblables : rapport au travail en équipe et à l'apprentissage, vision globale, vocabulaire, etc. Ils manquent d'informations les uns sur les autres.

Or, les dossiers traités sont souvent d'une grande complexité. C'est ce qui nécessite de lancer des ballons d'essai, comme le note Fernand Daffos, médecin hospitalier : *« C'est probablement la complexité de la mise en scène qui va décider les acteurs à improviser. Tout compte fait, chacun jouera son rôle dans sa propre pièce. Tant pis si les thèmes sont différents. La « principale préoccupation », comme l'exprimait un ancien directeur d'hôpital (…) étant « de ne pas se faire court-circuiter », chaque acteur joue avec sa propre formation, son organisation personnelle, ses justifications et ses réseaux d'influence »*[122].

Faute de dialogue informel, les acteurs risquent d'agir « en aveugle », et d'être perçus comme maladroits ; ils seront susceptibles de défendre leur point de vue selon des termes qui seront jugés irrecevables par l'autre camp. Les directeurs expliquent par exemple que certains praticiens ne *« décodent »* pas leur univers, ce qui les prive d'une partie de leur capacité d'influence. C'est pourquoi il est indispensable que directeurs et médecins mènent un dialogue informel riche. Ces échanges hors des instances ont trois objectifs :

- Enseigner aux représentants de l'autre camp les modalités d'influence qui doivent être maîtrisées pour être capable de produire une représentation jugée satisfaisante par les acteurs (Être un directeur *« à qui l'on peut parler »* selon le langage assez direct des médecins ou être un médecin *« capable d'entendre »*, selon la formulation plus diplomatique des directeurs).
- Nouer des relations de confiance qui inciteront l'autre à coopérer et à ne pas se retrancher derrière son expertise pour rejeter les propositions venant de l'autre corps.
- Bénéficier d'une source d'information, certes toujours intéressée, mais qui favorise une meilleure connaissance des enjeux factuels qui seront traités dans le cadre du processus de décision.

Le dialogue informel permanent permet de tester des idées et des propositions. Cela constitue un filtre : les projets inopportuns, ou du moins jugés inacceptables par

---

[121] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation,* Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

[122] Daffos (F.), *Du pacs improbable à la possible cohabitation*, in Cavalier (M.), Dalmasso (R.), Romatet (J.-J), *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris, Erès, 2002.

l'une des parties, sont pratiquement toujours écartés, ou à tout le moins ajournés, à ce stade. Cela permet d'éviter une partie de la conflictualité : cela évite aussi l'engorgement des instances dont le temps de réunion est une ressource rare, comme le rappelle Bertrand De Jouvenel : *« Le temps est un bien rare, c'est-à-dire que le temps pendant lequel une assistance peut être maintenue attentive aux orateurs ou le temps pendant lequel une audience peut être espérée attentive à une émission, est une quantité limitée »*[123]. C'est la pénurie de temps qui détermine *in fine* la place accordée aux acteurs et aux projets qu'ils défendent : *« Un système d'expression est caractérisé seulement par deux choses : ses goulets d'étranglements et les critères d'admission pour les traverser »*[124].

Les rapports de force sont ainsi jaugés lors du dialogue informel. Directeurs et médecins donnent des informations sur ce qui peut être fait, et sur les projets voués à l'échec, ou tout au moins qu'ils ne prendront pas le risque de soutenir. De façon informelle, les acteurs donnent leur avis sur les orateurs qui méritent de se voir accorder un temps de parole dans les instances formelles.

Ainsi, un directeur pourra expliquer que « dans l'état actuel des finances de l'hôpital, le DG ne sera vraisemblablement pas réceptif à cette proposition ». Et un praticien inquiet de la réaction de son collègue à un projet de réorganisation pourra glisser à un directeur que « untel est déjà très remonté contre la direction à cause de la suppression d'un poste de PH dans son service, et il pourrait mal ressentir telle proposition ».

Ce dialogue informel connaît des modalités variées, incluant des écarts plus ou moins admis à la règle de loyauté à son propre corps. Les « alliances à rebours » entre directeurs et médecins, visant à contraindre des acteurs de son propre corps professionnel sont reconnues par certains directeurs : *« Oui, bien sûr. Les hommes sont dans un discours à plusieurs niveaux, sinon ils ne seraient pas des êtres de langage. Ils sont dans le calcul, dans la tactique, la stratégie »*.

Mais ce type d'alliances à rebours est fermement condamné par d'autres directeurs, les plus nombreux : *« En ce qui me concerne, jamais. C'est une règle de vie. Je refuse. Il est hors de question de faire alliance avec un médecin pour infléchir un directeur »*.

Enfin, il est à noter que les médecins semblent relativement indifférents à l'égard des attributions fonctionnelles des directeurs. Ils sont soucieux d'une démarche pragmatique d'influence. Cela favorise une coopération permanente et parfois conflictuelle entre les deux corps, très dépendante des aptitudes personnelles au dialogue.

Un directeur décrit ces enjeux : *« Il y a une difficulté de conciliation permanente entre l'intérêt du patient et l'intérêt général. Un bon médecin est garant des deux. De par sa formation, il va toujours privilégier l'intérêt du patient. Très*

[123] De Jouvenel (B.), Le problème du président de séance, Négociations, 2005/2, n°4.
[124] De Jouvenel (B.), *op cit*

concrètement, du temps de la dotation globale, déclencher un traitement médical très onéreux, c'était mettre en difficulté l'hôpital.
Il faut surmonter ce conflit en mettant son contenu individuel à sa juste place. J'ai toujours pensé que la prescription médicale doit rester libre. C'est la garantie de l'intérêt du patient, même si c'est une absurdité économique. Le médecin doit pouvoir mettre en jeu une thérapeutique, quelle qu'elle soit. Sinon, on est dans le schéma du rat de Laborit, qui prend des décisions incohérentes.
En revanche, la tâche du directeur est de définir des règles applicables aux grands nombres. L'intérêt général est dans le grand nombre, et l'intérêt particulier dans le petit nombre. Il faut surveiller les coûts, mais de temps en temps, on peut faire des exceptions. Le directeur doit faire émerger les choix collectifs. C'est une affaire de choix collectifs et de préférences individuelles, pas toujours cohérentes comme dans la théorie de K. J. Arrow ».

Les accommodements permis par le dialogue sont ainsi au cœur de la conciliation entre intérêt du patient et intérêt général ; c'est l'idée défendue par le même directeur : *« Il ne faut pas ignorer ce type de difficultés, il est nécessaire qu'elles s'expriment. De temps en temps, il y a des décisions particulières à prendre. En exception à la règle, mais pas au détriment de la règle. Je me souviens d'un anesthésiste réanimateur, qui était connu pour un certain entêtement à la survie de patients ordinairement condamnés (sans aller à l'acharnement thérapeutique toutefois). On lui refusait souvent les moyens lourds qu'il demandait. Sur un cas particulier, on s'est parlé, et j'ai dénoué une situation. Après, il m'appelait de temps en temps, pour des situations particulières. Et comme par hasard, c'est arrivé de moins en moins souvent.*
Je me souviens de l'exemple d'un jeune de 17 ans qui avait besoin d'une suppléance hépatique. C'était rare, à l'époque. Le malade ne remplissait pas les conditions pour une greffe hépatique. Le médecin pensait qu'on pouvait le faire survivre, améliorer son état puis le réinscrire sur la liste de greffe. Nous avons mis en route le traitement. Cinq semaines après, le médecin me dit : « Il a survécu, et il aura une greffe ». Et ça, ça vaut le coup, car au-delà du cas particulier de ce malade, c'est la relation de confiance avec le médecin qui devient durable ; du coup, on peut engager des réflexions utiles sur les cas de routine, et les économies qu'on va provoquer sur des centaines de malades vont largement compenser l'investissement fait sur un ».

Ainsi, les acteurs soutiennent que le dialogue informel donne une place importante à la négociation, en amont de la délibération qui prévaut dans le dialogue au sein des instances. Cette distinction est importante, car la négociation est différente de la décision collective, comme souligné par Philippe Urfalino : *« pour mieux saisir la spécificité de la délibération, la distinction entre argumenter et négocier a besoin d'être complétée par la différence entre situation de décision collective et situation de négociation »*[125].

Le dialogue informel peut aussi servir à évaluer l'écart admis à la règle par les autres acteurs. Les nécessités de l'action concrète appellent une interprétation des missions

[125] Urfalino (P.), *Délibération et négociation*, Négociations, 2005/2 no 4.

de chaque corps, et une capacité de dépasser son rôle prescrit pour exercer tout son rôle réel : « *Les dirigeants hospitaliers témoignent qu'ils sont parfois d'autant mieux à même de résoudre les problèmes pratiques qu'ils s'écartent des voies officiellement approuvées. Ces dernières fonctionnent alors soit comme des garde-fous (pour empêcher des excès), soit comme des guides (pour indiquer des visées générales), soient comme des mythes, pour montrer qu'on tient à des règles ou à des valeurs qu'il est malheureusement difficile de mettre en œuvre (Meyer et Rowan, 1977). Cela renvoie à une dimension souvent oubliée de l'activité managériale, la transgression, c'est-à-dire un ensemble d'actions qui sont en contradiction avec les règles (lois et règlements par exemple) ou les normes (Chanlat, 2008). La transgression est une réponse aux situations singulières ou aux contextes particuliers. Le dirigeant cherche systématiquement à légitimer ses transgressions aux règles, soit en faisant référence aux valeurs du service public, soit aux nécessités de la gestion. Le contexte de réformes permanentes favorise les transgressions : il génère à cet égard de nouveaux risques et de nouvelles difficultés de gestion* »[126]. L'écart admis à la règle, ou que le manager s'efforce de rendre admissible sans se discréditer, est une variable déterminante dans l'exercice professionnel.

En effet, la profusion des normes et procédures visant – entre autres – à améliorer la qualité est encore plus présente à l'hôpital que dans nombre de secteurs d'activité. Les décideurs doivent donc, plus qu'ailleurs, tenir un double discours : respect des règles pour tous les acteurs de l'hôpital, accommodements pour les décisions prises par les managers[127]. Cette tension croissante entre ces deux impératifs fragilise la parole des décideurs.

Mais au-delà de ces questions, pour être efficace, le dialogue informel doit être mené par des acteurs qui se reconnaissent mutuellement. Cette reconnaissance mutuelle n'a rien de spontané malgré la récurrence des échanges professionnels entre directeurs et médecins. En effet, la légitimité professionnelle des directeurs d'hôpital est une question centrale dans ce cadre. Contrairement à celle des médecins, la légitimité des directeurs ne va pas de soi. Elle mérite d'être interrogée.

1.1.4. Les directeurs d'hôpital : des interlocuteurs légitimes ?

> *« Je défends la France contre les épidémies avec mon porte-plume »*[128].

---

[126] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

[127] Il est symptomatique de cette tension que l'Association des Directeurs d'Hôpital et les syndicats représentant le corps protestent périodiquement contre cette inflation normative, qui réduit l'autonomie des managers.

[128] Un des premiers directeurs centraux de l'Assistance et de l'Hygiène de la IIIe République, cité par Lion Murat, in *La santé publique, matière administrative extraordinaire*, Revue française des affaires sociales, n°4, octobre-décembre 2001.

Un chef d'établissement interrogé le dit sans ambages : les directeurs d'hôpital sont des managers dont la légitimité est sujette à débat. *« Le directeur d'hôpital est sans doute un des dirigeants qui est le plus en quête de sa légitimité. Peu de dirigeants, dans le monde économique, dans le secteur public ou privé, sont autant en quête quasi permanente de légitimité »*. Le prestige de la figure du médecin est en effet considérable : à la fois utile socialement et acteur du progrès scientifique, le médecin produit un discours empreint d'autorité. Le directeur doit composer avec cette posture. Cette autorité des médecins procède d'une position sociale très durablement élevée, comme le rappelle Jean-Charles Sournia, évoquant la médecine égyptienne : *« Les médecins font partie de l'élite (…) ; ils voisinent avec les prêtres, les chefs militaires, les responsables des mines, de l'agriculture, des greniers publics ; ils participent aussi à la hiérarchie du corps des fonctionnaires »*[129].

Contrairement au médecin, le directeur d'hôpital exerce un métier qui n'est pas connu du public. Son activité n'est par ailleurs pas visible socialement, au sens où il n'est pas possible de se représenter facilement ce qu'il fait concrètement. A la différence de l'activité du médecin, celle du directeur n'a pas un sens évident, comme le notent Laude et Chauvigné : *« L'activité observable des dirigeants est difficile à comprendre à première vue, car la seule observation ne permet pas de comprendre le sens de l'activité. Elle se présente comme une succession d'actions dont il est difficile de discerner la cohérence, la continuité, les fins et les causes. Elle semble discontinue car ils effectuent de multiples actions, sur de multiples thèmes, avec de multiples interlocuteurs dans de multiples lieux, sur des temporalités différentes, le plus souvent longues. Leur activité est constituée d'une somme de micro activités individuelles et collectives, certaines étant prévues, d'autres non, le tout dans un agenda très rempli. Les dirigeants d'hôpital, comme cela semble souvent être le cas dans les activités de direction, « courent après le temps ». L'amplitude de travail des dirigeants hospitaliers est relativement stable autour de 10h par jour, entre 5 et 6 jours par semaine. Pourtant une caractéristique de ce temps est l'absence de frontières temporelles claires. En effet le temps de présence sur le lieu de travail ne couvre pas le temps réel de travail qui déborde sur le temps situé dans l'espace privé. Cela est encore favorisé par le logement de fonction dans les murs de l'hôpital »*[130].

Concrètement, cette activité se manifeste par des interventions sur différents « dossiers ». Ces interventions attestent à la fois d'une capacité professionnelle et d'un niveau d'influence. Pour que le travail du directeur soit reconnu, ces aptitudes doivent en outre être mises au service d'une orientation jugée légitime par l'ensemble des acteurs. Cette orientation sera jugée légitime ou non au regard des principes qui sont supposés la fonder.

A cet égard, le recours aux principes généraux pour la justification de l'action est un élément essentiel de la légitimité des directeurs face aux médecins. La défense de principes supérieurs et abstraits est une force des directeurs dans les débats. En creux, elle est aussi pour eux le signe d'un rapport de forces défavorable, comme indiqué par John Elster : *« Pourquoi faut-il argumenter ? Pourquoi ne pas adopter une attitude de*

[129] Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine*, Editions La Découverte, 2004.
[130] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

négociateur, ou exiger un vote immédiat sans débat au préalable ? (…) Lorsqu'un orateur donne l'impression de réellement fonder ses arguments sur des principes, les gens à qui il s'adresse seront probablement plus prompts à mettre de l'eau dans leur vin. Si un individu donne l'impression de raisonner en s'appuyant sur des principes et d'être prêt à subir quelques pertes plutôt que d'accepter un compromis, il fera céder ses interlocuteurs, même si ces derniers ont un intérêt en jeu. A ce sujet, le fait d'adopter des principes constitue une forme d'engagement préalable. Cette stratégie sera probablement adoptée par des agents qui, sans cela, auraient un faible pouvoir de négociation. Quand les puissants négocient en position de force, les faibles argumentent avec des principes »[131].

La capacité d'influence des directeurs est donc mise à l'épreuve par la conduite d'un objet spécifique, le « dossier ». Le terme est utilisé par l'ensemble de la profession, et ce dès l'apprentissage des élèves-directeurs en formation, dont le stage est évalué à partir de la réalisation de dossiers menés dans différentes directions fonctionnelles. Le « dossier » doit être débrouillé par le directeur, mais aussi resitué dans un contexte plus large, avec hauteur de vue mais sans emphase excessive[132].

Laude et Chauvigné décrivent l'importance de cet enjeu dans l'activité des directeurs : *« Le principal objet intermédiaire est le « dossier » qui constitue une sorte d'unité de base du travail. (…) ce terme (…) est celui qui est utilisé par les membres des équipes de direction, même s'ils parlent aussi de « sujets », de « thèmes » et d'« affaires ». Le terme de « dossier » peut sembler d'une évidence et d'une matérialité trompeuses. Dans l'usage qu'en font les dirigeants, le « dossier » ne désigne pas forcément un objet matériel. Le terme est utilisé comme un concept désignant, par raccourci, l'ensemble des objets qui sont traités sur un « sujet », que ce soit par l'intermédiaire de documents papiers, informatiques ou par le biais d'interactions. Les observations montrent que le traitement passe par des opérations de définition, d'organisation et d'orientation des dossiers. Cette activité permet de diagnostiquer les dossiers à traiter (au besoin, les construire) et de préciser les façons de les traiter (prioritaire ou non - modalités de réponse - qui intervient dessus etc.) »*[133]. Il ne faut cependant pas en déduire que les directeurs construisent l'objet qui constitue leur propre travail. En effet, les « dossiers » sont attribués par le chef d'établissement, qui est lui-même fortement contraint par les priorités fixées par les tutelles. Unité de base du travail, les dossiers sont pour les directeurs autant d'épreuves de leur valeur professionnelle.

Mais la conduite satisfaisante des dossiers ne constitue pas pour le directeur une assurance de reconnaissance. En effet, l'ignorance de la chose médicale fragilise la position du directeur au sein de l'organisation, comme le note Fernand Daffos, médecin : *« Entre un directeur qui ne connaît pas, sauf à titre de consommateur personnel, le produit qu'il vend et le médecin souvent discret sur sa fraîcheur et sa date de péremption, le niveau d'information est déséquilibré. Le produit est*

---

[131] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation,* Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

[132] Le directeur doit ainsi se tenir à égale distance des deux figures repoussoir de la geste managériale, le technicien à l'esprit étroit et le technocrate pontifiant.

[133] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

artisanal, non reproductible à l'échelle industrielle et il touche encore autant de nos jours à l'art et à la sociologie qu'à la connaissance scientifique »[134]. Le directeur doit donc gagner sa légitimité pour incarner un rôle d'interlocuteur valable. Cette légitimité a fait l'objet d'une conquête patiente de la part des directeurs depuis plusieurs décennies, à partir d'une position de départ peu favorable.

En effet, les premiers directeurs sont des acteurs de second rang à l'hôpital, comme le rappelle François-Xavier Schweyer : *« Les premiers directeurs d'hôpital ont été nommés en vertu du décret d'application de la loi de décembre 1941, publié le 17 avril 1943 et stipulant qu'un « agent, appointé par l'établissement, est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative ». Cet agent, autrefois secrétaire de la commission, est désormais « directeur » dans les établissements de plus de 200 lits, et « directeur-économe » dans ceux de moins de 200 lits. Le directeur ne fut d'abord qu'un secrétaire de la commission administrative, et sa fonction n'exista comme telle que dans la mesure où son entourage voulait bien la reconnaître. Car l'hôpital était présidé par le maire qui dirigeait l'établissement, fixait le budget et le prix de journée sur lequel le préfet exerçait toutefois un contrôle. Le directeur devait exécuter les décisions de la commission administrative qui nommait en son sein un ordonnateur pour signer les mandats »*[135].

Thibault Douté décrit la position subalterne des premiers agents publics en charge de la direction des hôpitaux : *« Alors que les hôpitaux en France sont issus d'une histoire très longue remontant au moyen-âge et aux hospices, il aura fallu attendre une loi de 1941 pour que la fonction de « directeur » apparaisse de manière officielle. Désigné alors sous le terme générique « d'agent », il est (…) simplement chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative. Dès cette époque fondatrice cependant, cet agent de l'Etat est créé pour être un instrument de la politique réformatrice de l'Etat en matière de santé. Son positionnement central au sein du système, à proximité de la tutelle locale et du corps médical, devant lui conférer un positionnement efficace dans ce but. Pendant longtemps néanmoins, le directeur de l'hôpital aura à faire face à la suprématie du corps médical : «importance sociale et morale fondant un pouvoir discrétionnaire, combinaison d'autoréglementation propre à une profession libérale et d'un pouvoir technico-charismatique » »*[136].

La position relative des directeurs d'hôpital face aux médecins s'améliore cependant progressivement dans la seconde moitié du vingtième siècle. La lente augmentation de l'influence des directeurs d'hôpital face au corps médical procède en grande partie de leur capacité à produire un discours valorisant leur fonction, à l'instar d'autres groupes professionnels : *« Un travail politique de revendication d'un meilleur statut va alors fédérer les directeurs dans une logique d'intérêt. L'essor de l'hôpital public donnait une*

---

[134] Daffos (F.), *Du pacs improbable à la possible cohabitation*, in Cavalier (M.), Dalmasso (R.), Romatet (J.-J), *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris, Erès, 2002.

[135] Schweyer (F.-X.), *Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital*, Revue européenne des sciences sociales, 2006/3, XLIV.

[136] Douté (T.), *La décision efficace à l'épreuve de la négociation, l'apport de la sociologie dans la compréhension des mécanismes de décision à l'hôpital (comment travaillent ensemble médecins et directeurs?)*, mémoire Exécutive Master, Sciences Po, 2009.

légitimité à leur fonction ; il leur offrait aussi une forme de mythe mobilisateur: «mettre les progrès de la médecine à la portée de tous». Les principes républicains d'universalité et d'égalité formaient le ciment symbolique donnant consistance au groupe professionnel »[137].

Cette production d'un discours légitimant les directeurs d'hôpital remet en question la position des autres acteurs majeurs de l'hôpital, les médecins : *« On assiste (…) à la construction progressive, par les directeurs d'hôpital eux-mêmes, d'une « idéologie nouvelle », d'une définition personnelle et spécifique de leur mission au sein de l'hôpital, sinon en opposition, tout au moins en complémentarité avec celle des médecins. Cette idéologie est spécifique au champ hospitalier en ce qu'elle repose sur une idée de progrès (logique de l'Etat-Providence), mais qui suppose que l'action publique soit régie par le droit (valeur que se partagent tous les corps de hauts fonctionnaires) mais aussi la science »*[138].

Ce discours corporatiste fondé sur les valeurs du droit mais aussi du progrès scientifique est propre au seul corps des directeurs d'hôpital au sein de la haute fonction publique française. Il présente cependant une certaine similitude avec le discours positif élaboré par les fonctionnaires d'Etat des services déconcentrés, par comparaison avec le scepticisme des fonctionnaires exerçant dans les services centraux : *« Les cadres des services déconcentrés étaient également ceux qui pensaient en plus grandes proportions avoir eu des carrières supérieures à leurs attentes et qui inscrivaient la modernisation dans un univers professionnel où la réussite, selon eux, passait surtout par la maîtrise technique, le savoir-faire et la patience. Les critères de réussite étaient sensiblement différents dans les grands corps ou les services centraux, les premiers favorisant l'appartenance corporative et les seconds les appuis politiques. Dans ces deux cas, le scepticisme à l'égard de la politique de modernisation était grand et les fonctionnaires de ces deux groupes ne s'y engageaient que très modérément. (…) Les dynamiques professionnelles ne sont pas uniformes quelle que soit la «volonté politique» ou le «projet» gouvernemental. On ne peut donc pas parler de manière uniforme du rôle des fonctionnaires »*[139]. Directeurs d'hôpitaux et fonctionnaires d'Etat des services déconcentrés ont en commun une autonomie d'action supérieure à celle des cadres exerçant en administration centrale. Mais les directeurs conjuguent forte autonomie et projection de leur mission dans les valeurs du progrès.

Cette spécificité a permis de rendre crédible les revendications statutaires et l'alignement des directeurs d'hôpital sur la rémunération indiciaire des administrateurs civils, obtenu en 2005 : *« Le développement du secteur hospitalier en France à partir des années 1970 et jusqu'à aujourd'hui va s'accompagner d'un accroissement des pouvoirs donnés au directeur d'hôpital, et d'une revalorisation statutaire correspondante. (…) Globalement, les directeurs d'hôpital sont parvenus à faire reconnaître leur « métier » en véritable « profession ». Pour se référer aux critères qui permettent de définir ce qu'est une*

---

[137] Schweyer (F.-X.), *Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital*, Revue européenne des sciences sociales, 2006/3, XLIV.
[138] Douté (T.), *op. cit.*
[139] Rouban (L.), *Les hauts fonctionnaires sous la cinquième république : idées reçues et perspectives analytiques*, Revue française d'administration publique 2002/4, n°104, p. 657-675.

profession (Osty, 2006), les directeurs d'hôpital sont en effet parvenus à construire un « corps professionnel » reposant sur un relatif monopole d'exercice du métier (via le concours et la formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique). Ils partagent aujourd'hui une « communauté de valeurs » qui est fondée sur la confraternité et sur un idéal de service. Ce qui reste encore inachevé, ce serait finalement l'expertise propre ou le « savoir-écran » qui mettrait définitivement à l'abri les directeurs d'hôpital de la prise en charge de cette mission par d'autres corps professionnels, venant d'horizons nouveaux (secteur privé, fonction publique d'Etat) »[140].

Cette communauté de valeurs constitue un socle de croyances relativement partagées au sein du corps des directeurs d'hôpital. Mais la sincérité de l'attachement à ces valeurs n'empêche pas le fait que *« les raisons inconscientes pour lesquelles on partage une croyance sont fort éloignées de celles qu'on invoque pour les justifier »*[141]. Ces valeurs qui donnent un sens à la mission des directeurs d'hôpital sont aussi un argument de légitimation de leur position collective au sein de l'hôpital français. Les valeurs rejoignent ainsi – comme souvent – les intérêts des acteurs.

Mais cette augmentation de l'influence des directeurs d'hôpital au plan collectif va de pair avec la gestion individuelle par les directeurs de leur légitimité au sein de leur établissement d'exercice. Un directeur interrogé rappelle ainsi l'importance de deux facteurs de légitimité : la nomination par une autorité jugée légitime, et la capacité d'écoute.

Si le premier facteur est exogène, le second fait bien entendu appel aux capacités individuelles des acteurs, comme le note un directeur : *« La légitimité n'est pas comme l'autorité qui ne s'use que lorsqu'on s'en sert. Elle exige une ouverture d'esprit. (…) Cependant, une partie de la légitimité vient de la nomination, cette décision institutionnelle confère à celui qui est nommé une légitimité formelle. Mais la légitimité réelle est dans l'écoute et la compréhension des problèmes des professionnels ».* L'enjeu pour les directeurs consiste donc à accumuler du crédit, à être reconnu comme légitime. Un médecin ne dit pas autre chose : *« Pourquoi les directeurs d'hôpital ne sont-ils pas des médecins ? Tout simplement parce que la règle est celle là. Nous sommes dans un pays où la compétence administrative est très reconnue, comme le montre l'exemple de l'ENA. Cela a permis l'émergence du corps des directeurs d'hôpital (…). Le directeur est bien sûr nommé par le ministère, mais à partir de là, pour lui, tout est à faire ».*

Cette question de la capacité d'écoute est précisée par plusieurs répondants : le directeur d'hôpital doit être en mesure d'appréhender le processus de soin avec l'aide d'autres acteurs, médicaux ou non, comme le précise un directeur expérimenté : « *La légitimité au travail repose sur le dialogue, et sur l'intérêt qu'on peut éprouver de part et d'autre à échanger sur les processus de soins. Il faut une curiosité permanente pour tout se qui se passe à l'hôpital, la médecine, la chirurgie, la biologie, les soins techniques et relationnels, mais aussi la sécurité incendie, etc. ».* La non maîtrise de la médecine ne constitue donc pas pour les directeurs un

[140] Douté (T.), *op. cit.*
[141] Levi-Strauss (C.), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.

obstacle à la constitution d'un corpus de connaissances instrumentales sur la médecine et sur le processus de soin.

Un directeur illustre le thème des compétences administratives reconnues du directeur d'hôpital non-médecin par les limites attribuées au directeur médecin : *« Il y a des pays où [les directeurs sont des médecins]. Je vais raconter une anecdote. Il y a quelques années, je m'étais déplacé pour une mission au Portugal, à l'hôpital Santa Cruz de Lisbonne. Notre délégation était menée par un chef de service éminent, ancien député de surcroît. Dans le hall de l'hôpital, le directeur vient nous accueillir. Il parlait français, et reçoit chaleureusement le chef de service. Celui-ci présente l'ensemble de la délégation, dont moi, jeune directeur à l'époque. Le directeur portugais me dit bonjour, et ajoute sur un ton dépourvu de sympathie : « Il faudra m'expliquer pourquoi, en France, les directeurs d'hôpital ne sont pas des médecins ». Ensuite, il nous laisse au pied de l'ascenseur, et nous donne rendez-vous plus tard. Nous commençons à descendre avec la délégation, et tout d'un coup, nous sentons un choc. Les lumières s'éteignent et se rallument, comme dans les films ; et on constate que les plancher et le plafond sont de travers. L'ascenseur avait chuté de biais, et s'était coincé, à un niveau intermédiaire entre deux étages. Bien sûr, des personnes se précipitent pour nous aider, et nous arrivons finalement à sortir. Quelques instants plus tard, le directeur portugais, prévenu, accourt, catastrophé, et s'enquiert de notre état. A ce moment là, je lui ai dit : « Vous avez la réponse à votre question de tout à l'heure ! » ».*

L'anecdote montre que l'exercice d'un corps de direction à l'hôpital n'a rien d'évident. Pour la justifier, l'influence au plan technique est importante. Ainsi, plusieurs directeurs détiennent une influence importante sur le processus de préparation de la décision : les directeurs dits « régaliens ».

Le directeur des affaires financières possède une place à part dans l'équipe de direction : considéré comme la direction la plus prestigieuse[142], les affaires financières assurent une maîtrise d'informations et de compétences techniques inaccessibles aux médecins, et à de nombreux directeurs. Le directeur des finances dispose donc d'un pouvoir d'influence important ; il est un personnage écouté, quoique souvent critiqué.

Un praticien interrogé insiste ainsi sur la complexité des informations délivrées par les directeurs des affaires financières, le manque de temps disponible pour les appréhender, et la faible volonté d'intermédiation : *« La plupart des décisions ont trait à l'argent, elles sont prises sur la base d'un argumentaire de la direction des affaires financières. Et on n'y a jamais accès. Les diapos sont transmises la veille ou l'avant-veille, et c'est éventuellement trop compliqué pour qu'on comprenne ».* Le directeur des affaires financières est souvent le relais du chef d'établissement, voire son « mauvais génie », aux yeux du corps médical, chargé de rappeler les informations déplaisantes sur la situation financière de l'hôpital.

---

[142] Schweyer (F.-X.), *Les carrières des directeurs d'hôpital*, Revue Française d'Administration Publique, 2005, n°4, p. 623.

Le directeur des ressources humaines est l'autre directeur « régalien ». Gestionnaire des la masse salariale, soit environ les deux tiers des masses financières de l'hôpital, il est un bon connaisseur de l'organisation du soin et le gestionnaire de l'influence de la direction sur l'encadrement paramédical, appui essentiel de la direction dans le monde soignant.

On peut citer aussi le directeur des affaires médicales. Directeur des ressources humaines pour le personnel médical[143], il constitue une sorte de *missi dominici* du chef d'établissement auprès du corps médical. Il possède une connaissance sans égale au sein de l'équipe de direction du fonctionnement de l'organisation médicale de l'hôpital. « Sentinelle » du chef d'établissement auprès du président de CME, il doit accorder la loyauté à l'égard de son supérieur avec la gestion d'une relation de dialogue féconde avec les médecins pour garantir l'utilité de son rôle.

Mais plus que la question de la compétence évoquée ici, c'est le thème du recul, de la capacité à faire partie de ceux qui conçoivent et qui auditent plus qu'à être opérateur, qui semble fonder la légitimité du directeur d'hôpital. Dans ce cadre, le fait de ne pas être médecin est en fait un atout pour le directeur.

1.1.5. Des directeurs légitimes parce que non-médecins

> *« A la différence des autres médecins, vous, les directeurs, avez la liberté de nous admirer. On ne joue pas dans la même cour, vous faites quelque chose de différent. Les autres médecins ne peuvent pas, ils font partie du même corps que nous ! »*[144].
>
> *« Être directeur, par définition, c'est s'abstraire des enjeux de proximité, de la gestion du présent hic et nunc. Le directeur, comme son nom l'indique, doit choisir une direction vers un projet et amener les gens dans cette direction. Cela demande un sens aigu de la synthèse, de l'anticipation, et une forte capacité de négocier »*[145].

La très grande majorité des répondants affirment que le fait de ne pas être médecin est un avantage pour exercer la direction de l'hôpital, comme ce directeur : *« C'est évidemment un avantage, du fait de l'extériorisation de toute pensée technique*

[143] Dans de nombreux établissements, les fonctions de directeur des ressources humaines et de directeur des affaires médicales sont exercées par le même directeur.
[144] Un PU-PH de réputation internationale.
[145] Un directeur expérimenté.

préconçue. Je dirais la même chose du fait de ne pas être sage-femme ou ingénieur ». Un directeur a deux avantages principaux sur un médecin pour exercer sa mission : l'absence de comparaison ou de compétition avec les autres médecins, et la neutralité.

Un des points les plus fréquemment soulignés par les répondants est la neutralité que permet le fait de ne pas appartenir au corps médical, comme le dit ce directeur : *« Je pense que c'est un avantage. A condition que la décision soit entourée de tous les avis et compétences nécessaires. Un non médecin ne peut pas être taxé de corporatisme. Au quotidien, un médecin reste attaché à sa culture, à sa formation, à sa spécialité. C'est naturel. Son point de vue est biaisé par ses relations, ses copinages d'internat. Même s'il le veut, il ne peut être totalement impartial. Le directeur n'a pas ce type de handicap. Il n'est ni radiologue, ni chirurgien… il n'a pas eu tel ou tel PU-PH le préparant au concours de l'agrégation. Il n'a pas ces liens de subordination que les médecins ont entre eux. Le directeur a cette liberté et cette vision de l'intérêt collectif ».* Le risque de collusion est mis en avant par un autre directeur : *« Si j'étais médecin, je serais un peu captif de ma discipline et de mes confrères ».*

Les médecins défendent souvent un point de vue similaire : *« C'est un avantage. Ils ont plus de recul, ils n'ont pas le nez dans le guidon. Dès qu'un directeur commence à s'intéresser de très près à ce qui se passe dans les services de soin, ça devient très compliqué. Un directeur doit être en recul. Ce sont les cadres qui doivent être en recul pour que les décisions prises soient les plus objectives possibles ».*

L'idéaltype ainsi décrit par les directeurs comme les médecins est celui d'un manager serein et distancié. Ces caractéristiques sont intéressantes parce que relativement inattendues : elles dessinent un portrait en creux très éloigné du manager avant tout dynamique, enclin à décider rapidement, que présente la littérature managériale profane. Comme si le directeur d'hôpital, confronté à des interlocuteurs exceptionnellement prestigieux, se devait d'adopter une attitude empreinte de gravité et de distance. Comme si une posture manquant de hauteur de vue condamnerait le directeur à ne pas être considéré comme digne du dialogue avec le médecin, doté d'un pouvoir magico-religieux sur les corps et les âmes.

Cette nécessité de hauteur et de distance rapproche le directeur d'hôpital d'une autre activité qui fonde sa légitimité sur la maîtrise du verbe : la politique. La figure du directeur d'hôpital « en recul » présente en effet des similitudes avec les caractéristiques du décideur politique tel que décrit dans les études de genre. L'exemple de l'analyse par Clément Arambourou des valeurs qui fondent le comportement attendu des présidents de la cinquième République est ici éclairant : *« Cette masculinité [des présidents de la cinquième République] est celle des hommes des classes bourgeoises des XIXe et XXe siècles. Elle repose sur un ensemble de valeurs : tempérance; droiture; responsabilité; justice; sens de l'État; courage; autorité; culture des Lumières; style corporel ni trop peu, ni trop*

investi »[146]. Ces caractéristiques sont comparables à la figure idéale du directeur d'hôpital décrite par les répondants (qu'ils soient des hommes ou des femmes). Cette « masculinité maîtrisée », ni effacée ni agressive, correspond à l'attitude jugée crédible pour un directeur : *« En France, la sphère politique est le lieu où se fabriquent les « grands hommes » […], c'est-à-dire les canons de la virilité hégémonique : cette virilité prétendument « neutre » — celle de l'homme (vir) des droits de l'Homme -, ni trop viriliste ou « macho » (ce qui serait la marque de l'homme populaire, qui se laisse emporter), ni trop asexuée et éthérée (ce qui serait la marque de l'homme de lettres, inapte à l'action) »*[147]. Et les directeurs (hommes comme femmes) cherchent à conforter leur légitimité en se rapprochant de ce modèle du décideur légitime. Leur objectif est d'affirmer progressivement leur position sans susciter de réaction négative du corps médical – ou le moins possible.

En effet, si la figure attendue du directeur d'hôpital présente des similitudes avec le personnel politique, c'est sans doute parce que la dimension politique de son action est au moins aussi importante que ses compétences de gestion, quand il exerce en tant que chef d'établissement. En effet, contrairement à d'autres fonctionnaires de niveau équivalent comme les administrateurs territoriaux par exemple, le directeur chef d'établissement n'assure pas un rôle d'aide à la décision pour un exécutif. Le chef d'établissement exerce très clairement, aux termes du code de la santé publique, les prérogatives d'un décideur[148].

---

[146] Arambourou (C.), *François Bayrou et la virilité comme ressource à renouveler. Une analyse en creux des conditions d'efficacité d'un registre identitaire controversé*, Colloque international « Genre et sexualité dans la présidentielle de 2012, Sorbonne, Paris, 27 septembre 2012.

[147] Achin (C.), Dorlin (E.), *« "J'ai changé, toi non plus" »*, Mouvements, http://www.mouvements.info/J-ai-change-toi-non-plus.html, 2007.

[148] Article L6143-7 du code de la santé publique :

« Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement (…).

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins (…). Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire (…).

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art (…).

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (…);

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

Mais le pouvoir médical contraint en permanence le directeur à concilier les impératifs « politiques » (les luttes de pouvoir interpersonnelles entre médecins ou avec le corps des directeurs) et le traitement « gestionnaire » des dossiers. La décision « politique », fruit d'un consensus patiemment recherché, prime pour le directeur sur la décision « technique », inspirée par les outils de gestion qui ne diffèrent en rien de ceux existant dans d'autres domaines d'activité (tableaux de bord, méthodes d'analyse de type « Six Sigma », etc.). Dans cette optique, le directeur d'hôpital est un véritable décideur, dans la mesure où son habileté manœuvrière est sa première qualité.

La comparaison avec le système indien est sur ce point éclairante. Comme le constate le géographe Bertrand Lefebvre, le système indien a connu la mise en place progressive de managers non médecins, dans un mouvement similaire à celui des pays de l'OCDE : « *En général une grande partie des directeurs d'établissement sont des médecins. On observe depuis maintenant une quinzaine d'années la montée des managers dans les chaînes hospitalières privés (Apollo Hospitals, Fortis Healthcare, etc.). Mais beaucoup sont à la base des médecins qui au cours de leur carrière ont suivi une formation managériale, en business school ou à l'étranger (Etats-Unis, Royaume-Uni, etc.). La filière de formation à l'administration hospitalière est encore à un stade embryonnaire à l'échelle du pays* »[149]. Sur la question de la légitimité des directeurs non médecins, Bertrand Lefebvre fait référence de façon implicite à la notion de recul évoquée par les répondants : *« Les directeurs [indiens] sont-ils reconnus comme légitimes lorsqu'ils ne sont pas médecins? A l'échelle des établissements : non. A l'échelle des groupes hospitaliers : oui, parce que leurs compétences managériales et financières sont appréciées »*[150]. La position de recul évoquée par les répondants dans l'enquête de terrain fait écho à l'exemple indien : la légitimité du directeur est fondée sur une capacité à orienter l'organisation à partir d'une analyse de portée générale.

En outre, le directeur ne peut asseoir sa légitimité sur sa capacité technique, au contraire du médecin, reconnu pour son expertise scientifique. Cette faiblesse dans sa position relative par rapport au médecin oblige le directeur à prêter une grande attention à son environnement. François-Xavier Schweyer traduit cela sur le plan des politiques publiques : les directeurs traitent d'enjeux plus larges que les médecins : *« les directeurs d'hôpital, certes, se sont affirmés par rapport au corps médical, ils en restent cependant très dépendants pour définir ensemble le devenir de leur*

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ».

[149] Lefebvre (B.), communication personnelle.

[150] Lefebvre (B.), communication personnelle.

établissement. Mais contrairement aux médecins, les directeurs émargent à plusieurs politiques publiques. Leur action ne se cantonne pas aux seules politiques sanitaires, elle s'inscrit aussi par rapport aux politiques d'emploi ou d'aménagement du territoire. D'une certaine façon, ils sont des intégrateurs de politiques publiques à l'échelon local. Et ce qui peut être jugé négativement au niveau de la politique sanitaire peut avoir des effets positifs au niveau d'une politique d'emploi par exemple. C'est ce qui explique aussi le rejet d'une stricte application de politiques nationales jugées trop générales et inadaptées et la revendication à les redéfinir et à les infléchir »[151].

Les directeurs sont aussi très attentifs à la manière dont ils sont perçus par leur environnement. Le directeur est donc porté à entretenir le capital toujours fragile de sa crédibilité, ce qui est bénéfique au dialogue, comme le notent Laude et Chauvigné : *« Assurer la crédibilité de sa fonction est une partie à part entière de l'activité du dirigeant car c'est une des conditions de réussite de ses actes. Il existe un faisceau d'attentes qui précèdent et accompagnent l'activité du dirigeant »*[152].

Travailler à sa propre crédibilité en tant que dirigeant est donc une activité importante pour les directeurs d'hôpital. Et ce travail de représentation nécessite des compétences spécifiques. La médecine n'est pas une formation particulièrement adaptée à cet égard. Le directeur non médecin est donc crédible parce que ses objectifs professionnels ont à voir, non avec la médecine, mais avec le fait de parvenir à être perçu comme un dirigeant : *« une partie de l'activité des dirigeants consiste à travailler sur l'image de l'organisation. Cette activité sur l'hôpital est une manière de communiquer sur soi. Nous avons ainsi exploré les différentes stratégies de leur propre mise en scène en tant que dirigeants, visant à maintenir une image rassurante et positive d'eux-mêmes et de leur organisation. Cette dimension de l'activité du dirigeant consiste en quelque sorte à se prendre soi-même, en tant que dirigeant, comme objet de travail. C'est une activité qui prend du temps mais qui se déroule de façon cachée, en parallèle de l'activité «officielle» »*[153].

Le travail du directeur d'hôpital consiste donc pour partie à faire en sorte d'être perçu comme un dirigeant par ses interlocuteurs, comme le dit un médecin évoquant les directeurs : *« Nous sommes tous pareils. Quand on est normalement détenteur d'une autorité basée sur la connaissance, c'est difficile quand on n'a pas l'information. Et il faut avoir l'air de gouverner quand même… ».* Mais si les directeurs doivent consacrer une partie de leurs efforts à être perçus comme des dirigeants, notamment parce que les médecins possèdent un prestige symbolique important, il ne faut pas surestimer la spécificité de ce schéma.

Car dans une large mesure, le fait de travailler à être considéré comme un dirigeant fait partie intégrante de la position du dirigeant, comme le montre Albert Cohen, moquant l'attitude d'un cadre de la Société Des Nations : *« - J'ai décidé de vous confier une mission, commença-t-il d'une voix supérieure (…) Un temps de réflexion. Faire allusion à sa conversation avec le sous-secrétaire général ? En*

---

[151] Schweyer (F.-X.), *Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ?*, Revue française des affaires sociales, 2001, n°4, pp.115-122.

[152] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

[153] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

somme, non. Si ce petit Deume apprenait que l'initiative venait de si haut, il se gonflerait d'importance et deviendrait moins maniable. De plus, il s'agissait de garder le prestige du chef qui décide de son propre mouvement. Par prudence, cependant, car tout finit par s'apprendre, il ajouta un minimum de vérité : J'en ai parlé avec la haute direction (…) La haute direction est d'accord »[154].

Mais si travailler à sa propre crédibilité de dirigeant est un enjeu essentiel, cela ne suffit pas pour peser sur le processus de décision hospitalier. Les acteurs doivent aussi être en mesure de se situer dans leur environnement. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer avec le plus de justesse possible l'influence des autres acteurs, à un instant donné.

Pour réaliser cette évaluation, les directeurs bénéficient d'un avantage sur les médecins. En effet, la réunion de direction est la seule instance (informelle) qui n'assure généralement pas une mixité de représentation des directeurs et médecins, dans la plupart des établissements publics. Le plus souvent, les directeurs y demeurent entre eux. Et ce, malgré la demande de présidents de CME : on peut citer l'exemple de la contribution des présidents de CME de CHU dans le cadre du Pacte de confiance sur l'hôpital.

Dans certains établissements, un représentant de la CME est convié à la réunion de direction, mais les cas sont rares, et semblent produire, de l'aveu des directeurs qui les ont connus, des effets d'autocensure dans leur discours.

A contrario, aucune instance de médecins n'exclut les directeurs. Le chef d'établissement et le directeur des affaires médicales sont traditionnellement présents en CME. Et par exemple, au CHU de Bordeaux, l'instance des chefs de pôle, appelée « collégiale » des chefs de pôle, réunie un temps sans présence des directeurs, a fait l'objet d'une reprise en main par la direction générale. Les directeurs n'emploient d'ailleurs jamais le terme de « collégiale », qui évoque la confraternité médicale, préférant parler de « l'assemblée des chefs de pôle », ce qui met en valeur le rôle managérial. De plus, la direction convie souvent aux réunions, outre les chefs de pôle, les assistants de gestion et cadres supérieurs de pôle, pour « assurer une diffusion plus large de l'information ». Cela réduit les possibilités de dialogue, dans la mesure où la réunion concerne alors plus de soixante personnes. Certains médecins se plaignent que l'ennui a gagné la « collégiale » depuis qu'elle est pilotée par la direction, confirmant les propos d'un directeur : *« Parfois on gagne à l'usure, après avoir bien fatigué l'adversaire »*.

Cette situation induit une inégalité dans le rapport de dialogue entre directeurs et médecins. Les premiers peuvent en effet préparer leurs représentations face aux médecins « en coulisses », au sein des réunions de direction, alors que les médecins ne disposent d'aucune instance pour coordonner leurs positions avant de jouer leur représentation face aux directeurs. En effet, la CME est une assemblée d'élus, et non un groupe homogène comme une équipe de direction. Cette dissymétrie est caractéristique d'une relation inégale entre acteurs, fréquente dans les interactions

[154] Cohen (A.), *Belle du Seigneur*, Gallimard, Paris, 1968.

sociales. Elle permet à certaines catégories d'acteurs de rééquilibrer les situations d'infériorité.

C'est par exemple le cas des vendeurs face aux clients dans les commerces. Erving Goffman cite ainsi le cas des « coulisses » des restaurants maîtrisées par les serveurs : la cuisine. L'exclusion des clients de ce lieu permet aux serveurs de se concerter et de maîtriser l'interaction avec les clients, malgré l'apparente attitude de déférence que leur rôle leur impose[155]. Goffman cite aussi la réserve située derrière la caisse dans les commerces, qui permet de mettre au point des stratégies entre vendeurs pour manœuvrer le client.

Dans les années 1960, aux Etats-Unis, Goffman observe par exemple des stratégies du type suivant : les vendeurs procèdent parfois à la création de personnages fictifs destinés à en imposer au client. Ainsi, lorsqu'une cliente hésite à passer à l'acte d'achat dans tel grand magasin, le vendeur fait appel discrètement à un de ses collègues vendeurs choisi parmi les plus âgés. Celui-ci salue négligemment son collègue et aborde la cliente, en jouant le rôle d'un directeur des ventes. Mimant les manières assurées et courtoisement insistantes du directeur expérimenté, il « prend la main » auprès de la cliente hésitante. Le vendeur qui n'arrive pas à convaincre la cliente cède la place avec une déférence marquée à ce « directeur ». Et la cliente hésite alors à refuser le dialogue avec ce personnage important, alors qu'elle aurait osé repousser le simple vendeur.

Parfois, les coulisses servent aussi à la mise en place d'un code pour donner une fausse information sur le produit. Erving Goffman décrit les échanges observés dans un magasin de chaussures. Un vendeur qui s'entend appeler « Barney » par un collègue alors qu'il porte en réalité un autre prénom sait qu'un code est activé. A la question suivante de son collègue sur la taille d'une chaussure, il sait qu'il doit répondre : « taille B ». Cela permet de rassurer une cliente soupçonneuse[156].

La maîtrise des « coulisses » de la représentation est donc un avantage stratégique majeur. Les directeurs rencontrés sont parfois ouverts à une transparence accrue, mais on peut supposer que cela est en partie du à l'absence de capacité à décider d'un changement sur ce plan. Les chefs d'établissement, qui détiennent la prérogative de modifier la situation, sont en revanche assez prudents sur ce point.

Formant un groupe plus homogène que les médecins et surtout très resserré, les directeurs tirent donc une partie de leur légitimité de n'être pas médecins. Ils contribuent à une relation équilibrée avec le corps médical, dans le cadre du dialogue informel.

Le dialogue informel est ainsi très important, notamment pour choisir une option pertinente dans un cas ponctuel, et mesurer les limites du champ d'action tel qu'il sera admis par les autres acteurs. Ce dialogue informel n'en est pas moins organisé,

---

[155] Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La présentation de soi*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1973.
[156] Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La présentation de soi*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1973.

pour servir des objectifs institutionnels, notamment à l'égard des acteurs extérieurs à l'hôpital.

1.2. Un dialogue informel mais organisé

Le dialogue entre directeurs et médecins dans la phase de préparation de la décision est en grande partie informel. Concrètement, des rendez-vous dans les bureaux ou dans les services mettent en présence des directeurs et des médecins. Les acteurs dégrossissent des « dossiers » (déménagement d'un service, création ou suppression d'une activité, mise en place d'un partenariat avec d'autres établissements, recrutement médical ou paramédical, mise en œuvre d'une procédure demandée par une institution extérieure, etc.). Ils évaluent la probabilité de réussite desdits dossiers, les contraintes et opportunités.

Les dossiers sont ainsi préparés et affinés par des contacts informels avant leur passage dans les « instances » officielles de l'hôpital (CME, directoire, conseil de surveillance, CTE). Cette phase informelle n'est pas propre à l'hôpital, elle existe dans de très nombreuses organisations.

En revanche, les établissements hospitaliers présentent deux spécificités à cet égard. D'une part, lors de la phase d'échange informel, directeurs et médecins ont la possibilité de s'exprimer hors le regard de leur groupe d'appartenance, ce qui est un point important. D'autre part, les échanges informels se déroulent sans supervision externe ; sans regard extérieur des média, du public, ou des organisations syndicales. Le dialogue informel permet donc de préparer la décision sans sacrifier à la transparence souvent dangereuse en début de processus, comme souligné par de nombreux répondants, et notamment les plus expérimentés.

Mais bien que mené à huis-clos, ce dialogue informel n'est pas improvisé. Il est organisé, pour atteindre des objectifs comme la présentation d'un discours cohérent à destination de l'extérieur.

Les protagonistes sont bien sûr un élément clef de cette phase. Le chef d'établissement et le président de CME sont des interlocuteurs recherchés, dont on espère le soutien, ou à défaut l'assentiment, la non-opposition.

Les dossiers majeurs sont d'ailleurs négociés de façon informelle entre ces deux acteurs essentiels. Le binôme chef d'établissement/président de CME est évidemment une clef essentielle du dialogue à l'hôpital.

1.2.1. Le binôme directeur/président de CME : un « patron »…

« - Le binôme que [le président de CME] forme avec le DG est-il la clef de la gouvernance hospitalière ?

- Une clef ou un passe ? »[157].

Le chef d'établissement et le président de CME forment un tandem central dans le processus de décision à l'hôpital, comme le note François-Xavier Schweyer. Leur relation semble former un « patron », au sens d'un modèle, dupliqué aux autres niveaux de l'établissement.

Cette spécificité dans la relation au président de CME semble même être au fondement de la fonction de chef d'établissement : *« Les directeurs d'hôpital appartiennent tous à un même corps, mais ils exercent en fait deux métiers. Celui de chef d'établissement et celui d'adjoint. Le chef d'établissement est par définition seul. Sa fonction est celle d'un arbitre intégrateur, très dépendant du médecin président de la commission médicale d'établissement. On peut parler d'un partenariat stratégique qui, s'il est heureux, est tout à fait bénéfique pour l'établissement mais s'il est dissonant, peut porter préjudice au devenir de l'hôpital. En effet tout hôpital doit définir un projet d'établissement, fondé sur un " projet médical " négocié par le président de la commission médicale d'établissement. La fonction de chef d'établissement est exposée et solitaire »*[158].

L'insistance de François-Xavier Schweyer sur la dépendance du chef d'établissement vis-à-vis du président de CME nous semble tout à fait fondée. Les prérogatives juridiques de la décision sont détenues presque exclusivement par le chef d'établissement, mais sa position n'est pas assurée. Les directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires connaissent à cet égard une fragilité plus grande que les autres chefs d'établissement. Ils sont en effet soumis au principe de nomination par décret en Conseil des ministres, avec la possibilité d'une révocation sans délai.

Cette fragilité n'est jamais abordée directement par les répondants. Ils préfèrent atténuer la portée du terme de « patron » utilisé à dessein dans le questionnaire, comme en témoigne cet échange avec un chef d'établissement :

« [Le chef d'établissement est-il, de votre point de vue, le patron de l'hôpital ? Pourquoi ?] Ce mot est celui du président de la République dans son discours de

---

[157] Un directeur interrogé lors de l'enquête de terrain.

[158] Schweyer (F.-X.), *Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ?*, Revue française des affaires sociales, 2001, n°4, pp.115-122.

Bordeaux[159]*. Il a beaucoup fait polémique. Il ne faut pas avoir peur de répondre oui. Mais c'est un patron moderne, pas un patron de droit divin, pas un autocrate. Il doit être un dirigeant, être celui qui est capable de fédérer, d'impulser, de faire émerger des idées, des projets, et de les mettre en musique ».* Un autre directeur est plus direct dans son refus du terme *: « Je n'aime pas le mot patron. Il renvoie à la sémantique médicale. On veut limiter le mandarinat médical, ce n'est pas pour développer le mandarinat directorial ».*

Les médecins sont encore plus opposés à l'usage du terme « patron » pour désigner le directeur. Ce mot appliqué au chef d'établissement semble les ramener au rang de salariés parmi d'autres : *« Je trouve que le terme de patron ne s'applique pas à l'hôpital public tel qu'il est conçu actuellement. C'est une énorme collectivité, avec des personnes qui ont leur mot à dire. Je n'aime pas l'analogie avec l'industrie. La loi confère la décision au chef d'établissement. Mais je préfère qu'il reste « le directeur des directeurs ». Il ne décide pas tout seul ».*

D'autres praticiens ne sont pas choqués par le terme, mais font le constat qu'il n'est pas approprié : *« Ce n'est pas le patron au sens industriel du terme, au sens entrepreneurial. Il l'est partiellement. Il gère les budgets, mais ne peut décider de fermer telle ou telle unité de production. Il n'a pas les mains libres. Elles sont liées par le corps médical ».*

A contrario, le président de CME dispose d'une liberté de parole et d'une autonomie plus grandes. Il dispose d'une légitimité d'élu, ce qui contrebalance le fait que ses prérogatives juridiques sont restreintes. Le président de CME est en effet élu au suffrage universel indirect par le corps médical. Les médecins élisent les membres de la CME, qui élisent le président.

Cela donne au président de CME une place très particulière dans le fonctionnement de l'hôpital. Il jouit d'une autorité morale considérable, pour peu qu'il en use avec discernement. S'il ne peut pas faire beaucoup, il a un pouvoir d'appui du directeur, dont celui-ci a besoin. Il a donc, par construction, un pouvoir d'empêcher important, s'il n'appuie pas le directeur.

Le président de CME a ainsi peu d'équivalents dans d'autres organisations. Il est un acteur original. Si l'on se réfère au droit constitutionnel, le président de CME peut être rapproché d'un chef d'Etat dans un régime parlementaire, avec un pouvoir d'influence, voire un droit de veto. Mais les chefs d'Etat des régimes parlementaires ne sont pas toujours élus. En outre, ils sont confrontés à des chefs de gouvernement, vrais décideurs, qui sont eux toujours des élus[160], contrairement au chef d'établissement de l'hôpital.

Le président de CME est donc une figure originale. Il constitue un cas d'étude particulièrement intéressant dans le cadre des relations de pouvoir. S'il n'est le supérieur de personne, le président de CME est pourtant une autorité reconnue. Il

[159] Discours prononcé par Nicolas Sarkozy le 16 octobre 2007.
[160] Au sens où, dans les régimes parlementaires, les chefs de gouvernement sont eux-mêmes des parlementaires.

bénéficie en outre dans les CHU du principe d'indépendance des professeurs des universités[161], comme tous les PU-PH.

Il ne faut cependant pas considérer le président de CME comme une autorité solitaire, uniquement tournée vers son dialogue avec le chef d'établissement. En effet, si la CME est une assemblée trop nombreuse pour que les débats qui s'y tiennent aient un caractère réellement opérationnel, il existe un échelon intermédiaire d'une importance certaine : le bureau de CME. Les membres du bureau sont désignés par le président ; le bureau de CME examine de façon plus technique et opérationnelle les questions relatives à l'organisation médicale. De fait, être membre du bureau permet d'avoir un niveau d'information très supérieur à celui d'un simple membre de la CME. Sa composition resserrée d'une dizaine de membres en fait un interlocuteur opérationnel important pour la direction. Et s'il nomme ses membres, le président de CME ne maîtrise pas la totalité des débats qui s'y tiennent.

Pour autant, le président de CME est vu comme un dirigeant hospitalier par la très grande majorité des répondants, qu'ils soient directeurs ou médecins. Tel praticien affirme par exemple que le président de CME est un dirigeant *« dans la mesure où il a une grande influence sur les nominations, les regroupements de services, les pôles »*. L'influence sur les nominations est aussi mise en avant par certains directeurs : *« Oui, [c'est un dirigeant de l'hôpital] il forme un tandem avec le directeur. S'il n'est pas le directeur médical que j'appelle de mes vœux, il est le conseiller médical du directeur. Selon moi, l'élément de césure est l'ordonnance de 2005 : le Président de CME cosignait des actes juridiques avec le directeur, la nomination des chefs de pôle, en l'espèce. Il obtenait donc un pouvoir réglementaire, qui lui a été retiré depuis, mais son positionnement demeure celui d'un dirigeant de l'hôpital : son rôle de Vice-président du Directoire le situe clairement comme tel »*.

L'ordonnance de 2005 constitue en effet une inflexion importante. Ce texte induit un rapprochement du président de CME et du chef d'établissement et renforce considérablement la nécessité de dialogue étroit entre eux. L'objectif de ce texte est de mettre en place une coordination accrue entre les directions et les responsables médicaux. Ce texte crée une nouvelle instance, le conseil exécutif, composé à parité de directeurs et de médecins. Cette assemblée restreinte, qui a précédé le directoire créé en 2009, représente une première tentative d'organiser un pilotage stratégique concerté entre les directions et le corps médical.

La logique de dialogue permanent induite par cette réforme modifie en profondeur les relations entre chef d'établissement et président de CME, appelés à se concerter de façon étroite.

Cette vision d'un président de CME assimilé à un dirigeant de l'hôpital est fortement nuancée par une minorité de répondants, comme ce directeur : *« C'est un leader*

[161] Conseil constitutionnel, Décision n° 83-165 DC, 20 janvier 1984 ; Décision judiciaire de Conseil d'Etat, 29 mai 1992 (cas Conseil d'Etat, 4 / 1 SSR, du 29 mai 1992, 67622) : le principe d'indépendance des professeurs d'université est un principe fondamental reconnu par les lois de la République.

d'opinion de la communauté médicale, c'est un élu. Il participe au processus de décision. Mais ce n'est pas lui qui a le pouvoir de décision formel final ».

Une minorité de médecins réfute néanmoins le terme de « dirigeant » appliqué au président de CME, car ils font le lien avec un pouvoir hiérarchique potentiel sur le corps médical : *« Non. Franchement pas. Ce n'est pas non plus un directeur médical. C'est avant tout quelqu'un qui a une idée à long terme de la stratégie de l'hôpital sur le plan médical. C'est quelqu'un qui doit être politiquement avisé. Il doit servir de liant entre le corps médical et le corps de direction. C'est un rôle important, mais ce n'est pas du tout le patron des médecins ».*

La complexité et la variabilité des réponses montre que la relation entre le directeur et le président de CME est institutionnellement dans un équilibre instable. Il existe en effet une relative incertitude sur les périmètres d'influence exacts des deux acteurs. Cela rend nécessaire une proximité importante entre eux pour être efficace. Et même une relation de confiance, comme le note ce chef d'établissement : *« S'il n'y a pas de confiance, il y aura des conflits. Peu importe que l'un soit obligé de partir. Chacun a sa place : il faut éviter les stratégies de pouvoir. Un travail quasi quotidien m'apparaît indispensable. Mais il est peu utile de faire du copinage ».*

Concrètement, les contacts entre chef d'établissement et président de CME sont souvent quotidiens. Si la relation est positive, l'appui ou à défaut le consentement du Président de CME assure une légitimation des décisions du chef d'établissement. Si la relation est conflictuelle, le risque de paralysie de la décision se réalise très fréquemment. Comme le dit un directeur d'hôpital : *« quand cela ne marche pas, on ne peut pas obtenir un fonctionnement correct. Les établissements ne peuvent pas fonctionner avec seulement un directeur ».*

C'est pourquoi la relation entre chef d'établissement et président de CME est jugée unanimement par les acteurs interrogés comme « une clef », voire « la clef » de la gouvernance hospitalière. Un directeur imagine même de lier le sort des deux membres du binôme : *« Oui, et s'ils ne s'entendaient pas, cela créerait une situation impossible, surtout pour le directeur. Le directeur général de l'ARS pourrait en jouer. Pour utiliser une métaphore, je dirais que dans la gestion de toutes les situations, le directeur et le président de la CME sont comme le cerveau gauche et le cerveau droit d'un ensemble homogène ; leurs sorts sont liés. On pourrait presque imaginer que la CME élise un nouveau président de CME quand le directeur quitte l'établissement ».* Tel autre directeur confirme : *« [La relation entre chef d'établissement et président de CME] est un des éléments du succès. Il faut un binôme qui fonctionne bien… ».*

Les acteurs interrogés définissent en outre la relation souhaitable entre chef d'établissement et président de CME comme un équilibre préservant une certaine tension ; celle-ci serait positive, comme l'avance ce directeur : *« [Les rapports doivent être] excellents humainement, tout en faisant en sorte que chacun reste dans son rôle. Chacun doit discuter, négocier. Le Président ne doit pas être un directeur. Et le directeur ne doit pas chercher à le faire adhérer systématiquement. Il faut un binôme intelligent. Pas les « Dupont et Dupond » ».*

Tel autre rappelle l'importance de cette relation à l'égard de l'extérieur de l'organisation : *« Il faut un binôme, à l'égard notamment des autorités extérieures. Il faut les deux sensibilités différentes d'une structure qui parle d'une seule voix. Les hôpitaux les mieux gérés sont ceux où l'on trouve ce binôme. Je n'ai pas dit une autorité bicéphale »*. Cette dernière précision est d'importance. Ce n'est en effet pas l'autorité dans l'exercice de la décision qui caractérise le couple chef d'établissement/président de CME. C'est bien plutôt la crédibilité dans la posture du dialogue qui est à l'épreuve dans ce binôme. L'une et l'autre partie sont jugés sur leur capacité à présenter la figure d'un négociateur, ni trop offensif, ni trop conciliant.

La réussite de cette figure imposée du dialogue réussi, « fructueux », est un préalable à l'élaboration d'un discours crédible en direction de l'hôpital. Mais un chef d'établissement rappelle que le dialogue entre directeur et président de CME doit constituer une discussion, qui peut être rude : *« Un hôpital qui marche, c'est un directeur et un président de CME qui affichent une vraie vision cohérente. En revanche, qu'entre eux il y ait des discussions âpres avec des points de vue fermes, c'est bon. La recherche du consensus à tout prix n'est pas une bonne chose. La discussion, la confrontation sont nécessaires pour progresser. Il faut une confrontation d'idées, une opposition sur le fond, et de là on construit une décision. Puis on est solidaire pour mettre en œuvre »*.

Cette relation parfois âpre entre les deux figures majeures de l'établissement est ainsi fondamentale pour l'hôpital. Le chef d'établissement et le président de CME sont les acteurs crédités du pouvoir le plus important ; mais des acteurs de second rang sont sollicités pour assurer un échange qui présente un fort mimétisme avec le binôme chef d'établissement/président de CME.

En effet, dans le cadre de la « nouvelle gouvernance », le binôme composé d'un directeur et d'un médecin devient une figure fréquente dans différentes occurences. Elle est supposée marquer la conjugaison des compétences médicales et de management.

1.2.2. Un binôme médecin/directeur décliné à l'envi

Les pôles hospitaliers sont institués par l'ordonnance de 2005 (après l'expérimentation des centres de responsabilité). Les responsables médicaux des pôles sont par la suite renforcés avec la loi HPST : le médecin « responsable de pôle » devient « chef de pôle » et acquiert des prérogatives accrues, tandis que son rayonnement concret progresse au sein de l'hôpital. Regroupement de moyens humains et matériels, les pôles sont dans la plupart des établissements conçus comme des associations de services, proches à un titre ou un autre.

Les services, créés en 1941, dirigés par des médecins « chefs de service », sont perçus par le public comme par les personnels de l'hôpital comme étant le territoire du chef de service. On parle ainsi – y compris les directeurs – dans les établissements de santé de la « réanimation Untel », ou de la situation « chez Untel » (sous-entendu, dans le service dirigé par le professeur ou le docteur Untel).

La logique de la mise en place des pôles consiste à créer des unités de gestion de la production de taille plus importante. Les objectifs sont de permettre des économies d'échelle, un raccourcissement des circuits de décision, dans certains cas une meilleure coordination de la prise en charge des patients par « filière », et le cas échéant un évitement du pouvoir des chefs de service par le management.

La nomination des chefs de pôle connaît une évolution symbolique importante entre 2005 et 2009. L'ordonnance de 2005 dispose en effet que le responsable de pôle est nommé par décision conjointe du directeur et du président de CME[162]. En cas de désaccord sur le nom du praticien, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Le médecin responsable d'un regroupement de service n'est donc pas fait roi par un directeur seul. Et le conseil d'administration reste l'autorité de régulation. La loi HPST apporte un changement important : les chefs de pôle sont nommés par le directeur de l'établissement sur proposition du président de CME[163], qui présente une liste de trois noms, dans le cas peu fréquent où les candidats sont suffisamment nombreux[164]. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste. Si le désaccord persiste, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix. Cela marque une rupture dans la logique endogame de promotion médicale, où les anciens désignent habituellement les plus jeunes.

Dans de nombreux cas, les chefs de pôle sont désignés pour leur capacité de communication et de négociation, voire pour la non-opposition que leur nomination suscite auprès des chefs de service composant le pôle. C'est une rupture avec le mode de désignation des chefs de services : ceux-ci (rebaptisés « responsables de structures internes ») sont traditionnellement choisis sur des critères de légitimité médicale, dans le cadre de la relation maître-élève, centrale dans la mystique de la profession. On « hérite » un service d'un maître, après avoir démontré que l'on était digne de lui succéder.

La logique endogamique de la sélection des chefs de service, caractéristique d'une « profession » qui a conquis la capacité de s'autoréguler, est ainsi fondamentalement différente de celle de la nomination des chefs de pôle. Non seulement ceux-ci sont nommés formellement par le chef d'établissement, mais le choix du médecin pressenti procède en réalité d'une négociation informelle entre de multiples acteurs (chef d'établissement, président de CME, chefs de service). Le chef d'établissement

[162] Dans les CHU, directeur général et président de CME prenaient la décision de nomination du chef de pôle conjointement avec le doyen de la faculté de médecine.
[163] Dans les CHU, ces listes sont établies conjointement par le président de CME et le doyen.
[164] A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, seul un tiers des pôles fait l'objet de candidatures multiples, selon Mme Mireille Faugère, alors directeur général de l'établissement (dépêche APM 15 novembre 2011).

et le président de CME sont donc des acteurs étrangers à la légitimité disciplinaire du praticien nommé.

Concrètement, les chefs de pôle ainsi nommés ont une autorité sur les responsables de structures internes qui peut être faible ou forte, et le plus souvent modérée. Ou pour le dire autrement, la légitimité des chefs de pôle est conditionnée par leur crédibilité médicale. Ce qui signifie qu'ils ont du pouvoir sur leurs interlocuteurs chefs de service à deux conditions : d'une part, ils doivent bénéficier d'une autorité incontestée sur le plan médical ; d'autre part, leur pôle doit être relativement homogène au plan disciplinaire.

Ainsi, le chef d'un pôle « chirurgie-anesthésie » de formation anesthésiste-réanimateur aura généralement peu de pouvoir sur les chefs de service de chirurgie de son pôle, quand bien même ses aptitudes professionnelles seraient unanimement reconnues. C'est ce que signifie clairement un PU-PH de médecine interne et maladies infectieuses, ancien chef d'un pôle multidisciplinaire : *« La légitimité d'un médecin dépend de sa qualité médicale. S'il n'a pas de légitimité médicale, il n'a pas de légitimité tout court. Ce n'est pas un chef. Il n'est là que pour faire l'interface avec le directeur, et encore. J'ai été chef de pôle pendant cinq ans ; je n'ai pas dit aux dermatologues quoi faire dans leurs services ».*

Cependant, les chefs de pôle constituent des relais importants dans le dialogue entre directeurs et médecins. Ce dialogue dans le cadre des pôles prend la forme de l'élaboration d'un « contrat de pôle »[165] entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle. Ce contrat, qui définit un ensemble d'objectifs et de moyens, présente des caractéristiques très éloignées du contrat de droit privé. Le droit public laisse une place traditionnellement restreinte au contrat. Une inflexion relativement récente introduit des contrats dans le domaine du droit public, mais ces contrats sont souvent déséquilibrés : Alain Hériaud, alors directeur général du CHU de Bordeaux, souligne ainsi : *« La fonction publique est très pyramidale, il n'y a ni contrat, ni notion de confiance, mais une position hiérarchique. Cependant, aujourd'hui, la notion de contrat pénètre de plus en plus la fonction publique, même si certains contrats sont un peu léonins »*[166]. La marge de manœuvre des pôles dans le cadre de ces contrats est en effet en général très limitée.

En outre, la sanction de l'atteinte des objectifs est problématique, notamment quand le chef de pôle est hospitalo-universitaire, avec l'université pour employeur principal : « *Pour que les managers puissent mener une véritable politique de contrats, aucun contrat ne doit rester sans contrôle, et chaque contrôle doit pouvoir faire l'objet d'une sanction positive ou négative »*[167]. Et cela ne va pas de soi en

[165] Il s'agit d'un contrat entre le responsable d'une entité qui n'a pas la personnalité morale (le chef de pôle) et le chef d'un établissement. Ce type de contrat pose donc la question de l'autonomie des volontés qui est réputée caractériser ce type d'acte, et ne mentionne pas par exemple les voies de recours éventuelles… si les contrats de pôle peuvent sembler des créations juridiques étranges, ils font écho à certaines pratiques d'entreprises privées. On pense au « Plan Renault Contrat 2009 » lancé par Carlos Ghosn en 2006, quelques mois après son accession au poste de Président Directeur Général de Renault. Le « contrat » en question est avant tout un plan de la direction de l'entreprise.

[166] Hériaud (A.), Contribution au colloque du Groupe de Recherche et d'Applications Hospitalières « Confiance et performance », Paris, 23 mars 2011.

[167] Hériaud (A.), *op. cit.*

Centre Hospitalier Universitaire, où « *certains professionnels échappent à la logique du recrutement* »[168] par le directeur général. En pratique, ces contrats de pôle, peu opérants, et faisant rarement l'objet d'une sanction positive ou négative, sont conclus essentiellement dans les CHU et CH de taille importante[169].

Les directeurs adjoints « référents de pôle » ou « directeurs délégués » des pôles sont quant à eux dans une relation inédite avec les médecins. Si ces directeurs adjoints sont extérieurs aux pôles, ils n'en créent pas moins une relation de proximité avec les chefs de pôle. Certains directeurs référents s'incluent implicitement dans le pôle dans leur position de discours, en utilisant le pronom « nous » pour désigner le pôle, par exemple. Cela pose un problème de cohérence du discours de l'équipe de direction. D'autres directeurs « référents » ont une position plus distanciée à l'égard de leur pôle.

Thibault Douté note que la mission du directeur de pôle est envisagée différemment en fonction de la taille de l'établissement : *« Si l'on veut aborder la fonction de « directeur de pôle » par une approche comparative, on pourrait commencer par faire remarquer que cette fonction connaît des définitions assez sensiblement différentes selon les établissements :*
- dans certains établissements (de taille moyenne) la fonction est souvent « couplée » avec une direction fonctionnelle classique ; ainsi le directeur référent du pôle de chirurgie peut aussi être directeur des ressources humaines ou directeur financier ;
- dans les établissements de taille plus importante (en gros, dans la plupart des CHU), la fonction peut-être positionnée de deux manières différentes : soit le directeur est en position d'interface, c'est-à-dire qu'il est l'interlocuteur de l'équipe managériale du pôle (le médecin responsable de pôle, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif) et représente le directeur de l'établissement vis-à-vis du pôle ; soit il est plus intégré dans l'équipe de direction du pôle, aux côté du médecin et des autres professionnels »[170].

Les directeurs exercent cette fonction avec un degré de motivation et une volonté de négocier variables. Le rôle de conciliation du directeur « référent » ou « délégué » est en effet en rupture avec la position traditionnelle d'agent d'autorité du directeur d'hôpital. Ce changement est difficile, même si l'autorité en question se limitait aux services administratifs.

Pour exercer cette nouvelle fonction, les directeurs adoptent différentes stratégies, comme le note Thibault Douté : *« Il s'agit d'une fonction qui, au final, vise à traduire les objectifs stratégiques définis au niveau institutionnel (optimiser les plateaux techniques, réduire les durées d'hospitalisation) en moyens opérationnels (regroupement des blocs opératoires, ouverture d'une unité d'hospitalisation ambulatoire). Il s'agit d'une fonction somme toute assez difficile, basée sur le dialogue et la bonne compréhension, non seulement des processus d'activité, mais aussi des motivations des professionnels et en particulier des responsables médicaux. Elle repose sur l'instauration d'une confiance mutuelle entre le directeur*

---

[168] Hériaud (A.), *op. cit*.
[169] Dépêche de l'Agence de Presse Médicale, 19 novembre 2011.
[170] Douté (T.), *La décision efficace à l'épreuve de la négociation, l'apport de la sociologie dans la compréhension des mécanismes de décision à l'hôpital (comment travaillent ensemble médecins et directeurs?)*, mémoire Exécutive Master, Sciences Po, 2009.

délégué de pôle et le responsable de pôle, qui reproduisent un peu le « binôme » qui est constitué au niveau supérieur par le président de la CME et le chef d'établissement. C'est cette confiance qui permet aux dynamiques de négociation de se mettre en place. Or, cette confiance ne constitue a priori en aucun cas un pré-requis, mais résulte des interactions entre le directeur délégué et le médecin responsable de pôle »[171].

Ce dialogue entre directeur référent et chef de pôle présente des caractéristiques différentes suivant les attributs de légitimité détenus par les acteurs. On peut noter que la parole des hospitalo-universitaires dans les CHU possède une autorité supérieure. Thibault Douté le décrit quand il évoque son expérience de directeur référent : *« l'interlocuteur premier du « directeur délégué » est le « responsable de pôle ». Il s'agit presque toujours d'un PU-PH (professeur des universités –praticien hospitalier) qui compte déjà derrière lui une solide carrière hospitalière et universitaire et a réussi à passer tous les barrages pour être « nommé » et prendre la responsabilité du pôle. Il dispose par ailleurs la plupart du temps d'une reconnaissance nationale, voire internationale, dans un segment d'activité au sein de sa discipline. Le responsable de pôle avec lequel j'ai collaboré correspondait trait pour trait à ce portrait-robot »*[172].

A contrario, la fonction de directeur référent ou délégué ne constitue pas le sommet d'une carrière ; ce sont souvent de jeunes professionnels qui occupent ces postes, parfois en sortie d'école : *« correspondant moi aussi au portrait-robot du directeur délégué, j'avais une expérience professionnelle extrêmement mince (2 ans), et un parcours académique standard (sciences po puis école de la santé) pas véritablement en mesure d'impressionner (…) mes interlocuteurs »*[173].

Un directeur adjoint d'un autre CHU souligne lui aussi que le rapport de forces peut être défavorable, car ce sont les directeurs fonctionnels qui attribuent les moyens de fonctionnement des pôles : *« Le rôle de directeur référent est difficile à définir. Le directeur référent est une courroie de transmission entre le pôle et la direction. Il peut faciliter les projets du pôle avec ses compétences de gestion. (…) les pôles ont le réflexe de s'adresser aux directeurs fonctionnels et le directeur référent n'est pas toujours informé ».*

Un chef de pôle interrogé confirme que c'est la direction fonctionnelle ou de site exercée le cas échéant par ailleurs qui conditionne la crédibilité du directeur « référent » : *« Avoir comme référent le directeur de site, c'est bien. On a le décideur en face de soi ».* Un directeur chef d'établissement en tire une conclusion simple pour l'évolution du corps des directeurs d'hôpital : *« Les directeurs adjoints sont (…) indispensables, mais ils doivent être moins nombreux, et plus stratèges. (…) A l'AP-HP, par exemple, le nombre des directeurs devra diminuer de 250 à environ 150 ».*

[171] Douté (T.), *op. cit.*
[172] Douté (T.), *op. cit.*
[173] Douté (T.), *op. cit.*

En effet, les directions fonctionnelles qui décident de l'attribution des moyens étant peu nombreuses, il est nécessaire de ne pas diluer l'influence des directeurs. Si les directeurs adjoints sont trop nombreux, la plupart d'entre eux ne sont pas en mesure de faire contrepoids à l'influence des chefs de pôle ; et ces derniers sont toujours tentés de court-circuiter leur directeur référent pour faire valoir leurs demandes directement auprès du « décideur » (directeur de site, DRH, directeur des affaires médicales, directeur des services économiques, voire chef d'établissement pour les dossiers importants).

En pratique, le dialogue de gestion entre chef de pôle et directeur référent produit généralement des effets limités sur les orientations stratégiques du pôle. Le chef de pôle a en effet le plus souvent un contact direct avec le chef d'établissement au sujet des questions stratégiques.

Ce dialogue entre directeurs adjoints et chefs de pôle est souvent relativement peu fécond à l'heure actuelle. Cette relation souvent déséquilibrée au profit des chefs de pôle est peu opérante du fait des limites d'influence des acteurs : les chefs de pôle ont souvent une influence faible sur les chefs de service, et souhaitent dialoguer avec le chef d'établissement ; et les directeurs référents ont pour « concurrents » dans la posture d'interlocuteur quotidien du chef de pôle les directeurs fonctionnels qui décident de l'attribution des moyens de fonctionnement.

Une déconcentration accrue est organisée avec la nomination de directeurs délégués qui n'exercent pas de responsabilité fonctionnelle dans certains établissements importants. Conçue pour faciliter la résolution rapide de difficultés sans passer par le niveau central, ces schémas rendent le positionnement des directeurs difficile. Ils peinent parfois à se situer dans une relation nouvelle et relativement peu valorisante au regard de leur modèle professionnel traditionnel, qui repose sur la notion d'autorité. En outre, les limites de ce dialogue consistent dans le fait que les pôles assurent le plus souvent un pilotage « médico-soignant », plus qu'un véritable pilotage médico-économique[174].

Mais au-delà de cette fonction d'ajustement interne, le dialogue informel permet aussi de préparer les messages adressés aux interlocuteurs extérieurs à l'établissement.

1.2.3. Un dialogue informel organisé face à l'extérieur

Le dialogue informel à l'hôpital a aussi pour fonction, au-delà du test des pouvoirs et influences, la préparation des positions de l'établissement face aux agents

[174] Inspection Générale des Affaires Sociales, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, février 2010.

extérieurs. Dans le cadre de la recentralisation des politiques de santé, les hôpitaux sont en effet soumis à une supervision plus contraignante de la part des tutelles. La création des Agences régionales de santé en 2010 en est le signe le plus manifeste. Mais les positions défendues par certains corps d'inspection et de contrôle montrent une défiance croissante des pouvoirs publics à l'égard de la gestion des hôpitaux publics[175].

En outre, des acteurs de la société civile (représentants de patients, média) connaissent une influence accrue sur les établissements de santé. Face à ces nouveaux acteurs, les hôpitaux doivent préparer une communication efficace.

Les hôpitaux ont connu jusqu'aux années 1990 une autonomie relativement rare dans le champ du service public. Cela n'a pas conduit à une répartition de l'offre de soins optimale. En effet, l'alliance objective entre élus locaux, directeurs, et médecins pour une expansion des établissements publics de santé (ouverture de plateaux médicotechniques, augmentation du nombre de pathologies prises en charge, etc.) a conduit à un maillage hospitalier très dense et comprenant de nombreux plateaux techniques en France depuis les années 1970.

Mais il a été maintes fois constaté que des blocs opératoires trop dispersés et traitant souvent de faibles volumes ne garantissent pas une bonne qualité de prise en charge, malgré un coût élevé, comme le rappelle le Pr Guy Vallancien : *« Défendre le maintien dans les hôpitaux de proximité de la « petite chirurgie » ? C'est mal comprendre qu'un chirurgien n'est pas formé pour assurer uniquement des gestes de base, cure de hernies, d'hydrocèles, ablation de kystes, sutures superficielles etc. On ne forme pas un pilote d'avion à simplement décoller, faire un tour de piste à basse altitude par temps clair et sans vent. On le forme à toutes les situations difficiles, tout comme le chirurgien. (…) Se retrouver seul au cours d'une opération qui peut sembler facile au départ et se complique expose l'opéré à tous les dangers. Des erreurs et des complications surviennent dans les services de chirurgie quelles que soient leur taille et leur réputation, universitaires y compris, mais pouvoir demander conseil ou être aidé par un collègue est un gage de sécurité. Ce sont donc de véritables équipes opératoires qu'il faut rassembler dans les blocs modernes des hôpitaux qui ont investi dans des matériels adaptés »*[176].

Le constat d'une offre de chirurgie et obstétrique trop disséminée sur le territoire, et les difficultés récurrentes de financement de l'Assurance-Maladie ont alors amené les pouvoirs publics à essayer de planifier l'offre de soins de façon plus centralisée, à partir des années 1970. Cela fut un relatif échec, car l'offre de soins était déjà abondante et les élus locaux refusèrent massivement les réductions et regroupements d'activité.

---

[175] Inspection générale des finances, Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire, 2013. Ce rapport critique vivement la gestion de trésorerie des hôpitaux.

[176] Vallancien (G.) avec le concours du conseil national de la chirurgie, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, avril 2006.

Le caractère de plus en plus aigu des difficultés pour financer les soins hospitaliers n'ont donc pas eu pour effet de réduire fortement l'offre, et notamment celle des plus petits établissements. En revanche, les gouvernements successifs ont réduit progressivement l'autonomie des établissements de santé, surtout à compter des ordonnances Juppé de 1996. La création des Agences Régionales de Santé, dotées de prérogatives importantes – à supposer qu'elles soient en mesure de les exercer – renforce ce mouvement de long terme. Les incitations aux coopérations, souvent avec les établissements privés, marque une nouvelle étape dans la réduction de l'autonomie de décision des établissements publics.

Dans ce contexte, le dialogue entre directeurs et médecins traite pour une part importante de la stratégie à adopter pour maintenir une capacité de décision face aux acteurs extérieurs à l'hôpital.

La loi HPST confirme une tendance de long terme dans les rapports entre l'Etat et les établissements de santé : le texte du 21 juillet 2009 renforce l'autorité du directeur général de l'ARH, désormais ARS.

Cela induit chez les répondants à l'enquête une réflexion à long terme sur une éventuelle transformation des hôpitaux en services déconcentrés de l'Etat. Cette hypothétique transformation est d'ailleurs très majoritairement rejetée par les directeurs et médecins interrogés.

Les pouvoirs attribués au directeur général de l'ARS sont en effet potentiellement de nature à réduire l'autonomie des directeurs et médecins hospitaliers. Et ce, même si les hôpitaux sont juridiquement des établissements publics de santé, ce que rappelle spontanément un directeur : *« J'entends parfois dire que la loi HPST serait une loi de décentralisation, or c'est tout le contraire. Les hôpitaux sont en train de devenir des services déconcentrés de l'Etat. Il y a deux parades à cet état de fait : d'une part, l'hôpital est une entité juridique autonome, ayant statut d'établissement public ; et d'autre part, le Conseil de surveillance « œcuménique » représente le terrain. Je ne suis pas favorable à l'assimilation des hôpitaux à des services déconcentrés. Ce serait dangereux ».*

Or, ce débat est tout à fait décisif pour définir la place du directeur dans la décision à l'hôpital : *« L'affirmation de l'unité de commandement au sein de l'hôpital est au centre des débats. La place et les rôles du directeur sont ainsi questionnés : centralisation de tous les pouvoirs entre ses mains pour les uns, reprise en main de l'Etat au niveau régional entre les mains des futurs directeurs des agences régionales de santé, pour les autres »*[177].

Pour qualifier ce danger, tel médecin interrogé évoque un manque de réactivité face à l'environnement : *« Un hôpital s'adapte à son environnement. Un système centralisé serait-il réactif par rapport à son environnement ? Tout décider à Paris ? Non. En fait, c'est comme le découpage des collectivités territoriales. Tout ne peut*

[177] Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

pas être décidé à Paris. Ce serait une machine trop importante. La région est une belle taille. C'est une masse critique, mais ce n'est pas trop gros. ».

Un directeur interrogé avance un argument proche, en rappelant le caractère concurrentiel de l'hospitalisation française : *« Fondamentalement, l'hôpital n'est pas une administration. L'indépendance de l'hôpital par rapport à l'État est la condition sine qua non de sa capacité à évoluer. L'hôpital est dans un monde concurrentiel à la fois sur son marché et sur ses acteurs ; une structure déconcentrée n'aurait pas de valeur ajoutée, bien au contraire, pour assurer souplesse, réactivité, sens des responsabilités ».*

En outre, l'hypothèse d'hôpitaux devenant des services déconcentrés représenterait une sorte de déclassement symbolique pour la coalition interne constituée par les deux corps, directeurs et médecins. Pour certains acteurs, l'image de leur propre fonction serait ainsi altérée : *« Cela conforterait l'idée que nous sommes des directeurs administratifs »*, avance un directeur, quand un médecin ajoute *: « On a du mal (en tant que médecins) à se voir comme des services déconcentrés de l'Etat. On n'est pas fonctionnaires dans l'âme. Les médecins hospitaliers se voient plus comme des libéraux ».* Un directeur général d'ARS perçoit d'ailleurs intuitivement ce risque : *« Nous ne sommes pas dans le NHS. Ce serait très mal vécu symboliquement ».* La référence au système britannique est utilisée à dessein comme un repoussoir[178].

Mais certains répondants, minoritaires, ne sont pas choqués par une telle évolution, arguant que les hôpitaux, en tant que services publics, sont des démembrements de l'Etat, comme ce médecin : *« Ce sont déjà des services déconcentrés de l'Etat, quelque part. En termes fonctionnels ».* Ou encore : *« Est-ce que ce n'est pas déjà ça ? ».*

En tout état de cause, la redéfinition du rôle de l'Etat comme concepteur et inspecteur n'est pas un mouvement spécifiquement national. D'autres systèmes, parfois très différents par certains aspects du modèle français, sont engagés dans une évolution comparable. Il en est par exemple ainsi du modèle indien.

La comparaison avec le système hospitalier indien est éclairante pour estimer les forces et faiblesses du modèle français, et notamment de sa recentralisation progressive. En effet, malgré des caractéristiques très différentes (niveau de vie, population), l'évolution historique du système indien présente des similitudes avec la France. Après une privatisation lente et endogène des établissements de santé, non pilotée par les pouvoirs publics, le système hospitalier indien connaît actuellement un retour vers l'État, dans un « *rôle de financement et de régulation du secteur hospitalier privé* »[179] ; ou du moins, le système indien connaît une régulation renforcée, destinée à corriger les effets pervers de l'absence de pilotage du système.

---

[178] Dans les entretiens menés, le National Health System britannique est perçu plutôt négativement. Les répondants le caractérisent comme trop rigide, et citent souvent les délais d'attente comme facteur défavorable.

[179] Lefebvre (B.), *De la planification au marché – La privatisation du secteur hospitalier en Inde (1947-2007)*, Transcontinentales [En ligne], 5 | 2007, document 3, mis en ligne le 21 avril 2011. URL : http://transcontinentales.revues.org/693

Cette augmentation du contrôle par l'Etat fait écho avec le mouvement opéré par la loi HPST.

Bien sûr, l'Inde présente des caractéristiques économiques et sociales très différentes des pays européens. Selon l'Academy For International Health Studies, *« le développement technologique rapide de l'Inde n'a pas résolu le manque d'infrastructures de base pour ses 1,12 milliard d'habitants »*[180]. Les besoins de la grande majorité de la population ne sont à l'heure actuelle pas convenablement pris en charge. En outre, la socialisation des dépenses de santé est très faible, ce qui est préjudiciable aux habitants les plus modestes. Ainsi, le système de santé est atypique, malgré un ratio de dépenses par rapport au PIB classique pour un pays émergent (4,8%, soit environ la moitié de ce que les pays de l'OCDE consacrent à la santé).

En effet, les pouvoirs publics (le gouvernement, en l'espèce) dépensent seulement 1,1% du PIB dans le système de soins, ce qui est extrêmement faible comparé aux standards européens. Le financement privé assuré par les ménages représente *a contrario* une part élevée de 3,7% du PIB[181]. Cela fait de l'Inde l'un des plus importants exemples de système de santé « choisi et contrôlé par le consommateur » de soins *(consumer-directed)*.

En outre, le système hospitalier produit des prestations de niveau très hétérogène. Tout d'abord, la définition de ce qu'est un établissement de santé est délicate en Inde : l'autorisation de pratiquer *(licensure)* n'existe pas, et l'accréditation des établissements est un processus en cours de mise en place. Une gradation informelle des soins dépend beaucoup des possibilités de l'établissement d'admission : *« En termes de qualité de soins, les prestations médicales ne sont pour l'essentiel pas évaluées dans les hôpitaux publics (…). De nombreux patients parcourent de longues distances pour obtenir des soins dans un hôpital public situé dans un autre État, pensant que les soins seront de meilleure qualité (ce que les statistiques ne confirment pas forcément). La plupart des établissements, même privés, commencent tout juste à se préoccuper des données concernant les opérations chirurgicales, les durées de séjours, et les taux de ré hospitalisation »*[182].

Ensuite, les assurances santé privées, dont la commercialisation séparée des assurances-vie n'est autorisée que depuis 2006, ne couvrent que quelques dizaines de millions de personnes. Ces contrats permettent la prise en charge des patients dans des cliniques privées spécialisées. Ces établissements ont la responsabilité de maintenir le patient dans un état stable, avant son transfert éventuel dans un hôpital général public.

---

[180] Academy for International Health Studies, *Report on Health System for India*, 2008.
Traduction personnelle:
"The technological development has outpaced the need for basic infrastructure development for its 1.12 billion residents."
[181] Academy for International Health Studies, *Report on Health System for India*, 2008.
[182] Academy for International Health Studies, *Report on Health System for India*, 2008.
Traduction personnelle:
"In terms of quality of care, medical care is largely unmeasured in public hospitals (…). Many people will travel long distances to seek care in a public hospital in a different state, under the perception (which may not be supported by data) that care is better (…). Most organizations, even the private hospital systems, are just beginning to look at data on surgical outcomes, lengths of stay, and rates of readmission".

Enfin, la plupart des soins étant payés directement par les patients, sans dispositif assurantiel, la renonciation aux traitements est un phénomène très important ; la classe moyenne ne représente en effet qu'environ un tiers de la population.

Dans ce contexte, les hôpitaux doivent améliorer leur niveau de prestations. Cela nécessite une régulation externe et interne plus importante. Au niveau externe, l'État indien renforce son rôle de pilotage, ce qui est un facteur favorable.

Cet exemple confirme donc que le mouvement de recentralisation progressive du système français n'est pas isolé ; en outre, cette comparaison accrédite l'idée que la qualité du système de soins est renforcée par une recentralisation sélective sur des missions de conception et de contrôle, telles qu'exercées par les ARS.

Les répondants interrogés lors de l'enquête de terrain sont dans l'ensemble peu inquiets d'un excès de pouvoir des ARS. Ils estiment que les agences régionales ne seront pas en mesure de s'immiscer de façon excessive dans la gestion des établissements : la coalition interne ne craint pas les détenteurs d'influence pourtant renforcés par la loi HPST.

Le ton général des réponses concernant les ARS est très mesuré, chez les directeurs comme chez les médecins. La plupart des personnes interrogées soutiennent la cohérence du regroupement des administrations de l'Assurance maladie, hospitalières, médico-sociales, et en charge de l'ambulatoire ; c'est le cas de ce praticien : *« Le regroupement du sanitaire et du social est une bonne chose. On ne peut pas découpler le soin de l'aide, des problèmes sociaux »*. Ou encore ce directeur : *« Sur le principe, la fusion de l'Assurance Maladie, du secteur médico-social, et de l'ambulatoire, est une décision normale, légitime, et même obligatoire, notamment pour optimiser le parcours du patient. En outre, cette décision marque le retour de l'État, ce qui est totalement légitime : ce n'est pas aux collectivités locales de diriger l'hôpital, car elles ne décident pas de son financement »*.

Une grande partie des répondants s'inquiète en revanche davantage d'une éventuelle impuissance des ARS que d'un excès de pouvoir, comme ce praticien : *« Pour l'instant, rien n'a changé. On s'attendrait à ce qu'une ARS donne des injonctions sur l'organisation politique de la santé à l'échelle d'un territoire, mais ce n'est pas opérationnel. L'action des ARS n'est pas lisible »*.

Les craintes principales des répondants qui exercent à l'hôpital concernent essentiellement la taille des ARS, plus que leurs prérogatives. Un directeur : *« Mes craintes concernent la lourdeur : on passe d'une administration de mission à une véritable institution, on crée une bureaucratie, et on crée du jacobinisme, de la déconcentration. Je suis donc un peu réservé. Au bénéfice du doute, il est important de laisser aux ARS le temps de faire leurs preuves. Il faudra au moins quatre ou cinq ans. Les ARS sont une idée séduisante, mais avec le risque de l'hyper centralisme et de la bureaucratie. »*

Les répondants sont en revanche préoccupés par une potentielle incapacité des ARS à exercer leur rôle, comme ce médecin : *« Malheureusement, je dirais qu'elles n'ont pas assez de pouvoir. Déjà, elles n'ont pas beaucoup de moyens financiers pour assurer leur mission, il faut le dire. Et puis, elles n'ont pas assez de pouvoir par rapport aux pressions politiques sur un territoire de santé. Elles n'ont pas assez de pouvoir par rapport au politique, quand il faut fermer un Centre Hospitalier ou une maternité et créer un centre de gériatrie. En outre, dans le médico-social, le financement dépend du Conseil général. Ce ne sont pas les ARS qui paient, elles ont un rôle d'arbitre, mais pas plus »*. C'est aussi le cas de ce directeur : *« Je pense qu'elles ont beaucoup de pouvoir. Trop ou pas assez ? Elles en ont trop si c'est pour faire du caporalisme, de la gestion administrative lourde, se contenter d'être le bras armé de l'État. En revanche, elles n'en ont pas assez si elles sont dans l'incapacité de faire autre chose qu'un accompagnement »*.

Un autre directeur pointe cependant le risque d'une action créant des ingérences au sein des établissements : *« Une ARS doit agir au niveau de l'espace territorial, mais pas au niveau de chacun des établissements, notamment dans la gestion interne. Le risque existe d'un pilotage en direct, mais ce n'est pas le sens de la loi HPST »*. Ou ce médecin : *« Elles ont beaucoup de pouvoir car elles peuvent faire fermer un hôpital ou une clinique, ou décider de mises sous tutelle »*. Les craintes concernent donc plus des actions ciblées qu'une influence globale excessive sur le système hospitalier.

A cet égard, les répondants exerçant des responsabilités de direction en ARS comprennent les craintes des autres acteurs, sans toujours les partager : *« Ceux qui disent [que les ARS ont trop de pouvoir] crient au loup, et ne connaissent rien aux jeux d'acteurs de notre démocratie. Il y a une impression de concentration des pouvoirs en faveur du DG d'ARS au plan juridique. C'est une lecture complètement erronée, c'est penser que le droit positif relève de la vie de tous les jours. Nous sommes dans un système polyarchique. Le pouvoir d'influence relève des mêmes compétences et talents qu'avant les ARS »*.

Tel autre directeur exerçant en ARS confirme : *« Je comprends l'angoisse de certains acteurs. Le DG de l'ARS rassemble de nombreuses prérogatives, beaucoup d'actes sont soumis à sa signature. Mais les processus sont très encadrés, donc je ne pense pas que ce soit dangereux. Beaucoup de décisions passent devant nos instances, ce qui n'était pas le cas dans les ARH. Élus, patients, et secteur ambulatoire sont représentés dans notre Conseil de surveillance. Nous sommes organisés autour de la démocratie sanitaire, je ne suis donc pas inquiète d'éventuels dangers de notre fonctionnement »*.

Ils sont en revanche en accord sur le fait que les ARS ne sont pas encore en mesure d'exercer leurs prérogatives de façon satisfaisante : *« Nous sommes encore à mi-chemin d'un processus ; l'Assurance maladie n'est pas encore entièrement intégrée. De plus, au niveau national, des blocages persistent, dus au clivage et aux luttes de pouvoir entre l'Assurance maladie et la DGOS. Au niveau local, cela demeure un énorme changement. Je citerai une phrase prononcée par un consultant spécialisé dans les regroupements de services, qui a accompagné l'ARS Aquitaine : « Je n'ai*

jamais vu, au niveau des entreprises privées, un changement aussi profond et aussi peu préparé ». La gestion du système sanitaire n'en a pas pâti, le système a continué de fonctionner, mais cela constitue un bouleversement ».

Les acteurs interrogés sont donc dans l'ensemble sceptiques sur le pouvoir des ARS. Ils sont plus soucieux de la capacité des agences à jouer son rôle de façon effective que d'excès d'autoritarisme. Une question demeure cependant particulièrement sensible : l'incitation aux coopérations. Car ce point relève de la stratégie à long terme des établissements.

Les collectivités territoriales connaissent de fortes incitations à se regrouper au sein d'établissements publics de coopération intercommunale. Depuis la loi HPST, les hôpitaux connaissent des pressions comparables[183]. Les agences régionales de santé souhaitent la mise en place de rapprochements entre établissements : directions communes, communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire ; les outils sont multiples, mais visent tous à renforcer l'interdépendance des établissements.

Dans ce contexte de contrainte externe croissante, le dialogue entre médecins et directeurs facilite la mise en place d'une position commune. A cet égard, le dialogue entre le chef d'établissement et le président de CME est particulièrement important.

Mais la qualité du dialogue entre les acteurs n'est pas le seul facteur d'efficacité ou d'inefficacité du processus de décision hospitalier. Même si les échanges inter personnels sont fructueux, la qualité de la décision dépend aussi des étapes d'un processus institutionnel fréquemment réformé. Les débats qui se tiennent dans les instances ne doivent pas être stériles. C'est la condition de la qualité de la décision.

[183] Vautard (A.), *Coopération hospitalière et intercommunalité : deux dynamiques* comparables, Les Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

2. Un dialogue formel légitime ne garantit pas une décision de qualité

> *« - Ça m'a l'air d'un drôle de gâchis, dit Vic. Il faut changer le système, c'est évident. Et donner davantage d'autorité à l'administration.*
> *- Non ! dit Robyn avec véhémence. Ce n'est pas la solution. Si vous tentez de transformer les universités en institutions commerciales, vous détruisez alors tout ce qui fait leur valeur. Mieux vaut prendre le problème par l'autre bout. Transformer l'industrie sur le modèle des universités. Faire que les usines soient aussi des institutions collégiales.*
> *- Ha ! On ne tiendrait pas cinq minutes sur le marché, dit Vic.*
> *- Tant pis pour le marché, dit Robyn. Peut-être que les universités sont inefficaces, à certains égards. Peut-être que nous perdons tout un tas de temps à discutailler dans les commissions parce que personne n'a le pouvoir absolu. Mais c'est préférable à un système où tout le monde a peur de la personne située à l'échelon juste au-dessus. »*[184].

Dans le roman *Jeu de société*, un directeur d'usine et une maître de conférences en littérature anglaise se rencontrent incidemment, dans le cadre de « l'Année de l'Industrie », une manifestation qui vise à rapprocher universités et entreprises industrielles. Le manager et l'enseignante débattent du meilleur mode d'organisation de leurs activités respectives. L'opposition entre les deux personnages, puis leur rapprochement intellectuel et intime, n'emporte pas de consensus sur leur travail concret. Et pour cause, ils ne dépendent pas l'un de l'autre dans leur activité professionnelle. En revanche, à l'hôpital public, les directeurs en charge de l'organisation des soins, et les médecins attachés à la singularité de leur pratique clinique, doivent parvenir à un *modus vivendi*. Et ce *modus vivendi* est défini par des échanges qui sont officialisés dans les instances de l'hôpital.

Ces instances sont nombreuses. Au sens du droit hospitalier, elles désignent le conseil de surveillance, le directoire, la commission médicale d'établissement (CME), le comite technique d'établissement (CTE), le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-tecnhiques (CSIRMT).

Dans le cadre de notre recherche, le terme d'instances sera étendu à toutes les réunions qui ont un rôle d'information ou de décision au sein de l'hôpital. Ainsi,

[184] Lodge (D.), *Jeu de société*, Rivages, Paris, 1991.

même si elle n'est pas une instance au sens du droit hospitalier, la réunion de direction sera entendue comme faisant partie des instances de l'hôpital. En effet, cette réunion présente une importance suffisante dans le fonctionnement de nombre d'équipes de direction pour que le politiste étudie les jeux d'acteurs qui s'y tiennent.

En outre, une raison plaide pour ne pas distinguer de façon absolue les instances officielles des instances officieuses : les instances officieuses n'ont certes pas de pouvoir de décision, mais c'est aussi le cas des instances officielles. Les instances de l'hôpital n'ont en effet, pour l'essentiel, pas de pouvoir décisionnel. Au sens du droit hospitalier, le pouvoir juridique de décision est en effet détenu presque exclusivement par le chef d'établissement.

Mais le rôle des instances est très important : les avis successifs attestent du bien-fondé des projets. Un avis défavorable ne bloque pas le processus de décision sur le plan juridique. Le directeur peut toujours – en droit – passer outre les avis de la CME ou du directoire. En pratique, cependant, il est difficile pour la direction de ne pas tenir compte des avis des instances, surtout s'ils manifestent une opposition réitérée. Un avis négatif a un effet important, notamment parce qu'il indique aux acteurs extérieurs à l'hôpital (ministère, ARS, agences de presse spécialisées, presse locale, élus, etc.) que la direction est en désaccord avec des représentants de certains professionnels. C'est particulièrement inconfortable pour la direction si l'opposition en question est composée de médecins.

C'est pourquoi, si les praticiens interrogés déplorent fréquemment la perte de prérogatives de la CME, ils relativisent ce changement. Le caractère consultatif des avis n'altère pas réellement leur portée, comme l'indique un praticien : *« Nous avons d'autres moyens de faire valoir notre point de vue »*. Cette phrase suggère clairement que les médecins envisagent de recourir aux relations interpersonnelles et à l'alerte des acteurs extérieurs à l'hôpital (presse, opinion publique, associations professionnelles, etc.) s'ils ne consentent pas aux décisions prises. En outre, le décret du 20 septembre 2013, dont la publication est intervenue après la réalisation de l'enquête de terrain, a depuis renforcé les avis de la CME, notamment sur les questions financières.

Cette inflexion est sans doute utile, car les comparaisons internationales montrent que les établissements de santé ont besoin, pour améliorer la qualité des soins, d'une implication accrue des médecins dans la gestion. Par exemple, le modèle indien actuel des praticiens non-salariés de l'hôpital est vraisemblablement inefficace. Le dialogue de gestion entre dirigeants et praticiens doit être renforcé en Inde, comme dans le cas français.

Le développement en Inde d'une offre hospitalière équivalente au secteur privé lucratif français ne semble pas de nature à répondre à cet enjeu[185]. Les *corporate hospitals* qui se développent dans les grandes métropoles indiennes ne donnent en effet pas de place importante au dialogue de gestion. Le dialogue de gestion n'y est

[185] Lefebvre (B.), *L'émergence des « corporate hospitals » dans les métropoles indiennes*. URL : http://www.csh-delhi.com/team/downloads/publiperso/prj%20these%20lefebvre.pdf

pas plus structuré que dans les cliniques privées de taille très modeste. En effet, dans les *corporate hospitals*, les acteurs essentiels du développement ne sont pas les médecins ou les directeurs, mais les actionnaires.

Ces entreprises privées actionnaires font partie de la « coalition externe » au sens de Mintzberg : *« Via une politique incitative (exemption de taxes sur l'importation d'équipement médical, terrains offerts) les pouvoirs publics cherchent (…) à attirer les investisseurs privés afin de développer l'offre hospitalière. L'ajustement structurel engagé suite à la crise financière de 1991 a renforcé cette orientation politique, relativement éloignée de l'objectif « de la santé pour tous » qui avait marqué les politiques de santé depuis l'Indépendance. (…) A la suite du groupe hospitalier Apollo, les investissements de groupes industriels locaux (Ranbaxy, Max) et étrangers (Parkways de Singapour) se sont multipliés. Ces acteurs se sont progressivement organisés en un lobby efficace et puissant qui s'est donné un plan d'action pour faire des corporate hospitals l'offre principale de soins hospitaliers en Inde d'ici dix ans »*[186]. La puissance des actionnaires de ces établissements ne favorise ainsi pas l'autonomie de gestion, ni un dialogue fécond entre médecins et directeurs.

Le cas indien montre que les instances hospitalières ne doivent pas seulement être légitimes. Pour être efficaces, ces instances doivent aussi réunir deux conditions supplémentaires. D'une part, elles doivent regrouper des acteurs qui ont un intérêt direct à participer activement à la décision. Et d'autre part, ces instances doivent avoir un réel pouvoir d'orientation de la décision.

Ces deux conditions sont remplies par le directoire.

2.1. La légitimité de l'aréopage des dominants : le directoire

> *« La possibilité de s'adresser à une assistance est à la main du président de séance, pour une assistance donnée. Mais l'assistance n'est pas une donnée. Elle peut se dissoudre (…). Le même phénomène peut s'observer dans un parlement, quand un débat est interminable : les membres partent, et s'ils ne quittent pas physiquement la salle, leur esprit vagabonde.*
> *Le problème du président de séance ne se réduit donc pas, comme les candidats orateurs sont enclins à le penser, à distribuer équitablement le temps de l'assistance entre les orateurs ; c'est aussi et même principalement un problème d'entretien, il s'agit de préserver l'intégrité et l'attention de l'assistance. Cela*

[186] Lefebvre (B.), *op. cit.*

l'oblige d'un côté à limiter le temps total de discussion, mais cela le force également à s'intéresser, au sein de sa sélection d'orateurs, à ceux qui sont plus aptes à retenir l'attention »[187].

Dans le processus de décision hospitalier actuel, le directoire est l'instance la plus influente. C'est une instance légitime car elle regroupe des directeurs et des médecins parmi les plus influents de chaque établissement. Ces acteurs ont de plus un intérêt direct à s'engager dans le processus de décision, car leur influence se traduit presque directement dans la gestion de l'hôpital. Le directoire, même s'il décide peu en droit, est en effet au plus près de la décision. Un dossier qui est *« passé en directoire »* est considéré comme quasiment validé par les acteurs, sauf avis clairement défavorable. L'accès au directoire est donc en conséquence un enjeu essentiel pour les acteurs qui n'en sont pas membres. On peut donc avancer que le schéma institutionnel actuel de l'hôpital est dominé par le directoire.

Innovation majeure de la loi HPST, le directoire est l'instance la plus éminente du processus de décision. Le principe de fonctionnement du directoire est le suivant : l'instance est « concertée » par son président, le chef d'établissement, avant la décision. Il faut rappeler que la décision est prise par le chef d'établissement.

Le directoire est présidé par le directeur, chef d'établissement. Le président de CME en est le premier vice-président. Le président de la CSIRMT (le directeur des soins) est aussi membre de droit[188]. Le directeur nomme les autres membres[189], en respectant la règle d'une composition majoritairement médicale[190].

Le conseil exécutif, créé par l'ordonnance de 2005 et qui a cédé la place au directoire en 2010, était paritaire entre directeurs et médecins. La nomination de ses membres était aussi différente : « *Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :*
1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;
2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical »[191].

---

[187] De Jouvenel (B.), *Le problème du président de séance*, Négociations, 2005/2, n°4.
[188] Dans les CHU, le Doyen de la Faculté de médecine et le représentant de la recherche clinique sont membres de droit et vice-présidents.
[189] Les membres du personnel médical sont nommés sur proposition du président de CME (proposition conjointe du PCME et du Doyen dans les CHU).
[190] Quatre personnels médicaux en moyenne sont présents au directoire, dont deux chefs de pôle (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011*, 2011).
[191] Code de la santé publique, article L6143-6-1 (abrogé au 23 juillet 2009).

L'inflexion est nette : le conseil exécutif limitait l'emprise du chef d'établissement aux membres du corps de direction. Avec le directoire, il nomme des médecins. Au-delà du renforcement apparent du chef d'établissement, un élément est décisif : les choix du directeur et du président de CME sont devenus interdépendants.

Plus qu'un lieu de rencontre entre les représentants de deux corps, le directoire constitue le groupe des acteurs les plus importants de l'hôpital. La légitimité des membres du directoire procède donc de leur rôle éminent dans l'établissement plus que de leur fonction de porte parole d'un corps.

Le directoire est aussi un organe resserré par rapport au conseil exécutif : sept membres, neuf dans les CHU. Le législateur a voulu marquer par ce resserrement le caractère opérationnel du directoire. Mais cette formation restreinte est critiquée par de nombreux répondants : *« Il faudrait plus de directeurs dans les membres nommés. Le choix est trop restreint. Cela ne permet pas à des directeurs « régaliens »*[192] *de pouvoir siéger régulièrement au directoire, même s'il demeure une possibilité d'avoir des invités permanents ».* La volonté du législateur de réduire le nombre de membres paraît cependant pertinente.

Une instance peu nombreuse permet en effet un travail plus efficace pour deux raisons. D'une part, une instance resserrée accorde avec précision à chacun de ses membres une influence précisément corrélée avec son rôle institutionnel et son niveau d'influence dans l'organisation. Ce schéma ne se prête pas à la dispersion des influences. D'autre part, les échanges entre les membres et les alliances possibles sont simplifiés. C'est essentiel car la grande complexité des sujets abordés et la maîtrise très partielle par les acteurs des champs d'expertise sollicités (médecine pour les directeurs, droit et gestion par les médecins) oblige à décomposer explications et arguments.

C'est l'argument développé par Bertrand De Jouvenel : *« Je dois [en tant que président de séance] alors prendre en compte le fait que la dépense de mots requise pour exprimer un argument croisse quand la compétence de l'auditeur décroît. Un expert peut exprimer un argument à un pair dans un domaine de connaissance avec une économie de mots et de symboles, qui rend incompréhensible son message pour un profane. Pour parler à ce dernier, les termes du jargon et les signes conventionnels doivent être explicités et de la redondance doit être introduite pour augmenter les chances de compréhension. En conséquence, plus faible est la compétence de l'audience, plus je dois élever [la durée accordée à chaque orateur] »*[193]. Le directoire étant composé de directeurs et de médecins qui détiennent des compétences différentes, il est nécessaire de donner aux orateurs (membres ou invités) un temps de parole important. Le nombre d'orateurs doit donc être restreint pour que les débats soient riches.

Principe de concertation et caractère resserré induisent des débats plus sereins, comme illustré a contrario par l'exemple de l'Assemblée Constituante de la

[192] Le directeur des affaires financières et le directeur des ressources humaines sont les directeurs « régaliens », par correspondance avec les ministères jugés les plus importants.
[193] De Jouvenel (B.), Le problème du président de séance, Négociations, 2005/2, n°4

Révolution : *« Pour Mounier, le leader des modérés, les commissions encourageaient « la froide raison et l'expérience », en protégeant leurs membres de tout ce qui pouvait attiser leur vanité et leur crainte de la désapprobation. Pour le patriote Bouche, les commissions tendent à affaiblir la ferveur révolutionnaire. Il préfère les grandes Assemblées, « où les âmes se fortifient, s'électrisent et où les noms, les rangs et les distinctions n'ont aucune importance. » Suite à sa proposition, il est décidé que l'Assemblée se réunira en séance plénière le matin, et en commissions l'après-midi. Rapidement, il n'y a plus que des séances plénières. L'importance de ce changement, qui marque le début de la fin aux yeux des modérés, est très bien comprise, à l'époque. Il est renforcé par l'introduction du vote nominatif. Cette procédure permet aux membres de l'Assemblée et au public d'identifier ceux qui s'opposent aux mesures radicales, et de faire circuler dans tout Paris la liste de leurs noms »*[194].

Au-delà de ces caractéristiques essentielles (nombre de membres et fonctionnement par concertation), la mixité des membres du directoire est un élément important, comme le constate un médecin : *« Parfois il y a des antagonismes personnels qui dépassent les professions de chacun. Quand on débute, on a l'impression qu'il y a deux logiques, médicale, et de direction. Avec le temps, on s'adapte ».*

En outre, le pouvoir de nomination du directeur est important dans cette instance. Celui-ci nomme en effet tous les membres qui n'appartiennent pas de droit au directoire. Son rôle « d'organisateur » confère aussi au chef d'établissement, dans certains cas, la faculté de s'affranchir en partie des règles de nomination. C'est ce que notent Christel Beaucourt et Laëtitia Laude, dans un exemple qui concernait le conseil exécutif, mais reste valable, et fréquemment observé : *« Un directeur de structure nous a confié qu'il a intégré des acteurs au sein de certaines instances, au-delà des contraintes réglementaires, parce qu'il les trouve engagés. Il veut donc les mettre là « où les choses se passent ». Leur permettre de participer aux instances, c'est, pour lui, leur témoigner sa reconnaissance. (…) Le dirigeant transgresse la règle établie parce qu'il préfère modifier le jeu politique interne et ouvrir de nouvelles opportunités de production ou d'efficacité collective »*[195].

On note dans certains établissements le choix du directeur de s'entourer exclusivement de médecins au sein du directoire. Il s'agit en général de contourner la restriction du nombre de membres : les directeurs non membres officiellement sont alors « invités permanents ». Le directoire compte dans ce cas *de facto* plus de dix membres. Une dernière innovation par rapport au conseil exécutif : le directeur des soins est désormais membre de droit.

Les prérogatives du directoire sont définies par le code de la santé publique : *« Le directoire prépare le projet d'établissement »*[196]. Le directoire a un rôle important

---

[194] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation,* Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

[195] Beaucourt (C.), Laude (L.), *Diriger : entre compromis et transgression. Une analyse de la relation dynamique,* Revue internationale de Psychosociologie, Class ESSEC, Hiver 2011.

[196] Code de la santé publique, article L.6143-7-4.

sur le plan stratégique, puisqu'il lui revient de préparer le projet d'établissement, qui définit les orientations de l'établissement pour cinq années, dans le cadre de la planification réalisée par l'Agence Régionale de Santé.

Mais la compétence centrale du directoire est le rôle de conseil du chef d'établissement, comme indiqué dans le guide HPST publié par le ministère de la santé : *« Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement (art. L.6143-7-4 CSP). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.(…) Une concertation du directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés »*[197].

Le rôle de garde fou du directoire est ici explicité par le guide ministériel, de façon étonnamment claire, puisque les « éventuelles difficultés » attestent du pouvoir d'empêchement des membres de cette instance. Et comme les directeurs membres du directoire sont soumis au principe hiérarchique, cette phrase reconnaît implicitement le pouvoir des médecins.

Or, comme indiqué ci-après, c'est bien le directeur qui est seul décideur au sens juridique du terme :
« Après concertation avec le directoire, le directeur :
1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-

[197] *HPST, les clefs pour comprendre*, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.

559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.»[198].

Le directeur possède des prérogatives considérables, rappelées avec netteté par le guide HPST : *« Les décisions prises sur le fondement de l'article L.6143-7 du CSP sont celles du directeur, président du directoire après concertation du directoire. Cela signifie que pour l'ensemble de ces compétences, les décisions qui interviennent sont des décisions du président du directoire et non du directoire. Sur l'ensemble des compétences de l'article L.6143-7, le directoire doit être concerté. Il incombe au président du directoire d'organiser la concertation selon des modalités qu'il définit. En tout état de cause, la concertation est moins formaliste qu'un avis ou une consultation. Ainsi, la concertation n'impose pas de voter là où l'avis y contraindrait. Le directoire est donc un lieu d'échanges où le débat permet un partage des différentes cultures et une analyse éclairée de toutes les situations étudiées »*[199]. Cette nature de lieu d'échanges est confirmée par un médecin interrogé : *« Au Conseil exécutif, la discussion était assez libre. Il n'y pas de difficulté de liberté de parole, mais plus de faire arriver au directoire des sujets qu'on voudrait voir aborder ».*

Les modalités de ces échanges sont définies de la façon suivante : *« C'est une instance de préparation collégiale des décisions qui relèvent du directeur. Ainsi, si le directeur a la pleine responsabilité juridique des décisions, leur légitimité est renforcée par la participation de tous au processus d'élaboration de ces décisions »*[200]. Le texte du document ministériel est ici sibyllin. Il n'évoque pas le fait que *« la participation de tous »* à la concertation inclut le décideur lui-même.

Or, c'est sur ce point que l'architecture du directoire est d'une grande originalité. En effet, si cette instance est un conseil du directeur, elle a pour président ce même directeur. Celui-ci, conduit à se conseiller lui-même, est très fortement lié par le résultat des concertations, qui prennent une valeur – et une autorité – considérables. Car passer outre les conseils du directoire revient, pour le directeur, à reconnaître qu'il ne maîtrise pas les débats dans une instance dont il est pourtant le président.

---

[198] Code de la santé publique, article L. 6143-7.
[199] *HPST, les clefs pour comprendre*, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.
[200] *HPST, les clefs pour comprendre*, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.

La phrase qui suit est alors éclairée d'un sens particulier ; le directeur peut très difficilement décider sans le consentement des personnels médicaux : *« La composition du directoire, à majorité médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, qui comprend également le président de la CSIRMT*[201]*, est une garantie de prise en compte des préoccupations des professionnels de santé dans toutes les décisions de la vie institutionnelle de l'établissement. Le directoire est donc une instance de dialogue qui éclaire, en amont, la décision du président du directoire, en assure le relais, et en facilite la déclinaison au niveau des pôles »*[202].

C'est pourquoi, de notre point de vue, la compétence de décision du directoire ne constitue pas la prérogative centrale de cette instance, même si cette compétence concerne le projet médical, enjeu sensible dans tous les établissements : « *Le directoire approuve le projet médical (art. L. 6143-7-4 CSP). Le directoire détient à ce titre une compétence décisionnelle »*[203].

Le directoire est pour l'essentiel une institution « concertée » ; c'est-à-dire qu'il rend des avis sans vote ; un directeur insiste sur l'importance de ce point : *« il n'y a pas deux camps, que ce soit au CHU de Bordeaux ou dans les autres établissements que j'ai connus. A cet égard, il est important qu'il n'y ait pas de vote au directoire ».*

Un médecin ajoute que les « camps » en présence ne sont pas toujours définis par le corps d'appartenance : *« [Le dialogue met aux prises] des individus, pas deux camps. Pas les médecins contre les directeurs, c'est sûr. Les médecins les uns contre les autres, s'appuyant pour ça sur les directeurs contre les autres. C'est peut-être la même chose chez les directeurs mais on ne le voit pas. Peut-être les directeurs le font-ils aussi ».*

Le directoire est donc une institution dont la mission est de faire apparaître un consensus. Dans cette mesure, le directoire décide, même s'il ne décide pas au sens juridique (mis à part l'approbation du projet médical). Le directoire est ainsi au cœur du dialogue entre directeurs et médecins, et la décision y est prise par consensus apparent, au sens de Philippe Urfalino (cf. infra). Cela conduit certains directeurs à affirmer que le directoire est *« une institution mal nommée, qui ne décide pas »*, mais est « concertée ».

Cette concertation semble favoriser un échange de qualité selon plusieurs acteurs, tel ce directeur : *« En CHU, c'est assez formel, et les directeurs amènent des éléments techniques, mais il y a quand même une vraie discussion. Il y a un véritable échange sur de vraies problématiques ; des choses qui ne se diraient pas au sein d'instances plus officielles. Les directoires fonctionnent bien parce qu'il n'y a pas de compte rendu officiel, mais un simple relevé de conclusions. On peut faire voter, mais au Conseil exécutif, toute décision faisait l'objet d'un vote, notamment le recrutement médical. Cela permet de préparer la décision. Le DG ne peut plus se permettre de présenter un projet ficelé. Il y a une vraie discussion, assez riche, qui peut être vive ».*

---

[201] Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technqiues.
[202] *HPST, les clefs pour comprendre*, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.
[203] *HPST, les clefs pour comprendre*, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.

Certains directeurs évoquent par ailleurs la frustration des médecins membres du directoire quand ils réalisent que le directoire ne décide pas. Le directoire ne décide en fait que d'émettre une concertation.

Comme le rappelle le rapport Fourcade, *« le directoire de l'hôpital public est très différent du directoire des sociétés privés. En droit des sociétés, le directoire est un organe décisionnel qui engage collectivement ses membres »*[204].

On avancera que le directoire hospitalier évoque moins l'entreprise privée que le régime politique à la fois apaisé après les excès de la Convention et caractérisé par une limitation réciproque des pouvoirs des cinq Directeurs nommés par le corps législatif. Un médecin interrogé n'hésite pas à faire l'analogie avec le Directoire : *« Il y a un pouvoir donné au directeur général, j'ai l'impression. Le Directoire a fini en Consulat, puis en Empire. Cela s'apparente au Directoire de la Révolution française. Il y a une analogie : cinq directeurs, mais un seul qui décide en fait ».*

Ce cercle de discussion qui regroupe les acteurs les plus légitimes de la direction et de la communauté médicale, présente deux caractéristiques majeures :

- L'égalité de participation au débat n'empêche pas l'inégalité d'influence des acteurs sur la décision prise, avec notamment la prééminence du chef d'établissement ;
- La mise en débat de propositions successives, dont l'arrêt est signifié par l'absence d'opposition des membres du directoire, et non par un vote.

La position frontalière des médecins présents au directoire[205] est aussi un élément important : sont-ils décideurs ou opérateurs ? Une différence majeure demeure cependant avec les directeurs : comme dans le Conseil exécutif qui avait précédé, on observe au directoire une unicité du discours de la direction, et une diversité des expressions chez les médecins.

Interrogé sur l'éventuel manque que constitue l'absence des directeurs adjoints traditionnellement les plus influents (directeur des affaires financières, des ressources humaines, des affaires médicales), un médecin l'exprime de façon très directe : *« Ça manquerait s'ils pouvaient s'exprimer librement (…). Mais on a un DG autoritaire avec des gens qui filent doux ».*

Au-delà de cette différence de liberté de ton associée au principe hiérarchique, on constate un fonctionnement rendu fluide par l'absence de vote et par la recherche d'un « consensus apparent » préalable à la rédaction du compte rendu, constitutive d'une sorte de validation.

---

[204] Fourcade (J.-P.), *Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements de santé*, 2011.
[205] Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.

La position du directoire a rang de « concertation » et non de « consultation », aux termes du code de la santé publique. La concertation assurée par le directoire procède en effet de la volonté d'obtenir une décision de bonne qualité, en donnant aux acteurs un rôle à la hauteur de leur compétence. C'est pourquoi les opinions n'y sont pas dénombrées, au contraire d'autres instances.

Cependant, le directoire actuel ne fait pas consensus, comme le rappelle Edouard Couty. Dans le Pacte de confiance pour l'hôpital, il propose un directoire remanié, appelé conseil de direction: *« Le directeur doit conserver les compétences générales de gestion de son établissement. Les responsabilités afférentes aux décisions de gestion ne sauraient être partagées. Toutefois, il est indispensable que ses décisions soient éclairées par différents regards professionnels, qu'ils soient médicaux, non médicaux, ou universitaires. A cet égard, la terminologie issue du monde de l'entreprise n'a guère de sens à l'hôpital : comment le vice-président du directoire, à savoir le président de la commission médicale d'établissement, pourrait-il être totalement solidaire des décisions prises par la direction, alors qu'il est élu par ses pairs pour représenter la communauté médicale de l'établissement, et qu'il peut souhaiter être réélu au terme de son mandat ? Comment concevoir un directoire qui ne dirige pas réellement mais qui conseille le directeur et aide à la décision par une délibération collégiale ? Pour ces raisons et pour la bonne dénomination d'une fonction, un conseil de direction pourrait se substituer au directoire actuel et reprendre l'ensemble de ses compétences »*[206].

La position de « concertation de dernier recours » du conseil exécutif, renommé directoire, demain peut-être conseil de direction, perdure. Au-delà des changements apparents, cette constante depuis 2005 a progressivement affaibli les autres assemblées de la gouvernance hospitalière. Ces autres lieux de débat ne sont en effet pas en lien direct avec le chef d'établissement, qui n'en est pas formellement membre (même s'il assiste souvent aux séances). Le lien avec la décision est en effet le directoire : les autres instances ont perdu une partie de leurs prérogatives, et ont surtout un rapport trop ténu avec la prise de décision effective.

Nous verrons que le rôle souhaitable pour la CME ne fait pas consensus, mais tous les acteurs s'accordent à constater un relatif affaiblissement.

[206] Couty (E.), *Pacte de confiance pour l'hôpital*, 2013.

2.1.1. Le rôle affaibli des autres assemblées : CME et Conseil de surveillance

> *« Il n'est pas très souhaitable qu'il y ait des grands débats à la CME. Ce serait difficile à canaliser. Avoir des débats complexes à soixante personnes, c'est difficile, ça ne favorise pas le dialogue, et ça pourrait même créer du bordel »*[207].

La CME[208] est l'instance qui représente les médecins. Sa constitution obéit à des règles très différentes de celles du directoire. En effet, les membres de la CME sont élus par la communauté médicale. Et le président et le vice-président de CME sont élus par les membres de la commission médicale, au suffrage universel indirect des médecins.

La composition de la CME est définie par le décret du 30 avril 2010. Une représentation *« minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement »*[209] est requise. Les mandats ont une durée de quatre ans.

On peut présenter la CME comme un équivalent du Sénat sous l'Empire napoléonien[210]. La CME représente en effet des personnages importants de l'hôpital, les médecins, avec une proportion importante de chefs de service et de chefs de pôle. La CME donne ainsi une tribune aux « Sages de l'Empire ». Ses prises de positions et son attitude vis-à-vis du directeur sont donc très différents de ceux d'une assemblée de représentants du personnel, ou d'une partie du personnel. Les médecins estiment en effet qu'ils « sont » en quelque sorte l'hôpital, et non ses employés. Les services transmis *de facto* entre générations et les réflexes de possession des « lits » sont des marqueurs de cette conception. La représentation des médecins par la CME a donc une influence à la hauteur de cette position éminente.

La loi HPST et le décret du 30 avril 2010 réduisent cependant le champ d'intervention de la CME, même si ce changement a été atténué par le décret du 20 septembre 2013. Cette instance a un rôle principalement consultatif : *« La commission médicale d'établissement est consultée sur (…) le projet médical de*

---

[207] Un médecin interrogé lors de l'enquête de terrain.

[208] Créée par la loi du 21 décembre 1941, la « Commission médicale consultative » devient « Commission médicale d'établissement » après la loi du 24 juillet 1987.

[209] Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

[210] On peut d'ailleurs noter que si le Sénat proclama la déchéance de Napoléon Ier en avril 1814, il arrive qu'une CME obtienne le départ du chef d'établissement. Ainsi, des assemblées qui ont l'image d'une chambre d'enregistrement peuvent avoir un rôle décisif dans certaines circonstances.

l'établissement (…), les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement (…), le règlement intérieur de l'établissement »[211].

De nombreux médecins répondants jugent très négativement le rôle de la CME : *« [Ce rôle est] très diminué par rapport à auparavant. Très amoindri. Cela ne me choque pas, mais vous verrez combien il y aura de candidats et de votants à la CME. Tout le monde comprend que les choses importantes se passent à côté ».* Les médecins estiment que ce rôle est insuffisant : *« La nouvelle CME est déchue d'un certain nombre de points très importants. On ne vote plus la nomination des médecins. Entre pairs, c'est fort dommage. Plus quelques autres choses. On ne vote quasiment plus ».* Ou encore : *« Elle va perdre beaucoup de poids, si elle en avait. Elle a un rôle d'information ».* Ils souhaitent utiliser de façon optimale les prérogatives de la CME : *« On nous donne la qualité des soins. Il va falloir élargir la qualité aux processus organisationnels, à la qualité des organisations. On ne va pas la laisser aux directeurs. Il y a des organisations à revoir. Il faut élargir le champ des possibles ».*

Un ton critique domine, à l'image de la réponse de ce directeur : *« Le rôle de la CME est un loupé de la loi HPST. Auparavant, il s'agissait d'une véritable instance consultative ; elle donnait des avis sur la stratégie et gérait les carrières médicales. La CME a perdu ces prérogatives. Pour compenser, on a inventé une mission sur la qualité, mais ce n'est pas suffisant. La CME a une place à redéfinir ; dans cette optique, l'idée mise en place au CHU de Bordeaux d'organiser des conférences médicales thématiques est intéressante ».*

Les critiques portent avant tout sur le pouvoir de nomination[212] ; perte du pouvoir de nomination de la CME, renforcement du pouvoir de nomination du directeur : *« Il y a moins de transparence que par le passé. Pour un médecin, le pouvoir, c'est le pouvoir de nomination. Le pouvoir de faire des élèves, de renforcer les équipes médicales, d'avoir un agrégé, un PH. C'est ce qui permet de travailler. Hors, auparavant, toutes ces nominations étaient soumises au vote de la CME. Maintenant, tout se fait au niveau du directoire, entre le directeur général, le président de CME et le directeur des affaires médicales. Et le doyen et le président de l'université pour les postes hospitalo-universitaires. C'est une vraie perte de pouvoir pour la CME. C'est la même chose pour tout, crédits, périmètres des pôles et des services. Il y a un vrai manque de transparence et de démocratie ».*

Le cas du CHU de Bordeaux est exemplaire de ce changement : tous les chefs de pôle, nommés par le DG, sont membres de droit de la CME constituée en 2011. Un médecin déplore vivement ce changement qui rappelle le Sénat du Premier Empire, au nom du principe de démocratie : *« Il y a trop de membres. Ce n'est pas normal qu'il y ait tous les chefs de pôle. Avant, il y avait le système exécutif, et la CME était l'équivalent du Parlement. Maintenant, 50% des membres du Parlement sont*

---

[211] Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

[212] Le rapport des conférences hospitalières *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé* préconise d'impliquer les présidents de CME dans la nomination des chefs de pôle. Cette implication se manifesterait par un visa du PCME sur la décision de nomination.

nommés par le DG. Sur 24 pôles, il y en a eu deux où il y avait plusieurs candidats. C'est une assemblée qui ne représente plus rien, et en plus elle ne vote plus rien ». Le principe de l'élection est certes un élément important pour la légitimité des membres de la CME. Mais c'est aussi la garantie qu'il n'existe pas de subordination vis-à-vis du directeur.

Certains répondants relativisent cependant la perte d'influence de la CME. Ils rappellent que le pouvoir d'influence d'une instance ne se limite pas à ses prérogatives formelles. Au sujet des pouvoirs de la CME réduits par HPST, un médecin s'interroge : *« Quelle différence cela fait-il ? (…) Je ne pense pas que l'influence de la CME ait beaucoup baissé avec la loi HPST ».*

Un autre praticien, plus direct, ne dit pas autre chose :
« - Quelle est votre vision du rôle de la CME ?
– Zéro. Si, être informé des décisions prises. Je ne vois pas ce qu'elle décide. Mais elle a un rôle car c'est la communauté médicale réunie. Si les décisions vont trop à l'encontre de ce que souhaite la communauté, elle peut ruer dans les brancards ».

La fonction d'information de la CME est même jugée essentielle par certains répondants : *« La CME reste un lieu de sensibilité. Les gens vous reprennent sur un mot, qui a pour eux de l'importance. Dans les grands établissements, la communication n'est ainsi pas coupée, elle est déjà tellement appauvrie par les circuits de communication longs. Mais la CME est trop stratifiée, elle ne peut guère exprimer des opinions, juste des assentiments, et des médiations en temps de crise – ce qui n'est au demeurant pas si mal ».*

Directeurs et médecins jugent que cela est utile dans le processus de décision qui aboutit désormais au directoire, avant la décision de directeur. Un médecin : *« La CME est là pour être informée, pour faire apparaître les points qui doivent être mis en lumière au Directoire ».*

Un chef d'établissement confirme : *« On ne peut pas avoir une CME qui doublonne un directoire. Les avis donnés deux fois, c'est stupide. Cela n'a aucun intérêt ».* Un directeur exerçant en ARS fait une analyse proche : *« C'est une instance de concertation. Elle a désormais beaucoup moins de pouvoir. Mais il est excellent de maintenir ce collège de l'ensemble des médecins. Il n'y a pas d'autre endroit d'information, de prise de température aussi fondamental pour les directeurs. C'est un endroit où la communauté se retrouve ».* Une minorité de répondants jugent cependant négativement ce changement : *« Avec le souci de ne pas empiler les choses, on a introduit un sentiment de dépossession de la communauté médicale : au prétexte que les médecins sont au directoire, on a réduit le rôle de la CME ».*

Mais ces points de vue recueillis pendant l'enquête de terrain doivent être nuancés car le décret du 20 septembre 2013 atténue cette perte de compétences de la CME. Ce texte montre qu'un mouvement de balancier réglementaire assure le maintien à long terme d'un équilibre entre directeurs et médecins.

Ce décret élargit les sujets sur lesquels la CME est consultée :

« I.- La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :
1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
3° Le plan de redressement (…) ;
4° L'organisation interne de l'établissement (…) ;
5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

II.- La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :
1° Le projet médical de l'établissement ;
2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
4° La politique de formation des étudiants et internes ;
5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ; 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux »[213].

En outre, les débats de la CME sont insuffisamment relayés au sein de la communauté médicale, comme le note un chef d'établissement : *« [La CME] perd de plus en plus de son importance et de son intérêt. Pour moi, la CME devrait s'intéresser aux questions individuelles des médecins, des évolutions de carrière et être un forum d'échange pour diffuser ensuite l'information sur l'ensemble de l'établissement. Ce n'est pas ce qu'elle est. Paradoxalement, le CME (en CHU) résulte d'élections, mais les élus ne reviennent jamais devant leurs électeurs ».*

Cela rend souhaitable une plus grande publicité des arguments échangés et des positions arrêtées (cf. infra).

L'étude du rôle de la CME ne peut faire l'économie de son influent « bureau ». Le bureau de CME n'est pas une instance au sens juridique. Néanmoins, de nombreux médecins interrogés soulignent son importance, parfois à leurs yeux supérieure à celle de la CME.

Composé à la discrétion du président de CME, le bureau est un lieu d'expression très libre. Cela permet l'ajustement des positions préalables à la production d'un discours à destination de l'équipe de direction et de l'ensemble de l'établissement.

[213] Décret du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Le bureau de CME est donc une instance de test « à blanc » des orientations de la CME et de son président. C'est aussi un lieu de préparation de la représentation qui sera donnée en CME. Le président y teste des positions qu'il prendra à titre personnel, face à un panel restreint et influent au sein de la CME elle-même.

Le bureau de CME peut être considéré comme une sorte de « réunion de direction » des médecins. La réforme HPST qui a réduit les prérogatives formelles de la CME semble ainsi avoir eu pour effet de renforcer le poids au bureau.

Une autre instance a perdu une part de son influence, même si celle-ci était moindre que les textes ne le laissaient supposer. Le conseil d'administration, devenu conseil de surveillance avec la loi HPST, n'est pas à proprement parler une instance de dialogue entre directeurs et médecins[214]. Les trois collèges de membres comprennent des élus, des personnalités qualifiées, et des personnels médicaux et non médicaux. Le président de cette instance est élu par ses membres. Il peut appartenir au collège des élus ou au collège des personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance assure l'évaluation des politiques menées par les dirigeants hospitaliers, en tant que « coalition externe ». Il joue donc un rôle important dans le dialogue entre directeurs et médecins.

Le conseil d'administration est remplacé par le conseil de surveillance avec la loi HPST. Le changement de ses fonctions marque paradoxalement une inflexion vers le rôle du conseil d'administration décrit par Mintzberg : *« Le pouvoir de la coalition externe est supposé être représenté par le conseil d'administration, la coalition officielle. Le conseil, en retour, est supposé contrôler le comportement de l'organisation. Mais (…) même le conseil qui remplit véritablement son mandat, ne gère pas l'organisation. Il doit nommer un P.-D.G. comme administrateur, afin qu'il prenne la charge officielle de la bonne marche de l'organisation »*[215].

Les prérogatives du conseil de surveillance sont en apparence très réduites par comparaison avec le conseil d'administration, et faibles par rapport au Conseil de surveillance d'une entreprise privée. Ce rôle *« est recentré sur les décisions stratégiques et le contrôle de la gestion de l'établissement »*[216].

Le conseil de surveillance *« se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :*
1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

---

[214] La CME est représentée avec voix délibérative au conseil de surveillance, et le président de CME est membre à voix consultative. Par ailleurs, le chef d'établissement participe aux séances de façon active. Mais le conseil de surveillance est une assemblée très diverse, qui ne se réduit pas, loin s'en faut, à un dialogue entre directeur et médecins.
[215] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[216] Fourcade (J.-P.), *Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements de santé*, 2011.

4° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :
— la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
— les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;
— le règlement intérieur de l'établissement.
Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.
A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.
Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.
Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement »[217].

Le conseil de surveillance a ainsi un rôle de filtrage des éventuelles mauvaises décisions du directeur, et d'alerte quant aux effets négatifs des décisions des pouvoirs publics au plan local.

Sa fonction de contrôle pourrait paradoxalement se renforcer du fait de la suppression du vote de l'acte budgétaire. Le conseil de surveillance pourrait avoir un rôle accusatoire en cas de difficultés majeures : le conseil de surveillance peut s'opposer au directeur, ce qui était peu vraisemblable dans le schéma antérieur du conseil d'administration.

Un autre élément modifie l'équilibre des pouvoirs au sein des hôpitaux : l'organisation des pôles hospitaliers.

[217] Article L. 6143-1.

2.1.2. Les pôles : internalisation de la contrainte de gestion

La mise en place de pôles d'activité clinique et médicotechnique déplace les équilibres institutionnels hospitaliers de façon considérable. Le pôle peut être défini comme un regroupement de services[218], avec à sa tête un médecin ; leur création date de l'ordonnance de 1996, mais ils ne sont obligatoires que depuis 2005. L'objet des pôles hospitaliers est de constituer des unités de gestion disposant d'une taille critique, et de réduire le nombre d'interlocuteurs médicaux face aux directeurs et à la CME : les pôles peuvent se voir accorder une « délégation de gestion ». Cette délégation doit permettre au médecin chef de pôle de mettre en place une gestion plus proche des contraintes pratiques qu'il observe. La décentralisation est réputée favoriser une adaptation des moyens requis pour organiser l'activité.

Les pôles constituent ainsi une forme de décentralisation, même si le parallèle avec les collectivités territoriales est douteux : en effet, les pôles hospitaliers ne disposent pas de la personnalité morale[219]. En outre, leur autonomie de gestion est à l'heure actuelle le plus souvent très réduite, comme en atteste l'absence de contrats de pôles dans de nombreux établissements.

Pour autant, l'évolution du modèle français engagée avec la gestion par pôles semble globalement validée par la comparaison avec des systèmes de santé étrangers. Ainsi, le modèle genevois montre par exemple l'intérêt d'une délégation de gestion très affirmée, menée sur une longue période. Cela est de nature à donner des enseignements sur les effets positifs et négatifs de l'organisation par pôles encore très récente en France : *« Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (…) ont développé une organisation originale, décentralisée et respectant le principe de subsidiarité, en donnant un rôle clé aux départements et aux centres »*[220]. Les pôles des HUG, appelés départements, sont au nombre de douze. Les compétences attribuées à ces départements sont remarquablement étendues ; les directions fonctionnelles sont dégagées de la plupart des fonctions de gestion quotidienne et assurent uniquement des missions de pilotage.

Les départements *« élaborent et mettent à jour le catalogue de prestations médicales, infirmières et médicotechniques des services qui les composent (…). En matière de gestion financière, le département consolide les résultats financiers des services et les restitue aux acteurs concernés ; il élabore et suit son budget (…). Il doit suivre sa performance au travers des indicateurs institutionnels. (…) En matière de gestion des ressources humaines, le département engage du personnel dans le*

---

[218] Les services sont créés par la loi du 21 décembre 1941.

[219] Selon une approche juridique, la création des pôles évoque plus la déconcentration que la décentralisation ; mais les relations entre chef d'établissement et chef de pôle n'ont pas le caractère fortement hiérarchique qui prévaut entre l'administration centrale et les services déconcentrés.

[220] Percot (R.), *La décentralisation : outil clé du management hospitalier – l'exemple des hôpitaux universitaires de Genève*, Les Cahiers hospitaliers, mai 2011.

respect du budget alloué »[221]. Chaque département est piloté par un comité de gestion, dirigé par un chef de département responsable médical hospitalo-universitaire. En son sein sont représentés la direction et le conseil d'administration. De façon similaire à ce qui est prévu en France, le département contractualise avec le comité de direction et lui rend compte.

Cette organisation comparable aux pôles se voit adjoindre en 2007 des « centres ». Ces centres regroupent des services appartenant à des départements différents. Ces nouvelles entités permettent d'améliorer le parcours des patients en organisant des filières de prise en charge. Mais cette organisation très complexe et ajustée aux besoins ne rencontre pas une adhésion sans réserve des acteurs, notamment médicaux : *« Les opinions divergent quant aux réelles marges de manœuvre dont disposent les départements et les centres. La direction générale conserve (…) une capacité d'action et de décision entière. Des séance de reporting trimestrielles sont organisées par la direction générale pour veiller au respect des objectifs et suivre l'évolution des indicateurs par rapport aux cibles fixées à chaque département »*[222].

Or, cette crainte est très exactement celle que manifestent certains médecins français interrogés, comme ce chef de pôle : *« Au niveau des personnels, les gens continuent à fonctionner à l'échelle d'un service. Ici, il n'est marqué nulle part : « pôle de cancérologie ». Les personnels des services ne voient pas trop la légitimité du chef de pôle »*. Le manque d'influence des chefs de pôle conduit les acteurs à agir en fonction des intervenants jugés les plus légitimes, en l'occurrence les chefs de service.

Mais le praticien interrogé nuance son jugement, montrant que le chef de pôle exerce entre les services et la direction une influence intermédiaire, mais non secondaire : *« Les chefs de pôle voient un peu mieux [leur propre légitimité], parce qu'on arrive à régler des problèmes à l'intérieur du pôle. Une initiative est plus forte si elle vient d'un pôle »*. Au surplus, l'existence des pôles permet à leurs responsables médicaux de constituer progressivement un échelon intermédiaire, dont l'importance croit progressivement. On peut à cet égard faire une analogie avec la fonction de Premier ministre renforcée par son titulaire Georges Pompidou à compter de 1962, surtout après la dissolution d'octobre : *« Manifeste à propos de l'Aménagement et du Plan, l'expansionnisme de l'Hôtel Matignon apparaît dans des domaines autres que financier. (…) Quand se présente un besoin nouveau, M. Pompidou garde dans sa main le service correspondant. (…) [Cela] contribue à faire émerger insensiblement la statue du Premier ministre, au-dessus et en-dehors des autres membres du gouvernement. (...) Plus nettement que son prédécesseur Michel Debré, il a dégagé dans la charpente constitutionnelle un entresol, en surplomb du rez-de-chaussée gouvernemental, à part aussi des appartements nobles aménagés pour le chef de l'Etat (...) Cela lui permet, au fil des années, de traiter à l'Hôtel Matignon bon nombre d'affaires qui se réglaient jusque là à l'Elysée »*[223]. A l'hôpital, la position des chefs de pôle s'affermit aussi progressivement. La question de la pénurie de

[221] Percot (R.), *op. cit.*
[222] Percot (R.), *op. cit.*
[223] Rouanet (P.), *Pompidou*, Grasset, Paris, 1969

temps pour écouter les orateurs potentiels dans le cadre des instances joue en leur faveur (cf. infra, sur la question du président de séance).

Cependant, les chefs de pôle sont dépendants des caractéristiques de leur pôle, comme le note un médecin lui-même responsable de pôle : « L*es pôles ne sont pas tous homogènes. Ils sont d'autant plus légitimes qu'ils sont cohérents* ».

L'évocation de la « cohérence » du pôle est un élément important. Cette cohérence présente deux aspects principaux. D'une part, un pôle est influent si les médecins qui y travaillent ont choisi de se regrouper et sont globalement d'accord sur la direction à suivre. D'autre part, la « cohérence » ramène à la question des disciplines médicales présentes dans le pôle. Plus elles sont nombreuses et diverses, plus la « cohérence » en pâtit.

En premier lieu, donc, la volonté de travailler ensemble des médecins est un élément clef. A cet égard, les négociations qui précèdent la constitution des pôles donnent beaucoup d'informations sur les rapports de force, affinités et inimitiés entre médecins. Après la définition des périmètres, diverses habiletés sémantiques permettent de présenter une cohérence, même fictive, du pôle considéré. Les appellations des pôles sont en effet libres et les noms retenus utilisent les diverses possibilités offertes par la médecine : appellation par pathologie (pôle cancer), par appareil (pôle appareil locomoteur), par technique (pôle chirurgie), par organe (pôle cœur-poumon), par discipline (pôle cardiologie), etc.

Les combinaisons possibles sont bien sûr nombreuses, notamment dans les grands établissements et CHU, plus spécialisés : pôle chirurgie digestive, pôle diabète-endocrinologie-nutrition, pôle psychiatrie de l'enfant, etc.

En tout état de cause, les établissements conservent une grande liberté dans les appellations retenues, ce qui permet « d'habiller » tous les regroupements possibles. Pour autant, les acteurs ne sont bien sûr pas dupes et rappellent souvent au chercheur la différence entre le mot et la chose : *« Tel chef de pôle est en difficulté car il n'appartient pas à la discipline majoritaire de son pôle »* ; *« Un chef de pôle pharmacien n'a pas d'autorité au sein de son pôle sur des biologistes médecins »* ; *« Un chef de pôle interniste n'a pas à dire aux infectiologues de son pôle comment gérer leurs services, cela ne serait pas toléré »* ; et en CHU : *« un chef de pôle hospitalier n'a pas de légitimité pour imposer ses vues aux hospitalo-universitaires »* ; *« tel chef de pôle est de l'école du Pr X. Il n'aura jamais d'autorité sur les services des élèves du Pr Y »* (X. et Y. étant partis à la retraite des années auparavant). Ces positions fragiles des chefs de pôle sont fréquentes dans les établissements de taille importante.

L'assertion sur la cohérence est d'ailleurs fréquemment reprise par les répondants, tel ce médecin : *« Par exemple, le pôle orthopédie est énorme. Mais il y a une cohérence parce qu'il n'y a que de la chirurgie. Plus que la taille, c'est la communauté de spécialité qui est importante. Sinon, les pôles sont moins opérationnels »*. Ou encore un directeur : *« Un périmètre de 300 à 400 agents serait une bonne moyenne. Au-delà de 1000, c'est un périmètre assez large. Et a contrario,*

un pôle de 40 agents est la simple reproduction d'un service. Mais il existe une deuxième dimension importante, qui est l'homogénéité des disciplines. Par exemple, un pôle chirurgical comprenant des unités de chirurgie cardiaque et de chirurgie orthopédique n'est pas très cohérent, ces disciplines ont trop peu en commun ». Le caractère mono disciplinaire est en effet selon nous le facteur le plus important, dans la mesure où il renvoie à la relation de maître à élève, structurante pour la profession médicale. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre un médecin proche de la retraite évoquer la position qu'auraient pu adopter *« nos maîtres »* face à telle ou telle question dans le cadre du dialogue à l'hôpital. C'est pourquoi l'homogénéité d'un pôle est un facteur favorable pour la position de son chef. Il est plus volontiers reconnu par les médecins de la même discipline.

Tel directeur abonde dans ce sens : *« Il y a une question d'aptitude managériale, a fortiori si les pôles sont hétérogènes. C'est ce qui peut constituer une difficulté, plus que la taille »*. Les interlocuteurs exerçant en ARS sont du même avis : *« S'il y a deux ou trois pôles seulement, ça ne correspond pas au besoin. Le périmètre a du sens quand il y a de la cohérence pour le patient »* ; ou bien : *« Les grands pôles, s'ils ne sont pas trop fourre-tout, peuvent contribuer à optimiser le parcours du patient. En revanche, les petits pôles dans des petits établissements ne servent à rien. On ne peut obtenir des économies d'échelle qu'au sein d'ensembles de taille suffisante »*.

Cela induit deux enseignements, au regard de l'expérience genevoise. D'une part, les tentatives de renforcement de la cohérence (création des centres), même si elles augmentent la complexité, sont utiles ; l'adéquation des organisations à leurs missions et aux rapports de force internes prévaut sur la cohérence apparente du système. D'autre part, les pôles sont d'autant plus homogènes et cohérents que l'établissement présente une taille importante, comme le soutient un rapport de l'IGAS[224]. Une taille modeste de l'établissement supprime le besoin d'articuler le dialogue dans des instances nombreuses : les mêmes acteurs se retrouvent alors dans différentes instances en permanence, comme chefs de pôle, membres du directoire, et de la CME. De notre point de vue, les pôles ne sont pas un mode d'organisation utile en-deçà du niveau des hôpitaux de référence sur un territoire de santé.

En outre, la question de l'organisation des instances et débats ne préjuge pas de la qualité des décisions prises.

[224] Inspection Générale des Affaires Sociales, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, février 2010.

2.2. Le dialogue formel prépare une décision de qualité, sans garantie

> *« Je supposerai que les participants à un processus de délibération collective sont rationnels et guidés exclusivement par leur intérêt (qu'il s'agisse de l'intérêt personnel ou bien de celui de leur groupe d'appartenance). Si les arguments qu'ils déploient semblent étrangers à leur intérêt personnel, c'est qu'un calcul rationnel leur indique qu'il y va justement de leur intérêt de procéder de la sorte. Mais (…) cette hypothèse repose sur une idée un peu trop simple concernant les mécanismes par lesquels l'intérêt personnel pourrait générer des arguments désintéressés. Comme Tocqueville le fait remarquer, tant l'aveuglement que la tromperie peuvent jouer un rôle : « les partis politiques… sont souvent accusés d'agir sans conviction ; pourtant, mon expérience tend à démontrer que cela arrive moins souvent qu'on ne le croit. Le fait est qu'ils possèdent simplement la faculté, précieuse et souvent bien nécessaire en politique, de se forger d'éphémères convictions en fonction des sensations et des intérêts du moment » »*[225].

Le processus de délibération à l'hôpital public tient compte des contributions argumentatives des différents acteurs. Ce processus complexe, qui organise de façon subtile l'influence des acteurs les uns par les autres, tend à faire assumer à chaque instance et à chaque individu une part de la responsabilité de la décision prise *in fine* par le directeur.

Si, comme le dit une présidente de CME, *« à la fin, c'est clair, le directeur décide »*, le dialogue formel au sein des instances articule les différentes contributions d'une manière qui engage les acteurs.

Mais ce processus articulé de façon complexe, s'il prend en compte subtilement les équilibres de pouvoir spécifiques de l'hôpital public, présente cependant des faiblesses. En effet, le dialogue doit permettre de concilier les impératifs de santé publique d'intérêt général, et l'intérêt du patient qui revêt un caractère critique dans de nombreux cas.

Mais le dialogue présente parfois des effets pervers et ne garantit pas une décision de qualité. L'articulation des instances et leur fonctionnement complexe ne conduit

---

[225] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation,* Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

pas mécaniquement à des décisions adéquates. Il peut arriver qu'un large consensus en faveur d'une décision n'empêche pas une absence d'action, ou que des intérêts particuliers prévalent sur l'intérêt général dans la décision prise. Il arrive aussi qu'un consensus se forme en faveur d'une décision, prise par le chef d'établissement, et qui se révèlera une erreur.

La recherche patiente d'une bonne décision ne permet pas de s'abstraire des limites des individus : limites de leur compréhension, de leur hauteur de vue, de leur perception de leur environnement.

Les effets pervers possibles du dialogue organisé au sein de l'hôpital ne remettent pas en cause l'intérêt d'un processus long et complexe. Mais il importe de les identifier de la façon la plus précise possible.

Notre étude vise à identifier ces effets pervers potentiels pour définir des pistes d'amélioration.

2.2.1. Les effets pervers possibles du dialogue

> *« En général, lorsque les membres d'une assemblée débattent, ils se contentent de faire comme s'ils se préoccupaient du bien public ou de l'intérêt général. Et même lorsqu'ils formulent leurs arguments en ces termes, c'est souvent pour mieux dissimuler des objectifs partiaux ou partisans »*[226].

A l'hôpital comme ailleurs, le dialogue n'est pas une chose bonne par essence, inconditionnellement. Le dialogue préalable à la décision induit en effet trois risques majeurs :

- La procrastination
- Les choix sous-optimaux
- La difficulté de concilier intérêt général et impératifs médicaux

Certaines décisions ne requièrent pas un processus d'élaboration complexe. Des décisions concernant le fonctionnement quotidien ou des changements d'organisation mineurs pourraient certainement être prises à l'hôpital dans un formalisme beaucoup plus réduit que ce qui est pratiqué. Les instances de dialogue social (CTE, CHSCT), considérées comme des pensums par de nombreux participants, donnent un bon exemple de ce travers. Mais des réunions entre médecins et directeurs peuvent aussi présenter ce défaut. Ainsi ce directeur

[226] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation,* Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

d'établissement qui déplore que *« certains établissements réunissent leur directoire chaque semaine. C'est excessif. Nous [directeurs] n'avons pas à demander l'avis des médecins pour la moindre décision prise ! »*

Il est essentiel de reconnaître l'importance du dialogue dans des organisations complexes, employant des personnels hautement qualifiés. Pour autant, toutes les décisions ne requièrent pas le même niveau de préparation et de négociation, au sein des instances comme en dehors. A cet égard, le processus de décision hospitalier gagnerait à ne pas mobiliser les circuits de décision les plus complexes pour des décisions parfois mineures. La hiérarchisation exacte des décisions est parfois délicate, mais on peut estimer que la perception des acteurs est relativement fiable. L'usage répété des circuits de décision les plus complexes pour des objets qui ne le justifient pas disqualifie et l'objet et le processus lui-même.

La procrastination est donc un effet pervers possible important du dialogue hospitalier, notamment pour les décisions mineures. Le risque de réaliser des choix sous-optimaux est un deuxième effet pervers possible.

La relation de dialogue est une condition indispensable pour que le processus de décision soit efficace à l'hôpital public. Mais ce n'est pas une condition suffisante. Comme le dit un directeur général d'ARS : *« Il peut y avoir accord momentané dans le désordre reporté. On s'entend pour ne pas traiter les vrais problèmes du patient. Le dialogue en soi n'est pas une garantie de respect de l'intérêt du patient. Un dialogue sur le dos du patient est possible ».*

En effet, les acteurs du dialogue au sein d'un établissement peuvent créer ou maintenir une situation sous-optimale pour le système de santé, mais qui est favorable à leurs intérêts propres, comme le dit un directeur expérimenté : *« Il y a eu un passé peu glorieux où l'hôpital prenait parfois des décisions pour lui-même ».*

Ainsi, pour optimiser leur déroulement de carrière, les directeurs d'hôpitaux de taille moyenne ont eu intérêt, jusqu'aux années 1970, à mener leur établissement en tant que « directeur-bâtisseur ». La création de blocs opératoires, de services d'accueil des urgences et de maternités favorisait la progression de carrière des chefs de ces établissements[227]. Une alliance objective se nouait souvent au niveau local entre le chef d'établissement, les praticiens de l'hôpital, et les élus locaux (au premier rang desquels le maire, alors président de droit du conseil d'administration).

Tous ces acteurs avaient pour but la croissance de l'organisation, à l'image des buts du PDG décrits par Mintzberg : *« Les présidents directeurs généraux ont tendance à être des individus très orientés vers la réussite. Tout le monde n'arrive pas au sommet de la hiérarchie. Les procédés de sélection ont tendance à promouvoir ceux qui semblent les plus concernés par la réussite. (…) Un individu orienté vers la réussite peut-il utiliser ses forces pour monter dans la hiérarchie ? Mais que se passe-t-il, lorsqu'il a atteint le sommet de l'organisation, qu'il ne peut plus monter*

[227] Schweyer (F.-X.), *Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier*, Revue française des affaires sociales, 2001, n°4, pp.115-122.

(à moins qu'il ne quitte l'organisation dans laquelle il a dépensé tant de temps et d'énergie pour réussir) ? Le prestige du P.-D.G. est associé à la taille de l'organisation qu'il dirige ; la conclusion qui en découle et qui est largement répandue dans les ouvrages est la suivante : l'orientation du P.-D.G. vers la réussite se voit à sa volonté d'élargir la taille de son organisation. Autrement dit, la croissance *est l'objectif primordial que le P.-D.G. cherche à imposer à l'organisation »*[228].

La planification mise en place par les pouvoirs publics pour rationaliser la « carte sanitaire » au cours des années 1970 a peu modifié cette situation. En effet, les établissements existants ont rarement vu leurs missions réduites, même quand leur taille modeste aurait pu conduire à regrouper certaines activités. Le grand nombre de services de chirurgie situés dans des agglomérations de taille modeste en France témoigne de cette période. Or, l'existence de services de chirurgie ou médico-techniques réalisant un nombre d'actes faible représente un risque pour la qualité des soins. Même si l'accessibilité aux soins doit être mise en balance avec la qualité pour définir l'architecture souhaitable de l'offre, il demeure que les alliances entre acteurs ne sont pas toujours optimales sur le plan des politiques de santé publique.

De même, l'hyperspécialisation des praticiens en CHU peut les amener à souhaiter privilégier des modes de prise en charge qui ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires de la population. On peut citer en exemple la relative tiédeur de nombreux médecins de CHU à l'égard des prises en charges alternatives à l'hospitalisation complète, malgré l'orientation très nette des pouvoirs publics en faveur de l'ambulatoire.

Ce risque de choix sous-optimaux est un effet pervers important possible du fait du dialogue à l'hôpital. En outre, la difficile conciliation de l'intérêt général et des impératifs médicaux est un risque important.

La coopération entre directeurs et médecins est indispensable à la poursuite de l'intérêt général. Cette coopération est indispensable au fonctionnement de l'hôpital, mais n'est pas considérée par l'ensemble des acteurs comme allant de soi : *« Le conflit principal ne se situe ni entre des institutions, ni même entre des professions, mais entre des rôles : d'une part ceux qui consistent à soigner, et de l'autre ceux qui ont pour mission de gérer les ressources dont les premiers ont besoin pour travailler. Entre eux s'est construite une relation de double dépendance dans la mesure où les allocataires de ressources formulent des exigences de plus en plus précises en contrepartie des moyens qu'ils fournissent. Comme toutes les articulations de cette nature, celle-ci s'oriente, suivant les époques et les situations locales, vers la coopération cordiale ou vers le conflit explicite, de nombreuses nuances survenant entre les deux formes, chaque partie étant devant la nécessité de coopérer et disposant de bonnes raisons pour adresser de multiples reproches au partenaire insupportable et incontournable »*[229].

---

[228] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[229] Dumond (J.-P.), *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé, 2003/1, pp. 71-81.

Cette relation de dépendance réciproque est analysée par un praticien répondant, qui évoque le rôle du directeur dans la défense de l'intérêt général, en retrait de la production : « *Je fais une comparaison : j'ai parfois un peu l'impression d'être sur un champ de bataille en première ligne, et il y a des gens à l'arrière qui prennent des décisions. Et c'est bien que cela soit comme ça : il faut bien un certain recul, un détachement pour prendre les décisions, mêmes difficiles, dans l'intérêt commun. Il faut des gens qui ne soient pas dans le temps médical courant. (…) Ce recul qu'ils ont permet la prise de décision* ».

Outre ce recul, la direction doit assurer la pérennité de l'établissement dans un contexte de concurrence. L'allocation des ressources désormais comparable entre établissements publics et privés par la tarification à l'activité renforce le caractère frontal de la concurrence entre établissements de santé. L'équipe de direction est en charge de la responsabilité du positionnement stratégique de l'hôpital dans un contexte concurrentiel.

Enfin, l'équipe de direction a en charge l'intérêt de l'ensemble de l'organisation, qui nécessite parfois le renoncement à l'intérêt d'une discipline ou d'un praticien. C'est une responsabilité reconnue par la majorité des médecins. Nombre d'entre eux insistent sur le caractère « individualiste » des médecins et sur leur propension à privilégier leur propre discipline. La direction doit *« éviter la collusion entre médecins »*, comme le souligne un praticien.

Concrètement, la position de neutralité des directeurs à l'égard des différentes disciplines est considérée comme un atout pour faire accepter les décisions. De nombreux directeurs et médecins interrogés abondent dans ce sens. Comme le soutient Jon Elster, l'éloignement de l'intérêt personnel est en effet un facteur favorable pour faire accepter une position : *« Si les riches préconisent un allégement d'impôts pour tous les riches et seulement pour eux, l'argument impartial selon lequel une telle mesure finira par profiter à tous, même aux couches moins favorisées, n'est probablement pas un argument optimal. Par contre, un argument impartial en faveur d'une mesure moins radicale a plus de chances d'être accepté, comme un allégement d'impôts pour une part de la population aisée ainsi que pour une part des moins bien lotis. Un argument ne proposant d'allégement d'impôts qu'en faveur des plus pauvres aurait, lui aussi, de bonnes chances d'être retenu. Mais il ne serait certainement pas optimal pour les nantis. Ces derniers ont besoin d'un argument suffisamment éloigné de leur intérêt personnel pour qu'il soit accepté par les autres. Mais il ne doit pas non plus trop s'en éloigner car, si cet argument était retenu, ils ne pourraient alors en tirer aucun profit »*[230].

Les médecins sont dans une position similaire à des riches intervenants dans le débat sur la meilleure politique fiscale : ils sont concernés par la réussite ou le succès de tel ou tel projet ou orientation de façon trop proche pour que leur position soit au dessus de tout soupçon. Au contraire des directeurs.

---

[230] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

Les médecins quant à eux sont les premiers gardiens de l'intérêt du patient. Ils alertent la direction en cas de décisions aux effets négatifs pour la prise en charge des patients. Ils sont en effet directement responsables de la qualité des soins délivrés aux patients. Les médecins ont ainsi un rôle essentiel de contribution collective pour la qualité de la décision, son adaptation précise au contexte.

L'articulation de l'ensemble de ces contributions se fait selon un mode d'agrégation que Philippe Urfalino appelle le consensus apparent. Si pour Urfalino, le consensus apparent est un mode de décision collective, nous appliquerons le concept aux avis et concertations des instances hospitalières. Si ces dernières ne sont pas des décisions au sens juridique, elles constituent l'arrêt d'une intention d'agir ou d'influer sur l'action qui nous semble présenter des similitudes suffisantes avec l'étude de décisions collectives analysées par Philippe Urfalino.

2.2.2. Une décision préparée par consensus apparent

> *« L'un des obstacles majeurs au progrès de la théorie politique tient au fait que nous parlons de droits sans avoir une attention suffisante à l'égard de la faisabilité de leur exercice. Je propose d'évoquer ici quelques problèmes élémentaires liés au droit d'expression. C'est l'un des principes de base de notre philosophie politique démocratique que toute personne (au-dessus d'un certain âge) a un droit égal de prendre la parole. Rendre ce droit opérationnel soulève cependant des difficultés qui n'ont pas été envisagées »*[231].

Le processus de décision à l'hôpital public comprend une dimension de concertation très importante. La préparation de la décision a un caractère collectif, symbolisé notamment par la concertation en directoire. Cette instance, dont le rôle est essentiel, est concertée sans un vote pour dénombrer les préférences individuelles de ses membres. Mais la préparation de la décision ne se limite pas à définir des pistes de réflexion, ou des options possibles. Le directoire opère en effet une hiérarchisation des propositions et une évaluation *ex ante* des conséquences possibles des décisions. Le directeur est donc en partie lié par les débats qui précèdent sa décision. Il ne lui est pas aisé de déroger aux propositions admises comme légitimes à l'issue de la concertation du directoire.

[231] De Jouvenel (B.), *Le problème du président de séance*, Négociations, 2005/2, n°4.

Le processus de décision à l'hôpital public est caractérisé par le grand nombre d'instances consultatives et la complexité du cheminement des propositions. Ces éléments sont souvent imparfaitement maîtrisés par les acteurs eux-mêmes. Certains médecins notamment connaissent relativement mal les circuits de décision de l'hôpital. Les directeurs assurent auprès d'eux un rôle (souvent intéressé) de pédagogie administrative.

La plupart des décisions prises à l'hôpital font ainsi l'objet d'une succession d'avis (appelés « concertations » pour le directoire, et « avis » pour les autres instances). Souvent, ces avis modifient peu les éléments fondamentaux d'une décision. Ils permettent cependant d'opérer des ajustements, jugés importants pour la qualité des décisions. Ces ajustements ont aussi des vertus de nature diplomatique. Les directions hospitalières peuvent parfois êtres tentées de réaliser des présentations volontairement imparfaites, de manière à susciter des demandes de changements mineurs. Cela permet de valider l'essentiel du dossier présenté au prix de l'apparence de quelques concessions.

Il arrive ainsi que des éléments dont les directeurs savent qu'ils seront jugés inopportuns par l'instance consultée soient maintenus en toute connaissance de cause. Lors de la présentation du projet aux instances, les souhaits de changements formulés par l'assemblée sont alors inclus. Ces changements sont supposés attester de la nature participative de la décision. Il est en effet parfois jugé maladroit de présenter un projet « trop ficelé », notamment si le dossier présente une forte dimension médicale. L'équipe de direction et les médecins membres du directoire souhaitent donner aux membres des autres instances l'impression qu'ils participent activement à la décision. Les membres des instances en question sont d'ailleurs rarement dupes de ce type de manœuvres, mais ils les considèrent comme une forme de politesse institutionnelle.

Mais parfois, les avis émis au sujet d'un projet aboutissent à modifier ses caractéristiques essentielles. L'obtention de l'avis d'une instance n'est donc jamais un exercice purement formel. Il existe toujours une possibilité de blocage ou de proposition de modification majeure du projet présenté à l'issue des débats.

Nous l'avons vu, l'instance la plus importante de la « nouvelle gouvernance » hospitalière est le directoire, chargé de conseiller le directeur. Cette assemblée est volontairement restreinte par la loi HPST (sept membres, neuf dans les CHU) pour favoriser le caractère stratégique des échanges qui s'y tiennent. Directeurs comme médecins interrogés membres de directoire insistent fréquemment sur le rôle quasi décisoire de cette instance. A la question : *« Les médecins sont le seul corps absent des équipes de direction, qui comptent des directeurs, mais aussi des directeurs des soins [de formation paramdicale], et parfois des ingénieurs. Ils n'assument donc pas la responsabilité de la gestion générale de l'hôpital, alors qu'ils sont au cœur du processus de production. Ne devraient-ils pas être représentés ? Si oui, comment ?»* ; tel directeur répond : *« Représentés, ils le sont. Ils sont dans le directoire »*.

Sur le plan formel, le directoire n'est pourtant pas un organe de décision (cf. supra). Mais cette instance prépare la décision par une concertation qui présente toutes les caractéristiques d'une autorité. Un projet « passé en directoire » est ainsi considéré comme tout proche d'une phase de mise en œuvre. A tout le moins, les acteurs postulent que la concertation en directoire ne saurait être négligée. Le chef d'établissement qui s'aventurerait à prendre un tel risque affecterait gravement sa propre autorité.

Au surplus, le directoire compte en son sein le chef d'établissement, décideur de l'organisation. La « concertation » en directoire ne revêt donc pas le caractère d'une décision exécutoire sur le plan juridique, mais il s'agit d'une décision collective au sens de Philippe Urfalino[232]. Selon Urfalino, il n'existe que deux modes d'arrêt de la décision : le vote, et le consensus apparent[233]. Le directoire ne procède pas par vote, mais par recherche de consensus apparent.

Cette procédure de décision collective conjugue deux caractéristiques spécifiques : égalité de participation, et inégalité de contribution. L'égalité de participation consiste dans le fait que chacun des participants de l'assemblée possède un droit égal à participer aux débats, et à défendre ses arguments. Mais cette égalité est tempérée par l'inégalité de contribution. En effet, selon leur rang, leur expérience, et leurs talents, les orateurs voient leurs contributions reçues différemment. Ainsi, à qualité oratoire équivalente, l'orateur le plus expérimenté, titré, etc. verra sa contribution davantage prise en compte.

Selon Philippe Urfalino, le consensus apparent présente six caractéristiques, qui en font une règle de décision spécifique :
« – C'est une règle d'arrêt de la décision, au même titre que les procédures de vote;
– C'est la constatation collective d'un consensus apparent qui tient lieu de règle d'arrêt ;
– Elle ménage une impression de continuité entre processus et arrêt de la décision;
– Cette règle prévaut dans un contexte où, pour quelque raison, la recherche du consensus est indexée sur le souci de la qualité de la décision ;
– Le consensus apparent exige non pas l'unanimité mais, à côté de ceux qui approuvent, le consentement des réticents;
– La contribution des participants à la décision est marquée par le contraste entre un droit égal à la participation et une inégalité légitime des influences »[234].

Le consensus apparent marque l'arrêt de la décision. Il se distingue du vote à l'unanimité par deux éléments. D'une part, aucune manifestation d'approbation n'est requise de la part des acteurs, de façon individuelle. Les membres de l'instance peuvent demeurer silencieux. C'est l'absence d'opposition *exprimée* qui valide la décision. L'absence de vote formel ouvre le champ des attitudes possibles : neutralité, opposition non manifestée, vive opposition, refus passif, acquiescement,

---

[232] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.
[233] Urfalino (P.), http://www.dailymotion.com/video/xbwx0g_l-arret-des-decisions-collectives-p_news
[234] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.

absence de position claire qui laisse ouverte la possibilité de défendre l'une ou l'autre opinion par la suite, ou approbation plus ou moins vive (par un hochement de tête, une phrase d'appui à la proposition soumise, etc.).

La plupart du temps, quand une décision est prise sous le régime du consensus apparent, une petite minorité d'acteurs soutient la proposition de façon explicite. La plupart des personnes restent silencieuses ; ce silence est leur participation tacite à la prise de décision. Les postures adoptées par les acteurs peuvent, au surplus, évoluer en fonction des amendements apportés aux propositions successives présentées par le chef d'établissement, président de séance.

La décision est arrêtée après un processus dont on ne connait pas à l'avance le passage de la délibération à la phase de décision. Le déroulement est le suivant : le président de séance, responsable de la distribution de la parole, mène les débats. Il attend que le moment semble propice, une fois que la plupart des arguments importants semblent avoir été échangés et évalués ; puis, il formule une proposition. Si cette proposition ne rencontre aucune opposition, elle devient une décision. Si au moins une opposition est émise, la proposition est réputée rejetée. Il faut alors recommencer la phase de débat, puis de proposition.

Chacun des acteurs peut donc bloquer la décision : *« Lorsqu'une proposition est émise, elle est susceptible soit de valoir décision, si personne ne la conteste, soit de n'être que l'une des étapes de formation de la proposition finale, si elle est contestée. La phase finale du processus de décision n'est pas établie à l'avance. Le fait qu'une proposition soit la dernière et vaille décision n'est su que rétrospectivement, quand on a constaté l'absence d'opposition »*[235]. Le moment de la délibération et le moment de la décision ne sont donc distingués qu'*a posteriori*, au contraire de la technique du vote.

Il y a en effet continuité entre délibération et décision. Ainsi, les acteurs dominants (président et vice-président du directoire) sont contraints de rechercher, à défaut d'un accord général, une forme de « consensus apparent »[236] sur une proposition qui synthétise l'ensemble des contributions.

Ce type de processus de décision est associé à l'idée que la qualité de la décision dépend de la prise en compte des points de vue de tous les acteurs ; cela permettrait de procéder à une « mise en lumière » de la bonne décision, préexistante mais inaccessible à chacun des acteurs pris individuellement, comme le décrit Emmanuel Terray à propos de la palabre en Afrique : *« A tout problème correspond une solution juste et une seule ; l'objet de la discussion est alors de la trouver : non pas de l'inventer, mais de la découvrir. Les individus n'ont sur la réalité qu'un point de vue partiel : c'est donc la confrontation des opinions qui conduit progressivement au dévoilement de la vérité »*[237]. A l'image du processus de décision dans la palabre africaine, la recherche de consensus apparent à

[235] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.
[236] Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.
[237] Terray (E.), *Un anthropologue africaniste devant la cité grecque*, Opus. Rivista internazionale per la storia economica e sociale dell' antichità, VI-VIII, 1987-1989.

l'hôpital ménage les susceptibilités des acteurs et favorise l'obtention de décisions de bonne qualité.

En effet, ce type de processus de décision présente un avantage important en termes de qualité : l'absence de dénombrement des opinions fait disparaître le principe « un homme, une voix ». L'égalité des contributions au processus de vote n'a pas cours dans le cadre du consensus apparent. Les acteurs ne sont donc pas exclusivement incités à rassembler une majorité, ni à renoncer aux arguments qui leur paraissent justes pour favoriser la constitution de cette majorité. Ils sont plutôt incités à mettre en valeur la qualité de leurs arguments.

La position plus ou moins prestigieuse et respectée du locuteur qui présente l'argument, son expérience, sa maîtrise de l'art oratoire et des temps forts et faibles de la discussion, donnent une portée inégale aux contributions : *« Sauf quand la durée de la réunion est déterminée de manière exogène, ce qui est fréquent, [la durée accordée à un orateur] peut être estimée élastique et s'accroître quand les orateurs sont des hommes capables de retenir l'attention. Apparaît ici un autre critère de sélection des orateurs. Il peut arriver que les deux critères coïncident – un orateur clair et concis est capable de retenir l'attention – mais ils peuvent aussi ne pas coïncider parce qu'un « grand nom » est capable de retenir l'attention bien que ce soit un orateur sans relief »*[238]. Les média appliquent ces critères de la même façon : *« Ces critères sont en fait appliqués quand par exemple la B.B.C. organise la diffusion d'un débat : la renommée qui attire l'audience et la capacité de convaincre rapidement sont tous deux pris en compte »*[239]. L'idée maniée avec plus ou moins de talent devient aussi importante que la recherche d'alliés. La confrontation et l'articulation collective des arguments remplacent l'agrégation numérique des préférences qui prévaut dans le vote.

Or, à l'hôpital, les légitimités des acteurs, nous l'avons vu, procèdent de principes différents entre directeurs et médecins. La bonne articulation des arguments nécessite donc le maintien d'un équilibre entre des paroles dont le « poids » dans le débat est relativement difficile à mesurer par les acteurs eux-mêmes. Cela distingue le processus de décision en directoire des groupes qui pratiquent la décision par consensus apparent étudiés en sciences sociales et cités par Philippe Urfalino : experts de l'Autorité de Mise sur le Marché des médicaments[240], cour constitutionnelle italienne[241], pêcheurs suédois[242], assemblée de village au Soudan[243]. Le consensus apparent est en effet généralement un mode de décision utilisé dans des assemblées homogènes, où les acteurs connaissent bien la légitimité de chacun des participants. Dans le directoire de l'hôpital public, au contraire, la force des contributions est difficile à évaluer par les acteurs, car ils appartiennent à deux corps très différents.

Il en résulte une cristallisation plus progressive de la concertation que dans des assemblées plus homogènes. Issus de corps différents, directeurs et médecins amènent

---

[238] De Jouvenel (B.), Le problème du président de séance, Négociations, 2005/2, n°4.
[239] De Jouvenel (B.), *op. cit.*.
[240] Urfalino (P.), *La communauté des experts décideurs*, soumis à Annales HSS.
[241] Pasquino (P.), *Voter et délibérer*, Revue européenne des sciences sociales 2007/1 (XLV)
[242] Yngvesson, (B.), *Leadership and Consensus: Decision-Making in an Egalitarian Community , Ethnos*, n° 1-2, 1978.
[243] El-Hakim, Sherif, «The Structure and Dynamics of Consensus Decision-Making », Man, vol. XIII, 1978.

des arguments plus différents les uns des autres que ne le feraient des experts de formations identiques. Cela induit une force plus grande de la concertation. En effet, au directoire, ce ne sont pas des experts qui débattent techniquement, mais des « parties prenantes » non spécialistes qui cherchent à comprendre des manières de penser différentes des leurs. La discussion est donc d'essence plus politique que technique. Sa portée n'en est que plus grande.

2.2.3. Un consensus apparent qui contraint le directeur

La décision par consensus apparent est un processus séduisant en apparence pour qui mène des travaux sur la question de la décision. En effet, ce mode de décision permet de prendre en compte les contributions de toutes les parties prenantes. Le consensus apparent est la modalité de décision qui valorise le plus la qualité des idées et arguments échangés. Ce mode de décision collective évite le caractère brutal des processus de décision qui utilisent l'une ou l'autre forme du vote. L'absence de dénombrement des opinions réduit par ailleurs la tentation d'alliances à court terme permettant d'emporter la décision.

En outre, le consensus apparent présente l'avantage de ne pas fixer à l'avance le moment où la décision sera prise, contrairement au vote. Le vote oblige à définir une procédure de comptage qui inclut la fixation d'une plage de temps dédiée aux opérations de votation. *A contrario,* le consensus apparent laisse le moment de la décision indéterminé. Ou, pour le dire autrement, les parties prenantes du consensus apparent ne prennent conscience qu'elles ont décidé qu'après l'avoir fait.

Le passage entre la délibération et l'arrêt de la décision est insensible. Et il est constaté par les acteurs *a posteriori*. Chacun des acteurs demeure donc impliqué jusqu'à la fin du processus, car nul n'en connaît le terme.

En effet, tous les acteurs sont susceptibles de refuser la prise de décision collective, individuellement, en marquant leur désaccord avec la proposition du président de séance (le chef d'établissement dans le cas du directoire). Chaque membre de l'assemblée détient ainsi une sorte de droit de veto informel, modulé par le caractère plus ou moins éminent de sa position personnelle.

En revanche, aucun des protagonistes n'est actif dans la prise de décision. La décision n'est pas prise par une action déterminée, mais bien au contraire par l'absence d'action. Les acteurs constatent après coup que la décision a été prise, car aucun membre de l'assemblée n'a manifesté d'opposition notable à la proposition formulée par le président de séance.

Sans connaître les réactions des autres membres de l'assemblée, les acteurs examinent en leur for intérieur l'opportunité d'utiliser leur droit de veto. Ils pèsent le rapport bénéfice/risque d'une manifestation négative. S'ils jugent qu'il est plus

avantageux de ne pas s'opposer à la proposition du président de séance, ils choisissent de ne pas réagir. Ils prennent donc le risque de voir la décision validée par absence d'opposition exprimée de la part des autres membres, quand bien même ils seraient réticents.

La décision est donc imposée aux acteurs les uns par les autres, dans l'absence de manifestation d'opposition. Sans être certains d'être en train de décider, les membres de l'assemblée prennent une décision qui les engage, car ils ne l'ont pas contestée.

Cela rend la décision en question particulièrement légitime, pour deux raisons. D'une part, chaque acteur a consenti (sans savoir si ce consentement aurait des conséquences ou pas) à la décision, à défaut de la prendre. Et d'autre part, la décision n'est pas « prise » au sens où les acteurs ont voulu la prendre explicitement. La décision ne procède d'aucune volonté, mais apparaît aux acteurs et s'impose à eux. La décision n'est donc pas perçue comme contingente, mais plutôt comme l'aboutissement cohérent, voire inévitable, d'un processus. Le consensus apparent présente ainsi l'avantage d'une forte légitimité.

Mais le consensus apparent présente en revanche l'inconvénient majeur propre aux processus de décision collective : la décision devient parfois impossible. Les préférences collectives des agents présentent en effet souvent un caractère intransitif. Cela peut bloquer le processus de décision. Les acteurs peuvent défendre des positions qui, agrégées collectivement, empêchent la prise de décision. Car les options possibles d'une décision collective peuvent être choisies de façon incohérente. Par exemple, pour trois options A, B, et C, un groupe peut préférer majoritairement A à B, B à C, et C à A. L'agrégation collective des préférences peut ne pas permettre la prise de décision. La décision collective a donc un caractère potentiellement intransitif, phénomène connu sous le nom de « paradoxe de Condorcet »[244]. Pour Condorcet, il n'existe pas de fonction de choix social indiscutable, permettant d'agréger les préférences individuelles en préférences collectives. Il n'existe pas de système simple assurant la cohérence des décisions collectives. Cela a été confirmé par le théorème d'impossibilité d'Arrow[245].

Il existe donc un risque de blocage du processus de décision collective. Cette hypothèse peut sembler inopérante à l'hôpital public. En effet, le directoire ne décide pas au sens juridique du terme. Cette instance est seulement concertée. En droit, le directeur décide après cette concertation du directoire ; il prend formellement la décision.

Mais le processus de décision est organisé de façon à ce que le directeur ne puisse négliger la concertation opérée en directoire. En effet, le chef d'établissement préside le directoire. Il lui est donc très difficile de prendre des décisions contraires à l'avis de cette instance, chargée de le conseiller. Sauf à reconnaître qu'il ne maîtrise pas les débats d'une instance dont il est pourtant le président. Une telle

[244] Condorcet (N.), *Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions rendues à la pluralité des voix*, De l'imprimerie royale, 1785.
[245] Arrow (K. J.), *Social choice and individual values*, Yale University Press, 2nd edition, 1970.

attitude serait bien sûr dangereuse pour le directeur, notamment en raison de l'appréciation défavorable que ce cas de figure induit de la part des tutelles.

La concertation en directoire est la phase la plus importante du dialogue entre directeurs et médecins. Il s'agit en effet de la phase du dialogue qui précède le plus immédiatement la prise de décision. Cette concertation peut être considérée comme une recherche de consensus apparent. La spécificité du dialogue à l'hôpital est que la décision qui procède de la consultation en directoire n'est pas une décision au sens juridique. Elle n'engage pas les acteurs qui la prennent, dans la mesure où la concertation en directoire ne saurait faire grief, au contraire des décisions du directeur.

On peut déduire de ce qui précède que le processus de décision à l'hôpital est une construction particulièrement originale. En effet, ce processus permet de concilier deux éléments a priori antagonistes. Il s'agit d'une part de la qualité de la décision, qui tend à être meilleure dans la cadre du dialogue ; et d'autre part de l'effectivité de la prise de décision, qui tend à être assurée quand elle dépend d'un seul individu.

La conciliation de ces deux éléments est favorisée à l'hôpital par un processus de décision qui dissocie la motivation de la décision de la décision elle-même. Le lien entre la motivation et la décision est même rompu dans la mesure où les acteurs en charge des deux éléments sont différents.

On peut expliciter ce point en faisant une comparaison avec la décision judiciaire. Dans le champ judiciaire, la motivation de la décision et la décision sont arrêtées par les mêmes acteurs, et publiées dans le même document. *A contrario*, à l'hôpital, les membres du directoire débattent et arrêtent une concertation qui définit les caractéristiques de la décision qui leur paraît devoir être prise.

Mais la décision n'est pas prise lors de cette concertation. Certains chefs d'établissement rappellent d'ailleurs avec vigueur que *« le directoire ne décide pas »*, et qu'en conséquence, la décision intervient plus tard. La décision ne procède donc pas directement de la concertation en directoire. Elle peut même – rarement – contredire les débats tenus en directoire.

L'hôpital public est donc un lieu où la motivation des décisions peut être contredite par la décision elle-même. Mais la décision judiciaire a pour fondement la recherche de la vérité, ce qui induit une cohérence absolue entre la décision et sa motivation. La décision hospitalière a un objectif différent : elle doit concilier le souhaitable de la bonne gestion et le possible enserré dans le droit de veto informel accordé aux acteurs membres de la coalition des dominants.

C'est pourquoi l'architecture du processus de décision à l'hôpital est une construction paradoxale, qui organise la contrainte des directeurs par les médecins et réciproquement, en se gardant de séparer les prérogatives des uns et des autres de façon trop stricte. Ainsi, le chef d'établissement est le responsable des décisions, mais le pouvoir de décision est réparti de façon beaucoup plus large entre directeurs et médecins dans un système fondamentalement polyarchique.

Conclusion de la première partie

Le dialogue entre directeurs et médecins est une nécessité pour que le processus de décision se déroule de façon efficace à l'hôpital. En effet, l'élaboration d'une décision tenant compte des contributions argumentatives de chacun des acteurs rend indispensable leur implication dans l'échange organisé, au sein des instances et de façon informelle. Mais le dialogue n'est pas une garantie que la décision procédant de la phase de préparation sera efficace. A savoir, que la décision prise par le chef d'établissement sera à la fois conforme à l'intérêt général, et aux principaux enjeux de santé publique.

Ainsi, la qualité de la décision nécessite une implication des acteurs aussi élevée que possible. C'est une différence considérable avec d'autres types de processus de décision. Par exemple, dans le cas du vote, le bulletin des acteurs hésitants, ou peu concernés, a autant de valeur que celui des acteurs qui ont défendu l'une ou l'autre décision avec vigueur. Le processus de décision à l'hôpital est donc très spécifique car il sollicite l'investissement des acteurs de façon plus aigue que d'autres modes de décision.

Cette implication induit une dimension majeure dans la relation entre directeur et médecin ; il s'agit de la dimension de pouvoir. En effet, le dialogue est une relation qui favorise le consensus, les transactions, les concessions réciproques. Mais le dialogue favorise aussi dans une certaine mesure l'entre soi, la restriction des débats aux questions perçues comme prioritaires pour l'organisation, la focalisation sur les enjeux internes.

C'est pourquoi le processus de décision est plus efficace si la relation entre directeurs et médecins inclut une dimension de pouvoir. La nature de relation de pouvoir induit en effet une tension sur les orientations stratégiques de l'hôpital, bénéfique pour la qualité du processus de décision. Car la modalité principale d'expression d'un rapport de forces entre directeurs et médecins est constituée par le recours à des tiers.

Le recours à des tiers pour faire valoir son propre point de vue est une arme fréquemment utilisée par les directeurs comme par les médecins. Pour contraindre les autres acteurs, les médecins recourent (ou le plus souvent menacent de recourir) à l'inclusion dans l'interaction d'acteurs extérieurs susceptibles de soutenir leur point de vue ; les positions des médecins présentées comme conformes à l'intérêt immédiat du patient sont potentiellement partagées les acteurs suivants, extérieurs à l'hôpital : élus locaux, presse locale, associations de patients, population desservie par l'établissement.

De même, les directeurs arguent souvent de la pression exercée par des acteurs extérieurs pour faire valoir que leur propre point de vue doit prévaloir. L'ARS, le cabinet ou l'administration centrale du ministère de la santé, les autorités de certification des comptes et de certification qualité prennent des positions sur lesquelles les directeurs appuient leur argumentation. Leurs positions sont ainsi présentées comme conformes à l'intérêt général et aux enjeux de santé publique.

L'inclusion, ou la menace d'inclure d'autres acteurs de façon plus ou moins forte dans le processus de décision crée de fait une tension dans la relation entre directeurs et médecins. Or, des effets délétères peuvent survenir, si la menace d'inclusion des tiers dans le processus de décision est mise à exécution. Mais si cette inclusion des tiers reste une potentialité, maniée avec habileté par les acteurs, elle constitue un aiguillon favorable à une décision de qualité.

En effet, les arguments qui peuvent recueillir l'adhésion des tiers sont ceux qui soulignent les imperfections de l'organisation. Même si les positions corporatistes des acteurs peuvent être présentées comme des positions soucieuses de l'intérêt général, il demeure que le soutien des tiers est obtenu par des arguments légitimes au plan du bon fonctionnement de l'organisation. Des arguments purement corporatistes ne peuvent durablement recueillir l'adhésion des tiers.

Ainsi, pour obtenir le précieux soutien d'acteurs externes à l'hôpital, directeurs comme médecins retiennent dans leur argumentation les éléments dont ils pensent qu'ils obtiendront leur approbation. La relation de pouvoir entre directeurs et médecins favorise de ce fait la supervision indirecte (souvent potentielle) des processus existants ou programmés dans l'organisation par une multiplicité d'acteurs. Et cela contribue à la prise de décisions de qualité au sein de l'hôpital public. A cet égard, la « nouvelle gouvernance » constitue très certainement un facteur favorable. Elle renforce l'ouverture de l'hôpital à l'égard de son environnement, et donc les processus de supervision réelle ou potentielle. Cela est susceptible de permettre une meilleure gestion du « slack organisationnel »[246], compris comme *« l'état d'équilibre entre des ressources tenues par une organisation et la demande totale de ces ressources par des entités internes et externes »*[247].

La bonne gestion des ressources, résultante de la qualité du processus de décision à l'hôpital, bénéficie donc d'une relation constructive entre directeurs et médecins ; cette relation, nourrie d'un dialogue constant, comprend aussi une dimension de pouvoir. L'étude des déterminants d'une relation de pouvoir équilibrée et acceptée comme telle par les acteurs permet de définir les propositions qui permettront d'améliorer cette relation à l'avenir.

[246] Cyert (R.), March, (J.), *A behavioral theory of firm*, New York, Prentice-Hall, 1963.
[247] Dang Dinh (T.), *Intégration de la dimension du slack organisationnel dans la réflexion stratégique*, mémoire de DEA en sciences de gestion, 2004.

2ème Partie. Une relation de pouvoir pour prendre la décision

« Bien des pouvoirs formels et informels soutenus par de grands efforts n'ont abouti à rien par manque d'à-propos politique. Les dirigeants, en profitant de ceux sur lesquels ils jouissent d'un pouvoir formel, ont souvent provoqué leur résistance, voire leur révolte (…). Le savoir-faire politique implique l'aptitude à utiliser les supports du pouvoir jusqu'au bout – à convaincre ceux auxquels on a accès, à faire usage de ses ressources, de ses moyens d'information, à utiliser son savoir-faire technique à fond dans les négociations, à exercer le pouvoir formel tout en sachant appréhender les sentiments d'autrui, savoir où concentrer son énergie, se rendre compte de ce qui est possible, organiser les alliances nécessaires »[248].

« Sans notre accord, les directeurs restent des eunuques au sérail »[249].

A l'hôpital public, la relation entre directeurs et médecins se manifeste par un dialogue permanent. Mais c'est aussi une relation de pouvoir. Le pouvoir de décider, d'orienter l'établissement, est l'enjeu déterminant. Et si la plupart des organisations sont polyarchiques, comme le soutient un répondant de l'enquête, il demeure que la répartition du pouvoir à l'hôpital est une question particulièrement difficile à résoudre. Au point que des directeurs généraux eux-mêmes reprennent volontiers à leur compte une interrogation telle que : « Qui décide à l'hôpital ? »[250].

Si cette question est posée par les chefs d'établissements, ce n'est pas une marque de faiblesse de leur part. Les directeurs posent la question pour mieux donner à voir que leur position est la seule qui revêt les caractéristiques du décideur. Homme d'influence, le président de CME s'affaiblit et se place même hors-jeu s'il cherche à être décideur. On pourra toujours rappeler au président de CME qu'il n'a pas de prérogatives de décision, ou si peu, et surtout qu'il n'est pas comptable des décisions prises à l'hôpital, tout au moins au plan juridique.

---

[248] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.
[249] Un président de CME, cité dans Granger (B.), Pierru (F.), *L'hôpital en sursis – Idées reçues sur le système hospitalier*, Editions Le Cavalier Bleu, 2012.
[250] Segade (J.-P.), *Qui décide à l'hôpital ?*, Gestions hospitalières n° 455, avril 2006. Directeur d'hôpital, Jean-Paul Segade a dirigé plusieurs établissements, dont des centres hospitaliers universitaires.

Face à l'impossibilité pour le médecin d'être décideur, le directeur représente un pouvoir de décision. Un pouvoir de décision certes plus faible que les responsables d'autres organisations, mais un pouvoir de décision tout de même.

Doté d'une position sociale enviable, bien rémunéré et respecté pour sa fonction valorisée, le médecin, élu président de CME, est empêché par ses atouts mêmes. Tel un ecclésiastique, il est auréolé d'un pouvoir magico-religieux qui ne perdure que s'il ne s'en sert pas. Paré des vertus de la médecine, il défend des principes estimables, mais ô combien peu aisés à traduire dans l'aride gestion d'un hôpital sous tension au plan financier. Condamné à choisir entre la pétition de principe et le ralliement embarrassé à la logique gestionnaire du directeur, le président de CME est dans une position impossible.

A contrario, le directeur est un personnage peu visible, mal connu et souvent peu identifié socialement. Chargé de mettre en œuvre une politique presque toujours impopulaire, il est paradoxalement dans une position stratégiquement plus favorable. Qu'il assume franchement ses décisions les plus impopulaires et il paraît décomplexé, fier de son approche responsable. Qu'il se revendique des valeurs du service public pour expliquer les choix qu'il défend, et il prend ses adversaires à revers.

Comme chacun sait qu'il est chargé de décisions généralement déplaisantes, il ne peut décevoir, seulement surprendre. Cette position de « gestionnaire de terrain », en prise avec une réalité difficile, est en fait une de ses grandes forces. Contraint d'affronter la brutale cruauté des chiffres sans remettre à plus tard les arbitrages les plus douloureux, le directeur met parfois un peu de vin dans son eau au fil de ses décisions. Il ne peut donc que surprendre agréablement.

Le président de CME, s'il influe naturellement chaque décision, est au contraire obligé de mettre chaque jour de l'eau dans son vin. Il ne peut que décevoir. Autorité élue par ses pairs, il est dévoré progressivement par les contraintes de la gestion, comme tout élu. Autorité nommée pour mettre en œuvre des choix difficiles, le directeur n'a pas à complaire, et n'a rien à promettre, ni donc à tenir. Il pourra ainsi se révéler plus mobile face aux circonstances, et préserver son imprévisibilité.

C'est ainsi que le directeur conserve, s'il en use avec talent et une relative modération, le pouvoir de décider. Son pouvoir de décision reste cependant un pouvoir faible, concurrencé, et fragile.

C'est un pouvoir faible car il ne s'appuie que sur l'un des atouts traditionnels des décideurs, quoi qu'il s'agisse du plus important : le verbe. Comme nous le verrons, le directeur assoit son autorité sur sa maîtrise du langage légitime, langage de l'autorité qui l'a nommé et crédibilisé, le langage de l'Etat. Souvent orfèvre dans le maniement de la langue et la gestion des nuances les plus ténues, le directeur doit montrer chaque jour qu'il est en mesure de représenter une autorité quasi performative. Son aptitude à nommer la situation de l'hôpital et à l'inscrire dans un récit qui lui confère une faculté d'orientation est à cet égard essentielle. Mais l'attention exacerbée accordée par les chefs d'établissement au verbe révèle d'autres

faiblesses : ils ne peuvent s'appuyer sur leurs titres scolaires ou leur statut social pour conforter leur autorité : les uns comme l'autre sont inférieurs à ceux des médecins. La parole demeure donc leur atout essentiel.

Le directeur doit aussi exceller en permanence dans cet art, car il exerce un pouvoir concurrencé. A l'image d'autres responsables, mais sans doute dans une mesure supérieure, les chefs d'établissement doivent en effet composer avec le pouvoir d'acteurs concurrents. La dévolution du pouvoir au plan juridique épousant moins qu'ailleurs la réalité des rapports de force, les acteurs sont en effet incités à mettre en œuvre des stratégies qui tirent profit de l'incertitude. Car à l'hôpital plus qu'ailleurs, comme le dit Claude Lefort, « le pouvoir est un lieu vide ». Le pouvoir juridique du directeur excède plus qu'ailleurs les prérogatives que son environnement peut tolérer. Les médecins sont ainsi souvent tentés de tester le directeur : est-il un fin politique ? S'il ne l'était pas, que lui resterait-il pour tenir tête à des notables respectés, souvent mieux rémunérés que lui, et auréolés du prestige de ceux qui soignent la souffrance des autres ? Le directeur ne peut concurrencer la légitimité scientifique et symbolique des médecins. Il doit donc prouver qu'il est un politique hors normes, particulièrement habile.

Ce pouvoir conquis chaque jour de haute lutte est aussi un pouvoir fragile. Le pouvoir marque la capacité de faire agir autrui comme on le souhaite. Mais la liberté de ton et d'action dont jouissent les médecins dans le cadre du dialogue à l'hôpital contraint le directeur. Obligé de composer sans cesse, le directeur ne peut se permettre les excès de langage et les positions tranchées dont ne se privent pas toujours les médecins. Représentant nommé par l'Etat, le directeur doit manier ses armes avec d'infinies précautions pour maintenir sa crédibilité, au contraire des médecins. Tel un gentleman trop bien éduqué dans un bar des faubourgs, le directeur s'interdit les actions les plus directes, celles qui lui seraient pourtant les plus utiles dans le contexte souvent brutal de la gestion hospitalière.

Les autres acteurs utilisent quant à eux tour à tour la diplomatie et la brutalité, en essayant de les associer dans les proportions à la fois les plus acceptables par l'environnement et les plus efficaces. Car si, pour reprendre le mot de Clausewitz, « la guerre est la continuation de la politique par d'autres moyens », il demeure que le conflit ouvert représente un danger pour la crédibilité des médecins, et plus encore pour celle des directeurs. Donner l'impression de se situer ouvertement dans une relation de pouvoir est donc dangereux. Mais la relation de pouvoir ne doit jamais être oubliée, ni même négligée.

Or, cette relation de pouvoir entre directeurs et médecins est d'autant plus investie que son issue paraît fréquemment incertaine. L'observation des rapports de force changeants et instables à l'hôpital produit de fait un vif contraste avec le droit positif. Ainsi, au plan juridique, la décision relève du chef d'établissement, qui en assume la responsabilité. Mais la faculté de décider n'appartient pas en propre au directeur, il n'en dispose pas comme il le souhaite en toute circonstance. Le chef d'établissement ne peut mettre en œuvre la prérogative juridique de décider que dans la mesure où les autres acteurs de la « coalition des dominants » y consentent. A défaut de respecter cette règle non écrite, le directeur pourrait voir sa décision mise

en échec, refusée par le corps médical. Il pourrait se voir réduit à « l'eunuque » moqué par un président de CME.

Un refus de ses décisions par le corps médical, et notamment la CME, est un danger majeur pour le chef d'établissement. Cette situation se concrétise si la décision est aventurée, c'est-à-dire si la signature du directeur est risquée dans un contexte par trop défavorable.

Or, la négation d'une autorité politique instituée induit une crise d'ampleur et immédiate. Cette négation signe l'inaptitude de ladite autorité à faire valoir ses prérogatives. La grève des mineurs de 1963 est à cet égard un bon exemple : *« Les agents et ouvriers des entreprises nationales (…) multipliaient les « grèves tournantes », les « arrêts surprises ». Le nouveau gouvernement tâtonnait tant et si mal que le pays se trouvait à moitié paralysé lorsque les syndicats de mineurs lancèrent leur mot d'ordre (…). On croyait matériellement impossible que la guerre durât plus d'une semaine (…). Le général de Gaulle – suffisamment frappé par le risque de blocage de l'Etat pour avoir transporté son campement à Colombey – signa un décret de réquisition longuement pesé avec le Premier ministre (…). Lettre morte ! La grève persista. Le nouveau Premier ministre avait laissé de Gaulle se mettre dans le cas que sa signature soit négligée, l'autorité de l'Etat comptée pour rien (…) »*[251]. Le refus public de l'autorité légitime décrédibilise immédiatement celle-ci. La retraite est alors la seule option : *« Pour aboutir à la normalisation sociale, le gouvernement avait dû consentir à la plupart des augmentations qu'il proclamait impossibles un mois plus tôt. Il avait renoncé à tous les préalables sur lesquels il se montrait si exigeant. Il n'osait plus parler du superbe décret de réquisition, qu'on annula en cachette »*[252].

Et de même qu'un gouvernement peu inspiré ne peut s'imposer aux mineurs, un chef d'établissement ne peut décider contre les médecins dans les domaines qui les concernent au premier chef. Sa capacité de décision est fortement dépendante de sa faculté de faire consentir les praticiens. Si leur rôle ne les prédispose pas à arrêter les options stratégiques d'un hôpital (ils n'en conçoivent d'ailleurs aucune frustration, pour une grande majorité d'entre eux), les médecins peuvent donc consentir aux options du directeur, ou refuser de le faire.

Cette faculté de consentir constitue de fait un pouvoir d'empêcher. La faculté d'empêcher des médecins se fonde sur leur engagement à long terme dans l'établissement. Comme ils aiment à le rappeler, les médecins font souvent carrière au sein d'un même établissement, au contraire des directeurs (cf. infra). Les praticiens sont donc les futurs acteurs de l'hôpital tel qu'il sera structuré par le chef d'établissement. A ce titre, ils ont une très forte légitimité à exprimer une vision de long terme. Or, cette la position qui consiste à se présenter comme concerné par l'avenir à long terme de l'établissement est évidemment favorable à qui la détient. Quelle meilleure définition de l'intérêt général qu'une préoccupation constante de l'avenir ?

---

[251] Rouanet (P). *Pompidou*, Grasset, Paris, 1969.
[252] *op. cit.*

Et les décisions structurantes ont bien sûr des effets de long terme sur l'organisation médicale, voire sur l'avenir de l'hôpital. C'est ainsi le cas par exemple des déménagements de services en vue de regrouper les disciplines selon des logiques différentes de celles qui prévalaient auparavant. Mais si les médecins sont réputés être concernés au premier chef par la réussite à long terme de ce type d'opérations, ils sont aussi les acteurs les plus susceptibles de voir leur neutralité mise en doute.

En effet, plus que tout autre acteur, le médecin impliqué dans la « gouvernance » a potentiellement des conflits d'intérêt : généralement chef de service, voire chef de pôle, son exercice professionnel peut être directement affecté par les décisions qui sont prises. Ainsi d'un chirurgien dans un débat sur l'organisation mutualisée des blocs opératoires, mais aussi sur bien d'autres domaines moins directement associés à sa discipline : regroupement des stérilisations, horaires d'embauche des brancardiers (qui amènent les patients au bloc opératoire), programme d'achat d'équipements biomédicaux, réduction du nombre de lits de l'établissement, mise en place d'un pôle de santé public-privé, etc.

Le médecin est donc inévitablement, dans une certaine mesure, juge et partie. Car, comme souvent indiqué par les directeurs répondants, les médecins gardent un lien indéfectible avec leur discipline médicale. Et la bonne foi des acteurs peut toujours être mise en cause : les réorganisations hospitalières sont des questions si complexes que de multiples justifications techniques de circonstance peuvent être mises en avant pour soutenir des choix en réalité très « politiques ». Ainsi, les mêmes déménagements de services peuvent être appréhendés avec des considérations très disparates :

- *« Ce projet permettra de regrouper l'ensemble des services de cancérologie de l'établissement dans les locaux X »* (le « patron » qui s'opposait au regroupement va partir à la retraite, il n'a plus l'oreille du directoire).
- *« Ce projet rapproche les équipes de biologie médicale du Pr Y. de la Faculté de médecine, ce qui favorisera leur travail de recherche déjà très performant »* (le chef de service Y voulait absolument quitter son site d'implantation, qu'il estime menacé de fermeture et donc peu attractif à terme).
- *« Avec des unités de 30 lits, le retour sur investissement est assuré dans ces locaux neufs, contrairement au projet de restructuration du service du Dr Z qui limiterait la taille des unités à 22 lits »* (Le Dr Z menace de quitter l'établissement si on lui impose l'option moins coûteuse de locaux rénovés plutôt que de construire un bâtiment neuf).

Les motivations des décisions avancées par les médecins sont donc par construction toujours suspectes, car lesdites décisions concernent leur outil de travail, et leur réussite professionnelle.

En outre, les décisions prises constituent des modifications de l'état existant. La décision à l'hôpital ne constitue jamais un geste totalement libre, destiné à obtenir des résultats idéaux. La configuration de départ (sites, activités, services, personnel

médical) ne peut être complètement bouleversée, sauf à très long terme. Et le chef d'établissement ne sera en général plus en poste à cette échéance.

Contrairement à une entreprise industrielle qui peut parfois changer d'activité, définir ses propres buts, et en conséquence renouveler très en profondeur son organisation, l'hôpital reste soumis aux contraintes des organisations publiques. Ses missions sont définies par les textes, ses orientations stratégiques encadrées par les tutelles nationales et régionales[253]. En outre, le patrimoine bâti, les équipements biomédicaux et le personnel médical et non-médical constituent des données structurantes, qui ne peuvent être modifiées brutalement. A tout le moins, les changements majeurs, source possible de déséquilibres, nécessitent la certitude d'un progrès considérable permettant de compenser les inconvénients générés par ailleurs.

En effet, les changements de l'organisation des services, s'ils sont souvent utiles pour adapter les prises en charge (création de filières cohérentes de prise en charge, « parcours du patient » évitant les ruptures de prise en charge), remettent en cause des équilibres. Un hôpital peut ainsi envisager de regrouper des services par appareil, par pathologie, par disciplines ou sous-disciplines (chirurgicales, médicales, biologiques) ; mais des regroupements selon des critères très divers s'observent en pratique dans les hôpitaux. Et la notion de pouvoir est souvent centrale pour qui cherche la raison de ces regroupements : elle s'observe notamment dans les découpages apparemment peu logiques de pôles, souvent expliqués par des inimitiés ou des relations de concurrence entre chefs de service.

Or, si cette situation est fréquente, elle manifeste aussi en creux que le pouvoir des médecins ne réussit pas toujours à réaliser son objet : un découpage incohérent montre qu'aucun « patron » n'a su fédérer sa discipline. Et *a contrario*, un chef de service vraiment influent obtiendra un découpage organisationnel réellement cohérent, et qui lui sera favorable. Si des nations qui ont échoué à se constituer en Etat (Ecosse, Catalogne, etc.) montrent que cet échec n'entraîne pas de renoncement à exercer une influence au plan international, la réussite dans le même exercice de nombreux autres Etats-nations de taille modeste (Norvège, Autriche) est inaperçue et semble naturelle.

Le pouvoir médical, s'il est considérable, ne doit donc pas être surestimé. Les médecins ne pilotent pas l'organisation de l'hôpital, même s'ils ont une influence indéniable.

Le directeur a donc besoin de soutiens médicaux, ou à tout le moins de consentements à sa politique, pour que celle-ci devienne effective. Les autres acteurs doivent en effet estimer qu'il est en mesure d'exercer la prérogative de décider.

Et pour décider, pour écarter des options et en retenir d'autres, le directeur doit être vu comme enclin à choisir des options légitimes. Son environnement lui concède

[253] L'hôpital connaît cependant dans le temps long des changements importants au plan des modes de prise en charge. Ainsi, les établissements publics de santé s'adaptent au vieillissement des patients, et à la chronicisation des pathologies ; ils réduisent l'activité d'hospitalisation complète pour développer l'offre ambulatoire.

une faculté de décider souverainement dans la mesure où il donne une quasi-garantie qu'il n'en usera pas de façon inappropriée.

Pour pouvoir décider effectivement, le directeur doit concilier deux contraires. Il doit à la fois préserver l'incertitude caractéristique des positions de pouvoir, et donner à penser qu'il ne s'écartera pas des options jugées légitimes. Ou à tout le moins, qu'il ne s'écartera pas de façon excessive des options jugées légitimes. Le directeur doit donc à la fois protéger sa marge de manœuvre, et laisser penser qu'il n'en fera pas un usage totalement imprévisible.

Le directeur est donc une figure politiquement ambigüe : nul ne sait ce qu'il décidera le moment venu, ni quand il jugera que ledit moment de décider est venu. Et sans altérer cette impression d'incertitude qu'il doit produire, le chef d'établissement doit rassurer les autres acteurs : on doit croire qu'il respectera les résultats du dialogue de gestion, qu'il ne trahira pas le travail de concertation mené avec les autres acteurs de l'hôpital.

Dans ce contexte, quelle est la marge d'autonomie du directeur ? Dans quelle mesure est-il contraint par les avis et concertations, les dossiers préparés au plan technique et longuement discutés ? La marge de manœuvre du directeur dépend bien sûr de différents facteurs : qualités intrinsèques (cf. infra), éléments de contexte (histoire et santé financière de l'établissement, mode de management du directeur précédent, influence des tutelles, etc.).

Pour autant, la marge de manœuvre du directeur n'est pas égale dans le temps. Contraint de ménager les acteurs puissants que sont les médecins, le chef d'établissement doit manœuvrer plus en douceur et en nuance que ses équivalents exerçant dans d'autres organisations. Par rapport à d'autres managers, le directeur tend donc toujours à privilégier l'impression qu'il respecte le dialogue de gestion plutôt que l'impression d'incertitude sur sa future décision. Le premier élément est plus déterminant pour sa position que le second. Le chef d'établissement ne peut ainsi donner l'image d'un décideur solitaire, qui fait peu de cas des avis exprimés au sein de son organisation.

L'hôpital diffère ici des entreprises privées. Le management des entreprises privées valorise la figure du manager empreint d'autorité, notamment dans l'industrie. A différentes époques, les exemples de Henry Ford, Steve Jobs, ou Christian Streiff[254] illustrent la figure du PDG capable de décider contre les avis de leur entourage. Si les travaux menés par Crozier ou Mintzberg par exemple montrent que les entreprises privées sont polyarchiques et ne laissent pas une marge de manœuvre considérable à leurs dirigeants, l'attitude mise en avant par ces managers est néanmoins significative. *A contrario,* les directeurs d'hôpital rencontrés lors de l'enquête de terrain rejettent en grande majorité le terme de « patron » pour les qualifier, ou le reçoivent avec de fortes nuances. Ils font preuve d'une grande prudence pour qualifier leur rôle. Leur aura de décideur en est inévitablement affectée.

[254] Significativement, l'ancien PDG de PSA est l'auteur d'un roman intitulé *Kriegspiel*, éditions La Nuée Bleue, 2000.

Dans ce cadre, l'impression d'incertitude, facteur essentiel de légitimité, tend à être produite par les circonstances plus que par le directeur lui-même. La prise de poste du directeur et ses premiers mois d'exercice sont une période où la méconnaissance de sa personnalité et de son mode de management par les autres acteurs jouent en faveur du directeur. Tant qu'on ne le connait pas très bien, le directeur est par construction imprévisible. Mais cette imprévisibilité ne lui est pas reprochée ; il n'en est pas responsable, même s'il en fait son profit. Le caractère imprévisible du directeur procède en effet d'un facteur qu'il ne maîtrise pas : il est un homme neuf aux yeux des autres acteurs.

Le chef d'établissement n'a donc pas à produire par lui-même l'impression d'incertitude utile à qui exerce une position de pouvoir. Les circonstances lui viennent en aide. Il est imprévisible sans avoir à se rendre imprévisible.

A contrario, plus le temps passe, plus le directeur est bien connu des autres acteurs. Son mode de raisonnement, ses habitudes, son style, ses inclinations, son management recèlent de moins en moins de secrets pour son environnement. Pour préserver l'impression que ses décisions sont imprévisibles, le chef d'établissement doit alors abandonner occasionnellement les prudences et nuances qui font les bons politiques. Il doit s'astreindre à surprendre, au risque de dérouter, voire de heurter. Il met à mal l'impression que chacune de ses actions procède d'une cohérence globale longuement réfléchie, impression toujours fragile dans le domaine du management.

Mais c'est inévitable : à mesure que la durée de son exercice dans l'établissement augmente, le chef d'établissement perd l'avantage que lui donnait la nouveauté. Lors de ses débuts, chaque nouvelle décision du directeur dessine les contours d'un projet connu de lui seul dans les détails. Le chef d'établissement se découvre progressivement, donnant à voir peu à peu sa vision, qu'il se garde en général de détailler au-delà de grands principes. Cet avantage est progressivement perdu avec le temps qui passe. De mieux en mieux connu, le temps et les décisions passant, le directeur est de plus en plus à découvert face aux autres acteurs[255]. Ses orientations ne suscitent plus d'interprétations inquiètes, empreintes d'interrogations. Sa façon de procéder, de raisonner est désormais connue. Son entourage en tient compte dans la présentation d'une question, d'un problème. Les autres acteurs lui présentent ainsi les éléments susceptibles de le faire réagir d'une manière spécifique : ils le « prémédiquent »[256].

La vision du directeur étant désormais connue, chacune des ses décisions est évaluée à la mesure de celle-ci. Cohérent avec lui-même, le directeur est prévisible, ce qui réduit sa *« zone d'incertitude »*, comme le dit un directeur lors de l'enquête. En outre, le directeur qui est cohérent avec lui-même n'est souvent pas assez

[255] Les décisions passées dessinent une politique dont il peut difficilement s'écarter, sauf à donner l'impression de se renier ; il réduit de lui-même sa marge de manœuvre par ses décisions successives.
[256] La prémédication est un synonyme de pré anesthésie. Elle est destinée à apaiser l'angoisse psychique et la douleur physique éventuelle, ainsi qu'à inhiber les réflexes.

respectueux du dialogue de gestion. A l'inverse, s'il est trop respectueux de ce dialogue et de ses conclusions, il ne tient pas le cap qu'il a lui-même fixé.

Ainsi, le temps joue contre le directeur. C'est notamment pour cela qu'il est sans doute préférable pour la majorité des chefs d'établissement d'être relativement « nomades ».

En effet, au cours du processus de décision, les acteurs utilisent les informations dont ils disposent sur le chef d'établissement pour influer sur sa décision. Bien sûr, cette influence dépend de leur position dans l'organisation. Le président de CME par exemple possède un quasi droit de veto. Si ce droit de veto n'est défini dans aucun texte, braver l'opinion contraire du président de CME est pour le chef d'établissement un exercice périlleux.

D'autres acteurs ont une influence bien plus faible. Mais tous utilisent le dialogue pour faire valoir leurs opinions. Ils cherchent à faire en sorte que différentes options restent ouvertes si celle qui a leur préférence leur semble « minoritaire » (au sens de l'addition des influences et non de façon strictement numérique). Et ils cherchent à réduire le champ des options envisagées si celle qu'ils soutiennent leur paraît « majoritaire ».

De fait, tant que dure la phase de dialogue, les différentes solutions possibles d'un problème sont présentes dans le débat. Les acteurs qui défendent les opinions minoritaires, ou les solutions jugées les moins probables, restent dans le jeu. Mais la phase de prise de décision met un terme à cette indétermination. A l'approche de la décision, quand l'avis des instances les plus importantes (notamment le directoire) va être sollicité, les positions tendent à se figer. Les acteurs se comptent, à défaut de voter. Ils se jaugent et mesurent leur pouvoir d'influence. Après avoir évalué leur propre crédit et cherché par tous les moyens à l'augmenter, ils en usent. Ils jouent de leur crédit pour essayer d'emporter la décision.

Tous les acteurs souhaitent ainsi contraindre le chef d'établissement, détenteur du pouvoir juridique de décider, à se soumettre à un rapport de forces politique qui leur serait favorable. Et bien sûr, le chef d'établissement, qui a lui-même ses propres convictions, est plus ou moins proche des différentes positions défendues par les autres acteurs. Le directeur, quoiqu'il ait intérêt à se placer en arbitre, est donc bien engagé dans toutes les batailles.

La prise de la décision à l'hôpital est donc l'enjeu essentiel de ce rapport de forces qui se cristallise dans l'acte juridique arrêté par le directeur. Cette décision résulte de deux facteurs principaux : l'équilibre des forces à un instant donné, et l'intérêt général tel qu'il est perçu par les acteurs. Mais comme tout lien de nature professionnelle au sein d'une organisation, la relation directeur-médecin est un équilibre instable. Cet équilibre fait l'objet de micro-ajustements permanents de la part des acteurs ; ceux-ci tentent sans cesse d'améliorer leur position au sein de l'ensemble des relations croisées qui définissent l'organisation, pour influer sur la décision.

Les instruments de ces ajustements sont pour l'essentiel le maniement travaillé du langage, la présentation de soi et la capacité à définir les enjeux des décisions à prendre. La parole joue un rôle essentiel dans les interactions, car elle permet, au-delà de la transmission de messages au caractère plus ou moins technique, d'opérer les glissements sémantiques qui, une fois acceptés par autrui, redéfinissent les enjeux, les champs d'action, les responsabilités, les pouvoirs.

Le langage des décideurs hospitaliers est donc dans une certaine mesure un langage performatif. Nommer les enjeux, c'est déjà s'approcher de la décision, influer sur elle. Les acteurs accordent donc une grande importance à leurs paroles et à celles des autres. Laisser passer une expression « malheureuse », laisser dire l'adversaire sans marquer sa désapprobation, c'est déjà admettre le bien fondé de la position adverse. Accepter la présentation des faits et des principes d'action formulés par les adversaires, c'est abdiquer : le consensus apparent est un processus qui s'insinue même dans les débats les moins formels.

Les comportements associés à la recherche de l'augmentation de son propre pouvoir sont inévitables. Ils sont inhérents à l'objet organisation lui-même. Mais pour favoriser le caractère fécond de la tension qui en résulte, il nous apparaît nécessaire de créer les conditions d'un échange intégrant toutes les idées potentiellement pertinentes. Pour cela, susciter l'engagement des médecins dans le processus de décision, au-delà des dispositifs existants, est une nécessité. Il faut aussi améliorer la confiance entre directeurs et médecins. Le développement de savoirs communs, ou à tout le moins d'une connaissance accrue du champ d'expertise de l'autre corps, est une autre condition de réussite.

Ainsi, ce directeur expérimenté estime que la gestion hospitalière peut être améliorée *« par la formation initiale des uns et des autres. On pourrait réfléchir à des modules communs dans la formation initiale (…). Au quotidien, l'amélioration du dialogue passe beaucoup par les réunions de pôle, le directoire et le binôme chef de pôle/directeur référent. Mais pour changer les choses en profondeur, il faut modifier la formation initiale ».* Des dispositifs complémentaires, incluant une action sur la carrière des médecins et le fonctionnement des instances médicales, sont aussi des facteurs d'amélioration possibles.

Enfin, à rebours des analyses (non reprises par les répondants de l'enquête de terrain) selon lesquelles la « gouvernance » de l'hôpital est trop complexe, nous proposerons de renforcer les interactions entre les acteurs, en créant de nouveaux dispositifs : libération de l'exercice médical par de nouvelles pratiques professionnelles, publicité accrue des débats et création d'une doctrine hospitalière, y compris par établissement, supervision par la société civile, et mise en réseau des hôpitaux.

Toutes ces propositions procèdent du postulat selon lequel l'élément essentiel pour obtenir des décisions efficientes n'est pas une hypothétique bonne dévolution des pouvoirs. Cette organisation idéale des pouvoirs, toujours repoussée à la réforme suivante, toujours espérée, est supposée assurer une « gouvernance » efficace. Mais elle ne nous semble pas plus opérante que les réflexions sur l'utopie politique :

œuvres parfois fondamentales au plan doctrinal[257] , elles ne constituent pas un cadre pertinent pour organiser de façon concrète les sociétés humaines.

En revanche, l'organisation d'une tension féconde entre pouvoir de faire et pouvoir d'empêcher au sein de l'hôpital est une clef pour obtenir un dialogue pertinent et constructif, au bénéfice des missions de l'hôpital.

1. La tension nécessaire entre pouvoir de faire et pouvoir d'empêcher

> *« Pour Max Weber (Ogien 1995), tout groupe humain voit un nombre restreint d'individus dominer, occuper les postes de direction etc. L'ordre social a pour but de permettre le maintien au pouvoir de cette caste. Les normes de conduite sont le reflet du système de valeur des dominants. Une norme n'est légitime que si les gens l'acceptent. Dès lors, ce qui est tenu pour une conduite conforme dépend de la validité que lui accordent ceux qui l'acceptent. Les règles qui fondent un ordre normatif dominant sont variables. Cette représentation de l'ordre social de Weber pose l'existence, dans toute société, d'une lutte incessante opposant une pluralité de régimes de légitimité. Les transgressions ne sont que les avatars de cette lutte de légitimité. La déviance est le reflet d'un conflit d'interprétation, un affrontement de conceptualisations rivales de l'action »*[258].

Une tension entre les acteurs détenteurs d'une partie du pouvoir au sein de l'hôpital est nécessaire. Elle permet que la relation entre directeurs et médecins soit féconde. L'incertitude sur les niveaux d'influence des différents acteurs favorise en effet l'attention à la qualité des différentes opinions émises. Si aucun acteur ne domine clairement, chacun peut espérer avoir prise sur le débat. Chacun est incité à peaufiner les arguments les plus habiles et convaincants. Chacun des acteurs est reconnu comme légitime à exprimer une opinion, et peut obliger les autres acteurs à prendre en compte cette opinion. Car nul ne peut préjuger de l'opinion qui finalement l'emportera

---

[257] On peut citer More (T.), *L'Utopie*, 1516, Éditions sociales-Messidor, 1966, 1982.

[258] Babeau (O.), Chanlat (J.-F.), *La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles*, XVIème conférence internationale de management stratégique (AIMS), Montréal, 2007.

Une telle définition semble aller de soi : directeurs et médecins sont des professionnels hautement qualifiés, dont on suppose qu'ils sont capables de faire valoir leurs idées et leurs points de vue. L'enquête de terrain donne à penser que ce n'est pas toujours le cas. Des positions de discours infériorisées peuvent empêcher certains directeurs ou médecins. Certaines contributions importantes et utiles pour un débat, pour le devenir d'un « dossier », peuvent ne jamais être prononcées. La tension nécessaire à la prise en compte de tous les arguments n'existe pas toujours.

Or, même si la prérogative de décision relève du directeur, les médecins doivent pouvoir influer sur le processus de décision, et les directeurs adjoints voir leurs propositions prises en considération. Les acteurs jeunes ou détenteurs de titres moins prestigieux doivent pouvoir présenter leurs idées. Et les non-spécialistes d'une question ont souvent des idées et propositions intéressantes à faire valoir, car un « dossier » fait toujours écho à d'autres expériences similaires dans un autre contexte.

Pour toutes ces raisons, un équilibre doit être maintenu entre les différents protagonistes, quel que soit leur âge, leur genre, leur expérience, leur niveau de diplôme, leur maîtrise de l'art oratoire, leurs connaissances techniques, mais aussi leur accent, leur apparence physique, leur style vestimentaire, etc.

C'est à cette condition que le pouvoir de faire du directeur s'équilibre avec le pouvoir d'empêcher des médecins. L'obligation pour le chef d'établissement d'obtenir le consentement du corps médical crée une tension bénéfique à la qualité des décisions.

Cet indispensable équilibre est souvent mis en avant par les répondants à l'enquête de terrain, comme ce chef d'établissement qui évoque la relation avec le président de CME : *« Un hôpital qui marche, c'est un directeur et un président de CME qui affichent une vraie vision cohérente. En revanche, qu'entre eux il y ait des discussions âpres avec des points de vue fermes, c'est bon. La recherche du consensus à tout prix n'est pas une bonne chose. La discussion, la confrontation sont nécessaires pour progresser. Il faut une confrontation d'idées, une opposition sur le fond, et de là on construit une décision. Puis on est solidaire pour mettre en œuvre ».*

Un praticien ne dit pas autre chose : *« Il faut qu'ils s'entendent, qu'ils se respectent. Chacun doit respecter les prérogatives de l'autre. Il faut qu'ils arrivent à se parler. S'aimer, peut-être pas… ». A contrario*, l'absence de tension entre le pouvoir de faire du directeur et le pouvoir d'empêcher du corps médical, qui existe dans certains établissements, est un danger pour la qualité de la décision.

La tension entre les pouvoirs est féconde, pour autant qu'elle conserve un niveau supportable pour les acteurs. A cette condition, la tension favorise l'efficacité de la décision.

Pour être féconde, cette tension doit être à la fois suffisante pour que les acteurs donnent le meilleur de leurs capacités, et assez faible pour que les conflits toujours possibles ne prennent pas un tour par trop brutal.

1.1. La tension entre les pouvoirs concourt à l'efficacité de la décision

> *« Toute l'évolution de la pratique des organisations au cours des cent dernières années a consisté à passer du règne de la morale au règne de la négociation »*[259].

Les situations de manque de tension entre les pouvoirs ou de tension excessive sont préjudiciables à l'efficacité de la décision.

D'une part, si certains acteurs ne défendent pas leur position, n'en tirent pas tout le parti, ils s'interdisent de faire valoir leurs arguments. Leurs contradicteurs auront tôt fait de profiter de leur attitude de retrait, pour avancer leurs propres arguments. Mais ces arguments auraient été énoncés en toute hypothèse par les acteurs impliqués. Ce sont les arguments des acteurs non impliqués qui ne seront pas partie intégrante de la discussion. Ce sont autant d'arguments en moins dans le débat, qui seraient pourtant utiles pour éclairer la décision. Or, les décisions prises sans avoir donné lieu à un débat aussi exhaustif que possible risquent de ne pas être de bonne qualité. Elles risquent en outre de ne pas être appliquées avec toute l'efficacité nécessaire.

D'autre part, et pour des raisons évidentes, les situations de tension excessive sont tout aussi préjudiciables. Elles conduisent à des blocages stériles. A cet égard, la proposition de contourner la tension entre les rôles médicaux et de gestion, par la création d'un directeur médical qui se substituerait au président de CME nous semble inopportune. En effet, ce sont les rôles joués par les acteurs qui constituent les déterminants fondamentaux de leur attitude au sein de l'organisation. Et non leur profession, ou leur formation initiale. En conséquence, le fait de « médicaliser l'équipe de direction » avec un directeur médical en son sein ne résoudrait pas par elle-même la tension entre les différents acteurs dans le processus de décision.

Il reste qu'un niveau raisonnable de tension est nécessaire à la bonne qualité de la décision. Les entretiens menés lors de l'enquête de terrain montrent à cet égard une grande congruence dans les réponses des personnes interrogées, quel que soit leur corps d'appartenance. Qu'ils soient directeur, médecin, ou dirigeant d'agence régionale de santé, les interviewés sont unanimes pour souhaiter qu'un équilibre des forces régisse la relation entre directeur et médecin. A part sous forme de boutade, aucun répondant ne mentionne son souhait de dominer la relation de façon excessive.

---

[259] Crozier (M.), *La société bloquée*, Parise, Seuil, 1970.

Les acteurs semblent au contraire souhaiter que leurs *alter ego* prennent toute leur place dans l'interaction, comme ce chef de pôle :

« Pensez-vous que le dialogue entre médecins et directeurs permet le développement d'une intelligence collective au service de la décision ?

- *Oui, clairement. L'intelligence n'est que collective.*

Ce dialogue permet-il la prise de décisions qui respectent l'intérêt du patient ? Et l'intérêt général ?

- *Il devrait. A la fin des fins, oui, c'est vers ça que ça tend. Plus la décision est collective, plus elle gomme les intérêts personnels ».*

Au-delà du caractère convenu de l'affirmation selon laquelle on souhaite laisser sa juste place à autrui dans le processus de décision, l'unanimité des réponses est significative. Les répondants n'utilisent pas l'entretien pour plaider la cause de leur corps. En particulier, les médecins sont peu revendicatifs, alors que les critiques du volet hospitalier de la loi HPST ont été fortement centrées sur le supposé affaiblissement des médecins. L'enquête de terrain ne confirme pas cette interprétation.

Si l'excès de pouvoir d'un acteur ne semble pas craint par les répondants, l'insuffisance d'exercice du pouvoir est en revanche souvent évoqué comme un problème majeur. Plusieurs répondants ont ainsi décrit les situations où des acteurs s'effacent comme étant nettement sous-optimales, tel ce directeur : *« Les établissements qui ont un patron, au sens d'une personne qui sait arbitrer, sont ceux qui de mon point de vue fonctionnent le mieux. Si je reprends l'exemple évoqué tout à l'heure de l'hôpital qui dysfonctionne, un récent compte rendu rapporte les propos suivants, tenus par le directeur : « Je ne me verrais pas prendre de décision, car ceci relève du corps médical ». Dans le cas d'espèce, le chef d'établissement s'est extrait de la décision, alors que son rôle consiste à endosser l'organisation au sens strict. Si le directeur se désengage, il n'y a pas de décision prise. Et cela contribue à un fonctionnement délétère, dans lequel le chef de pôle fait ce qui lui plaît. C'est pourquoi un hôpital a besoin d'un chef d'établissement ».* Une position de retrait excessif est donc préjudiciable.

De même, les excès d'autoritarisme sont sévèrement jugés par les répondants. Ceux-ci perçoivent ce qu'ils peuvent avoir de néfaste, comme ce directeur évoquant les rapports entre chef d'établissement et adjoints : *« Le poids hiérarchique est fort. Les relations sont basées sur la collaboration, l'exécution. Cela dépend des personnes. Je juge que ces relations ne sont pas suffisamment basées sur la confiance et la délégation. C'est très hiérarchisé dans les établissements, globalement, c'est comme cela que les directeurs adjoints le vivent. Il y a encore un peu, à tort à mon avis, un état d'esprit de soumission, même si cela évolue ».*

Henry Mintzberg souligne en effet que le détenteur d'influence est entravé par les limites de ses facultés personnelles : *« la nécessité de faire preuve d'énergie pour atteindre des résultats, ainsi que le fait que ceux qui bénéficient d'assises importantes de pouvoir n'ont qu'une quantité limitée d'énergie personnelle à employer, implique que le pouvoir est distribué plus largement que notre discussion*

sur les fondements du pouvoir pourrait le laisser entendre. (…) les détenteurs d'influence font les difficiles dans le choix de leurs problèmes, concentrant leurs efforts sur ceux qui sont les plus importants à leurs yeux, et, bien sûr, sur ceux où ils pensent l'emporter. (…) chaque détenteur d'influence délimite le territoire qui l'intéresse le plus, laissant les autres détenteurs d'influence s'occuper du reste. Finalement, le détenteur d'influence ne doit pas seulement avoir une assise de pouvoir et employer son énergie, mais (…) doit souvent le faire de manière intelligente, avec un savoir-faire politique »[260].

L'autoritarisme présente l'inconvénient de susciter l'opposition passive des autres acteurs, qu'ils soient hiérarchiquement subordonnés au directeur ou non ; cela induit le risque d'entraver la mise en œuvre des décisions, comme le note ce médecin : *« Je trouve que le terme de patron ne s'applique pas à l'hôpital public tel qu'il est conçu actuellement. C'est une énorme collectivité, avec des personnes qui ont leur mot à dire. Je n'aime pas l'analogie avec l'industrie. La loi confère la décision au chef d'établissement. Mais je préfère qu'il reste « le directeur des directeurs ». Il ne décide pas tout seul ».* Il cite en outre le concept de séduction, non cité dans l'enquête.

L'utilisation de ce concept est particulièrement éclairante, car cette notion représente l'antithèse de l'autoritarisme : *« Il y a un jeu de séduction dans les relations entre médecins et directeurs »*. Et de proposer comme changement possible de la gouvernance hospitalière : *« Moins de pouvoirs donnés au seul et unique DG. C'est dépassé comme concept, archaïque ».* Tel autre praticien, évoquant les pouvoirs réduits de la CME avec la loi HPST, mentionne à demi-mot la possibilité d'entraver la mise en œuvre d'une décision qui serait imposée à la communauté médicale : *« On ne vote plus l'EPRD, mais avant, on ne s'y était jamais opposés. De même, on est désormais seulement informés des recrutements médicaux. Mais s'il y a des problèmes, on a des moyens d'action ».* Les répondants acceptent donc une responsabilité accrue du directeur général, dans la mesure où il l'exerce en restant ouvert au dialogue.

Ainsi, par leurs réponses, et malgré leurs réticences fréquemment marquées à l'endroit du ministère de la santé et des ARS, les personnes interviewées semblent valider la pertinence des réformes successives de la « gouvernance hospitalière ». La mise en place progressive d'un dialogue renforcé entre directeurs et médecins est perçue favorablement de façon unanime. Par les médecins : *« Plus la décision est collective, plus elle gomme les intérêts personnels »* ; comme par les directeurs : *« Il faudrait faire jouer à plein les institutions. Inciter les médecins à avancer, renforcer les lieux de rencontre formels et informels, favoriser la porosité entre points de vue. L'architecture institutionnelle doit favoriser la création de relations de confiance et de respect. Ce qui ne signifie pas que directeurs et médecins doivent forcément être d'accord tout le temps. Il faut renforcer la complicité entre eux, et pas seulement entre le directeur et le président de CME ».*

[260] Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Éditions d'Organisation, 2003.

A contrario, aucun répondant n'a souhaité de fonctionnement plus spécialisé, ou chacun des acteurs serait davantage centré sur ses expertises propres. Ce point représente un des résultats les plus importants de l'enquête de terrain, comme dans cette réponse d'un chef d'établissement à la question sur le caractère indispensable des directeurs adjoints : *« Bien évidemment, ils sont toujours utiles, autant qu'avant si ce n'est plus. L'hôpital dans sa nouvelle gouvernance n'est pas seulement une juxtaposition de PME. Il faut des gens qui créent du lien et soient dans la transversalité. Le directeur adjoint dans sa fonction de référent a toute sa place pour conseiller, orienter, suggérer au chef de pôle des orientations, des règles. Il ne doit pas être dans un lien de subordination mais de construction. Un peu comme un chef d'établissement avec le président de CME, un peu comme au sein du directoire entre directeurs et médecins. Il faut un rapport équilibré ».* L'enjeu d'un rapport équilibré est rappelé par de nombreux répondants. Il importe en effet d'éviter les risques d'abus de pouvoir.

1.1.1. Eviter les risques d'abus de pouvoir

> *« Il peut être dit :*
> *1) qu'un nom fameux, capable de retenir l'attention, n'est pas une garantie de sagesse ;*
> *2) que les opinions qui sont largement partagées peuvent être toutes erronées et que la meilleure opinion peut n'être représentative d'aucune part importante de l'opinion publique ;*
> *3) qu'une argumentation peut être présentée de manière concise par la négligence d'importantes considérations et que l'économie des mots peut correspondre à la pauvreté de la substance »*[261].

De nombreux travaux de sociologie tels que ceux de Pierre Bourdieu montrent que la fonction sociale du langage va au-delà de la transmission ou de l'échange d'informations : *« Message destiné à être déchiffré, la parole est aussi un produit, livré à l'appréciation, dont la valeur se mesure par rapport à d'autres, plus rares ou plus communs et instrument de pouvoir : on peut agir avec des mots, ordres ou mots d'ordre »*[262]. L'évaluation comparative de la qualité des discours est un non-dit structurant dans les relations de travail. Comme attendu, les répondants à l'enquête de terrain ne l'ont pas évoqué sans réticence.

[261] De Jouvenel (B.), Le problème du président de séance, Négociations, 2005/2, n°4.
[262] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.

Le détour par la fiction permet cependant d'approcher ce point ; Albert Cohen montre que les acteurs de l'univers administratif sont très sensibles à la maîtrise de la belle langue, et méprisent volontiers ceux qui commettent des erreurs sur ce plan : *« Ils discutèrent avec ardeur des promotions injustes qui pointaient à l'horizon. (…) Il était clair comme le jour que le concours avait été fabriqué tout exprès pour Castro, le Chilien B de la section. On s'indigna. (…) De retour dans son bureau, il considéra ses ongles, soupira. Un incapable comme Castro ! Il ricana en se rappelant un projet de lettre que cet ignorant avait commencé par un Vous n'êtes pas sans ignorer et terminé par un pallier à ces inconvénients ! Et on allait faire de ça un membre A, avec fauteuil de cuir, bibliothèque vitrée et tapis d'Orient ! Décidément, on aurait tout vu dans cette boîte »*[263].

Cet exemple montre que la maîtrise des conditions de production d'un discours font partie des attributs du pouvoir[264]. Et les situations d'interaction sont l'occasion pour les locuteurs d'évaluer leurs légitimités respectives à prendre et garder la parole[265], ainsi qu'à imposer leur vocabulaire, leur propre problématisation des situations.

Or, le dialogue entre directeurs et médecins constitue une interaction dans laquelle l'incertitude est forte. En effet, les caractéristiques de la légitimité des acteurs sont très différentes, ce qui rend la hiérarchisation des acteurs et des arguments malaisée. Qui est légitime pour mener les débats ? Qui détient les arguments ayant la portée la plus importante ? Ces questions sont souvent en suspens dans le dialogue entre directeur et médecin, et la réponse éventuellement apportée varie en fonction de l'établissement, des dossiers, et de leur caractère plus ou moins technique ou politique.

Pour apporter une réponse à ces questions qui soit favorable à leurs intérêts, les acteurs peuvent être tentés de pratiquer ce que Pierre Bourdieu appelle *« l'abus de pouvoir de la parole »*[266] ; il s'agit de l'exercice d'une violence symbolique.

Mais, comme le note Ehrard Friedberg, même les dossiers les plus techniques contiennent une dimension relationnelle. Ils induisent donc une négociation entre des acteurs détenteurs de deux formes différentes de légitimité. Évoquant une étude menée au sein de l'entreprise Motavion, Friedberg décrit avec précision la façon dont les acteurs mesurent deux types de légitimité distinctes, et acceptent ou non l'interaction avec le détenteur d'une forme de connaissance différente. Un passage du *Pouvoir et la règle* traite ainsi de la position du sociologue face à des ingénieurs. Le sociologue communique les résultats de son étude aux ingénieurs. Cette étude porte sur leur propre travail.

Ce passage pourrait s'appliquer sans changements majeurs à la position du directeur d'hôpital face aux praticiens : *« N'étant pas expert des différentes spécialités et corps de métier, n'étant pas même technicien et ne cherchant pas particulièrement*

---

[263] Cohen (A.), *Belle du Seigneur*, Gallimard, Paris, 1968.
[264] Bourdieu (P.), *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
[265] Goffman (E.), *La Mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La Présentation de soi*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1973.
[266] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.

à l'être, [le sociologue] ne peut, de manière crédible, intervenir dans les débats techniques qui font rage au cœur du système. Il a beau être convaincu par métier et par expérience que la technique pure n'existe pas mais qu'elle est toujours relationnelle, (…), il n'a pas de solutions crédibles à proposer, du moins au départ. Au fond, il est en position de faiblesse vis-à-vis des acteurs du système et prisonnier des opinions, des conceptions, des interprétations et des controverses des acteurs»[267].

Dans une certaine mesure, et bien qu'il soit un acteur pleinement impliqué dans le fonctionnement de l'organisation, le directeur d'hôpital est confronté à une situation comparable à celle du chercheur dans son terrain de recherche. Le sociologue, comme le directeur d'hôpital, est en partie dépendant des informations que l'on veut bien lui donner ; l'un comme l'autre ne peuvent échapper à cette dépendance que par deux actions :

- prendre de la distance avec les termes du débat
- les renouveler.

En d'autres termes, en imposant ses mots, et à travers ses mots, un acteur impose le cheminement de la pensée reconnu comme légitime par les autres acteurs : Friedberg avance qu'il est nécessaire de *« prendre de la distance par rapport aux débats en cours dans le système (…) et (…) renouveler ces débats en leur fournissant un principe de réalité, à savoir une connaissance concrète et incarnée de l'état présent du système humain dont le fonctionnement pose problème, (…) en obligeant (…) les acteurs à quitter le plan des principes pour enraciner leurs idées et leurs propositions dans la réalité empirique des fonctionnements à changer »*[268].

Cependant, ce type de proposition fait l'hypothèse d'une scrupuleuse neutralité intellectuelle. Or, les directeurs et médecins, au contraire d'un chercheur, ont des intérêts dans les systèmes au sein desquels ils interagissent. C'est pourquoi les tentatives d'imposer leur propre vocabulaire ne leur servent pas seulement à changer les façons de voir les problèmes de leurs interlocuteurs. Il s'agit parfois de rallier l'autre à sa propre cause.

Dans ce contexte, le souhait pour chacun des acteurs de faire prévaloir son point de vue l'amène à utiliser, sous couvert d'argumentation, la fonction de valorisation sociale du langage. Les mots servent non seulement le sens du discours, mais aussi la position du locuteur, son prestige. La « bourse de valeur » des mots employés permet aux locuteurs les plus légitimes de s'imposer et de réduire les oppositions : certains acteurs peu sûrs de la force de leurs propres mots seront tentés d'abdiquer, par le silence, ou l'acquiescement.

Dénié par la majorité des acteurs, ce type de comportement est reconnu par certains, dont la position est moins assurée, tel ce directeur : *« Les directeurs masquent parfois le fait qu'ils sont dépassés. C'est peut-être préjudiciable, cela crée un manque du côté de la direction. Les directeurs ne seront jamais des experts, mais il*

[267] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle, Paris, Editions du Seuil, 1997.*
[268] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle, Paris, Editions du Seuil, 1997.*

est nécessaire qu'ils soient mieux informés, qu'ils aient des notions générales pour ne pas tomber dans un dialogue de sourds avec les médecins. Sinon, cela peut mettre le directeur dans une position d'infériorité ». Certains médecins interrogés concèdent le même type de position défavorable de façon indirecte : ils évoquent notamment *« l'admiration »* ressentie face à la maîtrise d'un langage parfaitement structuré par les directeurs.

Les directeurs d'hôpital, comme la plupart des hauts fonctionnaires, pratiquent en effet fréquemment un langage marqué par deux caractéristiques principales : l'hypercorrection et la distinction.

Première caractéristique du langage légitime, l'hypercorrection est assurée par une attention élevée apportée en particulier à la syntaxe, à la concordance des temps, à l'évitement des fautes d'accord, et au beau langage. Ils sont en cela hautement représentatifs des hauts fonctionnaires[269] et des fonctions ayant une dimension politique[270].

Seconde caractéristique du langage légitime, la distinction est assurée par le caractère soutenu du vocabulaire et l'absence de relâchement. Ainsi, un directeur à la position éminente peut préférer évoquer le fait de *« ne pas rester en manches de lustrine »*, plutôt que l'image plus commune de *« mettre les mains dans le cambouis »*.

Ces deux propriétés du langage « officiel » (hypercorrection et distinction) sont destinées aux circonstances officielles[271]. La propension des directeurs à utiliser un langage soutenu semble d'ailleurs croitre avec le niveau de responsabilité. Bien sûr, les occasions de s'exprimer en public, et en particulier face à un public qui présente les attributs de la légitimité, sont plus nombreuses pour les directeurs qui occupent les postes les plus élevés. Mais la maîtrise du langage représente un facteur de légitimité pour les directeurs, quel que soit leur rang.

Et les directeurs, rares, qui utilisent un langage plus familier ou plus commun, sont globalement moins considérés au sein du système. Le relâchement et la banalité du vocabulaire réduisent la portée de la parole du décideur. Ces défauts sont caractérisés par un vocabulaire imprécis, tels l'anglicisme « impacter », l'extension de sens abusive du verbe « gérer », ou l'abus des participes présents (« il n'est pas aidant », « c'est personne-dépendant »).

En effet, le maniement de la langue « correcte », « officielle », est le support du pouvoir des directeurs dans l'interaction avec les médecins. L'utilisation d'un

---

[269] On peut, en guise d'illustration de cette attention au langage légitime, citer l'exemple fictif du chef d'Adrien Deume, cadre de la Société Des Nations vu par Albert Cohen : *« Il lut la note de son chef sur la feuille-minute. « M. Deume. Veuillez modifier le dernier paragraphe de votre projet. Il contient quatre fois le mot* de. *De quoi aurions-nous l'air vis-à-vis du gouvernement français ? V.V. » Il relut le dernier paragraphe : « J'ai l'honneur de vous en remercier très sincèrement et de vous prier, Monsieur le Ministre, d'agréer les assurances de ma haute considération. » - Oui, évidemment, reconnut [Adrien Deume] ».*
Cohen (A.), *Belle du Seigneur*, Gallimard, Paris, 1968.

[270] *Démission d'un membre du gouvernement britannique pour langage grossier*, www.lemonde.fr, 19 octobre 2012.

[271] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.

langage maîtrisé, rigoureux, juridique, est décisive. Elle rappelle à chaque instant la source de la légitimité des directeurs : nommés par l'État, les directeurs parlent la langue de l'autorité qui les a intronisés, la langue de l'État.

Car, comme le note Bourdieu, la langue légitime des pouvoirs publics (le langage utilisé dans les documents administratifs) est au sommet de la hiérarchie des langages : *« Parler de la langue sans autre précision (…), c'est accepter tacitement la définition officielle de la langue officielle d'une unité politique : cette langue est celle qui (…) s'impose (…) comme la seule légitime et cela d'autant plus impérativement que la circonstance est plus officielle (…). La langue officielle a partie liée avec l'État. (…) Cette langue d'État devient la norme théorique à laquelle toutes les pratiques linguistiques sont objectivement mesurées »*[272]. Cette langue officielle est historiquement construite concomitamment au processus de mise en place de l'État : *« Jusqu'à la Révolution française, le processus d'unification linguistique se confond avec le processus de construction de l'État monarchique. Les « dialectes » (…) cèdent progressivement la place, dès le XIVe siècle (…), à la langue commune qui s'élabore à Paris dans les milieux cultivés et qui, promue au statut de langue officielle, est utilisée dans la forme que lui ont conférée les usages savants, c'est-à-dire écrits. Corrélativement, les usages populaires (…) tombent à l'état de « patois » »*[273].

La langue officielle sert donc à dominer un espace et des interactions. Les exclus de ce langage officiel sont réduits à l'état d'étrangers dans leur propre territoire. Un praticien interrogé exprime très clairement cette situation de domination subie du fait du langage officiel utilisée par les directeurs : *« [face aux directeurs] les médecins sont comme de vieux immigrés, qui comprennent un langage, mais le parlent mal »*.

Cette image est très similaire à un commentaire de Stendhal dans *Le Rouge et le noir* : soucieux de donner à voir la méconnaissance par Julien Sorel des codes sociaux en usage dans le salon raffiné du marquis de La Mole, Stendhal évoque une conversation entre jeunes gens de haute naissance qui impressionne le petit abbé franc-comtois : *« Souvent [Julien] riait de grand cœur de ce qu'on disait dans ce petit groupe : mais il se sentait incapable de rien inventer de semblable. C'était comme une langue étrangère qu'il eût comprise, mais qu'il n'eût pu parler »*[274]. Julien Sorel est paralysé par la conversation virtuose et moqueuse des jeunes aristocrates parisiens de 1830 (La fille du marquis se moquant d'un invité qui espère l'appui de son père pour devenir préfet : *« Ah ! Voici M. Descoulis, dit Mathilde, il n'a plus de perruque ; est-ce qu'il voudrait arriver à la préfecture par le génie ? Il étale ce front chauve qu'il dit rempli de hautes pensées »*[275]).

Par un processus comparable, les médecins se sentent donc parfois exclus de la production de discours légitimes par les directeurs, détenteurs de la langue officielle. Or, *« le propre de la domination symbolique réside (…) dans le fait qu'elle suppose*

---

[272] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.
[273] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.
[274] Stendhal, *Le Rouge et le noir*, Levasseur, Paris, 1830.
[275] Stendhal, *op.cit.*

de la part de celui qui la subit une attitude qui défie l'alternative ordinaire de la liberté et de la contrainte »[276]. Les praticiens consentent en effet partiellement à la domination exercée par les directeurs grâce à leur maîtrise du langage légitime.

Et de fait, les médecins utilisent souvent quant à eux un langage plus direct et moins structuré, qui ne suscite pas toujours l'admiration des directeurs. Leur posture de discours provient pour la majorité d'entre eux (les cliniciens) de leur situation habituelle d'interaction avec le patient, qui présente deux caractéristiques essentielles : une position de surplomb du médecin, détenteur du savoir, et la nécessité de rendre accessible à l'interlocuteur des notions complexes. Cela favorise le caractère direct du discours, les raisonnements inductifs, qui visent plus à faire comprendre un cas qu'à éclairer une problématique globale. Cela favorise aussi une communication plus relationnelle et moins intellectuelle, comme le notait déjà Flaubert : *« Se rappelant les allures de ses maîtres auprès du lit des blessés, [Charles] réconforta le patient avec toutes sortes de bons mots ; caresses chirurgicales qui sont comme l'huile dont on graisse les bistouris »*[277].

Les médecins reconnaissent communiquer de façon souvent moins travaillée et plus spontanée, tel ce répondant : *« Je pense qu'il y a une différence entre le monde administratif et le monde médical : le langage n'est pas la même. Le langage médical est forcément vulgaire, partagé par tous, commun, accessible. C'est celui des personnes que l'on voit en consultation. Le langage des directeurs est beaucoup plus « pipotron », beaucoup plus correct. Ce langage est beaucoup plus apte à tourner autour du pot, à masquer, à flatter. Mais les médecins admirent aussi ce langage très structuré, qui utilise le mot adapté, qui a de grandes qualités. La manière de s'exprimer des médecins est différente, c'est une communication de proximité, un peu comme un homme politique sur le terrain ».*

A contrario, les directeurs ne craignent pas la maîtrise du langage des médecins. Mais le savoir médical est très prestigieux. Cela fait parfois craindre aux directeurs l'affirmation abrupte par les médecins de leur ignorance de la médecine. Cela pourrait causer une gêne, voire une potentielle humiliation aux directeurs : *« Quand le corps médical veut jouer entre lui et contre vous, il peut vous faire comprendre que vous n'avez pas compris parce que vous ne savez pas de quoi vous parlez. Au directeur de se mettre à niveau de connaissances. Mais c'est un travail personnel. Quand vous parlez d'un TEP (NDA : Tomographe à Émission de Positons), vous devez savoir comment il fonctionne, et ce qu'il produit. Il faut acquérir ces connaissances quand vous travaillez un dossier au fond ».*

Les directeurs évitent d'ailleurs de s'affronter aux médecins sur des champs techniques, même quand ils soupçonnent que les arguments qui leur sont opposés seraient contestés par d'autres médecins. Les directeurs cherchent le plus souvent à contourner les situations de conflit direct, et à maintenir le dialogue. Et quand ils sont contraints de s'opposer directement aux praticiens (souvent pour rappeler une règle de droit), ils produisent le plus souvent un discours visant à ne pas offenser,

---

[276] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.
[277] Flaubert (G.), *Madame Bovary – Mœurs de province*, Pocket, Paris, 2006.

par exemple avec les moyens suivants : baisse du ton de la voix, reformulation des positions rejetées en soulignant leur intérêt, et rappel des principes et enjeux de santé publique supérieurs qui nécessitent de ne pas retenir l'option soutenue par le praticien.

Les directeurs pratiquent ainsi la prudence qui permet aux orateurs de faire prévaloir leur point de vue sans risquer de susciter une réaction violente des autres acteurs : *« Un orateur peut utiliser un argument fondé sur l'équité pour éviter d'humilier un adversaire. Si le parti dominant ne ménage pas son adversaire, la minorité peut être tentée d'adopter des comportements dévastateurs plutôt que de baisser pavillon. A l'opposé, si le parti majoritaire avance un argument impartial permettant à la minorité de sauver la face, tout le monde y gagnerait. Les résultats d'expériences sur la négociation par ultimatum (Güth et al., 1992) appuient de manière « stylisée » cette hypothèse »*[278].

Les médecins interrogés impliqués dans la gouvernance semblent apprécier ces prudences des directeurs, qu'ils moquent néanmoins sous le vocable de *« langage pipotron »*. Là encore, les directeurs d'hôpital pratiquent un langage comparable à celui d'autres corps de la fonction publique. Comme le notent avec ironie les médecins, c'est un langage dominé par l'euphémisme, dont l'archétype est le langage diplomatique moqué par Albert Cohen : *« en cas d'abus ou de sévices, rapportés d'ailleurs plus ou moins exactement par la presse, nous employons de préférence le terme de « développement » qui fait plus convenable, plus nuancé »*[279].

Mais des situations de conflit important peuvent conduire à une rupture du dialogue. En effet, la tension permanente entre les armes possédées par les acteurs induit une relation instable : les directeurs maîtrisent le langage juridique, les praticiens maîtrisent complètement le processus de soin et détiennent la connaissance médicale. Plus que dans d'autres types d'organisations, les directeurs sont contraints de composer avec des experts dont le savoir est prestigieux. Et la rupture de dialogue est toujours possible, dans un contexte de contrainte financière. Les difficultés financières obligent les établissements à traquer les gains de productivité possibles. Cela porte atteinte au *statu quo*, et aux situations acquises dont sont friands les acteurs (et qu'ils nomment leurs « marges de manœuvre », toujours perçues comme menacées par la rationalisation, les contrôles externes et internes).

Ainsi, les contrats implicites et transactions entre acteurs sont plus fréquemment remis en cause, fragilisant la confiance entre acteurs, et les obligeant à des coopérations forcées. Or, ces modes implicites de coopération, dans lesquels on donne des « gages » aux interlocuteurs pour gagner progressivement leur confiance, nécessitent une connaissance la meilleure possible des autres acteurs. C'est pourquoi le dialogue entre directeurs et médecins peut être affecté par différentes formes d'imperfections.

---

[278] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

[279] Cohen (A.), *Belle du Seigneur*, Gallimard, Paris, 1968.

Trois risques majeurs peuvent ainsi altérer le dialogue :

- une attitude insuffisamment diplomate du chef d'établissement peut altérer la prise en compte des arguments minoritaires
- un repli des médecins sur la sphère médicale peut survenir
- un désinvestissement des acteurs les moins influents dans le processus de décision peut se produire

L'augmentation récente des pouvoirs du directeur, depuis les années 1990, ne doit pas faire oublier qu'il est un chef d'orchestre, et non un patron. En conséquence, il doit prêter attention à toutes les voix qui s'expriment, sans toutefois donner l'impression d'être incapable de décider. Cet équilibre délicat entre sens de l'écoute et capacité d'arbitrage est parfois défaillant. Le risque est alors grand que le dialogue hospitalier ne soit pas aussi fructueux qu'il pourrait l'être.

La période récente consacre l'augmentation des pouvoirs des directeurs face aux médecins, comme le notent Robert Holcman[280] ou Jean-Pierre Dumond : *« Même si les médecins apparaissent de loin les mieux informés de toutes les catégories professionnelles, leur pouvoir semble s'éroder sensiblement. Plus exactement, se serait produit au cours des dix dernières années un relatif retournement de situation entre les rôles de gestion et les rôles soignants : si dans l'hôpital, qui a généré la bureaucratie professionnelle, les directeurs avaient pour mission d'apporter aux médecins les moyens d'exercer leur art, dans l'hôpital contemporain, c'est aux médecins de rendre compte de leur activité, de définir leurs objectifs et d'assurer de leur réalisation. La transformation est importante, car elle porte sur la capacité à exiger d'autrui, qui constitue une expression essentielle du pouvoir et qui semble s'être relativement inversée. L'évolution s'observe lorsqu'un directeur appelle un chef de service pour lui demander l'évolution de son activité ou lorsqu'un chirurgien fait état de manière préoccupée des suivis scrupuleux qu'il effectue de ses indicateurs médico-économiques. Caricaturé, le revirement de position donne lieu à une expression paupériste de la nouvelle position médicale vécue comme une véritable prolétarisation face à des directeurs patrons aux seules préoccupations financières. L'expression d'une telle conception n'est pas unique et a été rencontrée sur plusieurs sites. Au-delà d'une apparente méconnaissance des réalités sociales, l'image de la prolétarisation indique surtout une blessure dont la source est bien à rechercher dans l'inversion relative de la capacité à formuler une exigence entre ceux qui tiennent des rôles de soignants et ceux qui assurent une fonction de gestion. (…) toutes les catégories professionnelles estiment de manière majoritaire (à hauteur de 75%) que les rapports de pouvoir ont évolué au sein de l'institution hospitalière. La transformation va clairement dans le sens d'un fléchissement du pouvoir des médecins (…). La première traduction en est leur moindre capacité à déterminer les personnes recrutées. Elle était, pour les médecins, essentiellement entre les mains du corps médical. Elle devient davantage partagée. En d'autres termes, fait nouveau, les médecins n'auraient plus la maîtrise absolue de leur reproduction sociale.*

[280] Holcman (R.), *Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir, réflexions sur la relation hiérarchique*, Revue française de gestion, n° 196/2009.

Parallèlement, les directeurs ont une influence grandissante dans l'orientation des activités médicales. Beaucoup le reconnaissent, et en particulier 75% des médecins (…).
En revanche, les médecins ne « pèsent » pas plus sur les choix économiques et ils doivent davantage rendre compte de leurs projets sur le plan économique. Les jeux d'influence et d'exigence ne sont pas réciproques. Enfin, l'évolution actuelle des rapports de pouvoir dans l'organisation conduit à une mise en cause sensible de la liberté d'action des médecins (pour la moitié d'entre eux) (…), tandis que les administratifs considèrent que leur propre marge de manœuvre ne s'est pas du tout réduite »[281].

Cette augmentation des pouvoirs des directeurs est probablement une tendance de long terme, car elle n'est pas propre au système français. Les managers de la santé publique, non-médecins, jouent un rôle grandissant dans les différents systèmes hospitaliers. John Kimberly note que les *« « costumes cravates » (…) formés aux techniques et outils du management n'ont pour la plupart pas de formation médicale. (…) Les « costumes cravates » jouent un rôle de plus en plus important dans les décisions à la fois stratégiques et opérationnelles »*[282].

Cela met en cause l'idée selon laquelle la mise en place de la « nouvelle gouvernance » donnerait plus d'influence aux médecins, notamment du fait de la mise en place des pôles d'activité en 2005. En effet, l'influence des médecins a bien sûr préexisté les pôles. Ces derniers visent bien plutôt à internaliser la contrainte de gestion, qui pèse désormais plus fortement sur les médecins.

En outre, la mise en place des pôles ne change bien sûr pas une donnée fondamentale de l'action collective : les directeurs ont paradoxalement la force du petit nombre, alors que les médecins ont la faiblesse du grand nombre. L'accès aux interlocuteurs est en effet un élément essentiel. Le temps des directeurs n'étant pas extensible, les médecins sont ainsi soumis à une concurrence pour accéder à eux. Bertrand De Jouvenel décrit ce mécanisme : *« Il n'y a pas de place, à ma connaissance, dans la théorie politique de la démocratie pour le fait simple et évident des encombrements. Les individus s'entendent dire continûment qu'ils ont un droit égal à l'expression, et ils découvrent à toute occasion concrète que la possibilité de s'exprimer leur est refusée. Cela nourrit le sentiment que les principes démocratiques sont des mensonges. Et en effet si le principe du droit d'expression est formulé de cette manière, il transmet l'impression que l'affirmation « vous aurez l'occasion d'être entendu par l'assistance, autant que tout autre » est un mensonge parce qu'il est impossible de fournir de telles occasions. Cela nous ramène à la vieille idée si souvent oubliée selon laquelle tout droit est sans signification s'il n'a pas pour contrepartie un devoir chez quelqu'un d'autre, à qui ce droit peut être réclamé. Donc, donner à chacun le droit d'être entendu par l'assemblée imposerait à celle-*

---

[281] Dumond (J.-P.), *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé, 2003/1, pp. 71-81.
[282] Kimberly (J.), *Preparing Leaders in Public Health for Success in a Flatter, More Distributed World*, Public Health Reviews, Vol. 33, n°1, 2011.
Traduction personnelle: ""the suits" (…) have been trained in the techniques and tools of management but most of whom lack any formal medical training. (…) "the suits" are playing an increasingly significant role in both strategic and operational decisions".

ci l'obligation d'écouter tout un chacun, et cela n'est pas possible. Les gens à qui l'on enseigne et dit qu'ils ont un égal droit de parole découvrent qu'en fait les voies de l'expression sont gardées par des gens qui rejettent leur demande. Ils ne réalisent pas que cela est nécessaire puisque l'on a affaire à un bien rare qui ne peut être divisé indéfiniment. Ils sont simplement conscient d'être rejetés et sont enclins à croire que les gardiens des voies de l'expression les ont rejetés personnellement : de là il n'y a qu'un pas pour penser que le droit d'expression qui normalement appartient à tous (Cela n'est-il pas constamment rappelé ?) est en fait confisqué par un petit nombre, qui forme l'ordre établi »[283].

Le changement dans l'équilibre des pouvoirs peut être préjudiciable au dialogue entre directeurs et médecins. Car le dialogue, désormais indispensable, est une relation par essence fragile, qui ne prévalait pas entre directeurs et médecins jusqu'à une période récente : *« Le fait particulier et propre à l'hôpital réside dans l'ignorance, voire le mépris, dans lequel se tenaient réciproquement les deux mondes, celui du soin et celui de la gestion, et dans la coordination obligée vers laquelle les différentes parties prenantes semblent se diriger »*[284].

Cette ignorance réciproque présente un risque plus grave que la non-prise en compte totale ou partielle des arguments minoritaires. Au-delà d'un dialogue affaibli ou imparfait, le directeur court le risque d'une rupture avec le corps médical. C'est un grand danger pour le chef d'établissement.

La position d'autorité conférée à un acteur par son prestige social et son savoir, ou par la croyance partagée par les autres acteurs qu'il détient un savoir exclusif (il serait le seul expert, qui « sait de quoi il parle »), lui permet de produire un discours qui ne saurait être contesté. Ces positions d'autorité sont fréquentes à l'hôpital, le plus souvent au profit des médecins, mais parfois de certains directeurs, notamment ceux chargés des affaires financières.

Or, cette faculté de ne pas être contesté, confortable pour celui qui produit le discours considéré, a un effet pervers majeur : elle rend le dialogue très difficile, car l'échange de points de vue suppose la légitimité reconnue à chacun des deux acteurs, caractérisée par Bergson comme la *« politesse de l'esprit »*[285].

Une situation d'échange stérile, ou de non-dialogue, peut survenir quand l'un des protagonistes d'une conversation détient un prestige très important, fondé sur la maîtrise d'un savoir exclusif. Pierre Bayard analyse ce type de situation dans un contexte différent de la gestion hospitalière, mais dont les mécanismes présentent des similitudes : l'érudition littéraire. Dans *Comment parler des livres que l'on n'a pas lus ?*, Pierre Bayard cite l'exemple du roman *Le Troisième homme*[286] de Graham Greene. A la suite d'une confusion, le personnage principal du roman est placé dans une situation où son discours ne peut pas être mis en cause ; cela crée un effet humoristique, car ce personnage ne détient pas le savoir qu'on lui prête. Greene

[283] De Jouvenel (B.), *Le problème du président de séance*, Négociations, 2005/2, n°4.
[284] Dumond (J.-P.), *op. cit.*
[285] Bergson (H.), *La politesse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
[286] Greene (G.), *Le troisième homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1992.

dépeint en effet avec humour les aventures de Rollo Martins, auteur peu cultivé qui écrit des « romans western » sous le pseudonyme de Buck Dexter.

Rollo Martins/Buck Dexter est confondu par les services culturels de l'ambassade des Etats-Unis à Vienne avec un autre Dexter, romancier très élitiste. L'ambassade l'invite à donner une conférence sur son œuvre auprès d'amateurs de littérature très érudits. Graham Greene décrit le tour étonnant pris par la conversation : même l'ignorance avouée de Martins est interprétée par l'assistance comme une marque d'originalité et de distinction :

« Et James Joyce, où placeriez-vous James Joyce, Mr. Dexter ?

- *Que voulez-vous dire par placer ? Je n'ai pas l'intention de placer qui que ce soit où que ce soit.*

(…)

- *Je veux dire : le mettriez-vous parmi les très grands ?*
- *Pour ne rien vous cacher, je n'ai jamais entendu parler de lui. Quels livres a-t-il écrits ?*

(…)

Il ne s'en rendait pas compte, mais il faisait une impression énorme. Seul un grand écrivain pouvait prendre une attitude arrogante si originale »[287].

Pierre Bayard précise les circonstances qui permettent d'expliquer l'attitude du personnage, et son acceptation par le public : *« Si l'assurance dont fait preuve Martins est due pour une part à son caractère, elle tient aussi à la position d'autorité dans laquelle l'organisateur de la réunion et le public l'ont installé. Tout ce qu'il peut dire se retourne en sa faveur, puisqu'il est exclu, de par le lieu symbolique où il est placé et tant que son identité n'est pas dévoilée, qu'il puisse dire une sottise. (…) La reconnaissance de la justesse de l'énoncé précède sa formulation et le contenu de cet énoncé importe en fait relativement peu. Relever et étudier les enjeux de pouvoir, ou si l'on préfère, analyser la situation précise où l'on se trouve quand on parle d'une œuvre (…) peut donner les moyens d'adopter la stratégie pertinente dans les situations d'infériorité »* [288].

La détention – réelle ou supposée – d'un savoir jugé légitime et prestigieux fausse donc l'interaction, puisque les autres acteurs sont contraints (parfois sans même sans rendre compte, comme les auditeurs de la conférence du faux écrivain élitiste) d'accepter le discours qui leur est transmis. Et toute incohérence entre ce discours et leur savoir est attribué par les autres acteurs aux limites de leurs propres connaissances, et non à une possible erreur du savant.

Dans le cas de la gouvernance hospitalière, ce type de phénomène d'intériorisation de sa propre infériorité par certains acteurs peut altérer le dialogue. La cause principale est la mise en avant d'arguments d'autorité, souvent réalisée par des médecins. A ces arguments sont parfois opposés des attitudes de prudence excessive, voire d'évitement de la part de certains acteurs (le plus souvent des directeurs).

---

[287] Greene (G.), *Le troisième homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1992.
[288] Bayard (P.), *Comment parler des livres que l'on n'a pas lus ?*, Paris, Les Editions de Minuit, 2007.

Sur ce point, certains directeurs interrogés admettent avoir recours à des attitudes d'évitement, malgré l'affirmation concomitante (et récurrente) de l'absence de nécessité de maîtrise des connaissances médicales pour assurer leur mission. Les directeurs sont donc vraisemblablement parfois gênés de ne pas détenir des connaissances dont ils disent pourtant ne pas avoir besoin pour exercer leur profession[289]. Ils intériorisent parfois la perception des capacités intellectuelles des médecins en relation avec les titres détenus par ces derniers ; le statut hospitalo-universitaire est à cet égard un facteur décisif dans la perception des directeurs : *« Le niveau intellectuel est différent en CHU ; et de ce fait, le dialogue est plus productif en CHU qu'ailleurs »*.

Cet état de fait n'est pas toujours perçu par les médecins interrogés au cours de l'enquête, ou à tout le moins ses proportions semblent ne pas leur être connues. *A contrario*, les médecins avouent fréquemment et sans réticence particulière ne pas maîtriser les questions de gestion, et notamment celles de nature financière. Ils ne semblent pas redouter que leur ignorance avouée dans ce domaine altère leur position de discours.

Cela s'explique vraisemblablement par le moindre prestige symbolique des connaissances de gestion par rapport aux connaissances médicales. Des comportements et connaissances valorisés dans certains contextes sont en effet parfois des monnaies d'échange médiocres dans d'autres situations, au sein d'autres assemblées. Ainsi, le directeur d'hôpital reconnu comme un bon juriste peut être démuni dans l'interaction avec des médecins lors de conversations très techniques. Habitué à dominer les interactions par le langage légitime qu'il maîtrise bien, il est placé en situation d'infériorité par la nature technique de l'échange[290].

Il est donc probable que le prestige symbolique de la figure du médecin influe sur le dialogue entre directeurs et praticiens de façon plus importante que ce que les acteurs veulent bien reconnaître. La mise en scène de l'aura magico-religieuse du savoir médical représente en effet un facteur important dans les interactions, notamment dans les centres hospitaliers universitaires.

Parmi de nombreuses illustrations possibles, on peut citer la description ironique de la figure du Professeur des Universités-Praticien Hospitalier par le jeune médecin Patricia Martel dans *Burn out*, roman décrivant le parcours de formation d'un praticien : *« Il y a avait un grand professeur qui nous exposait les toutes dernières découvertes qu'il ramenait d'un* Big Congress of Neurology. *C'est fou ce que ça en*

---

[289] Ceci ne signifie pas que le rapport à la connaissance médicale est une grille de lecture univoque de la relation entre directeur et médecin. Mais c'est un facteur non négligeable dans de nombreuses interactions.

[290] La connaissance juridique et de gestion, monnaie d'échange du directeur, n'a pas cours dans la conversation. Ou à tout le moins, cette monnaie connaît un taux de conversion défavorable.
Toutes proportions gardées, le directeur connaît une situation de domination symbolique, à l'image du paysan béarnais décrit par Bourdieu (Bourdieu (P.), *Le bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Seuil, 2002.). Les qualités valorisées dans le monde rural (franchise, caractère abrupt, absence d'affectation, etc.) sont moquées au bal de la petite ville comme des marques de grossièreté, de manque de finesse.
Le paysan valorisé dans son environnement pour ses attitudes conformes au « système de valeurs populaires (…) (« être entier (…) tout d'une pièce ») » (Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.) - est ridicule dans le contexte de lieu de séduction du bal, qui nécessite la maîtrise de l'art du semblant, de l'esquive, et de la comédie.

jette un professeur comme ça. Tout juste revenu des States qu'il repartait déjà. New-York, Oslo, Sydney, Bombay ; il s'élevait tel un aigle au-dessus de son sujet. Chemise cravate sous la blouse du clinicien, la théorie et la pratique, les études et le terrain, bivalent, bilingue, et, pour posséder tout cela, bicéphale, au moins. L'excellence du mandarin, l'omniscience, comme pour aller braver la mort au plus près en poussant les connaissances au plus loin, pour aller la provoquer sur son terrain, et la défier comme on défierait son plus vif adversaire, judicieusement, finement, en analysant sa stratégie pour mieux la contrer. Un guerrier savant, mystérieusement épris d'une passion vengeresse ; un soldat rancunier, prisonnier de l'obscurité d'une histoire dont il ne pourrait se défaire. Son histoire, la rançon de sa gloire. Un combat pour l'éternité. Un jour, c'est certain, la mort ne sera plus cette fin féroce et nécessaire »[291]. Cette description rend compte, sur un mode ironique, de la position d'autorité depuis laquelle s'expriment les praticiens hospitalo-universitaires. Les directeurs doivent composer avec cette figure prestigieuse dans leur mode de communication. Cette conciliation avec des « importants », au prestige social considérable, explique l'usage – *a priori* surprenant – du terme de *« déférence »* évoqué par un directeur adjoint en entretien pour qualifier la relation avec les PU-PH.

En outre, la *« déconsidération de la figure symbolique du médecin »*[292] auprès des patients rend souvent les praticiens plus soucieux encore de se voir accorder une reconnaissance de leur éminente position au sein de l'organisation hospitalière. C'est ce que rappelle un directeur : *« Ils sont fiers de leurs compétences et de leur formation. Ils ont peiné pour les avoir. Quand c'est remis en cause tout à trac, c'est mal compris. Chacun doit toujours être en position de faire valoir ses arguments avoir une chance de remettre en cause un avis contraire, comme de se remettre en cause soi-même, donnant-donnant »*. Les directeurs sont ainsi conduits à marquer un grand respect aux médecins, notamment hospitalo-universitaires.

Pour concilier cette contrainte avec l'image de soi et la crédibilité de leur rôle de décideur, les directeurs usent souvent d'une méthode classique : ils masquent leur position d'infériorité en la « sur jouant », mimant la déférence face aux « éminents » médecins sur un mode parodique.

Le rééquilibrage progressif des relations entre médecins et directeurs renforce ainsi la complexité des jeux d'acteurs. Ce rééquilibrage est associé à une contrainte budgétaire accrue qui donne plus d'importance aux fonctions de gestion. Mais la relation s'équilibre aussi en raison de l'augmentation du niveau de formation moyen des directeurs, facteur auquel les médecins sont sensibles. Enfin, au-delà du risque de cassure avec le corps médical, le chef d'établissement court un risque plus insidieux, et peut-être plus grave : le désinvestissement de certains acteurs. C'est un danger important à long terme.

---

[291] Martel (P.), *Burn out*, Biarritz, Atlantica, 2010.
[292] Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Commission XV (Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu Hospitalo-universitaire), *Un humanisme médical pour notre temps*, 2011.

Les acteurs dominés, parmi lesquels certains médecins et directeurs adjoints, peuvent se désengager du dialogue hospitalier. Cela induit un dialogue très affaibli, qui ne bénéficie pas de toutes les voix ayant intérêt à s'exprimer. Si la mécanique formelle des instances peut provisoirement masquer cet état de fait, cela n'est pas durable. Car le désinvestissement des acteurs dominés mine la légitimité du dialogue, et à terme la crédibilité des décisions prises dans ce cadre.

Le risque de désinvestissement du dialogue de gestion par les praticiens hospitaliers est important, notamment pour ceux qui ne détiennent pas de mandat de représentation.

Patricia Martel décrit, dans son roman autobiographique, le sentiment de mise à l'écart de certains praticiens, y compris, en l'espèce, hospitalo-universitaires, lors d'une conversation avec un professeur en fin de carrière : *« Voyez ce qu'ils ont fait de moi ! s'indigna-t-il… Quand je vous disais qu'ils m'avaient mis au placard…Voilà mon nouveau lieu de travail ! Plus de budget, pas assez de lits, alors mon ancien bureau, ces messieurs les directeurs ont décidé d'en faire une chambre de plus pour le service. (…) Regardez ! Ces nouveaux bâtiments qu'ils construisent là dehors, ces superbes buildings, vous voyez ? (…) Eh bien, ce sont des bureaux tout neufs pour ces grands messieurs les directeurs ! »* [293]. Si la conversation provient d'une œuvre littéraire (très autobiographique), elle n'en donne pas moins des éléments crédibles sur la perception des rôles contemporains des directeurs. En particulier, l'utilisation du qualificatif « grand » marque une importance nouvelle accordée à la direction[294].

1.1.2. Eviter le risque d'une décision inefficace

« Nous aimons que nos problèmes soient simples et que nos décisions requièrent peu de réflexion. Aussi si l'orateur A présente un problème comme compliqué et B comme simple, sommes-nous enclins à préférer l'argumentation de B. A juste titre si B a pris la complexité en compte et a su la réduire au plus simple, mais à tort si B a simplifié le problème en négligeant certains aspects importants, ce qui est plus fréquemment le cas. Il y a un moyen sûr pour présenter tout problème comme simple : c'est d'écarter de l'information factuelle et de raisonner de manière discursive à partir de principes généraux. Les principes et le raisonnement sont aisément compris par des auditeurs qui sont déjà

[293] Martel (P.), *Burn out*, Biarritz, Atlantica, 2010.

[294] Dans les conversations professionnelles à l'hôpital, on note que les internes et les infirmiers sont souvent « petits », alors que les professeurs et docteurs ne le sont jamais.

presque convaincus, tandis que les autres, plus nombreux, sont prompts à s'indigner de l'effort qu'exige d'eux l'orateur A, qui déverse et organise une grande masse d'information factuelle.
Nous sommes enclins à acheter nos opinions sur le marché le moins cher, et c'est le marché où les opinions particulières sont produites en masse à partir de principes généraux. C'est un danger majeur qui afflige les assemblées : il ne peut être écarté que si le président de séance accorde la plus grande attention au fait que les participants disposent des informations factuelles pertinentes ; et si jamais l'assemblée ne peut absorber le flot adéquat d'information, c'est qu'elle n'est pas le bon corps pour décider de l'affaire en question »[295].

Si la décision du chef d'établissement ne recueille pas l'assentiment des acteurs, ou si elle apparaît inadaptée à l'épreuve de la mise en œuvre, les acteurs opteront pour une application limitée, susceptible de rendre la décision ineffective. Une présentation tronquée ou biaisée de la décision à prendre ne sera ainsi pas d'un grand secours pour le directeur qui souhaite justifier une orientation reprouvée par une grande partie des acteurs. La décision prise formellement ne sera pas considérée comme légitime, et les acteurs se sentiront fondés à l'appliquer a minima, voire à ne pas l'appliquer du tout. Le pouvoir du chef d'établissement en est alors durablement altéré. C'est pourquoi celui-ci ne doit pas aventurer son autorité d'une manière trop éloignée de ce que son environnement est prêt à accepter.

Pour éviter ces risques de rupture ou d'affaiblissement du dialogue, il est nécessaire de préserver un équilibre entre les pouvoirs dans le processus de décision. Les pouvoirs des acteurs doivent être respectés, et pesés de manière prudente, car une décision emportée dans des conditions de forme contestable peut mettre en danger l'équilibre des pouvoirs. Les réactions négatives suscitées peuvent être un danger considérable pour le bon fonctionnement du processus de décision, et pour le chef d'établissement. Il est donc nécessaire de reconnaître le caractère fondamentalement polyarchique de l'hôpital public[296], au bénéfice de l'efficacité du processus de décision.

Pour atteindre cet objectif, certains auteurs proposent d'expérimenter l'intégration d'un médecin, « directeur médical », dans l'équipe de direction. Si la présence de médecins dans les équipes de direction nous semble utile, nous estimons cependant que les rôles priment les formations initiales dans les interactions.

---

[295] De Jouvenel (B.), *Le problème du président de séance*, Négociations, 2005/2, n°4.
[296] Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.

1.1.3. La confusion des rôles ne favorise pas l'équilibre des pouvoirs

Certains auteurs soutiennent que l'hôpital public risque de disparaître à brève échéance faute de réforme profonde incluant notamment l'entrée des médecins dans les équipes de direction[297]. D'autres sont réservés sur cette idée, assurant que la maîtrise progressivement accrue des rôles soignants par les directeurs et des rôles de gestion par les médecins rend la création du directeur médical superflue : *« Imaginons un anthropologue pénétrant l'enceinte d'un hôpital public… Tel Lévi-Strauss en 1939 chez les Nambikwara, au Brésil, il pourrait s'étonner de voir que le contrôle du pouvoir et de la légitimité de chaque acteur passe par d'étranges rites d'interaction : le directeur peut parler doctement des complications d'une infection nosocomiale ou des problèmes opératoires du bloc de chirurgie, le médecin peut discourir sur l'amortissement d'un scanner ou la cotation d'acte pour le PMSI… »* [298].

Les acteurs jouent parfois même à fronts renversés, ce qui ne favorise pas un dialogue plus riche. Ainsi de ces médecins expliquant qu'une nouvelle machine peut permettre de traiter un patient avec un gain de temps de deux minutes, permettant de pratiquer une intervention supplémentaire par jour à horaires constants. Et de ce directeur financier répondant que ce n'est pas un critère décisif pour le choix d'un investissement qui doit améliorer la qualité de prise en charge…

De fait, il apparaît que même les défenseurs de l'instauration d'un directeur médical, remplaçant à la fois le Président de la CME et le directeur des affaires médicales, soutiennent que ce rôle est incompatible avec l'exercice clinique, et admettent ainsi de façon implicite que la confusion complète des rôles n'est pas envisageable. Comme le dit un directeur : *« L'hôpital s'est structuré à travers trois univers : la gestion administrative, la médecine, et l'univers soignant. Il y a eu une compétition historique, et une exclusion réciproque ».*

Cette exclusion réciproque n'est pas un impératif indépassable. Un schéma différent consiste en effet à nommer un directeur médical à l'hôpital. Un directeur médical n'est pas un médecin chef d'établissement. Le directeur médical ne dirige pas l'hôpital. L'hypothèse de la création du directeur médical consiste à confondre les rôles d'expression de la communauté médicale et de gestion dans la conduite des « affaires médicales ».

Dans cette hypothèse, un acteur unique, médecin, remplace le président de CME et le directeur des affaires médicales. Il ne se substitue pas au directeur, chef d'établissement. Ce directeur médical est supposé favoriser l'implication accrue des

---

[297] Holcman (R.), *L'avenir de l'hôpital public français compromis ?*, Journal d'économie médicale, Vol. 24, n° 7-8, pp. 415-425, novembre-décembre 2006.

[298] De Montalembert (P.), Spinhirny (F.) *Administrateur/Soignant, l'éternel retour du mythe de l'unité perdue*, Gestions hospitalières, n° 500, novembre 2010.

médecins dans la gestion de l'hôpital. Cette hypothèse est récurrente dans le débat sur la gestion hospitalière (elle apparaît dans la revue *Gestions hospitalières* dès 1975).

La mise en place du directeur médical ne nous paraît pas devoir résoudre la tension entre directeurs et médecins au sein du processus de décision, pour deux raisons principales ; D'une part, le statut des personnels médicaux les soustrait en partie à la hiérarchie administrative[299] ; d'autre part, les rôles priment la profession dans les interactions observées à l'hôpital.

Le directeur médical doit, selon ses partisans, remplacer le Président de CME et entrer dans la ligne hiérarchique de l'équipe de direction. Ce schéma pose deux problèmes majeurs.

En premier lieu, le principe de rattachement hiérarchique suppose que le directeur médical soit le subordonné du chef d'établissement, et soit évalué par lui. Il est peu probable que des Présidents de CME acceptent de devenir le subordonné de leur directeur, tel ce président : *« Le Président de CME joue un peu [le] rôle [de directeur médical], mais ce n'est pas un directeur médical. Il n'a pas de lien hiérarchique avec le directeur général. Lors des débats d'HPST, nous avons insisté pour qu'il n'y ait pas de directeur médical »*.

Au surplus, cela affaiblirait considérablement la portée de la parole du directeur médical auprès des médecins, en instillant un doute sur son autonomie. En effet, le président de CME tire une grande partie de son autorité du fait qu'il est élu par la communauté médicale (par les membres de la CME, eux-mêmes élus par les praticiens). Le président de CME ne dépend en aucune façon du chef d'établissement. C'est ce qui fait la force de sa parole : on ne peut le soupçonner de complaire au chef d'établissement. *A contrario*, le discours produit par le directeur médical ne serait sans doute pas reçu sans méfiance par le corps médical.

En outre, les médecins ne sont pas soumis hiérarchiquement au président de CME, et il est peu probable qu'ils acceptent de l'être au directeur médical. Comme le notent Lartigau et Noguera, *« Le personnel médical échappe de fait en partie à la gestion institutionnelle et s'organise selon des modalités peu contrôlables par la direction de l'hôpital. Dans les faits, si le personnel médical est géré administrativement par les services fonctionnels (DRH ou direction dédiée selon les cas), sa gestion opérationnelle et stratégique ne fait pas l'objet d'un réel contrôle par l'organisation »*[300]. Or, la nomination d'un directeur médical ne rendrait pas les médecins plus dépendants de la direction.

En second lieu, il faut noter que les questions de rémunération, qui ont une importance symbolique certaine, ne sont pas un facteur favorable à l'hypothèse du

[299] C'est notamment le cas des médecins hospitalo-universitaires.
[300] Noguera (F.) et Lartigau (J.), *De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives*, Management & Avenir 2009/5, n° 25.

directeur médical[301]. En effet, les médecins hospitaliers ont des niveaux de rémunération élevés, souvent supérieurs à ceux des directeurs. Cela peut rendre plus difficile le rattachement hiérarchique d'un directeur médical à un chef d'établissement. Pour donner un ordre de grandeur, les revenus des médecins hospitaliers impliqués dans la gouvernance de l'hôpital sont élevés, même en comparaison des cadres A+ de la fonction publique dont font partie les directeurs :

- Professeur des universités-praticien hospitalier : de 6245€ bruts mensuels à 11078€[302].
- Praticien hospitalier : de 4510€ bruts mensuels en début de carrière à 7797€[303].

Ces montants s'entendent hors indemnité de service public exclusif ou activité libérale, gardes, astreintes, et temps de travail additionnel. Bien sûr, les médecins obtiennent les statuts cités ci-dessus (notamment le statut de PU-PH) à un âge plus avancé que la majorité des directeurs quand ils commencent leur carrière.

Mais le statut des directeurs d'hôpital n'est pas plus avantageux que celui des PH, et moins encore celui des PU-PH, y compris compte tenu du logement de fonction et de l'alignement du statut des directeurs sur celui des administrateurs civils en 2005.

La rémunération des directeurs est plus difficile à présenter de façon synthétique du fait de la complexité de la prime de fonction et de résultats et de la valeur du logement de fonction qui diffère selon les agglomérations. On peut donner l'approximation suivante :

- Directeur d'hôpital (hors emploi fonctionnel) : de 3300€ bruts mensuels (PFR incluse) + logement de fonction en début de carrière à 7500€ bruts mensuels + logement de fonction.

Pour les directeurs sur emploi fonctionnel (moins de 10% du corps) – le plus souvent des chefs d'établissements – les montants sont plus élevés.

Les médecins hospitaliers titulaires ont donc globalement un revenu plus élevé que les directeurs. Or, le niveau de rémunération est un élément important de prestige et de reconnaissance. C'est une des raisons pour lesquelles le directeur médical est une hypothèse difficile à envisager. Cette difficulté associée à la rémunération est évoquée spontanément par un directeur : *« Ils n'ont souvent pas très envie de se lancer dans des métiers de gestion. Leur métier est prioritaire, il est difficile d'en changer. (…) Il faut aussi dire que le métier de directeur est moins bien payé, même si le nouveau statut des directeurs d'hôpital a réduit cet écart ».* Cette difficulté serait encore plus aigüe dans les CHU, étant donné le niveau de rémunération plus élevé des PU-PH. Sauf à rémunérer le directeur médical sur la grille des PH ou PU-

[301] Il faut noter quelques rares exceptions. Des praticiens intègrent parfois le corps des directeurs d'hôpital, par concours ou par le tour extérieur.
[302] Lauret (T.), Rivet (S.), *Les médecins à l'hôpital public – Statuts et carrières*, Les indispensables, Berger-Levrault, 2008.
[303] *Op. cit.*

PH (et à en faire un subordonné systématiquement mieux payé que son supérieur), cette situation est un facteur de blocage à ne pas sous-estimer.

Mais nous considérons que le directeur médical n'est pas une option à privilégier pour une raison plus fondamentale. En effet, sa création ne garantirait pas une amélioration du dialogue entre médecins et équipe de direction. En effet, ce sont des oppositions de rôles sociaux et non de valeurs ou de compétences qui structurent les rapports de force au sein de la « gouvernance hospitalière », comme le montre le cas d'acteurs issus du monde du soin amenés à jouer un rôle de gestion. *« L'entrée effective ou potentielle des médecins et soignants dans des organes à finalité stratégique et économique, (…) montre surtout que la promotion de certains professionnels dans ces structures est nécessaire à l'acceptation de la rationalité gestionnaire par les professionnels de santé, malgré les inconvénients de la solution au regard même de la démographie médicale et soignante. En ce sens, elle fait la preuve que la conflictualité entre les deux logiques de la gestion et du soin n'est pas principalement une question de profession, mais de rôle, et constitue effectivement un des éléments dynamiques centraux du secteur hospitalier »*[304].

En outre, l'un des intérêts majeurs du management par un directeur médical consiste dans une meilleure reconnaissance de son autorité par rapport à un directeur non médecin. Les exemples des hôpitaux d'instruction des armées et des centres de lutte contre le cancer en attestent, comme le rappelle un praticien de CHU interrogé : *« Dans les centres de lutte contre le cancer, le directeur général est un médecin, et son autorité est beaucoup plus forte. Il y a une relation symbolique de maître à élève, bien supérieure à la relation hiérarchique existant avec le DG du CHU ».*

On peut noter à cet égard que le modèle des Centres de Lutte Contre le Cancer présente des spécificités intéressantes. Ces hôpitaux privés non lucratifs monothématiques sont dirigés par un binôme constitué par un Directeur Général médecin et un Directeur Général Adjoint de formation managériale, souvent directeur d'hôpital. Or, les centres de lutte contre le cancer constituent un modèle d'hôpital privé non lucratif qui semble performant.

Cependant, ces modèles doivent être relativisés : les hôpitaux d'instruction des armées présentent une situation financière extrêmement préoccupante, qui met en question l'efficacité de leur gouvernance. Quant aux centres de lutte contre le cancer, ils emploient des praticiens qui traitent une seule pathologie, ce qui est très différent de l'activité d'un hôpital public. L'autorité du directeur général médecin est alors proche de celle d'un chef de service à l'hôpital ; un directeur général médecin est légitime pour autant que l'établissement qu'il dirige pratique une ou plusieurs activités qu'il connait bien sur le plan clinique. Cela renvoie plus à un rôle de chef de pôle qui serait décisionnaire que de chef d'un établissement pluridisciplinaire.

On peut donc penser que les médecins trouveront plus aisément une place dans des rôles d'expertise et de conseil à l'hôpital, comme l'affirme un directeur adjoint : *« il*

[304] Dumond (J.-P.), *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé, 2003/1, pp. 71-81.

y a de nombreux médecins qui deviennent consultants à l'ANAP. Ils interviennent ponctuellement, mais pas dans la gestion quotidienne ».

En outre, une autorité trop forte est susceptible de constituer un handicap plus qu'un atout pour le « premier des médecins » (président de CME ou directeur médical), dont l'un des rôles essentiels consiste à renforcer le dialogue de gestion. A cet égard aussi, le maintien d'un rapport de forces équilibré constitue en effet une condition nécessaire pour une décision hospitalière efficace.

Une option alternative est de créer un directeur médical sans supprimer le président de CME. Cela peut être intéressant si ce praticien est à la fois conseil du chef d'établissement et du président de CME. Mais cette hypothèse nécessite une bonne entente entre président de CME et directeur médical. Ce dernier a besoin d'un sens aigu de la diplomatie pour mener à bien sa mission. Car si une concurrence s'installe avec le président de CME, les effets peuvent être très délétères.

La nomination d'un médecin en charge de la politique médicale au sein de l'équipe de direction peut être pertinente, si cette option est acceptée par le président de CME. Mais elle est vouée à l'échec si le directeur médical élargit trop son rôle au détriment de la CME. On peut citer à l'appui de cet argument l'exemple d'un conflit entre le président de CME l'AP-HP et le Directeur de la politique médicale, médecin PU-PH :
« Une médiation a été mise en place à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) pour clarifier les compétences du président de la commission médicale d'établissement (CME) par rapport à celles de la direction de la politique médicale, a-t-on appris mardi de sources concordantes. Cette mission est menée par l'ancien directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille, Didier Delmotte, et l'ancien président de la CME de ce même CHU, le Pr Alain Destée.
Contactée par l'APM, la direction générale de l'AP-HP a confirmé la mise en place d'une "mission de conseil et d'appui" auprès de la directrice générale, Mireille Faugère, et du président de la CME, le Pr Loïc Capron, "d'un commun accord" et "en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France".
Cette mission examinera les "modalités de mise en œuvre des compétences du président de la CME telles que définies par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), compte tenu de la spécificité et de la complexité de l'AP-HP", ajoute-t-elle.
Contacté par l'APM, le Pr Loïc Capron a expliqué que les décisions étaient actuellement prises par un "triangle", associant la directrice générale, le directeur de la politique médicale et le président de CME, "en ignorant très souvent le président de la CME". Il a estimé que la situation était devenue "insupportable" et a engagé fin août une négociation directe avec la directrice générale.
Le Pr Capron rappelle que la loi HPST confie au directeur et au président de la CME les affaires médicales. Il estime que les décisions relatives à la politique médicale doivent donc être prises conjointement par la directrice générale et par le président de CME après concertation en directoire, "en sachant que le dernier mot appartient toujours" à la directrice générale.
(…) La conférence des présidents de CME de CHU a adopté mardi une motion à propos de cette médiation "relative à la place de la direction de la politique

médicale dans l'organigramme de l'AP-HP". Elle a rappelé qu'en vertu du code de la santé publique le président de la CME "coordonne la politique médicale de l'établissement" (article L6143-7-3) et est "chargé des affaires médicales" de l'établissement (article L6143-7-5).
(…) La direction de la politique médicale, qui est spécifique à l'AP-HP, a été créée en 1996 de la fusion entre la direction des ressources et de l'organisation médicale (Drom) et la direction de la prospective et de l'information médicale (DPIM).
(…) Depuis 2003, les directeurs de la politique médicale sont des médecins. »[305].
Après cet épisode, le directeur général de l'AP-HP a nommé un directeur de la politique médicale issu du corps des directeurs d'hôpital, peut-être pour éviter les relations de concurrence entre le titulaire de cette fonction et le président de CME[306].

Enfin, en ce qui concerne la question de la confusion des rôles, les études récentes ne semblent pas attester de façon certaine de l'efficacité d'une autre option : le chef d'établissement médecin qui remplace le directeur.

Les études comparatives récentes n'établissent pas une meilleure efficacité des établissements dirigés par des médecins. Amanda Goodall décrit ainsi l'évolution de long terme dans les établissements de santé anglo-saxons : *« Dans le passé, les hôpitaux étaient traditionnellement dirigés par des médecins. Cela a changé. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, la plupart des chefs d'établissements sont des managers non-médecins. Sur les 6500 hôpitaux que comptent les États-Unis, seuls 235 sont dirigés par des médecins. »*[307]. Aux États-Unis, ce sont les hôpitaux les plus prestigieux qui sont le plus souvent dirigés par des médecins. Amanda Goodall suggère que cela constitue une preuve que les médecins sont capables d'être des dirigeants efficaces.

Dans son enquête, Mme Goodall utilise comme critère de bonne gestion le classement des hôpitaux dans le *US News and World Report on best hospitals.* Les résultats de cette étude, dont l'auteur reconnaît les limites méthodologiques[308], ne prouvent pas que les médecins sont des dirigeants plus efficaces que les managers non-médecins.

En outre, les mécanismes évoqués par Amanda Goodall (connaissance intuitive des organisations soignantes) ou par Falcone et Satiani (crédibilité supérieure auprès du corps médical et rôle d'exemple)[309] comme permettant une plus grande efficacité des médecins dirigeants ne sont pas corroborés de façon certaine par l'enquête de terrain. En France, peu d'établissements importants sont dirigés par des médecins : les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les hôpitaux militaires font exception.

---

[305] Dépêche de l'Agence de Presse Médicale, 17 octobre 2012.
[306] Le caractère exceptionnel à tous égards de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dans le paysage hospitalier français ne permet pas de tirer de conclusions aisément transposables.
[307] Goodall (A.H.), *Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?*, Social Science and Medicine, 2011.
Traduction personnelle:
In the past, hospitals were routinely led by doctors. That has changed. In the United Kingdom (UK) and the United States (US), most hospital chief executive officers (CEOs) are non-physician managers rather than physicians. Of the 6,500 hospitals in the US, only 235 are led by physicians.
[308] L'étude en question ne porte pas spécifiquement sur le management.
[309] Falcone (B.E.), Satiani (B.), *Physician as hospital chief executive officer*, Vascular and Endovascular Surgery, 2008.

Plusieurs répondants médecins attribuent tout simplement cette situation aux praticiens eux-mêmes : *« Parce qu'ils ne le veulent pas », « Pour éviter toute collusion avec le pouvoir médical »*. Les directeurs confirment : *« C'est un corps un peu à part sur le plan hiérarchique », « Il y a vraiment des raisons symboliques et culturelles. Autant les personnes de soin sont habituées à des formes de hiérarchie, autant les médecins sont hermétiques à des hiérarchies entre pairs »*.

Un directeur évoque spontanément l'exemple des hôpitaux psychiatriques, qui manifeste selon lui les limites d'un exercice managérial par les médecins : *« cela traduit une forme de défiance à l'égard de la capacité des médecins à gérer les hôpitaux. Il y avait notamment eu des directeurs médecins dans les établissements psychiatriques après 1838, et cela n'avait pas été très concluant »*. Les directeurs chefs d'établissement de psychiatrie soulignent que le caractère mono disciplinaire de leurs établissements induit une difficulté à estimer la légitimité de tel ou tel praticien à traiter d'une question. Cela peut être un facteur paralysant important.

Un praticien confirme cette vision dans le contexte MCO : *« J'ai travaillé quand j'étais « petite » dans des cliniques privées où il y a avait un directeur médecin. Mais c'était des petites structures, et puis ça ne leur a pas forcément réussi »*.

Notre position consiste à ne pas rechercher dans la définition des rôles formels une solution optimale permettant d'améliorer la gestion hospitalière. Il nous semble bien plutôt nécessaire de promouvoir un équilibre des pouvoirs au sein de l'hôpital, pouvoirs qui échappent toujours en partie aux dispositifs institutionnels.

1.2. Des pouvoirs équilibrés pour une décision de qualité

1.2.1. L'équilibre des forces favorise l'échange argumentatif

> *« La littérature et le savoir de notre siècle tendent beaucoup plus à détruire qu'à édifier. On censure d'un ton de maître ; pour proposer, il en faut prendre un autre »*[310].

[310] Rousseau (J.-J.), *Emile, ou De l'éducation*, Flammarion, 2009.

L'équilibre des forces induit a quasi impossibilité pour le chef d'établissement de décider contre l'avis des médecins, et favorise un débat plus riche, avec un examen plus abouti des arguments contradictoires. Le rôle du temps est à cet égard essentiel. La lenteur de la décision, souvent décriée et perçue comme inefficace, présente en fait un intérêt majeur : une décision longuement exposée aux critiques des opposants est paradoxalement mieux acceptée par eux. Le fait de considérer longuement les arguments des opposants, même par pure tactique, représente une marque de respect, notamment à l'égard d'opposants de rang élevé.

C'est ainsi que dans l'art oratoire malgache ou « kabary », les arguments de la personne qui prend la parole ne peuvent être présentés qu'après de très longues excuses, adressées aux membres de l'auditoire par ordre de préséance. L'objectif est *« d'éviter de prendre la ligne droite mais d'amener petit à petit son auditoire à adhérer au message que l'on veut transmettre par des chemins détournés en procédant par allusions très agréables à entendre. La culture malgache est toujours focalisée sur le respect du « fihavanana ». Le respect de la hiérarchie est une particularité de la société malgache. En étant le porte parole, le « mpikabary » doit commencer par présenter ses excuses et ses hommages aux plus âgés, dans le but de préserver la solidarité, l'unité, et surtout le « fihavanana » »*[311]. Cette réparation préalable et symbolique présente un intérêt majeur : elle permet à des acteurs moins expérimentés, placés dans des positions réputées moins prestigieuses que leur auditoire, de voir néanmoins leurs propositions prises en considération.

Dans les hôpitaux publics français, des prolégomènes du même type ont une fonction similaire. La pratique d'une sorte de « mpikabary », généralement par les directeurs ou par de jeunes médecins, constitue une réparation symbolique avant l'énonciation d'arguments ou de propositions susceptibles de heurter des médecins expérimentés. La position définie par les textes (le directeur décide) est ainsi rendue acceptable pour les médecins, car le directeur fait comme s'il ne disposait pas du pouvoir qu'il s'apprête à exercer. Rendant ainsi grâce à l'influence des médecins (et notamment à leur pouvoir d'empêcher), le directeur tire les conclusions de la constatation de Jean-François Chanlat : *« Un étudiant qui découvre le monde de l'entreprise commence assurément par réviser bien des préjugés, à commencer par celui de la parfaite correspondance entre la répartition du pouvoir telle qu'elle est présentée officiellement par l'organigramme et sa répartition réelle. Cette correspondance n'est en effet jamais parfaite »*[312].

De la même façon, le temps est utilisé par les décideurs hospitaliers comme un moyen de faire accepter des décisions importantes aux acteurs qui s'y opposent, souvent des médecins disposant d'un capital social élevé. Sur ce plan, le processus de décision hospitalière, qui comprend de multiples phases préparatoires favorisant une meilleure acceptation, présente des similitudes avec la justice pénale. On constate en effet que des décisions qui heurtent profondément les convictions des

---

[311] Andriamboavonjy (H.), *L'art oratoire malgache ou « kabary », une magie du verbe*, L'ENA hors les murs, avril 2012.
[312] Babeau (O.), Chanlat (J.-F.), *La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles*, XVIème conférence internationale de management stratégique (AIMS), Montréal, 2007.

parties lors du jugement en première instance, sont progressivement mieux acceptées en appel, puis en cassation.

Utiliser cette fonction du temps de façon optimale (sans retarder à l'excès une décision ni la brusquer) nécessite un talent particulier de la part des acteurs, et notamment de la part du chef d'établissement et du président de CME. Leur parole doit en effet porter la dynamique de l'établissement de la façon la plus concrète possible. Mais dans le même temps, leur discours ne doit jamais insulter l'avenir.

Dans ce cadre, le binôme majeur de la gestion hospitalière exerce un rôle proprement politique ; on peut leur appliquer le jugement porté par Pierre Bourdieu sur le capital symbolique habilement entretenu par le personnel politique : *« Ce capital suprêmement labile ne peut être conservé qu'au prix d'un travail de tous les instants qui est nécessaire et pour accumuler le crédit et pour éviter le discrédit : de là (…) le souci de ne rien dire ou faire qui puisse être rappelé par la mémoire des adversaires, principe impitoyable d'irréversibilité (…). La prudence extrême (…) définit le politicien accompli et (…) se mesure en particulier au haut degré d'euphémisation de son discours (« la langue de bois ») »*[313]. Directeur et président de CME doivent ainsi conjuguer enthousiasme et habileté, et user du pouvoir que leur donne le temps pour faire consentir les autres acteurs à des décisions difficiles.

Il leur faut aussi tenir compte des changements de contexte et de rapports de force susceptibles de survenir au cours du processus. Les données sur lesquelles se fondent l'action ne sont en effet pas figées au lancement des débats. Les décideurs doivent donc pouvoir infléchir leur discours. Cela permet de prendre en compte une réalité différente de celle qu'ils dépeignaient jusque-là et de continuer à poursuivre leurs objectifs.

1.2.2. Un équilibre évolutif au cours du processus de décision

Le processus de décision de l'hôpital est alternativement dominé par les directeurs et par les médecins. Le dialogue informel, en début de processus, est plus favorable aux médecins. En effet, les compétences techniques des médecins leur permettent de participer de façon prépondérante au débat sur la sélection des projets pertinents et leur architecture générale. La définition de ce qui est techniquement possible, au regard de « l'état de l'art » médical notamment, appartient en grande partie aux médecins. Les directeurs le reconnaissent en général volontiers. Les praticiens exercent donc un rôle de *gate keeper*, qui leur accorde une sorte de veto initial sur les projets éventuels.

[313] Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.

En revanche, plus le processus de décision est dans une phase avancée, plus l'influence des directeurs croit. En effet, les situations de discours deviennent de plus en plus formelles, à mesure que les phases du processus se succèdent. Le formalisme des instances officielles favorise les directeurs, qui disposent de compétences de « linguistique juridique et administrative » supérieures.

La capacité à maîtriser les formes officielles du discours favorise les directeurs par rapport aux médecins. Cela permet aux directeurs d'infléchir les décisions dans la dernière partie du processus. Les nécessités de la « mise en forme » des documents définitifs assurent en particulier aux directeurs adjoints un rôle très important. Cette mise en forme permet de modifier les caractéristiques des décisions au prétexte d'une nécessité formelle, et donc d'exercer une influence sans désavouer les médecins.

Un praticien interrogé, familier des instances, évoque le fait que les pouvoirs détenus par les directeurs et les médecins ne sont pas de même nature : *«On n'a pas exactement les mêmes cartes en main. Et c'est pour ça qu'il y a de la dissimulation »*. Cette faible intégration des acteurs dans un système commun est un handicap pour le fonctionnement du processus de décision.

On peut noter que dans le cas particulier des centres hospitaliers universitaires, la confrontation des pouvoirs pâtit d'une organisation très peu intégrée. Les CHU et les facultés de médecine sont en effet deux organisations séparées, dont les « gouvernances » sont relativement étanches, malgré la participation d'acteurs universitaires dans les instances hospitalières. A l'inverse, le modèle néerlandais présente une intégration très forte entre hôpital et université. Cela permet un exercice du pouvoir efficace, car la chaîne hiérarchique est commune à tous les acteurs.

Le modèle de gouvernance hospitalo-universitaire néerlandais présente une caractéristique intéressante pour l'analyse du modèle français : le système néerlandais est en effet à l'opposé du système français. Alors que les instances des CHU et des facultés de médecine sont totalement distinctes en France, les Pays-Bas connaissent une gouvernance intégrée. Ce schéma est d'autant plus intéressant que le modèle intégré tend à devenir de plus en plus fréquent dans le monde[314].

Outre le cas d'Utrecht, la Commission Marescaux sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires a étudié des exemples américains, belges, et britanniques. Tous présentent une gouvernance hôpital/faculté de médecine plus intégrée que dans le modèle français. Les conclusions établies soulignent en effet que les hôpitaux universitaires étudiés assurent tous une *« prise en compte de l'Université/Ecole de Médecine dans les instances décisionnelles du CHU/AMC »*[315]. L'exemple néerlandais présente donc une différence intéressante avec le système français.

[314] Marescaux (J.), *Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, 2009.
[315] Marescaux (J.), *op. cit.*

La Commission Marescaux prend l'exemple de l'University Medical Center (UMC) d'Utrecht, l'une des huit structures intégrées aux Pays-Bas. Le changement de gouvernance est décrit par le doyen Franck Miedema, auditionné par la Commission, comme permettant une meilleure efficacité : « *Avant la réforme, il y avait des conflits permanents entre l'hôpital et la faculté de médecine ; cela provoquait une déperdition de talents* »[316]. L'UMC d'Utrecht est un établissement privé à but non lucratif, financé à la fois par l'Etat et par des assureurs privés. Cet établissement est doté d'un comité de direction composé de trois membres : le Président médecin, le vice-président doyen, et le gestionnaire. Cet organe très resserré présente des similitudes avec le directoire français.

Mais outre cette ligne hiérarchique unique, dominée par le corps médical, l'UMC d'Utrecht met en œuvre un management très décentralisé et responsabilisant. Ce management décentralisé se manifeste aux plans des finances et des ressources humaines : *« L'unité autonome de l'UMC est la division médicale. Elle dispose d'un budget qu'elle est libre de gérer pour le recrutement médical, paramédical, pour l'achat d'équipements. Elle est redevable de comptes sur les 3 missions [soin, enseignement, et recherche]. Elle se charge de l'allocation du temps de chaque médecin entre les 3 missions »*[317]. Cette autonomie est associée à une responsabilisation très forte, incluant des sanctions afférentes au statut, difficilement imaginables en France *: « Mise en place d'outils de performance clés (pour la recherche: nombre d'articles, impact factor, thèses de PhD, financements obtenus sur projets) de la division jusqu'au niveau des individus, responsabilisés. En cas de mauvaise performance, le titre de professeur est retiré »*[318]. Ces caractéristiques singulières nous semblent devoir inspirer, dans certaines limites, des réformes futures pour l'hôpital français. En effet, une partie importante des dysfonctionnements mis en exergue par les répondants de l'enquête de terrain sont associés à une séparation trop nette entre corps médical et direction. Le modèle hospitalo-universitaire néerlandais donne à voir l'importance d'un lien renforcé entre corps médical et direction, dans le cas particulier de l'hôpital universitaire.

Certains médecins hospitalo-universitaires interrogés proposent ainsi une gouvernance plus intégrée entre hôpitaux et facultés de médecine : *« Les Présidents des universités de médecine sont des médecins et ils sont capables de diriger. On pourrait imaginer un directeur unique. C'est le modèle des grandes universités américaines. Et un seul chef pour l'hôpital et l'université, cela donnerait de la cohésion ».*

Un directeur propose lui aussi un modèle proche du système néerlandais : *« J'ai toujours pensé que les PU-PH ne sont pas des salariés de l'hôpital. Ce sont des salariés de l'université. Quand tout va bien, ils jouent le jeu de l'hôpital, et dans l'adversité, ils se rangent en général, fort logiquement, sur les positions de l'université. Pour aller au bout de ma pensée, le bon modèle serait un hôpital à but*

---

[316] Marescaux (J.), *op. cit.*
Traduction personnelle :
« Before the reform, continuous quarrels between hospital and faculty led to deperdition of talents »
[317] Marescaux (J.), *Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, 2009.
[318] Marescaux (J.), *Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, 2009.

non lucratif, pas public, ouvert sur la société, mais avec quelques CHU ayant la responsabilité de la formation et de la recherche, sur le même modèle mais universitaires. Mon idée serait qu'il y ait une douzaine de CHU, où l'université de médecine serait intégrée au management hospitalier. Établissements publics, pourquoi pas… dans ce cas là, en raison de la dominante régalienne. Aujourd'hui, 40% des soins hospitaliers en France sont délivrés par l'exception, les CHU. C'est absurde ».

De façon plus générale, le regard porté sur cet aspect de la « gouvernance » des centres hospitaliers universitaires permet de tirer des enseignements utiles dans le cadre de notre étude sur l'ensemble des hôpitaux. L'exemple néerlandais donne à voir des rôles différents pour le personnel médical, par rapport à ce qui existe en France. Pour autant, l'implication des individus médecins dans la gestion ne semble pas un facteur favorable pour un dialogue de gestion de qualité (exemple indien). En revanche, l'implication collective du corps médical dans son ensemble dans la gestion, et au-delà dans les choix stratégiques, semble être un atout pour la qualité du dialogue et de la prise de décision (exemples belge, néerlandais et genevois).

C'est pourquoi l'intégration de médecins dans les équipes de direction *en raison de leur statut de médecin* ne nous semble pas devoir être considérée comme une solution univoque pour renforcer l'efficacité de la décision à l'hôpital. Cette assertion nous paraît fondée pour le directeur-médecin, chef d'établissement, comme pour le directeur médical, qui remplacerait le président de CME et le directeur adjoint chargé des affaires médicales.

Au surplus, la perspective de long terme fait apparaître que de moins en moins d'établissements ont pour directeurs des médecins. Le modèle du directeur manager s'impose progressivement dans les pays de l'OCDE comme dans les pays émergents.

Mais le rapprochement du corps de direction et du corps médical au plan des modes d'organisation nous semble souhaitable. Cela induit la poursuite de l'extension des binômes directeur-médecin dans différents domaines (qualité, etc.), sans confusion des missions ou des rôles, afin de préserver l'équilibre des forces.

L'équilibre des forces est en effet une condition nécessaire à la qualité de la décision. Deux points doivent être améliorés pour que cet équilibre soit fécond. D'une part, il est nécessaire que les rapports de pouvoir soient équilibrés *tout au long du processus de décision*. L'avantage relatif des médecins en début de processus doit être réduit, de même que l'avantage relatif des directeurs en fin de processus. Pour être atteint, cet objectif nécessite une adaptation des formations initiales et continues des deux corps. D'autre part, l'équilibre ne doit pas empêcher le mouvement. Le rapport de forces équilibré ne doit pas provoquer l'impossibilité de décider. Pour que la décision soit efficace, il est nécessaire que les acteurs soient mis en situation de participer à un processus dont ils ne craindront pas l'échec. Directeurs et médecins doivent donc être incités à s'engager dans le processus de décision, pour des dispositifs qui pénalisent, tout au moins de façon informelle, les attitudes de retrait excessif.

Cela permettra de susciter le maximum de propositions et de débats. Et cela induit une forte participation des médecins, qui sont les plus susceptibles de se désengager du dialogue. Susciter l'engagement des décideurs, et plus particulièrement des médecins, est donc un enjeu essentiel.

2. Susciter l'engagement des décideurs pour une décision de qualité

> *« Chercheurs et consultants ont à prendre en compte le changement de nature des conflits et de leur règlement autour des questions de santé, d'environnement, de choix scientifiques et technologiques. En résultent le besoin de penser à frais nouveau toute une série de notions et la nécessité de chercher de nouvelles articulations entre débats, négociations, décisions, épreuves. Apparaît également le besoin de forger de nouvelles techniques d'aide, non plus à la décision, mais au débat public »*[319].

Renforcer l'implication des acteurs dans le processus de décision hospitalier est un enjeu central pour améliorer la décision. En effet, plus les acteurs se sentent impliqués dans le processus de décision, plus ils produiront des contributions de qualité, étant entendu que la qualité des contributions détermine – en partie – l'influence qu'elles auront.

Pour être atteint, cet objectif nécessite de combattre des attitudes préjudiciables : la position de désinvestissement de certains médecins, rebutés par la complexité et la lenteur du processus de décision hospitalier ; la position de retrait de certains directeurs, tentés de restreindre leur rôle à l'administration de l'hôpital, et non à sa direction.

Plusieurs actions sont à cet égard nécessaires. L'investissement des médecins dans la gestion de l'hôpital est indispensable. Il doit être promu. Pour cela, il est nécessaire de renforcer la confiance des médecins dans l'institution hospitalière ; il faut aussi leur permettre d'exercer leur profession dans des conditions plus satisfaisantes pour eux.

Et afin que les médecins trouvent leur place dans la « gouvernance » de l'hôpital, il est aussi nécessaire de modifier celle qu'occupent les directeurs. Cela induit un changement considérable de leur identité professionnelle et de leur formation. La posture des directeurs d'hôpital est en effet marquée par la figure du « manager de terrain », sensible aux problèmes concrets et aux nécessités spécifiques de leur établissement. Les directeurs estiment que leur rôle dans l'administration des affaires de l'hôpital est central. Ils estiment très justement être des managers de « l'administration active », au contraire des membres des corps d'inspection et de contrôle.

---

[319] Urfalino (P.), *Délibération et négociation*, Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.) (1995), Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict, New York, Norton, p. 236-57.

Cette esthétique du management *hic et nunc* ne nous semble pas appropriée pour répondre aux enjeux d'une rénovation importante de la décision à l'hôpital. S'il convient évidemment d'être en prise avec son établissement, cela ne doit pas obérer la nécessité de créer une nouvelle identité professionnelle des directeurs, fondée aussi sur les notions de pilotage, de contrôle, d'audit, et de conseil. Comme d'autres métiers, celui de directeur d'hôpital est amené à devenir davantage axé sur la supervision et le conseil. Les directeurs d'hôpital seraient ainsi amenés à emprunter une partie du rôle des corps d'inspection et de contrôle.

C'est aussi la condition pour poursuivre la progression d'une profession qui ne doit pas s'arrêter à ses succès récents.

La formation des deux corps professionnels doit tenir compte de cet enjeu. En outre, la confiance des médecins dans l'hôpital doit être améliorée. De plus, l'exercice médical à l'hôpital doit devenir plus libre. Si les instances ne nous semblent pas devoir connaître une réforme supplémentaire, il serait utile de publier les opinions dissidentes de la CME. Enfin, la mise en réseau des hôpitaux est un facteur favorable pour instaurer une supervision externe des débats hospitaliers.

2.1. Créer une nouvelle identité professionnelle du directeur d'hôpital

> *« Ce que donne la littérature à voir, c'est que la prise de décision n'est pas seulement le fruit d'une délibération rationnelle portant sur un « qu'est-il juste de faire ? » mais le produit instable d'un halo de représentations de soi »*[320].

Les directeurs d'hôpital ont progressivement acquis à compter des années 1990 une position de décideurs, capables d'influer sur le développement d'un établissement. Ils ont aussi obtenu une reconnaissance statutaire, avec depuis 2005 une grille de rémunération identique à celle des administrateurs civils, conseillers des tribunaux administratifs, conseillers de chambres régionales des comptes, administrateurs territoriaux, etc.

Mais, alors que le succès professionnel du corps se concrétise, l'identité professionnelle des directeurs d'hôpital est remise en cause. Cela se manifeste de deux façons : d'une part, avec la mise en question du parcours de carrière traditionnel ; et d'autre part, avec la remise en cause d'un modèle professionnel fondé sur les compétences de gestion et d'administration.

---

[320] Leichter-Flack (F.), *Le laboratoire des cas de conscience*, Alma, Paris, 2012.

En effet, un facteur essentiel modifie le rôle prescrit des directeurs d'hôpital : la mise en place des pôles. La création des pôles déconcentre un certain nombre de décisions, tout au moins en principe. Et le médecin chef de pôle est réputé assurer la gestion de son pôle. Or, l'autonomie des pôles hospitaliers français est en pratique modeste, à l'heure actuelle. La figure du chef de pôle est très récente et ne bénéficie pas de la même légitimité que celle du chef de service. Alors que le chef de service fonde son autorité sur la relation de maître à élève qu'il entretient avec son équipe médicale, le chef de pôle est supposé incarner la figure du médecin gestionnaire. L'autorité du chef de pôle ira probablement croissant, mais elle n'est actuellement pas établie de façon systématique ; elle dépend beaucoup du périmètre du pôle, de son homogénéité, et de l'acteur lui-même.

Figure par construction ambivalente, le chef de pôle est donc un médecin qui participe au contrôle des dépenses (tout en réclamant parfois des moyens supplémentaires). Le chef de pôle emprunte ainsi au directeur. Et sa présence contraint les directeurs d'hôpital à modifier leur propre manière d'exercer leur métier. Si des prérogatives sont déléguées à des médecins chefs de pôle, à qui sont-elles retirées ?

De nombreux directeurs d'hôpital estiment que la délégation aux pôles est un facteur de régression pour les directeurs adjoints, comme en atteste l'enquête de terrain. On ne peut administrer ce qui est désormais décidé en partie à un niveau différent, par d'autres. Les directeurs doivent modifier leur identité professionnelle pour conserver l'utilité de leur rôle.

Soit les directeurs deviennent des appuis des chefs de pôle, ce qui leur fait courir le risque de (re)devenir des « administratifs ». C'est la figure peu investie et valorisée du « directeur référent de pôle », souvent réservée à de jeunes professionnels, ou conçue comme un complément de poste. Ce nouveau rôle ne nous semble pas recéler un grand potentiel pour la profession de directeur d'hôpital.

Soit, les directeurs essaient de passer du rôle de gestionnaire à celui de superviseur. Cette hypothèse est sans doute la seule praticable pour permettre à la profession de continuer à progresser. Cela induit un changement de culture professionnelle considérable, et impose le deuil d'une partie de l'identité des directeurs. Superviser, conseiller, piloter au lieu d'administrer et de gérer, c'est changer de modèle. C'est, pour les directeurs, abandonner un peu de la fierté d'être en prise immédiate « avec le terrain », pour résoudre des problèmes concrets. C'est renoncer un peu à la posture du fonctionnaire-entrepreneur local, qui emprunte autant à la maîtrise administrative des administrateurs civils qu'à la geste du chef d'entreprise pragmatique.

Se rapprocher des métiers d'inspection, d'audit et de contrôle, prendre de la distance, rendre plus ténu le lien avec le « terrain » (dans le cadre de directions communes, communautés hospitalières de territoire, groupements d'achat, et peut-être prochainement de directions fonctionnelles territoriales, etc.), c'est porter atteinte à la pratique du métier de directeur d'hôpital telle qu'elle s'est constituée. Le directeur était traditionnellement très lié à un établissement, comme en atteste le logement de

fonction, souvent situé dans l'enceinte de l'hôpital (c'est de plus en plus rare) et la contrepartie de cet avantage, les gardes administratives sur site.

L'évolution de l'hôpital public, recomposé en interne (pôles) et en externe (coopérations) impose une nouvelle pratique de la fonction de directeur. Ce changement important ne peut être un succès sans une refondation de la profession.

Concrètement, les directeurs seront sans doute amenés à exercer de plus en plus fréquemment des missions ponctuelles, associées à une contrainte externe forte pour l'établissement. Les chefs d'établissement seront plus souvent missionnés pour des missions de « retour à l'équilibre » ; les adjoints se verront plus souvent confier des missions en lien avec une exigence de gestion interne (attractivité des personnels paramédicaux) ou externe (certification des comptes).

Les postes classiques de chef d'un seul établissement ou de directeur fonctionnel (DRH, directeur des affaires financières) « gestionnaire » seront moins fréquents dans la carrière. Dans ce cadre, l'évaluation du niveau des postes occupés deviendra plus difficile. La hiérarchie du prestige des directions fonctionnelles était stable, comme le soutient François-Xavier Schweyer, qui observe l'ordre suivant : direction des finances, direction des ressources humaines, direction des affaires médicales, etc.

Dans un contexte plus incertain, cette hiérarchie se brouille. Par exemple, le poste de « directeur de la stratégie » est-il un tremplin ou un « placard » ? Tout dépendra du lien entretenu par le chef d'établissement avec ce directeur fonctionnel…

La hiérarchie des postes de chef d'établissement reste en revanche assez stable. C'est la taille du principal établissement qui permet d'évaluer le niveau du poste. Cependant, un facteur change : les chefferies sont de moins en moins recherchées par les directeurs. C'est le symbole d'un renversement symbolique.

Le directeur d'hôpital faisait partie des professions qui ont pour fonction de réaliser. Ils devront sans doute fortement développer les fonctions de pilotage, de conseil, de contrôle, etc. Toutes fonctions qui induisent une relation différente à son environnement professionnel. Dans cet environnement plus changeant et incertain, les compétences les plus générales – donc les plus facilement transférables d'un contexte à l'autre – sur le domaine de la santé seront les plus recherchées. L'expertise d'un « métier » (les ressources humaines, etc.) sera toujours utile, mais moins décisive.

Or, selon Roland Ollivier, directeur de l'Institut du management de l'EHESP, *« dans le champ de la santé, les connaissances nouvelles se développent mais aussi se déprécient très rapidement au regard des mutations importantes qui affectent le système de santé dans son ensemble, de l'apport de la recherche et des innovations technologiques »*[321].

[321] Ollivier (R.), *Les orientations de l'Institut du management de l'EHESP*, 2011.

Or, la connaissance des champs d'expertise de leurs interlocuteurs est importante pour les acteurs. En effet, avoir une culture de base sur le savoir de la personne avec laquelle on dialogue permet de mieux comprendre le rôle social qu'elle joue et les déterminants de sa stratégie. Les réformes hospitalières rapprochant médecins et directeurs dans le processus de décision rendent cet impératif encore plus aigu, comme le note avec humour Fernand Daffos au sujet de la formation des directeurs et médecins *« Elles sont tellement éloignées qu'[ils] devraient cohabiter sans difficultés. Or, nous verrons que les moyens modernes de communication, de gestion et d'administration établissent des passerelles (…) qui ne permettent même plus d'être à l'abri sur son propre territoire »*[322]. Une connaissance accrue du champ de compétences des autres acteurs est devenue essentielle.

En outre, préparer les décideurs hospitaliers à l'obsolescence rapide de leurs connaissances et à des changements importants dans le système de santé est un enjeu essentiel pour la qualité de la prise de décision, comme le note John Kimberly : *« Préparer les leaders en santé publique dans un monde plus horizontal, plus multipolaire et collaboratif, et qui change rapidement, va certainement nécessiter plus qu'un niveau académique. Cela requiert des compétences mises à jour en permanence, un apprentissage continu de ses expériences, et une participation active à la définition des règles qui régissent le domaine de la santé publique »*[323]. Cette préparation, pour être efficace, nécessite des savoirs communs entre médecins et directeurs.

Ces savoirs communs sont en effet la condition de la création du dialogue fructueux évoqué par Ehrard Friedberg : *« les savoir-faire décisifs se forment toujours dans les interfaces et non dans l'amélioration intrinsèque des expertises prises isolément »*[324]. Cela plaide pour des formations communes, qui ont des effets indirects aussi puissants que l'amélioration directe des connaissances, comme le note un directeur : *« Une formation, oui. Ne serait-ce que pour y rentrer et en sortir. 90% de l'effet d'une formation vient de l'inscription et de ce que les stagiaires échangent, pas du contenu pédagogique proprement dit ».* La formation commune est bien sûr un déterminant fondamental de l'identité professionnelle des directeurs, d'autant qu'elle est d'une durée significative (27 mois à l'heure actuelle). Des formations en commun avec des médecins doivent être ajoutées à ce canevas.

Les directeurs doivent par ailleurs être davantage formés à exercer dans un contexte d'incertitude.

---

[322] Daffos (F.), *Du pacs improbable à la possible cohabitation*, in Cavalier (M.), Dalmasso (R.), Romatet (J.-J), *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris, Erès, 2002.

[323] Kimberly (J.), *Preparing Leaders in Public Health for Success in a Flatter, More Distributed World*, Public Health Reviews, Vol. 33, n° 1, 2011.
Traduction personnelle: "Preparing leaders in public health for careers in a flatter, more distributed and collaborative world, and one that is changing rapidly, will certainly require more than a formal academic degree. It requires continual updating of skills, continuous learning from experience, and active participation in defining the conditions under which the business of public health plays out".

[324] Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.

2.1.1. Former les directeurs à affronter l'incertitude

Le directeur d'hôpital est dans une posture managériale qui est par construction inconfortable. Il est ignorant de la médecine, et notamment de son fondement le plus essentiel : l'anatomie. Le directeur d'hôpital est confronté au dialogue avec des médecins infiniment mieux armés que lui pour comprendre le cœur de l'activité hospitalière : le soin. S'il est un professionnel de santé publique, qui connaît les processus de soin, le directeur n'a aucune pratique des aspects les plus concrets de la relation au patient : le toucher, l'empathie, la vue de la souffrance d'autrui. Il est par ailleurs confronté à un domaine dans lequel ses modestes connaissances deviennent obsolètes très rapidement.

Cette situation engendre souvent une crainte chez les jeunes professionnels. Leur légitimité sera-t-elle reconnue ? Placé en position d'autorité sans posséder la connaissance médicale, le directeur perd en outre progressivement ses marges de manœuvre, à mesure que sa durée d'exercice dans l'établissement augmente (cf. infra).

En outre, ses principales décisions sont prises en général dans ses premiers mois d'exercice, alors qu'il ne connaît pas encore bien l'établissement qu'il est supposé diriger.

C'est pour cela que l'exercice de la profession de directeur d'hôpital nécessite un travail sur la gestion de son savoir et de ses ignorances. Quelles connaissances acquérir ? Et comment bénéficier des connaissances des autres acteurs sans les détenir (et sans être manipulé) ? Ces questions qui se posent à tout manager, sont absolument centrales pour le directeur d'hôpital.

Et une formation adaptée à ces enjeux est un atout important pour les directeurs, en formation initiale comme en formation continue.

L'organisation de formations communes entre directeurs et médecins est une nécessité pour faciliter le dialogue. Il est par ailleurs utile pour diminuer les manques du savoir chez les deux catégories d'acteurs : les connaissances médicales pour les directeurs, et les compétences managériales pour les médecins.

Le parcours de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique permet aux directeurs d'acquérir une culture médicale de base, encore très insuffisante à l'heure actuelle. De plus, la formation des directeurs est trop concentrée en début de parcours. Aux vingt-sept mois de formation initiale succèdent quelques rares colloques et journées de formation continue. La formation initiale est probablement trop longue, même au regard de la complexité du monde hospitalier. En revanche, les formations continues sont trop rares. Surtout, elles manquent de suivi dans le temps. Les journées de débat ponctuelles ne permettent pas l'inscription dans une démarche réflexive approfondie sur les pratiques professionnelles. Parmi les rares

parcours structurés donnant lieu à des travaux approfondis figurent la formation Hôpital+. Ce cursus, destiné aux directeurs qui ambitionnent une chefferie d'établissement, est sans doute un modèle pour la formation continue de tous les directeurs. Le suivi dans le temps d'un groupe restreint, qui produit des travaux fouillés, est certainement un schéma pertinent.

Les acquis de ce type de formation sont susceptibles de favoriser un dialogue plus riche entre directeurs et médecins à l'avenir. Pour autant, les modules de formation en santé publique et dans les disciplines médicales accessibles aux directeurs en formation initiale ou continue sont encore insuffisants.

Ce renforcement des connaissances médicales des directeurs est en outre indispensable pour maintenir une relation de confiance avec les médecins, comme le notent de nombreux directeurs : *« Il appartient aux directeurs d'acquérir les connaissances nécessaires à un vrai dialogue avec le corps médical. Il m'apparaît anormal que sur un dossier construit, un cadre de direction n'aille pas chercher les informations pour avoir les éléments pour dialoguer avec le corps médical. C'est a mon avis une faute, pardonnable en début de carrière, moins ensuite. Attention à la dérive inverse. Mais il est fondamental de savoir de quoi on parle. La médecine est simple. Ce n'est pas de la sorcellerie. Dans le monde d'aujourd'hui, on ne manque quand même pas d'éléments pour constituer des connaissances. Sinon, cela permet au corps médical de ramener le directeur à ce qu'il voudrait qu'il reste : un administratif. Et ce n'est pas qu'un mot, cela a un sens. A un administratif, on ne peut pas reprocher une méconnaissance. A un directeur, oui ».*

Car les praticiens ayant des responsabilités et des connaissances de managers avec la nouvelle gouvernance, il est nécessaire de traiter la crainte des directeurs de devenir des « bean counter ». Les directeurs français veulent en effet éviter le sort des contrôleurs de gestion dans des hôpitaux finlandais, où les médecins ont acquis des compétences financières assez poussées pour ne plus avoir besoin d'eux[325].

Améliorer les compétences managériales des directeurs est donc essentiel. Mais il ne suffit pas de donner aux directeurs d'hôpital la capacité d'affronter les situations d'incertitude et les nouveaux enjeux de la gestion décentralisée de l'hôpital. Encore faut-il que les directeurs souhaitent se saisir de ces opportunités, et qu'ils y soient incités. Cela nécessite une action spécifique.

[325] Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.

2.1.2. Articuler progression de carrière et compétences d'expertise, de médiation et de conseil

Le fait que les directeurs se saisissent des possibilités de carrière offertes par la création des pôles n'est nullement garanti. Bien au contraire, de nombreux directeurs sont critiques à l'égard de la gestion « décentralisée » par pôles. Ils la jugent défavorablement. D'une part, ils estiment que les fonctions qui leur sont dévolues dans le nouveau schéma institutionnel sont peu valorisantes pour les directeurs adjoints ; d'autre part, ils considèrent que la création des pôles et l'autonomie de gestion accordée au corps médical va à l'encontre de l'objectif d'équilibre des comptes, comme cela a parfois été dit clairement dans l'enquête de terrain.

Les pétitions de principe en faveur de la « modernisation » de la gestion de l'hôpital sont alors de peu de poids face à deux facteurs essentiels : les convictions des acteurs et leur intérêt en termes de carrière.

Au plan des convictions, il est certain que la majorité des membres actuels du corps des directeurs d'hôpital ne sont pas entrés dans la carrière en rêvant « d'accompagner » de « piloter », de « superviser », ou de « conseiller » autrui. Ils ont choisi cette profession pour diriger et administrer. Bien sûr, l'aléa des concours administratifs détermine grandement les parcours de carrière dans la fonction publique. Ainsi, les candidats aux concours sont en grande partie les mêmes : ENA, Ecole nationale supérieure de la Sécurité Sociale, administrateur territorial (INET), et parfois de ENM et concours des assemblées recrutent dans le même vivier. Un hasard ou un écart modeste de résultat sur une épreuve change souvent le résultat final, et un avenir professionnel. Mais les appétences pour tel ou tel domaine ne sont heureusement pas sans influence sur les choix opérés par les candidats.

Dans le cas des directeurs d'hôpital, il est certain que certains aspects réels ou imaginés du métier séduisent des profils plus « managériaux » que d'autres concours : l'autonomie de l'exercice professionnel (même si elle est en recul), les prérogatives du chef d'établissement comparables à celle d'un élu local ou d'un chef d'entreprise (rôle d'ordonnateur, autorité sur le personnel, représentation de l'établissement au plan juridique, etc.), la position de direction d'un service dès le début de carrière – faut-il mentionner le titre de directeur ?

On peut donc faire l'hypothèse que les directeurs d'hôpital, quand ils étaient candidats, ont aimé à se projeter dans le rôle d'un décideur, et non dans un rôle d'aide à la décision. Même si cette esthétique professionnelle ne concerne que les chefs (20% du corps) et a autant à voir avec le rêve qu'avec la réalité, il ne faut pas en sous-estimer l'importance. En effet, on choisit une destinée professionnelle pour une attitude, une image, et une identification, autant que pour des conditions concrètes d'exercice.

Cela n'est pas pénalisant pour la réalisation des individus dans leur profession, dans la plupart des cas. C'est même souvent très utile : on peut se rêver avocat plaidant au pénal et trouver un sens au travail moins théâtral d'examen de dossier, qui fait partie du quotidien. De même, on peut se rêver directeur général de CHU et trouver un accomplissement dans une destinée plus modeste. Des directeurs d'hôpital qui se sentent utiles et respectés dans leur fonction ne sont pas encombrés par le rêve qu'ils ont caressé d'être un dirigeant, un « important ».

Bien au contraire, la vision floue et inévitablement embellie de leur profession rappelle aux directeurs d'hôpital l'importance des représentations, et du sens que l'on donne à son action. A cet égard, l'esthétique du directeur d'hôpital chef d'établissement sûr de lui et dévoué au service public est de notre point de vue incontestablement une force pour le corps.

Mais, à l'image des médecins (cf. infra), les directeurs ne veulent ni ne peuvent faire le grand écart entre leurs convictions professionnelles et l'exercice qui leur est proposé. L'écart entre le rêve qui donne du courage à l'étudiant-candidat et la réalité de l'exercice professionnel ne doit pas être insurmontable. Ou, pour le dire autrement, il doit toujours rester quelque chose du rêve dans la réalité de l'exercice du métier.

C'est pour cela que la mutation professionnelle appelée par la « nouvelle gouvernance » et le rôle de gestion accru dévolu aux médecins met en danger l'identité professionnelle actuelle des directeurs d'hôpital. Si les directeurs sont « concurrencés » sur le terrain de la gestion par les médecins, alors que le terrain médical leur est bien évidemment interdit, le changement est perçu comme une dépossession.

Et c'est cela qui alimente une forme de malaise dans le corps des directeurs : ils ne sont, pour beaucoup d'entre eux, pas enthousiasmés par les perspectives de carrière qui s'ouvrent à eux dans la cadre de la « nouvelle gouvernance ».

Ainsi, les rôles de « directeur référent de pôle », parfois appelé « directeur délégué », sont relativement dédaignés. Le directeur « fonctionnel » (DRH, directeur des affaires financières, etc.) dirige une équipe, qui fait pendant au personnel du service du chef de service. Général sans troupes, le directeur référent ne dirige personne. Il « accompagne », tel un consultant interne, les choix du pôle. Il n'est pas en position d'administrer.

Au regard de l'esthétique du décideur décrite plus haut, il n'est pas surprenant que les postes associés à la décentralisation de la gestion ne soient pas particulièrement recherchés par les directeurs.

Il est donc nécessaire de créer les conditions de l'investissement des directeurs dans une gestion plus décentralisée, et dans des missions alternatives à l'administration d'une direction fonctionnelle. Pour cela, il est nécessaire de créer des incitations au développement des compétences qui seront utiles dans les équipes de direction à

l'avenir. Les progressions de carrière peuvent être accélérées pour des directeurs qui prendront en charge certains types de missions.

On peut par exemple imaginer que l'exercice de missions attestant une compétence de conseil soit valorisé sur le plan de la carrière. Ce critère pourrait être inclus dans l'évaluation des demandes d'agrément en tant qu'emploi fonctionnel, agrément nécessaire pour postuler sur les postes les plus importants. Parmi les conditions nécessaires à l'obtention de cet agrément figurent le succès dans la conduite de directions fonctionnelles. On pourrait y ajouter la conduite d'une mission de conseil ou d'audit à l'extérieur de l'établissement de rattachement. En plus de susciter des vocations pour des missions utiles, cela inciterait les directeurs à diversifier leur profil professionnel. Au surplus, cela donnerait le signal que les hauts emplois du corps nécessitent des aptitudes à la direction et à la gestion, mais aussi à des postures professionnelles plus en recul.

La compétence de mise en réseau est un complément naturel de cette évolution.

2.1.3. Développer la compétence de mise en réseau

Nous avons vu que l'intervention des tiers dans la relation entre directeurs et médecins est un facteur favorable à la qualité du dialogue, et donc à l'amélioration du processus de décision. La mise en réseau accrue des hôpitaux avec leur environnement est donc utile pour la relation directeur/médecin, au-delà d'autres aspects favorables au plan du soin (fluidification du « parcours du patient »). Les collectivités territoriales peuvent constituer un exemple sur ce plan.

En effet, une analyse comparée de la « gouvernance » des hôpitaux avec celles des collectivités territoriales permet de définir des pistes de réflexion concernant les relations souhaitables entre une institution publique locale et son environnement. En effet, les collectivités locales sont engagées dans une mise en réseau de leurs organisations qui peut constituer une source d'inspiration pour les établissements de santé[326].

Organisations et missions des hôpitaux et des collectivités territoriales présentent en effet des similitudes. La territorialisation des politiques de santé rend l'observation des modes de fonctionnement des collectivités territoriales très utile pour étayer la réflexion sur la mise en réseau des établissements de santé avec leur environnement. Il est possible d'en tirer des leçons fécondes pour la gestion des établissements de santé, en particulier dans le cadre des regroupements et coopérations mis en place par la loi HPST.

---

[326] Aubert (F.-J.), *Pourquoi la gouvernance (perfectible) des collectivités territoriales peut être une source d'inspiration pour les établissements de santé*, Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

Les similitudes sont importantes : les décideurs et managers des hôpitaux et collectivités territoriales sont très soucieux de l'intérêt des administrations qu'ils dirigent, et le respect de l'intérêt général et la sauvegarde des organisations locales les plus fragiles sont garantis par l'existence de règles de droit. La « gouvernance » de ces institutions locales peut donc être pensée selon des schémas d'interprétation communs.

Au sens de la constitution, les collectivités locales regroupent les communes, départements et régions. Mais nous tiendrons compte de l'existence de nombreux autres organismes de statut territorial : établissements publics de coopération intercommunale, syndicats de communes à vocation unique ou multiple, pays, etc. Il apparaît que les similitudes de l'action des établissements de santé et des hôpitaux sont nombreuses : rapport quotidien au public, proximité, ancrage territorial, rôle dans l'aménagement et l'attractivité du territoire, coexistence d'organisations autonomes et de tailles très différentes, etc. Il semble donc possible d'établir des comparaisons pertinentes.

Les points communs concernent essentiellement la complexité de la « gouvernance » et le grand nombre d'acteurs impliqués. D'une part, les acteurs sont nombreux. Dans les collectivités : l'assemblée délibérante qui est juridiquement au premier rang, l'exécutif (maire ou président), les maires adjoints ou vice-présidents, le directeur de cabinet, le directeur général des services (DGS), les directeurs généraux adjoints (DGA). Dans les hôpitaux, le conseil de surveillance regroupe trois types de légitimité (élus territoriaux, personnel médical et non médical, personnalités qualifiées). Le chef d'établissement et son équipe de direction, la commission médicale d'établissement et son président, et désormais les médecins chefs de pôle participent aussi à la prise de décision et à des instances de concertation.

D'autre part, les relations que les acteurs entretiennent entre eux sont complexes dans les deux cas[327]. En collectivité, l'exécutif ou autorité territoriale détient la quasi-totalité des prérogatives principales : il conduit la politique générale de la collectivité, est chef de l'administration, il recrute, évalue, sanctionne, représente l'organisation sur le plan juridique, exerce généralement le rôle d'ordonnateur des dépenses et des recettes sur délégation de l'assemblée délibérante. Celle-ci dispose du pouvoir de décision budgétaire.

L'exécutif est en outre assisté par les maires-adjoints (ou vice-présidents), à qui il confie et retire des délégations exercées sous sa surveillance. La mise en œuvre des décisions est assurée avec une marge de manœuvre variable[328], et dans le cadre des délégations, par l'administration : DGS et DGA. En outre, les relations bilatérales revêtent une importance particulière. Le binôme exécutif-DGS constitue ainsi une relation déterminante pour la « gouvernance » de la collectivité. Mais il est

[327] Lamarzelle (D.), *Le management territorial – Une clarification des rôles entre élus et cadres territoriaux*, Editions du Papyrus, 1997.

[328] Le référentiel des métiers du Centre National de la Fonction Publique Territoriale paru en 2007 mentionne la mission de « coproduction des politiques publiques locales » assurée par les Directeurs Généraux des Services, mission dont l'exercice effectif dépend grandement de la relation de confiance établie avec l'autorité territoriale.

concurrencé par d'autres liens[329]. La relation entre l'exécutif et son directeur de cabinet est par exemple une menace potentielle pour le DGS. De plus, les maires-adjoints (ou vice-présidents) et DGA dont les champs de compétence sont proches peuvent constituer des alliances pour contourner le DGS, voire orienter les décisions d'une manière différente de celle souhaitée par l'exécutif (ce qui est une stratégie très risquée).

Dans les hôpitaux, un schéma de décision inspiré par les entreprises privées (conseil de surveillance contrôlant un directoire présidé par le directeur) est concilié avec l'existence d'un double pouvoir, managérial et médical. Ainsi, la commission médicale d'établissement conseille le directeur, notamment dans la mise en place du projet médical, et les pôles d'activité assurent une gestion déléguée de moyens à un niveau intermédiaire.

Au-delà de ces points communs, des différences importantes distinguent les collectivités des hôpitaux : les collectivités ont un processus de décision qui concentre davantage les pouvoirs, et assurent une mise en réseau poussée vers l'extérieur de l'organisation.

Les pouvoirs sont particulièrement concentrés dans les collectivités. Nous l'avons vu, la caractéristique essentielle de la décision territoriale est le fait que les prérogatives les plus importantes sont dévolues à l'organe qui définit la cadre de l'action, le décideur politique. Les risques associés à ce type de processus de décision qui inclut peu de contrepoids à l'exécutif, résident dans la possibilité d'une absence d'adhésion des acteurs, pouvant conduire à la délivrance d'un « service pauvre »[330].

Le niveau d'efficacité de la gouvernance territoriale française est cependant difficile à évaluer en l'absence fréquente d'outils de pilotage performants[331], et contrairement à ce qui existe dans les collectivités territoriales d'autres pays[332], notamment au Royaume-Uni qui promeut les outils de comparaison des performances locales[333].

A contrario, dans les établissements de santé, les pouvoirs les plus importants sont confiés à l'organe qui dirige et met en œuvre l'action, le chef d'établissement. Ainsi, sur le plan de la gouvernance interne, un acteur, l'autorité territoriale, est très dominant dans les collectivités ; alors qu'à l'hôpital, des pouvoirs équilibrent la prépondérance du directeur.

Le plan des rapports avec l'environnement différencie aussi fortement collectivités et établissements sanitaires. Sur ce plan, décisif pour l'efficacité de la gouvernance

---

[329] Lamarzelle (D.), *La face cachée de la territoriale*, Editions du Papyrus, 2006.
[330] Dupuy (F.), *Pourquoi est-il si difficile de changer les organisations publiques?*, Communication pour le Symposium de l'OCDE « Le Gouvernement du futur », Paris 14-15 Septembre 1999.
[331] Aubert (F.-J.), atelier « La carte stratégique, outil de pilotage de la performance », Entretiens Territoriaux de Strasbourg, 2008.
[332] On peut citer par exemple les indicateurs très complets publiés par le conseil municipal de la ville de Plymouth (www.plymouth.gov.uk), au Royaume-Uni, ou la ville de Kerava (www.kerava.fi/home_eng.asp), en Finlande.
[333] Secretary of State for Communities and Local Government, *Strong and prosperous communities – The Local government white paper*, 2006.

des organisations contemporaines, les collectivités réalisent une mise en réseau performante avec les partenaires extérieurs. En effet, la très grande multiplicité des organisations (environ 50 000 collectivités territoriales et établissements publics de coopération intercommunale) est associée à l'enchevêtrement des compétences exercées par différents acteurs publics et privés (entreprises, associations), notamment dans certains domaines (politique de la ville, politiques culturelles, etc.). Cela contraint les collectivités locales à développer une expertise élevée dans le dialogue et la contractualisation entre organisations non soumises à des liens hiérarchiques.

En effet, les réseaux auxquels participent les collectivités locales sont par construction non hiérarchisés, du fait du principe à valeur constitutionnelle de libre administration. Et les collectivités développent des systèmes de coopération originaux, fondés sur l'autonomie de la volonté des acteurs. Ces systèmes sont parfois très intégrés (intercommunalité à fiscalité propre), parfois très souples (profusion des formes associatives : AMF[334], APVF[335], AMRF[336], etc.). Ces coopérations connaissent une régulation indirecte : en cas d'échec, les acteurs ne sont pas sanctionnés, sauf exception, par une autorité supérieure (cas de l'intégration forcée d'une commune dans une intercommunalité, sur décision du préfet). Mais la régulation s'opère en général par une sanction informelle : la perte de légitimité, voire de crédibilité des acteurs, éventuellement sanctionnée sur le plan électoral.

En outre, la forte hétérogénéité des organisations sur le plan de la taille et des missions induit une culture de coordination souple fondée sur un système de reconnaissance réciproque des acteurs. Ce mode de fonctionnement permet de résoudre la difficulté que représente la diversité considérable des cultures professionnelles des élus et cadres territoriaux : les uns comme les autres ont en effet des types de formation, des parcours et des expériences très différentes, à l'inverse par exemple des directeurs d'hôpital ou des médecins qui partagent nombre de références communes au sein de leur corps respectifs.

Les hôpitaux sont donc susceptibles de s'inspirer de la « gouvernance » territoriale pour mettre en place une coopération accrue avec des partenaires. Pour adapter leur action aux nouveaux besoins de santé (vieillissement, maladies chroniques), les hôpitaux doivent en effet agir davantage en partenariat avec de nombreux acteurs de nature variée, tels que les médecins libéraux et l'ensemble des intervenants à domicile, les centres de santé, les établissements médico-sociaux. Cela nécessite de modifier les organisations hospitalières et la culture professionnelle des personnels.

C'est pourquoi les établissements de santé sont engagés dans une vaste mise en réseau avec l'extérieur, qui, pour être un succès, impose d'adapter leur « gouvernance ». Car l'ouverture à de nombreux partenaires dont les logiques d'action sont diverses, nécessite de tenir compte des organisations extérieures en interaction avec l'établissement de santé. Pour cela, il est utile de favoriser des modes de fonctionnement qui privilégient l'influence sur l'autorité. La capacité des

[334] Association des Maires de France.
[335] Association des Petites Villes de France
[336] Association des Maires Ruraux de France

acteurs à s'insérer dans un système de négociation permanente et complexe est en effet essentielle, car elle permet la contractualisation entre des individus et des groupes qui ne partagent pas le même système de références. Or, la très forte hiérarchisation interne de l'hôpital (notamment au sein du corps médical, et entre professions soignantes) peut constituer un frein à ces changements.

Les établissements de santé peuvent donc utilement s'inspirer de l'expertise des collectivités pour le dialogue et la contractualisation dans le cadre de projets multi partenariaux. Le principe de subsidiarité et l'attention aigüe accordée à la représentation des partenaires minoritaires par les collectivités constituent des pistes de réflexion pour les hôpitaux.

L'observation des collectivités territoriales est donc féconde pour les établissements de santé : les relations avec leur environnement sont en effet gérées de façon très efficace par les collectivités. Les établissements de santé peuvent ainsi s'inspirer des collectivités sur le plan des décisions qui concernent les partenaires extérieurs. Et l'analyse de la « gouvernance territoriale » peut permettre de développer des compétences accrues dans la gestion de partenariats externes réalisés avec des organisations du secteur public, privé non lucratif et privé lucratif.

Sur le plan interne, en revanche, la forte concentration des pouvoirs par l'autorité territoriale et l'effacement relatif des autres acteurs ne semble pas devoir être une source d'inspiration pour les hôpitaux, à l'heure de l'association accrue des médecins au management des établissements, et de la délégation de gestion aux pôles d'activité.

Enfin, un autre facteur semble favorable à la mise en réseau des hôpitaux sur le modèle des collectivités locales : l'alternative de la fusion d'établissements semble peu concluante. Le regroupement d'établissements en une seule organisation présente en effet des effets négatifs, notamment au-delà d'une certaine taille.

Les fusions peuvent être utiles aux petits établissements : *« l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficience et leur attractivité, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé dont ils ont besoin pour fonctionner. En théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieurs à 300 lits) »*[337].

Mais les établissements de taille moyenne et importante ont peu d'intérêt à fusionner : *« Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, (…) celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. Sur le plan financier, la fusion n'est en général*

[337] Inspection Générale des Affaires Sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?*, 2012.

pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements »[338]. Ce constat confirme les difficultés organisationnelles créées par les fusions dans les entreprises privées de taille importante, comme le montrent les exemples de Carrefour-Promodès ou Alcatel-Lucent. L'IGAS estime ainsi que *« la fusion doit demeurer une opération rare »*[339].

Les opérations de mise en réseau semblent donc plus à même d'améliorer la qualité de la décision au sein des hôpitaux publics. La mise en réseau établit en effet des liens souples, qui ne remettent pas en cause le sentiment d'appartenance des acteurs. Et qui laissent aux décideurs des marges de manœuvre pour arbitrer entre différentes options, après la phase de dialogue. La mise en réseau constitue ainsi une clef pour permettre une coopération indispensable, en évitant la fusion souvent périlleuse d'organisations très différentes et distantes parfois de plusieurs dizaines de kilomètres.

Les directeurs d'hôpital peuvent donc méditer les exemples des collectivités territoriales pour inspirer leurs propres actions et le développement de leurs compétences dans ce domaine. Des travaux menés par des directeurs d'hôpital ont déjà traité de cette opportunité[340].

Mais le développement de compétences nouvelles n'est pas le seul élément à prendre en compte pour améliorer le dialogue. Si les capacités des acteurs doivent être développées, leur intérêt et leur envie de s'investir ne doit bien sûr pas être négligée. Un travail spécifique doit être mené à cet égard pour les médecins.

2.2. Restaurer la confiance des médecins dans l'hôpital

L'économiste Edwin Le Héron démontre que les individus ou les collectifs de taille très modeste tels que les ménages sont moins performants dans leurs anticipations de la situation économique que les entreprises ou les banques[341]. Cela induit l'existence d'une compétence collective dans les organisations qui permet d'être

[338] *Op.cit.*
[339] *Op.cit.*
[340] Vautard (A.), *Coopération hospitalière et intercommunalité : deux dynamiques* comparables, Les Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.
[341] Le Héron (E.), *Formaliser la décision en incertitude radicale ? Des voies de recherche par l'état de confiance et les anticipations auto-réalisatrices*, Communication au séminaire général du Centre Émile Durkheim, 15 décembre 2011.

plus efficace dans la décision que lorsque l'on est très engagé individuellement dans une situation.

Cela plaide en faveur de rapports interpersonnels au sein des hôpitaux où les médecins sont fortement engagés dans les décisions prises, et de la construction d'une confiance collective. Cette confiance collective est d'autant plus importante dans les situations de crise, où les acteurs font preuve d'une aversion au risque plus élevée, et refusent l'innovation[342]. La création d'une situation de confiance entre directeurs et médecins est donc essentielle pour augmenter la qualité de la décision au sein de l'hôpital. La confiance est la condition de l'acceptation de l'innovation, car elle évite les attitudes excessivement prudentielles.

Or, comme le dit un directeur général d'ARS, le dialogue entre directeurs et médecins ne peut être amélioré par une nouvelle refonte de l'architecture institutionnelle de l'hôpital : *« Je ne crois pas trop aux instances qui le rendraient inévitable »*. C'est bien plutôt le rapprochement des formations et des réflexions qui est de nature à renforcer ce dialogue, et la confiance entre directeurs et médecins.

Et de fait, il apparaît que la gouvernance « ouverte » des cliniques privées qui permet aux jeunes praticiens d'être partie prenante de la décision attire de jeunes médecins, même non actionnaires. Un directeur adjoint interrogé souligne que *« actuellement, certains groupes privés recrutent plus aisément de jeunes médecins parce qu'ils mettent en œuvre une gouvernance améliorée, où les médecins sont décideurs, sans être propriétaires des capitaux »*. Cet élément est important : la détention par les praticiens confirmés d'un monopole au détriment des plus jeunes sur les décisions et la gestion des promotions est un enjeu important pour l'avenir de l'hôpital public.

On peut citer aussi parmi les facteurs qui montrent un manque de confiance la perception du système d'information. La qualité du système d'information est un facteur essentiel pour permettre une décision éclairée. En effet, les doutes et contestations sur les discours des acteurs procèdent très souvent d'un diagnostic discordant de l'existant. Il est fréquent, dans la phase du dialogue informel comme dans le dialogue formel, que les médecins et directeurs échouent à établir une perception commune des situations.

Bien sûr, les acteurs sont toujours tentés d'interpréter les chiffres, données et résultats financiers et médicaux de façon différente, en fonction de leurs intérêts. Cette marge de manœuvre dans la présentation des faits constitue un des outils de travail des acteurs. Pour autant, on ne saurait accorder trop d'importance à l'acceptation par l'ensemble des acteurs de quelques points de repères généraux.

A cet égard, les hôpitaux ne sont pas des organisations particulièrement performantes et innovantes. La culture du secret, conséquence directe du secret médical, favorise le manque de communication des informations, malgré des

[342] Le Héron (E.), *op. cit*.

expériences intéressantes, par exemple dans l'utilisation d'outils de type carte stratégique[343].

De même, le mouvement dit open data, permettant l'exploration de données par les citoyens (ou data mining), connaît un essor lent dans le domaine hospitalier, malgré la mise en place d'un portail national (data.gouv.fr) qui traite en partie de données sanitaires.

De fait, les stimulations externes, qu'elles aient pour objectif final le progrès sur le plan de la gestion (carte stratégique) ou l'encouragement d'initiatives privées (open data) sont de puissants facteurs de diffusion de l'information au sein même de l'organisation. De manière générale, cette ouverture plus large des systèmes d'information est un élément qui profite davantage aux médecins. Ceux-ci sont n'ont en effet pas d'équipe administrative pour les aider à traiter et mettre en forme les informations.

Les médecins ont en outre une confiance souvent limitée dans les données produites par les directions, ce qui rend difficile un diagnostic commun.

Pour prendre en compte l'extrême complexité des enjeux hospitaliers et améliorer la confiance nécessaire à un dialogue efficace, il ne nous semble pas pertinent de chercher à « simplifier la gouvernance », entreprise illusoire et qui se heurterait à la défense des prérogatives des différents acteurs. Ceux-ci sont en effet déterminés à faire valoir le caractère polyarchique de l'hôpital. Au lieu de chercher à simplifier, nous proposons de travailler à une meilleure adéquation du système considéré aux buts poursuivis.

Nous l'avons vu, pour améliorer la qualité de la décision, il est nécessaire que les acteurs disposent d'atouts leur permettant de faire valoir leur point de vue. Mais il faut aussi que l'organisation mette les acteurs en situation de contribuer de la façon la plus efficace. Et pour cela, il nous semble qu'il est nécessaire de renforcer les interactions en les organisant de manière à ce que les contributions se diffusent dans le plus grand nombre possible d'esprits : ceux des décideurs eux-mêmes, mais aussi ceux d'acteurs extérieurs à l'hôpital.

Dans le cas des médecins, renforcer l'engagement des médecins dans l'institution hospitalière nécessite de concilier deux impératifs contradictoires :

- Assurer l'émergence de médecins dirigeants
- Promouvoir la participation aux débats de l'ensemble du corps médical

Pour être atteints, ces objectifs nécessitent un rapprochement des directeurs et des médecins : rapprochement des modes de raisonnement, du traitement des enjeux. L'évolution constatée par un directeur présent au directoire de son établissement doit être affermie ; à la question : *« Le dialogue [au directoire] met-il aux prises*

[343] Nobre (T.), Haouet (I.), *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, Revue française de gestion, 2011/2 n° 211, p. 103-118.

deux camps ou des individus ? », il répond : *« De moins en moins deux camps. De plus en plus des individus avec des limites. Les membres oublient parfois un peu trop qu'ils sont là dans le collectif. Ils ont une tendance naturelle à parler de ce qu'ils connaissent le mieux. Le néphrologue parle de néphrologie… même chose pour les directeurs. Mais la direction doit avoir une vision transversale. Les médecins ont une vision mono thématique de juxtaposition, et pas de complémentarité. Il faut amener le médecin à réfléchir collectif. Un médecin doit être capable de s'intéresser aux autres disciplines »*. Il est donc nécessaire de modifier la formation et les conditions d'exercice des médecins. Cela permettra de traiter les tensions de rôle préjudiciables à leur engagement dans l'institution.

2.2.1. Traiter les tensions de rôle des praticiens

De nombreux médecins subissent des tensions de rôle[344] : ils ressentent souvent une contradiction entre les enjeux de soin et les enjeux de gestion. Or, les tensions de rôles présentent des effets négatifs importants : *« le stress lié au travail généré par les tensions représente un coût organisationnel important ; la diminution de la satisfaction au travail, de l'implication organisationnelle et de l'engagement au travail peuvent également se manifester lorsque le salarié perçoit son rôle comme ambigu ou conflictuel »*[345]. L'effet le plus négatif des tensions de rôle est la diminution de « *l'implication organisationnelle et l'implication au travail* »[346]. Cela est particulièrement préjudiciable au nécessaire dialogue avec les directeurs, dans le cadre de la prise de décision à l'hôpital. En effet, Christel Beaucourt et Laëtitia Laude rappellent que, *« quand ils ne parviennent pas à trouver du sens, ces professionnels se désengagent »*[347].

Il est possible de réduire ces tensions de rôle en traitant leurs deux principales causes : la technicisation de la médecine et l'implication des médecins dans des tâches de gestion.

En ce qui concerne la technicisation de la médecine, elle affecte la nature même du colloque singulier, comme le rappelle Guy Vallacien : *« Au début du XIXe siècle, la connaissance « clinique » à partir de l'examen physique du malade, bâtie sur les constats anatomiques des lésions observées à l'intérieur du corps chez le cadavre autopsié et sur la connaissance « technique » des instruments avec lesquels nous agissons toujours, sortirent la médecine de ses suppositions, plus étayées par la nécessité impérative d'une explication, fût-elle saugrenue, que par une vérité physiopathologique confirmée. Le déferlement technologique médical, allié aux*

---

[344] Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.
[345] Loubet (G.), *op. cit.*
[346] Loubet (G.), *op.cit*.
[347] Beaucourt (C.), Laude (L.), *Diriger : entre compromis et transgression. Une analyse de la relation dynamique*, Revue internationale de Psychosociologie, Class ESSEC, Hiver 2011.

moyens d'analyse statistiques de plus en plus sophistiqués, préludèrent à l'introduction progressive de la médecine par les preuves (evidence-based medicine) comme mode de raisonnement remplaçant jour après jour la main, l'oreille et l'œil pour établir le bon diagnostic, choisir puis entreprendre le bon traitement. Cette médecine par les preuves, basée sur la décision diagnostique ou thérapeutique à partir de données objectives, permet d'évaluer plusieurs schémas d'action différents afin de sélectionner le meilleur statistiquement. Elle ne dit pas ce qu'il faut faire à un patient donné et sort le couple soigné-soignant de son rapport personnel au profit des grandes séries statistiques et protocoles divers qui gomment le lien affectif entre l'homme de l'art et celui qui souffre. De tels outils nouveaux deviennent les objets de la vérité. Ce sont eux qui transmettent l'information, ce sont donc eux qu'il faut croire : le taux anormal d'un marqueur biologique lors d'une prise de sang vaut plus, aux yeux du malade, que la suspicion d'une anomalie par la palpation ou l'auscultation du médecin. Dans le premier cas, le chiffre est quantifiable, objectif donc sacralisé, dans le second la main reste subjective et non transmissible donc incertaine »[348].

L'organisation de l'hôpital doit donc traiter les conflits de rôle qui procèdent de l'augmentation de la place de la technique dans la relation avec le patient. On peut par exemple faire l'hypothèse que le rôle de porteurs des politiques de santé publique des directeurs peut leur permettre de faire évoluer favorablement les relations entre médecins et patients.

Ainsi, la mise en place de filières de soins intégrant l'amont (médecine de ville) et l'aval (soins de suite, EHPAD, etc.) de l'hôpital dans des parcours de soins plus fluides, ou l'utilisation de la télémédecine pour les territoires enclavés (« déserts médicaux ») seront des facteurs favorables à une relation apaisée entre médecins et patients au sein même de l'hôpital. En outre, le renforcement des politiques de prévention, axe important des politiques de santé publiques contemporaines que doivent promouvoir les directeurs, donne au médecin un rôle différent vis-à-vis du patient. Cette mission moins intrusive peut favoriser un rapport plus apaisé entre médecin et patients, et moins dépendant des technologies de santé.

En outre, l'implication des médecins dans la gestion est désormais nécessaire du fait des enjeux de tarification (le codage des actes réalisés par les praticiens définit la rémunération des établissements). Pour expliciter ces changements, des formations qui explicitent les enjeux des réformes hospitalières et leur mise en œuvre sont importantes.

Car la propension des acteurs à coopérer au sein d'un système organisé dépend en effet fortement de leurs croyances et de leurs motivations sociales, comme le montre Tom R. Tyler ; il définit la coopération comme *« une décision [prise par un individu] au sujet de son niveau d'implication active dans un groupe, une organisation ou une communauté tel qu'il se traduit par des actes qui contribuent à leur cohésion et leur réussite. Ces actes peuvent avoir des effets bénéfiques à long terme pour les individus, mais ils ne dépendent pas nécessairement de gains ou de coûts immédiats pour eux. En*

[348] Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *Les paradoxes du médecin à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé n° 26, printemps 2010.

fait, ces actes sont souvent en contradiction avec les bénéfices matériels immédiats qu'ils en tireraient »[349].

Or, les individus sont sensibles aux récompenses et sanctions, mais celles-ci ne sont pas susceptibles de les amener à coopérer au-delà d'une certaine limite. Pour obtenir une adhésion plus forte, la *« confiance justifiée »* obtenue par les dirigeants est indispensable : *« Si les individus sont amenés à coopérer avec les autorités et à agir de manière à consolider le groupe en invoquant des motivations sociales, les dirigeants n'auront pas à essayer d'imposer un tel comportement en usant de promesses de récompense ou de menaces de punition. Elles peuvent au contraire se reposer sur le désir des individus d'adopte de telles conduites. La mobilisation des motivations sociales permet ainsi de dépasser le recours aux stimulants matériels et aux sanctions lorsqu'on cherche à susciter un comportement de coopération »*[350].

Voilà pourquoi l'argumentation concernant l'intérêt du dialogue de gestion est importante. Elle ne saurait affecter le sens critique des médecins, mais elle est la condition même d'un dialogue fructueux. Les bénéfices attendus d'une implication dans la relation de dialogue entre directeurs et médecins doivent toujours être explicités.

Mais pour permettre un engagement accru des médecins et leur redonner confiance dans l'hôpital public, il est nécessaire de modifier leur mode d'exercice. Un exercice médical à l'hôpital satisfaisant est en effet la première condition d'une implication des praticiens. Des mesures peuvent être prises en ce sens.

2.2.2. Libérer l'exercice médical par la fin des monopoles

Pour assurer leurs missions, les hôpitaux ont besoin d'un personnel médical motivé et suffisamment nombreux. La démographie médicale est bien sûr un enjeu important car il détermine la production des soins. C'est plus particulièrement la répartition des médecins sur le territoire qui constitue une question essentielle.

En effet, si les discours produits sur l'organisation des soins évoquent systématiquement « l'offre de soins », réputée pilotée par les pouvoirs publics, il est moins fréquemment question de la « demande de soins ». En effet, offre et demande de soins ne sont pas des concepts similaires à l'offre et à la demande de biens et services marchands. L'offre de soins dont les pouvoirs publics estiment avoir la responsabilité est ainsi une abstraction pour les patients, et aussi une expression étrange : l'offre sur un marché est la combinaison d'un produit et d'un prix. L'offre de soins est définie comme étant constituée de services médicaux, mais n'est très souvent pas associée à un prix pour les patients.

---

[349] Tyler (T. R.), *Why People Cooperate. The Role of Social Motivations*, Princeton University Press, Princeton, 2011, 232 p.
[350] Tyler (T. R.), *Why People Cooperate. The Role of Social Motivations*, Princeton University Press, Princeton, 2011, 232 p.

Si l'offre de soins n'est pas toujours assortie d'un prix, c'est parce qu'elle est réputée répondre à un besoin, et non à une demande. Or, cette idée relève en partie de la fiction : la production de soins dépend avant tout de la répartition des « offreurs » de soins sur le territoire. Ou pour le dire autrement, l'offre de soins crée sa propre demande. Cela peut faire douter du fait qu'elle réponde à un besoin : les régions dites « sur dotées » en personnel médical produisent en effet davantage de soins que les autres.

Et si l'offre crée sa propre demande, le manque de médecins peut réduire la demande et mettre en danger l'équilibre économique d'un hôpital. Un établissement peut ainsi être empêché de développer ses projets et la réponse aux besoins de santé publique par manque de médecins, malgré un besoin de soins important dans la population desservie.

C'est pourquoi le recrutement du personnel médical et sa fidélisation sont des clefs pour la bonne gestion des hôpitaux. Or, les établissements publics de santé ne sont pas actuellement des employeurs suffisamment attractifs pour les jeunes professionnels. En effet, les trajectoires professionnelles proposées et les modes d'organisation ne font pas assez de place à la liberté et à l'autonomie. Et les monopoles et rentes de situation sont trop nombreux.

Les établissements publics de santé, engagés dans une mise en réseau territoriale qui modifie considérablement leurs modes de fonctionnement[351], ont besoin de pourvoir de nombreux postes, dans un contexte difficile: la gestion des ressources médicales par les hôpitaux publics, en France comme à l'étranger, est fragilisée par la désaffection massive des – meilleurs – étudiants pour les parcours scientifiques, le relèvement tardif et modéré du numerus clausus, la concurrence d'autres modes d'exercice[352], et une mauvaise répartition géographique des praticiens.

En outre, plusieurs facteurs concourent à affecter la gestion des ressources médicales à l'hôpital. Les disciplines qui requièrent un nombre important de gardes (anesthésie, urgences, gynécologie-obstétrique), ou qui imposent des contraintes physiques importantes (chirurgie et transplantations) sont particulièrement délaissées par les praticiens. De plus, le personnel médical se féminise, ce qui accroit la proportion de praticiens exerçant à temps partiel. Enfin, les médecins hospitaliers sont un corps vieillissant, désormais davantage soucieux de concilier vie professionnelle et vie familiale. Ils souhaitent un exercice professionnel stimulant, qui ne soit pas physiquement épuisant. Et ils souhaitent aussi optimiser leur rémunération à due proportion de leur investissement professionnel[353]. Pour les chirurgiens notamment, cela est plus aisé dans le secteur privé.

---

[351] Aubert (F.-J.), *Pourquoi la gouvernance (perfectible) des collectivités territoriales peut être une source d'inspiration pour les établissements de santé*, Les Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

[352] Perret (J.-B.), *Le CHU de Sherbrooke affronte la pénurie de main d'œuvre*, Décideur Hospitalier Magazine, mars-avril 2011.

[353] Voir à ce sujet les conseils très précis dispensés aux jeunes médecins par les revues professionnelles qui leur sont destinées, comme par exemple *What's up doc ?*

Mais, leur situation financière étant relativement préoccupante, et les modalités contractuelles autorisées limitant leur marge de manœuvre, les établissements publics ne sont pas en mesure de proposer des rémunérations comparables à celles des établissements privés ou de l'exercice libéral[354], notamment en anesthésie, chirurgie, radiologie, et gynécologie-obstétrique. Pour répondre aux attentes des médecins, les directions des hôpitaux doivent leur proposer d'exercer leur métier d'une façon radicalement différente de celle qui prévaut actuellement, en utilisant les différentes formes de motivation des praticiens[355], et en mettant fin à des impossibilités de passer d'un type d'exercice à un autre, d'une fonction à une autre.

En effet, l'hôpital est le seul organisme qui est susceptible de proposer un exercice professionnel conjuguant la liberté de la pratique médicale et une stimulation intellectuelle permanente au cours de la carrière. Pour être atteint, cet objectif nécessite la fin des monopoles statutaires, et une souplesse accrue des modes d'exercice.

Proposer un exercice professionnel qui valorise la liberté du praticien et son insertion dans une équipe médicale est un enjeu essentiel pour améliorer l'attractivité de l'hôpital. C'est d'autant plus important que les jeunes générations de praticiens ont des aspirations plus importantes en ce sens que leurs aînées.

L'hôpital public est en effet souvent critiqué par les jeunes praticiens ; leurs principaux griefs : hiérarchie excessive, excellence indispensable dès le plus jeune âge pour accéder aux carrières les plus intéressantes, répétitivité de l'exercice clinique, statuts verrouillés. Le manque de lisibilité des stratégies d'établissement et des projets médicaux est aussi mis en avant.

Or, de nouvelles modalités de gestion de la formation et des carrières sont susceptibles de renforcer l'attractivité de l'hôpital public[356].

Pour favoriser la prise en charge globale et pluridisciplinaire rendue nécessaire par le vieillissement de la population et l'essor des pathologies chroniques, allant au-delà de l'aspect technique du traitement des pathologies, il est devenu essentiel de former les futurs médecins aux humanités[357]. Pour prendre en compte de façon plus importante les aptitudes relationnelles dans l'évaluation du parcours de formation, une formation aux sciences sociales (et plus particulièrement à la philosophie, au droit, à la psychologie, à l'économie de la santé, et à la science administrative) tout au long du cursus[358] est indispensable.

---

[354] Ce constat de rémunérations inférieures dans le secteur public doit être nuancé par le fait que l'exercice public présente trois atouts spécifiques : niveau plus élevé des pensions de retraite, stabilité du revenu malgré la baisse d'activité en fin de carrière grâce au salariat, et éléments variables de rémunération (participation à la permanence des soins, temps de travail additionnel, activité libérale à l'hôpital).

[355] Andersen (L. B.), *Qu'est-ce qui détermine le comportement et la performance des professionnels de santé ? La motivation de service public, les normes professionnelles, et/ou les incitants financiers*, Revue internationale des sciences administratives, 2009, Vol. 75, 87-108.

[356] Accord-cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital, 24 janvier 2012.

[357] Descoings (R.), *Former les futurs médecins aux humanités, aux sciences sociales*, Les Tribunes de la santé, n° 26, printemps 2010.

[358] Gaillard (R.), *Mission sur le statut hospitalo-universitaire, Rapport remis à la ministre de l'enseignement supérieur*, 2011.

A cet égard, la méconnaissance fréquente par les internes des hôpitaux des principes de fonctionnement généraux de l'assurance du risque maladie en France est saisissante. Il n'y a souvent pas de culture générale même sommaire de l'organisation du système de santé chez ces jeunes médecins en formation. Donner à connaître les grands principes de fonctionnement de la Sécurité sociale par le corps médical en formation est essentiel. Cela cesserait de donner prise au discours récurrent sur « l'hôpital entreprise » qui ferait passer ses supposés profits avant la qualité des soins.

L'attractivité des carrières hospitalières nécessite de plus une attention particulière aux attentes des internes. L'incertitude concernant leur avenir est préjudiciable à leur inscription dans un projet professionnel et personnel structuré dans la perspective d'un exercice médical à l'hôpital.

C'est pourquoi il est nécessaire d'infléchir les rapports entre seniors et internes : les praticiens peuvent en effet valoriser les trajectoires professionnelles hospitalières. Il serait souhaitable d'accompagner davantage les internes dans leur souhait éventuel de devenir praticien hospitalier ; les internes qui en manifesteraient la volonté pourraient être suivis plus particulièrement, avec un tutorat spécifique de leurs travaux de thèse d'exercice par un praticien hospitalier, complémentaire de la direction de thèse par un hospitalo-universitaire.

En outre, l'exercice professionnel doit être rendu plus libre. Il doit laisser en particulier une place aux projets individuels. Cette méthode est utilisée dans des multinationales employant des personnels très qualifiés, comme Google ou Yahoo!. Cela renforce la fidélisation d'un personnel exigeant et mobile. Ainsi, l'hôpital pourrait valoriser les missions innovantes, en organisant le temps de travail de façon à dégager des plages de temps pour des projets « personnels », dont le praticien pense qu'ils peuvent aboutir et bénéficier à l'hôpital, sans validation hiérarchique. Une possibilité de réintégration des dispositifs créés dans ce cadre est prévue, en cas d'intérêt avéré pour l'organisation de l'hôpital. Ce dispositif, flexible, peut correspondre à environ une journée de travail par semaine (20% du temps de travail chez Google).

Une liberté et une souplesse accrues dans l'exercice professionnel doivent aussi être assurées sur le plan statutaire, notamment en CHU : la pratique hospitalo-universitaire ne serait plus réservée aux jeunes médecins ayant excellé très tôt dans leur parcours d'apprentissage ; les médecins qui souhaitent mener des projets de recherche (notamment les femmes pénalisées par la naissance des enfants au début de leur parcours de médecin senior) doivent pouvoir accéder à un statut de professeur associé des universités, sur le modèle de ce qui existe dans les universités de sciences sociales.

Ce statut possède deux atouts majeurs : d'une part, la carrière universitaire n'est plus exclusivement un sacerdoce décidé précocement, et assumé dans toutes les périodes

du parcours professionnel[359]. La répartition des activités entre soin, enseignement et recherche doit pouvoir être modifiée régulièrement au cours de la carrière. Les inflexions de trajectoire doivent être possibles, pour renforcer la confiance des individus dans l'organisation. D'autre part, le statut de professeur associé permet de mieux intégrer au système hospitalo-universitaire l'apport de praticiens dynamiques, mais dont la trajectoire professionnelle s'insère difficilement dans les parcours traditionnels.

Ce schéma peut être complété par l'exemple de certaines disciplines des sciences humaines et sociales : en histoire, par exemple, des professeurs agrégés de l'enseignement secondaire sont souvent recrutés à l'université car leur expérience garantit une vision large de leur discipline, sans spécialisation excessive[360].

On peut à cet égard faire l'hypothèse que l'hôpital français gagnerait beaucoup à reconnaître et valoriser les contributions de médecins non intégrés dans les parcours hospitalo-universitaires classiques, à l'image de ce qui se produit dans d'autres disciplines. Ainsi, dans les sciences sociales, des chercheurs brillants réalisent parfois des carrières universitaires médiocres, malgré leur apport scientifique reconnu par ailleurs ; on peut citer entre autres Roland Barthes, Norbert Elias, ou encore Jean Baudrillard qui, refusant de soutenir sa thèse, n'obtiendra jamais le statut de professeur des universités. Pour autant, l'influence de leur œuvre n'en est pas diminuée. De la même façon, il est souhaitable que les parcours atypiques des médecins publiants soient valorisés par une reconnaissance alternative à l'agrégation.

De plus, cela contribuerait à réduire les hiérarchies implicites, souvent pesantes et figées, au sein des services. Ce jugement doit cependant être nuancé, dans la mesure où les jeunes médecins eux-mêmes estiment souvent que les comportements autoritaristes des chefs de services ont tendance à devenir moins fréquents. Beaucoup de jeunes médecins reprochent *a contrario* aux responsables médicaux l'absence de décision et de clarté dans le pilotage.

Surtout, valoriser les parcours atypiques réduirait les effets pervers de la sélection par le concours de l'agrégation. En effet, en sciences humaines et sociales, l'agrégation modifie certains profils de publication. Les lauréats du concours conservent leur rythme antérieur de publication, qu'il soit élevé ou faible. En revanche, les candidats ajournés réduisent leur rythme de publication à moyen terme[361]. Cet effet pervers est associé à une absence d'incitation dans le système actuel de gestion des carrières et des missions.

De manière plus générale, il est nécessaire de proposer un exercice professionnel adapté aux contraintes spécifiques supportées par les femmes médecins (la charge de l'éducation des enfants, assurée principalement par les femmes, pénalise leurs carrières, et leur accès aux postes hospitalo-universitaires, comme dans les sciences

[359] Deugnier (Y.), Rayer (Y.), *Recherche clinique hospitalière – La nécessaire mutation*, Gestions hospitalières, n° 504, mars 2011.
[360] Musselin (C.), *Communication au séminaire général du Centre Emile Durkheim*, 26 mai 2011.
[361] Musselin (C.), *Communication au séminaire général du Centre Emile Durkheim*, 26 mai 2011.

sociales[362]). Et pour assurer une évaluation plus précise, il est souhaitable de repenser les missions des médecins hospitaliers, et de les objectiver, en systématisant les fiches de poste. Cela permettra de déléguer certaines tâches sans valeur ajoutée pour les médecins. On peut citer par exemple le travail de bureautique, qui mobilise certains praticiens de façon importante.

Enfin, l'hôpital doit assurer un suivi des carrières, de l'accueil des nouveaux recrutés à l'élaboration d'un projet de carrière. L'objectif est d'accompagner les projets des praticiens, y compris lorsqu'ils ne sont pas en rapport avec l'activité de l'établissement (projet caritatif dans les pays les moins avancés, etc.). Chaque démission d'un praticien doit faire l'objet d'une enquête pour en déterminer les causes et tenter d'apporter des correctifs. Cela doit permettre de prévenir et de réduire les démissions imprévues, facteur de désorganisation.

En outre, la liberté doit aussi être entendue comme la faculté d'agir au sein d'une organisation, en accord avec des principes et valeurs. Or, les réformes hospitalières successives provoquent des tensions de rôle, voire des conflits de rôle chez les praticiens hospitaliers[363]. Les perceptions des rôles professionnels sont en effet fondées sur la représentation que l'individu s'en fait. Dans certaines organisations, des conflits de rôle peuvent résulter du caractère jugé incohérent, voire contradictoire, des demandes adressées à un acteur.

A l'hôpital, les incitations adressées aux médecins pour qu'ils prennent en charge des missions de gestion (contrôle du codage PMSI, implication dans l'obtention d'une organisation efficiente, etc.) favorisent l'émergence de conflits de rôle. Les médecins peinent à concilier la représentation du sens de leur profession avec les nouveaux impératifs dits médico-économiques. En général, le soin aux autres constitue une motivation déterminante dans le choix de devenir médecin. Il s'agit d'une motivation de l'ordre du service aux autres, très éloignée de la notion de gestion.

C'est pourquoi les impératifs médico-économiques sont une source de conflits de rôles. Or, les conflits de rôle sont un facteur favorisant le départ des acteurs de l'organisation considérée[364]. Dans le contexte de pénurie de personnel médical, ce problème doit être traité, en améliorant la formation des praticiens aux missions de gestion, mais surtout en expliquant la légitimité des objectifs qui sous-tendent les réformes de gestion de l'hôpital[365]. La finalité des changements doit être expliquée. De plus, la charge de travail administratif doit être déléguée au maximum.

---

[362] Jacqué (P.), *A l'université, les femmes se heurtent aussi au plafond de verre*, Le Monde, 12 juin 2011.

[363] Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.
Il apparaît dans cette enquête que de nombreux médecins hospitaliers interrogés ressentent un conflit de rôle : le taux observé est supérieur de 30% à ceux observés à la fin des années 1990.

[364] Jackson (S.-E.), Schuler (R.-S.), *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings*, Organizational Behavior and Human Decision Processes, Volume 36, Issue 1, 16-78, 1985.

[365] Kurunmäki (L.), *A Hybrid Profession : The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals*, Accouting, Organizations and Society, vol. 29, n° 3-4, 2004.

Mais toute modification des règles de gestion des carrières des praticiens affectera nécessairement le modèle professionnel sous-jacent. C'est pourquoi toute proposition de réforme doit intégrer simultanément les deux niveaux[366]. Ainsi, à la liberté de la pratique médicale doit être associée une stimulation intellectuelle qui favorise un modèle professionnel attractif.

L'hôpital est attractif parce qu'il possède les équipements les plus innovants, le lien avec la recherche clinique et fondamentale, et traite les cas cliniques les plus intéressants, surtout en CHU. En outre, les hôpitaux sont les établissements de santé les plus importants, ce qui permet des échanges directs accrus concernant les nouvelles pratiques et leur évaluation, comme le note Guy Vallancien, chirurgien : *« De l'apprentissage jusqu'à la pratique quotidienne, la profession que j'exerce vit encore sur des schémas d'action traditionnels dominés par la définition classique de l'acte médical personnel, isolé, et par la seule obligation de moyens mis à disposition pour soigner. Le médecin fait ce qu'il peut avec ce qu'il a, mais il n'est pas redevable du résultat de sa pratique. L'aléatoire des résultats médicaux au temps des incertitudes de la physiologie balbutiante expliquait le principe de précaution que sous-tend cette simple obligation de moyens visant à protéger celui qui agissait sans vraiment savoir. Aujourd'hui, l'efficacité de nos capacités d'intervention sur le corps malade grâce aux découvertes de la science nous oblige à rendre compte de notre action, à quantifier nos résultats sur un mode statistique, à évaluer leurs bénéfices et leurs effets collatéraux »*[367].

Ceci peut être un atout de l'hôpital à valoriser, notamment auprès des médecins libéraux. La pénurie de médecins doit inciter à la création de contrats d'exercice partiel à l'hôpital permettant de recruter des praticiens libéraux, pour les établissements des zones géographiques les moins attractives. Cette ouverture aux praticiens libéraux devra être limitée aux hôpitaux peu attractifs pour ne pas créer un risque de dévalorisation du statut de praticien hospitalier.

En outre, des mesures particulières viseront à renforcer la formation médicale continue, ou développement professionnel continu, des praticiens exerçant à l'hôpital, car elle permet d'optimiser la qualité des soins dispensés par les praticiens, si elle est assurée par des cas pratiques, avec une pédagogie interactive[368].

Un dispositif spécifique est par ailleurs nécessaire pour susciter des vocations hospitalo-universitaires, notamment chez les femmes. En effet, les attraits de la carrière universitaire sont devenus insuffisants pour attirer de nombreux candidats et garantir un niveau de sélectivité idoine.

Or, la dimension hospitalo-universitaire est essentielle à l'attractivité de l'hôpital public. C'est pourquoi le mode de sélection doit être modifié en profondeur, en

---

[366] Musselin (C.), *op. cit.*
[367] Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *Les paradoxes du médecin à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé n° 26, printemps 2010.
[368] Kiessling (A.), Lewitt (M.), Henriksson (P.), *Case-Based Training of Evidence-Based Clinical Practice in Primary Care and Decreased Mortality in Patients With Coronary Heart Disease*, Annals of Family Medicine, Vol. 9, n° 3, May-June 2011.

partie sur le modèle de la *tenure*[369] en vigueur dans les universités nord-américaines pour le recrutement de professeurs de sciences humaines et sociales. Le principe est le suivant : les trajectoires de carrière des chefs de clinique seraient déterminées par leurs résultats, notamment sur le plan de la recherche, dans des conditions d'indépendance accrue à l'égard des aînés.

La soumission au « patron » ne serait plus un gage de réussite, car les chefs de clinique seraient évalués sur leurs travaux de recherche par leurs « patrons », mais aussi par des PU-PH exerçant dans d'autres établissements, éventuellement situés à l'étranger. Ce modèle suppose une adaptation du rapport de maître à élève, fondamental dans l'enseignement de la médecine, et un renforcement des évaluations objectives du type score des publications[370].

Ainsi, le chef de clinique travaillerait sous le contrôle de praticiens hospitalo-universitaires confirmés, mais il ne travaillerait pas *pour* eux. Il devrait, *a contrario*, montrer son autonomie et développer son propre domaine de recherche. Pour être atteint, cet objectif nécessite des appels à projets, notamment ministériels[371], plus ouverts aux jeunes pratciens, avec des financements plus accessibles à des chercheurs débutants. La stratification des appels à projets par niveau d'expérience ou par tranche d'âge de l'investigateur candidat est à cet égard une piste de réflexion importante.

En contrepartie de ces garanties, le praticien qui obtient le statut hospitalo-universitaire ne bénéficierait plus d'une rente de situation potentielle jusqu'en fin de carrière. La sélection opérée en début de carrière n'emporterait pas des conséquences définitives : les praticiens HU se soumettraient périodiquement à des sélections, certes moins drastiques que dans la phase de clinicat (*ou tenure track*) pour progresser dans la carrière (par exemple pour accéder à un statut de PU-PH « hors-classe », dont l'obtention est conditionnée à des résultats probants). Ces épreuves empêcheraient certains praticiens (très minoritaires) de se soustraire totalement au « marché interne » de l'hôpital, à l'image de ce qui se pratique dans les universités anglo-saxonnes de sciences humaines et sociales, ou dans certains hôpitaux universitaires néerlandais[372].

Les années à venir verront en outre l'accélération du processus de spécialisation des hôpitaux, y compris les CHU. Sur le plan de la recherche, les hôpitaux universitaires de taille moyenne sont incités par les pouvoirs publics à se spécialiser dans certaines disciplines[373], parfois peu nombreuses, pour atteindre le niveau d'excellence requis par les exigences de la compétition internationale. Pour être atteint, cet objectif nécessite la mise en place de communautés stratégiques régionales entre CHU, sur

---

[369] Musselin (C.), *Le marché des universitaires*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2005.
[370] Le logiciel SIGAPS (système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications de santé) a été développé par le CHU de Lille et adopté par le ministère de la santé comme outil d'évaluation de la recherche clinique à l'hôpital. C'est un indicateur qui définit en partie l'attribution de crédits ministériels dévolus à la recherche dans les établissements.
[371] On peut citer les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique. Les PHRC ont donné un essor important à la recherche clinique française dès leur création, en 1992.
[372] Marescaux (J.), *Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, 2009.
[373] Deugnier (Y.), Rayer (Y.), op. cit.

le modèle canadien[374] : la coopération pour atteindre la taille critique n'est pas nécessaire uniquement pour les petits CH, mais aussi pour les établissements plus importants, par exemple dans le cadre de Fédérations Hospitalo Universitaires entre plusieurs CHU.

Or, la stimulation intellectuelle pour les praticiens est d'autant plus importante que l'hôpital considéré exerce ses missions à un niveau d'excellence internationale. Et ce niveau ne peut être atteint que dans quelques disciplines, même dans les CHU les plus importants. A cet égard, le soutien financier considérable accordé à des équipes compétitives au niveau mondial dans le cadre des Instituts Hospitalo Universitaires mis en place sur le conseil de la Commission Marescaux, est un facteur très favorable.

Et les questions des regroupements et de la spécialisation influent directement sur l'organisation des équipes médicales. Le regroupement et la spécialisation des sites hospitaliers, dans une dynamique comparable à celle des collectivités territoriales[375], favorisent l'atteinte par les équipes médicales d'une masse critique indispensable à l'attractivité : en effet, la répartition de la charge des gardes et astreintes est facilitée, et la répartition des missions est plus souple. En outre, les risques psycho-sociaux sont réduits par un fonctionnement moins difficile en cas d'absence d'un praticien.

De plus, la télémédecine va se développer fortement[376], grâce au progrès technologique ; elle permettra des échanges de pratiques plus riches entre médecins de différents hôpitaux, et une meilleure gradation des soins entre hôpitaux.

Au quotidien, la pratique clinique doit pouvoir être assurée dans de meilleures conditions, grâce à plusieurs types de dispositifs : des équipes mobiles de gériatres et de généralistes systématiquement mises en place au sein de l'hôpital pour aider les autres praticiens dans la prise en charge des patients âgés et poly pathologiques. De manière plus générale, l'augmentation du nombre de médecins affectés à des équipes mobiles est une mesure favorable. Elle encourage à la fois les échanges de pratiques et la souplesse des organisations.

De plus, l'hôpital doit introduire ou renforcer la mixité chirurgiens/médecins dans les unités de chirurgie : des équipes mobiles de médecins exercent en soutien dans des unités de chirurgie, pour faciliter la prise en charge de patients âgés dont le besoin de santé ne se limite pas à l'acte chirurgical. Le monopole du chef de service sur « ses lits », du médecin sur la médecine et du chirurgien sur la chirurgie seront remis en cause.

---

[374] Gauthier (P.), Fillion (C.), Latulippe (P.), *La pénurie de main d'œuvre et la transformation de l'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie*, Rapport de recherche Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux/Institut de gériatrie de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux de Granit, décembre 2009.

[375] Vautard (A.), *Coopération hospitalière et intercommunalité : deux dynamiques* comparables, Les Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

[376] Chriqui (V.), Coeuré (B.), *France 2030 – Cinq scénarios de croissance*, Rapport conjoint du Centre d'Analyse Stratégique et de la Direction du Trésor, 2011.

En outre, pour renforcer l'intérêt de la pratique clinique et atténuer son caractère répétitif, un dispositif de délégation des missions cliniques les moins techniques devra être mis en place[377]. Certaines parties de missions auparavant réalisées par des médecins seront déléguées à d'autres acteurs (ce qui nécessite une formation à la délégation dans les études médicales)[378], notamment en chirurgie[379] et dans le champ médicotechnique : ingénieurs et personnel paramédical seront en charge de nombreux actes pré et post opératoires. A l'hôpital, le médecin interviendra essentiellement pour apporter la valeur ajoutée de son expertise ; cela favorisera aussi l'organisation des soins dans un contexte de rareté du temps médical.

En outre, cela correspond à l'évolution technique, et notamment dans le champ chirurgical : *« Le chirurgien lui-même vit, jusqu'à il y a peu, son aura grandir en fonction de la difficulté des opérations qu'il entreprenait. On disait «à grand chirurgien, grande incision». En 2008, on ne parle plus que de chirurgie «minimally invasive» où l'homme de l'art se détache de la traditionnelle table d'opération pour effectuer ses gestes à distance sans effraction ou presque. Plus troublant encore, la vision de l'anatomie devient virtuelle, reportée sur un écran de télévision, et la main ne touche plus l'organe, elle le télémanipule. L'image même des organes que l'opérateur visualise avec une caméra est immatérielle : on en modifie le grossissement, les couleurs, le contraste, la brillance, bref on change l'anatomie perçue alors que l'organe reste le même. L'œil n'est plus l'organe maître qui reconstitue les images, le pixel devient roi. Pourquoi avoir ainsi quitté le champ artisanal de l'acte opératoire ? La main fait-elle moins bien que le bras télémanipulé ? Tout simplement parce que, dans certaines conditions, ces instruments optimisent notre gestuelle car ils travaillent sans contraintes d'axe ni d'angle. L'aide de ces machines opératoires et la simulation, avec laquelle on peut répéter les gestes à l'infini, permettront une délégation croissante à des intervenants spécialisés non médecins. Faut-il encore réciter le serment d'Hippocrate pour opérer ? »*[380].

La technologie numérique a en effet réduit de façon considérable le rôle de l'examen clinique dans le travail des médecins : *« Dans la mesure où nombre de tâches médicales ne nécessitent plus le flair d'antan, la délégation de nombreux gestes à des personnels non médicaux s'imposera peu à peu. Des assistants chirurgiens réaliseront des portions d'actes opératoires qui demandent parfois une grande technicité reposant sur un seul geste, ou des opérations simples sous le contrôle et la responsabilité des chirurgiens »*[381]. Cette délégation est aussi un enjeu important en médecine : des infirmières de pratiques avancées seront susceptibles de valider des chimiothérapies, par exemple.

Corrélativement, le pouvoir du médecin sur le corps du patient, fondement de son prestige social, en est altéré : *« La main qui palpait le corps à la recherche d'un*

---

[377] La future loi de santé pourrait créer un exercice en pratiques avancées pour les professions de santé paramédicales. Cela constitue une étape importante pour préparer une délégation de missions accrue.
[378] Picot (G.) *Entre médecins et infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 2005.
[379] Vallancien (G.), Aubart (F.), Cuq (P.), *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?*, Rapport au Ministre de la Santé, mars 2008.
[380] Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *Les paradoxes du médecin à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé n° 26, printemps 2010.
[381] Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *op. cit.*

trouble clinique ne sert plus à rien, elle ne fait au mieux qu'estimer une situation alors que les chiffres et les images objectivent le mal en le quantifiant. De la clinique, reine du savoir médical, ne reste dans bien des cas que l'interrogatoire du patient, sauf dans certaines spécialités comme la dermatologie. Grâce à l'histoire qu'il vous raconte, le malade vous donne souvent la clef du diagnostic. S'exprimer, dire son vécu apprend énormément au médecin. Que fait le neurologue aujourd'hui ? Il vous interroge avec précision, puis regarde immédiatement les planches anatomiques que lui fournit la résonance magnétique nucléaire pour localiser parfaitement la lésion cérébrale. La finesse clinique qui faisait sa qualité, repérant le moindre détail, traduisant l'atteinte de tel ou tel nerf crânien, s'efface sur le dvd du cerveau reconstruit par les ondulations des ions hydrogènes de la résonance magnétique nucléaire ! Ainsi va la clinique qui, née au début du XIXe siècle, propulsa la médecine au firmament, pour aujourd'hui lentement agoniser sous les coups de boutoir de la biologie et de l'imagerie. Michel Foucault n'avait pas prévu une telle mise à mort ! »[382]. Pour restaurer la fonction médicale dans son rôle particulier au sein du soin, la délégation d'une grande partie des actes à des non-médecins est donc une nécessité.

En outre, hors de l'hôpital, la rareté de la compétence médicale conduira à suppléer les médecins par des personnels paramédicaux assurant une partie de la permanence des soins. L'image de Charles Bovary, officier de santé réduisant avec succès une fracture dans une ferme normande reculée à quatre heures du matin, donne une illustration de la gradation des soins peu avant le milieu du XIXe siècle (*« Le père Rouault disait qu'il n'aurait pas été mieux guéri par les premiers médecins d'Yvetot ou même de Rouen »*[383]). Il est probable que le XXIe siècle présente sur ce point quelque ressemblance avec le XIXe, même si l'urgence ne fera pas partie des champs délégués aux paramédicaux.

Mais cette délégation (pour utiliser une compétence médicale rare et qui doit être orientée vers une plus-value certaine) doit être mise en place de façon contrôlée et lisible, au contraire de ce qui s'est produit dans les années 1970, comme décrit par Geneviève Picot : *« Dans les années soixante-dix, le rapport social entre médecins et infirmières est caractérisé par une importante délégation d'actes médicaux au personnel infirmier. En effet, à la suite du mouvement de spécialisation/technicisation de la médecine et à la réforme de 1958, la pratique médicale s'est enrichie de tâches exploratoires et de projets thérapeutiques nouveaux. C'est ainsi que les tâches médicales considérées comme les plus courantes ou d'un degré de complexité moindre par les médecins entrent dans le champ de compétence des infirmières. Ce transfert de tâches s'effectue d'une manière officieuse dans les services sans aucune réglementation professionnelle, sans définition du champ de compétence des infirmières. Officieuse, la délégation médicale au personnel infirmier s'opère aussi à titre « personnel et transitoire ». Cela signifie qu'elle varie selon les services, les médecins, les infirmières, qu'elle*

[382] Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *Les paradoxes du médecin à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé n° 26, printemps 2010.
[383] Flaubert (G.), *Madame Bovary – Mœurs de province*, Pocket, Paris, 2006.

n'est donc pas définitive et que le contenu du travail infirmier change d'un service à l'autre... »[384].

Geneviève Picot définit la relation entre médecins et infirmières à l'hôpital dans les années 1970 comme une reproduction de la relation conjugale inégale qui prévalait alors, renforcée par le fait que la répartition des individus dans les deux professions était à l'époque très nettement sexuée. La diminution des distances hiérarchiques observée dans tous les domaines de la société est aussi à l'œuvre à l'hôpital. Cela impose donc de repenser cette relation désormais plus « instable », car moins dominée par les médecins, pour proposer des formes d'exercice attractives aux praticiens comme aux paramédicaux.

La très forte atténuation de cette division sexuelle du travail[385] [386] impose en outre de redéfinir les rôles sociaux autant que les missions. L'ouverture de la profession de médecin aux femmes s'est produite malgré des résistances farouches de la part des médecins hommes, comme ce fut le cas dans l'ensemble des professions libérales. Les discours visant à disqualifier les femmes sont souvent très violents, comme dans cet exemple : « *Au moment où quelques diplômées d'études médicales ou juridiques accèdent aux professions libérales, dès la fin du XIXe siècle, Camille Sée se félicite, là encore, que les jeunes filles nanties d'un brevet de docteur en médecine soient "des exceptions", car "nous aurons toujours assez de docteurs femelles !". Le prestige du docteur serait atteint dans le cas où des femmes porteraient ce titre, étant donné leur nature qui garde quelque chose d'animal. Moins dépendant de son enveloppe corporelle, le médecin homme traite la maladie avec la neutralité de l'expert. En outre, il est peu prudent d'initier les femmes aux secrets de la science et de les laisser manipuler des substances vénéneuses »*[387].

Les réformes de l'exercice médical doivent donc tenir compte du mouvement de féminisation de la profession médicale, et aussi de la moindre hiérarchisation qui prévaut désormais entre médecins et paramédicaux. Geneviève Picot note en effet que les conflits observés lors de son enquête de terrain diffèrent avec la répartition sexuée des praticiens et des soignants dans un service de pédiatrie : *« Dans les deux services [étudiés, l'un avec un personnel médical entièrement masculin et l'autre avec un personnel médical entièrement féminin], les situations de conflits entre médecins et infirmières et les pratiques infirmières sont révélatrices des rapports de genre : d'un rapport de domination masculine dans le premier service, d'un rapport entre concurrence et proximité dans le deuxième service avec les femmes médecins »*[388].

Les femmes pédiatres observées par la chercheuse ont en effet tendance à être plus investies auprès des patients que leurs confrères hommes, mais aussi à éviter les

---

[384] Picot (G.) *Entre médecins et infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 2005.
[385] Bessière (S.), *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 2005.
[386] Vilain (A.), *La féminisation du corps médical*, SESI, Solidarité Santé, n°1, 1995.
[387] Cacouault-Bitaud (M.), *La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ?*, Travail, genre et sociétés 2001/1, N° 5, p. 91-115.
[388] Picot (G.) *Entre médecins et infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable*, Revue Française des Affaires Sociales, n°1, 2005.

rapports d'autorité, contrairement aux hommes de l'autre service : *« Dans leur discours, ces femmes médecins revendiquent une certaine conception des soins qui implique une grande disponibilité aux familles ainsi qu'une prise en charge de l'enfant dans sa globalité, ce qui expliquerait qu'elles n'ont pas de stratégie qui consisterait à diriger et à déléguer. En même temps, elles disent être confrontées à des problèmes d'autorité et de reconnaissance dans leur travail, notamment avec les infirmières. En définitive, cette autre conception des soins correspondrait plutôt à une stratégie d'évitement des rapports d'autorité afin d'éviter de demander parce qu'il faut négocier... et qu'on n'est pas sûre d'être satisfaite »*[389]. *A contrario*, dans le service étudié où les médecins sont des hommes, la forte hiérarchisation est un frein à la délégation des missions : *« la hiérarchisation des savoirs est toujours importante voire renforcée. Le management médical (réunions de « staff » journalières...) est significatif de l'extensibilité du savoir médical et de l'accroissement du contrôle des médecins sur l'ensemble des activités y compris soignantes. En conséquence, les possibilités d'autonomie et d'initiative infirmières sont particulièrement restreintes. D'autres facteurs interviennent tels que l'augmentation des actes sur prescription médicale, ce qui a pour effet de limiter si ce n'est d'évincer le « rôle propre » ou autonome infirmier »*[390].

Dans le service où les médecins sont des femmes, les relations sont en apparence empreintes de simplicité : *« Au premier abord, le rapport social paraît non hiérarchisé, les infirmières et médecins se tutoient, s'appellent par leur prénom »*[391]. Mais cette apparente proximité crée une frustration chez les médecins : *« Les chefs de clinique tentent de se différencier, d'affirmer leur statut de médecin à part entière ce qui a pour conséquence de donner une plus grande visibilité au rapport de classe et ce qui conduit à un rapport social concurrentiel, voire conflictuel, entre les deux catégories. Ces femmes médecins parlent explicitement d'un rapport de classe avec les infirmières. Elles disent se sentir contestées dans l'exercice de leur autorité et de leur savoir en tant que médecin (…) L'enjeu pour les femmes médecins est de s'affirmer en tant que médecin, de se différencier des infirmières et donc, pour cela, de rompre justement avec tout ce qui peut rappeler le genre féminin »*[392].

Parallèlement, les infirmières ont une attitude de remise en cause de la différence hiérarchique : *« les infirmières expriment directement et ouvertement leurs revendications et leurs griefs à l'égard des femmes médecins (…) [les infirmières] expriment ainsi la volonté de développer leur savoir ce qui explique qu'elles interrogent plus la hiérarchisation des savoirs »*[393].

Geneviève Picot conclut que les deux services pâtissent de la nature de la relation entre médecins et infirmières, que les médecins soient des hommes ou des femmes. Il apparaît que dans le service où les médecins sont des hommes, les infirmières emploient des stratégies d'évitement pour ne pas s'abaisser à des missions de pure exécution auxquelles les médecins hommes voudraient les réduire.

---

[389] Picot (G.) *op. cit.*
[390] Picot (G.) *op. cit.*
[391] Picot (G.) *op. cit.*
[392] Picot (G.) *op. cit.*
[393] Picot (G.) *op. cit.*

En revanche, dans le service où les médecins sont des femmes, il semble que les médecins délèguent très peu, et réalisent certaines missions qui relèvent de la sphère paramédicale, par crainte de devoir négocier l'exécution d'une directive, *« alors qu'un échange régulier avec les infirmières pourrait leur assurer un retour d'informations provenant des familles. Il en résulte une pratique médicale de ces femmes médecins qui empiète sur le territoire des soins infirmiers afin d'avoir par elles-mêmes un contrôle de l'ensemble de l'activité du service »*[394]. Le fait de traiter les questions de genre est donc essentiel pour réussir une délégation des missions médicales vers les professions paramédicales à l'hôpital, dans le cadre de ce qui demeure un rapport de classe.

En outre, afin de maintenir l'attractivité de l'activité professionnelle pendant toute la carrière, il est nécessaire de tenir compte du vieillissement des personnels médicaux, qui induit des difficultés à maintenir le nombre d'actes réalisés et à supporter les contraintes que représentent les gardes. La gestion des secondes parties de carrière et des fins de carrière rend nécessaire la création de trajectoires professionnelles différentes, inspirées par exemple de celles mises en place par l'armée pour les officiers supérieurs. Ainsi, des changements dans les affectations des jeunes médecins sont nécessaires, pour anticiper les besoins des praticiens plus âgés.

Les médecins sont aussi incités à l'exercice de fonctions managériales en seconde partie de carrière. La responsabilité de chef de pôle doit pouvoir être désormais être exercée à mi-temps, si la dimension du pôle le justifie, éventuellement après l'obtention d'un master en management, incluant des unités d'enseignement en finances et en ressources humaines. La formation médicale ne prépare pas, en effet, aux responsabilités de nature managériale, contrairement à certains exemples aux États-Unis, tels que la Mayo Clinic[395].

Le chef de pôle devrait par exemple pouvoir être responsable de la mise en place, au sein du pôle, de dispositifs d'utilisation de réseaux sociaux assurant un dialogue entre les praticiens et les patients. L'utilisation des réseaux sociaux et l'émergence de la médecine participative[396] sont en effet des enjeux essentiels pour permettre une relation de meilleure qualité entre les praticiens et les patients, et réduire l'incompréhension réciproque entre eux. La Mayo Clinic aux Etats-Unis et le Radboud University Nijmegen Medical Centre aux Pays-Bas constituent à cet égard des exemples intéressants[397].

En outre, la rémunération des médecins hospitaliers doit être revue pour faire pièce à l'attractivité des carrières libérales sur ce plan. En effet, la différence de rémunération est considérable lors des cinq à dix premières années de carrière : alors

---

[394] Picot (G.) *op. cit.*
[395] Goodall (A.H.), *Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?*, Social Science and Medicine, 2011.
[396] Office de prospective en santé, rapport 2011 : *Les nouveaux patients, rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*.
[397] Montori (V.), Engelen (L.), conférence « Doctors 2.0 », Paris, 22 et 23 juin 2011.

que la grille de rémunération des praticiens hospitaliers est peu attractive en début de carrière, puis connaît une augmentation progressive, le revenu des médecins libéraux est corrélé au nombre d'actes, et non à l'âge.

C'est pourquoi la rémunération des médecins libéraux est élevée en début de carrière, puis décroît avec l'avancée en âge et la baisse du nombre des actes réalisés, notamment dans les disciplines les plus éprouvantes physiquement. Compte tenu du fait que les agents économiques sont très mobiles en début de carrière, avant que cette propension à la mobilité ne diminue rapidement après l'âge de quarante ans, il est essentiel que le revenu des médecins hospitaliers soit suffisamment attractif en début de carrière : une répartition différente des ressources, favorisant la première partie de la carrière au détriment des augmentations de salaire ultérieures, est donc souhaitable.

Ce schéma de rémunération qui privilégie l'attractivité en début de carrière est comparable à celui adopté par d'autres organisations employant des personnels très qualifiés (universités américaines de sciences humaines et sociales, entreprises multinationales du domaine de la santé telles que General Electric Health Care, etc.), peut être associé à des possibilités d'augmentation de rémunération, conditionnées à la réalisation de projets médicaux individuels, ou collectifs[398].

L'hôpital public a les atouts pour demeurer un employeur attractif, proposant un exercice professionnel plus libre et stimulant tout au long de la carrière des praticiens. L'exercice médical devra ainsi concilier deux caractéristiques essentielles : d'une part, les garanties d'une qualification élevée et éprouvée, et d'autre part, la fin, ou à tout le moins l'aménagement des monopoles statutaires.

Par ailleurs, au regard de l'importance de la CME dans la communauté médicale, des mesures spécifiques à cette instance doivent être envisagées afin de renforcer le dialogue qui s'y tient.

2.2.3. Publier des opinions séparées au sein de la CME

La publication d'opinions séparées (parfois appelées « dissidentes ») de la CME est une mesure qui nous semble de nature à renforcer la qualité du processus de production de la décision à l'hôpital. Ce mécanisme appliqué à la seule CME constituerait une exception à l'argumentation défendue par ailleurs dans nos travaux et qui souligne le caractère utile du huis-clos, notamment dans la phase de préparation de la décision.

[398] Communication de Mme Danielle Toupillier, directrice générale du Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière, au Séminaire de réflexion sur l'exercice médical à l'hôpital mis en place à la demande du ministre de la Santé, Bordeaux, 1er juin 2011.

En effet, le huis-clos est favorable à une préparation de la décision de bonne qualité. L'absence de publicité des débats tend à réduire la fréquence des positions extrêmes ; les débats à huis clos sont généralement plus argumentatifs.

Mais cela n'est pas valable pour ce qui concerne les prises de position qui constituent l'arrêt de la décision, et mettent un terme à la délibération. Dans cette phase, la responsabilité des acteurs doit être mise en avant par la publicité. Jon Elster ne dit pas autre chose quand il compare les débats à huis-clos de la Convention Fédérale et ceux, publics, de l'Assemblée Constituante française : *« La qualité des débats de la Convention Fédérale est souvent très élevée. Les débats y sont remarquables car ils contiennent peu de jargon et se fondent sur l'argumentation rationnelle. A l'Assemblée Constituante, au contraire, ils débordent de rhétorique, de démagogie et de surenchère. En même temps, la Convention est un lieu où l'on négocie âprement, notamment lors des débats opposant les États esclavagistes aux États commerciaux. Les représentants des États du Sud ne cherchent pas vraiment à affirmer que l'esclavage est moralement acceptable, si l'on excepte la remarque boiteuse de Charles Pinkney. Pour lui, « si l'esclavage est un mal, il est justifié par l'exemple du monde entier ». Au lieu de cela, ils expriment simplement leur opinion à l'aide de deux leviers : d'une part, en menaçant de quitter l'Union ; d'autre part, en attirant l'attention sur le fait qu'une Constitution défavorable aux États esclavagistes risquerait de ne pas être ratifiée. Si les débats s'étaient déroulés en public, ils auraient pu être forcés de mettre des gants »*[399]. Si la préparation de la décision à huis-clos est un facteur favorable, la publicité des positions finalement arrêtées, y compris les opinions dissidentes de l'assemblée, semble donc un dispositif pertinent. En fonction des phases du processus de décision, le dévoilement des débats et arguments, qui induit une forme de supervision par des tiers, doit être adapté.

Les opinions séparées que nous proposons dans le cadre de la CME répondent cependant à un objectif final différent du dispositif existant dans certaines juridictions, notamment nord-américaines. La CME n'a en effet pas pour but d'atteindre la vérité, comme une cour de justice. L'assemblée des médecins a pour mission de constituer le lieu de débat de la communauté médicale. Les membres de la CME tendent à produire des débats pertinents, mais qui relèvent du politique. Il est donc question de préparer des choix, par construction contingents, et non d'atteindre une vérité absolue.

L'objectif de la publication d'opinions séparées au sein de la CME est donc principalement une montée en qualité de l'argumentation. Contraindre les débatteurs à optimiser leurs arguments, du fait de la supervision externe que représente la publication d'opinions séparées, constitue un enjeu important.

Nous proposons donc que la publication des opinions séparées soit instaurée dans le cadre des débats en CME. Ce principe souffrirait une exception pour les points de

[399] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

l'ordre du jour ayant trait à des situations individuelles (avis sur les recrutements, avis sur les demandes d'exercice d'une activité libérale, etc.).

Les opinions séparées que nous proposons sont un mécanisme identique à celui qui permet notamment à des magistrats anglo-saxons de présenter le point de vue minoritaire défendu par certains membres d'une instance juridictionnelle. Cela donne un éclairage précieux à plusieurs égards sur leurs arrêts ou décisions. Publier les opinions séparées de la CME aurait quatre effets positifs essentiels :

- Organiser le lien entre la phase de dialogue et la phase qui suit la prise de décision (l'avis en l'espèce)
- Permettre à la CME de nuancer ses avis, pour émettre une contribution plus constructive et nuancée
- Préparer les évolutions ultérieures des positions de la CME, les « revirements de jurisprudence »
- Renforcer la supervision externe et notamment la supervision par l'ensemble du corps médical grâce à la publicité

Les opinions séparées permettent en effet de nuancer les avis. Elles sont ainsi définies par Wanda Mastor comme *« des opinions alternatives à celle de la majorité, rédigées par un ou plusieurs juges, soit parce qu'elles proposent une solution différente, soit parce qu'elles proposent un fondement différent pour une solution identique »*[400]. Les opinions séparées peuvent donc être des opinions dissidentes, contraires au jugement rendu. Mais elles peuvent aussi être compatibles avec le jugement rendu ; leur intérêt réside alors dans le fait qu'elles promeuvent une direction similaire, mais fondée sur des prémisses différentes.

Ces opinions séparées ou dissidentes sont une tradition ancienne dans certains ordres juridiques, comme par exemple au Canada : *« Dès leur premier arrêt en 1877, les juges de la Cour suprême du Canada ont rendu leur décision par voix plurielles et dissidentes »*[401]. Cette tradition est associée à une culture professionnelle qui valorise l'examen dépassionné de différentes alternatives : *« Imprégnés d'une culture dans laquelle on privilégie la description narrative du raisonnement et le débat contradictoire quant aux solutions possibles au problème juridique soumis, les juristes formés en common law ont pris l'habitude de lire et de rédiger des opinions qui cherchent à justifier le choix d'une solution parmi plusieurs, ainsi que de montrer comment résoudre une question semblable à l'avenir »*[402].

Cette culture de l'examen dépassionné de différentes alternatives est essentielle dans le cadre d'un processus où les avis concernent des dossiers extrêmement complexes. Permettre la nuance, voire la contradiction, c'est rendre possible l'intégration dans le processus de décision du nombre maximum d'idées et propositions. Et cela favorise l'utilisation de toute l'intelligence collective à disposition de l'organisation.

---

[400] Mastor (W.), Point *de vue scientifique sur les opinions séparées des juges constitutionnels*, Recueil Dalloz 2010.
[401] L'Heureux-Dubé (C.), *La pratique des opinions dissidentes au Canada*, L'opinion dissidente : voix de l'avenir ? Cahiers du Conseil constitutionnel n° 8, Dossier : Débat sur les opinions dissidentes, juillet 2000.
[402] L'Heureux-Dubé (C.), *La pratique des opinions dissidentes au Canada*, L'opinion dissidente : voix de l'avenir ? Cahiers du Conseil constitutionnel n° 8, Dossier : Débat sur les opinions dissidentes, juillet 2000.

Les opinions séparées représentent en effet un aiguillon pour les représentants de l'opinion majoritaire, qui sont incités à présenter les arguments les plus convaincants. Dans un système où les opinions contraires sont publiées, le fait d'être majoritaire ne dispense pas d'administrer la preuve de la qualité des opinions que l'on défend : *« Les opinions séparées produisent un «effet ricochet» sur la qualité de la décision majoritaire. Ces vertus performatives nourrissent l'argument le plus convaincant dans le débat relatif à l'utilité de la dissidence. La menace que représente une éventuelle publication des divergences entraîne une meilleure qualité argumentative de la décision de constitutionnalité. Les juges majoritaires vont redoubler d'efforts pour exposer des arguments plus convaincants que ceux des juges dissidents, et ainsi de suite. Ils prendront garde à ce que leur raisonnement ne présente pas de failles qu'un juge aux aguets s'empressera de dénoncer. On assiste ainsi à une «montée dans l'argumentation »»*[403].

Et si la montée dans l'argumentation favorise la qualité de la décision présente, cela est aussi un facteur favorable pour les décisions futures, comme le note Wanda Mastor : *« Si une opinion séparée permet à son auteur d'expliquer à ses collègues les raisons de son dissentiment, elle a également pour finalité de les exposer au public. En rédigeant une telle opinion, le juge ne s'adresse pas uniquement à ses pairs. Il sait que ses propos seront lus par l'ensemble des destinataires de la décision, citoyens, tribunaux inférieurs, pouvoirs publics, mais aussi par les générations futures »*[404]. La qualité accrue de la motivation présente donc un intérêt à long terme.

En effet, la publication des opinions dissidentes permet de poursuivre le dialogue après la décision pour préparer les décisions ultérieures. Ainsi, un avis approuvé à une faible majorité, et faisant état d'une opposition argumentée et documentée, n'a pas la même influence pour l'avenir qu'un avis unanime.

Or, les décisions prises à l'hôpital engagent souvent l'institution pour de nombreuses années, voire décennies (choix d'implantation, restructuration d'activités, coopérations, etc.). La qualité prouvée d'une décision est donc utile pour les futurs décideurs : les avis motivés et argumentés favorisent la mise en perspective des choix réalisés, dans une logique de dialogue à travers le temps entre les décideurs et leurs prédécesseurs.

A l'heure actuelle, les opinions dissidentes sont déjà susceptibles de figurer dans les comptes rendus d'instances, mais cette pratique est peu formalisée, et de ce fait rare. Or, la CME est l'assemblée des médecins, l'expression des opinions divergentes y est donc un enjeu important. Le fait que la CME n'exprime pour l'essentiel que des avis est perçu par la communauté médicale comme le signe d'une influence faible.

Or, si la CME ne décide pas, elle a un rôle d'influence important. Pour cela, il faut que ses membres se saisissent de la tribune qui leur est offerte. Cela se fait ponctuellement, dans certains établissements, par des oppositions collectives au

[403] Mastor (W.), *Point de vue scientifique sur les opinions séparées des juges constitutionnels*, Recueil Dalloz 2010.
[404] Mastor (W.), *Point de vue scientifique sur les opinions séparées des juges constitutionnels*, Recueil Dalloz 2010.

directeur. Si ce type d'attitude d'opposition survient, c'est le signe que le dialogue entre directeurs et médecins a échoué en amont. Mais la CME peut avoir un rôle d'influence plus fin, dans le cadre du dialogue de gestion. Pour cela, il faut qu'elle puisse moduler ses avis, sans être limitée à l'alternative « pour/contre ». La CME pourrait disposer de la faculté de moduler ses avis, par l'expression de débats riches.

La publication des opinions séparées ou dissidentes jouerait un rôle important, en motivant les acteurs à défendre des opinions minoritaires, à l'image des opinions dissidentes publiées par certains tribunaux constitutionnels[405].

De manière plus pragmatique, l'éventualité d'opinions séparées incite la majorité à rechercher un consensus pour les éviter. Cela donne une meilleure chance de parvenir à des décisions équitables, comme le montre Elster : *« On peut affirmer que l'argumentation – même quand elle est purement stratégique et intéressée – tend à produire des décisions plus équitables que la négociation. Pour les raisons déjà évoquées, l'argumentation – surtout dans des débats publics – empêchera les puissants d'employer leur pouvoir de négociation jusqu'au bout. Le meilleur équivalent impartial sera celui qui dilue leur intérêt tout en tenant compte de celui des plus faibles. En moyenne, cela conduit à des décisions plus équitables. On peut considérer cet effet comme la « force civilisatrice de l'hypocrisie » »*[406]. Cela permet aussi d'éclairer les débats pour l'ensemble de la communauté médicale, en clarifiant l'usage des arguments échangés.

Enfin, la publication d'opinions séparées concourra à l'émergence d'une doctrine de la décision au sein de l'hôpital. C'est particulièrement important pour les hôpitaux de grande taille, où les projets sont mis en œuvre durant de longues années et sont très coûteux (par exemple, 235 millions d'euros pour le bâtiment médicotechnique de l'hôpital de la Timone à Marseille mis en service en 2013).

Une doctrine de la décision présente en effet un avantage essentiel pour les futurs décideurs. Si elle ne les oblige en rien, une doctrine argumentée et étayée permet à la réflexion de s'appuyer sur des prémisses rigoureuses. Comme tout professionnel, un décideur a besoin de méthode pour travailler efficacement. Et son travail consistant pour l'essentiel à arbitrer entre des options différentes par une évaluation coût-avantage, il lui est précieux de bénéficier des enseignements du passé, compilés dans une forme structurée.

La connaissance des opinions des décideurs passés est en effet un outil important pour structurer sa propre réflexion. Mais bénéficier d'une doctrine aux fondements rigoureux, élaborée après des débats riches, est un atout important pour une autre raison. Cela permet de contrebalancer la tendance à l'immédiateté à laquelle sont soumis les décideurs de « l'ère numérique », sommés de répondre en tous temps et lieux à des sollicitations multiples. Alors que la décision est par nature un art de la juste distance, la technologie impose subrepticement un rapport dégradé au temps :

---

[405] Freixes (T.), *La pratique des opinions dissidentes en Espagne*, Cahiers du Conseil constitutionnel, n°8, juillet 2000.
[406] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

« Le coup d'œil sur l'Histoire, le recul vers une période passée ou, comme aurait dit Racine, vers un pays éloigné, vous donne des perspectives sur votre époque et vous permet d'y penser davantage, d'y voir davantage les problèmes qui sont les mêmes ou les problèmes qui diffèrent ou les solutions à y apporter »[407].

Ainsi, publier les opinions séparées comme faisant partie du processus de consultation de façon systématique augmente la connaissance par les acteurs extérieurs des arguments échangés ; et de ce fait, cela donne un rôle de supervision aux tiers, en particulier à l'ensemble de la communauté médicale. En outre, la structuration des débats en est plus formalisée, ce qui incite les acteurs à rechercher les meilleurs arguments. Cela réduirait le sentiment, affirmé de façon abrupte par plusieurs médecins interrogés selon lequel *« la CME ne sert plus à rien »* depuis la loi HPST.

Enfin, le caractère public de ces opinions séparées renforce la supervision externe de l'hôpital public. Ce n'est pas le moindre de ses intérêts. La publicité des débats influe sur les arguments échangés. Le caractère public des échanges produit une norme sociale en vertu de laquelle les acteurs ne doivent pas défendre leur propre intérêt mais l'intérêt général. Jon Elster illustre cette idée avec l'exemple de la Convention Fédérale : *« A la Convention Fédérale, on a pu assister à de flagrantes tentatives d'inflexion de la Constitution en faveur des États fondateurs. Malgré cela, les arguments impartiaux et intemporels qui accordent une égale influence aux nouveaux États ont fini par l'emporter. De plus, la norme interdisant l'expression de l'intérêt, sera plus contraignante dans des débats publics que dans des débats à huis-clos. La publicité des débats encouragera en outre les constituants à pratiquer l'engagement par l'affirmation des principes, avec des spectateurs pour amplifier ces engagements préalables qui n'en seront que plus difficilement révisables »*[408]. La supervision par des acteurs extérieurs, et notamment par la société civile, est donc un enjeu important.

La publication d'opinions séparées de la CME, en instaurant un dialogue dans le temps, enrichit les termes du débat. Il permettra d'établir des fondements à la fois plus solides et plus complets aux décisions prises.

---

[407] Marguerite Yourcenar

[408] Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

Conclusion

Les relations entre directeur et médecin sont centrales dans le processus de décision à l'hôpital public. Ces relations comprennent une dimension de dialogue pour préparer la décision et une dimension de pouvoir pour prendre la décision.

Afin d'améliorer la qualité de la décision à l'hôpital, ces relations doivent être enrichies, sans chercher à supprimer les tensions qui les sous-tendent. Les formations et carrières des deux corps devront être adaptées en conséquence.

Ainsi, pour les directeurs, la mise en place d'une nouvelle identité professionnelle est nécessaire. Un dialogue approfondi avec le corps médical demande des connaissances renforcées en santé publique une culture générale médicale riche. En outre, les directeurs doivent être incités à développer des compétences de conseil et de médiation, plus qu'ils ne le sont dans les trajectoires professionnelles actuelles. Enfin, les directeurs seront amenés à mener des projets à l'échelle des territoires de santé de façon fréquente, et cela constitue une compétence spécifique à développer.

Pour le corps médical, l'enjeu principal est différent. Il s'agit de renouer le lien entre les praticiens et l'hôpital contemporain. En effet, si les directeurs connaissent des insatisfactions professionnelles (nombre très élevé de textes réglementaires, interventionnisme parfois excessif des agences régionales de santé, relations dégradés avec les syndicats des personnels non médicaux), ils sont néanmoins dotés de rôles et de prérogatives renforcés. Dans une perspective de long terme, les directeurs constituent un corps qui a réussi à faire valoir ses revendications essentielles auprès des pouvoirs publics. Les médecins hospitaliers, en revanche, ont connu une altération de leur rôle symbolique. Il est donc essentiel de traiter les tensions de rôle qui procèdent de leurs nouvelles missions de gestion. Cela n'est pas exclusif d'autres mesures destinées à rénover l'exercice médical au sein des hôpitaux. Des carrières plus variées, et tenant compte de nouvelles aspirations (ne plus vivre sa profession comme un sacerdoce, assurer différentes missions ou en modifier la répartition en cours de carrière). Enfin, l'implication des médecins dans le dialogue nécessite une revalorisation du rôle de leur assemblée, la commission médicale. Nous ne proposons pas de prérogatives renforcées pour la CME. Celles-ci ne modifieraient pas fondamentalement les équilibres des forces au sein des établissements ; mais plutôt une publicité des débats afin de donner une place accrue aux minoritaires au sein de la CME. C'est à ce prix que la CME reprendra une place essentielle dans les débats hospitaliers.

Enfin, au-delà des directeurs et médecins eux-mêmes, le dialogue à l'hôpital peut être enrichi par une meilleure intégration des contributions extérieures. Si ces

contributions ne sont pas absentes des débats à l'heure actuelle, leur place demeure modeste.

Les échanges seront en effet d'autant plus féconds à l'avenir que d'autres acteurs participeront au dialogue préalable à la décision : patients, autres catégories professionnelles, instances extérieures à l'hôpital. Intégrer l'opinion de la société civile incite en effet les décideurs hospitaliers à améliorer la qualité de leur argumentation et la manière dont ils assument leur rôle au sein de l'organisation.

Cela ouvre en outre l'hôpital aux arguments, trop souvent négligés, des acteurs extérieurs. Au prétexte que l'hôpital est une affaire complexe, ses décideurs refusent en effet trop souvent la participation au débat des acteurs non professionnels. Or, ceux-ci contribuent pourtant à l'élaboration d'un savoir qui peut être utile au fonctionnement de l'hôpital.

Cette ouverture sur l'extérieur est susceptible de favoriser une relation toujours faite de dialogue, mais créatrice d'influence plus que de pouvoir. Elle est de nature à permettre un échange caractérisé par l'ouverture et le respect, comme évoqué par le vizir égyptien Ptahhotep : *« Que ton cœur ne soit pas vaniteux à cause de ce que tu connais ; prends conseil auprès de l'ignorant comme auprès du savant, car on n'atteint pas les limites de l'art, et il n'existe pas d'artisan qui ait acquis la perfection. Une parole parfaite est plus cachée que la pierre verte »*[409].

[409] Ptahhotep, *L'enseignement du sage égyptien Ptahhotep*, Collection Publications de l'Institut Ramsès, Editions La maison de vie, 1993.

Bibliographie

MANUELS, TRAITES, RECUEILS, DICTIONNAIRES ET COURS :

Braud (P.), *Sociologie politique,* L.G.D.J, 2004

Clément (J.-M.), *Mémento du droit hospitalier*, Paris, Berger-Levrault, 10e édition, 2004.

Derenne (O.), Lucas (A.), *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Rennes, Editions ENSP, 2005.

Derenne (O.), Lucas (A.), *Le fonctionnaire hospitalier,* Rennes, Editions ENSP, 2005.

Dupont (M.), Esper (C.), Paire (C.), *Droit hospitalier*, éd. Dalloz, 2005.

Holcman (R.), *Droit hospitalier, manuel de gouvernance hospitalière*, Paris, Berger-Levrault, 2010.

Houdart (L.), Larose (D.), Barre (S.), *Traité de coopération hospitalière*, vol. 1 et 2, éd. Collection Santé, 1ère édition, 2000.

Lauret (T.), Rivet (S.), *Les médecins à l'hôpital public – Statuts et carrières*, Les indispensables, Berger-Levrault, 2008.

Saison (J.), *Droit hospitalier,* 2e édition, Lextenso Editions, 2009.

OUVRAGES :

Achin C. et alii, *Sexes, genre et politique*, Paris, Economica, 2007.

Aïach (P.), Fassin (D.), Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Anthropos, 1994.

Ardouin (T.), Bonmati (J.-M.), Juillet (J.-L.), *Ressources humaines à l'hôpital, pilotage social et performance*, Paris, Berger-Levrault, 2009.

Aristote, *Éthique à Nicomaque,* Vrin, Paris, 1994.

Aron (R.), *Paix et guerre entre les nations*, Paris, Calmann-Lévy, 2004.

Arrow (K. J.), *Social choice and individual values*, Yale University Press, 2nd edition, 1970.

Bayard (P.), *Comment parler des livres que l'on n'a pas lus ?*, Paris, Les Editions de Minuit, 2007.

Beck (U.), *Pouvoir et contre-pouvoir à l'ère de la mondialisation*, Flammarion, 2005.

Belorgey (N.), *L'hôpital sous pression, enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

Bergson (H.), *La politesse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.

Biazejewski (S.), Raymond (N.), Lagnaoui (R.), Winnock (S.), Cochard (J.-F.), Petit (L.), Dosque (J.-P.), Fillatreau (C.), Moore (N.), *Comment la nonadrénaline est-elle utilisée en réanimation ? Une étude de terrain*, Thérapie, Vol. 62, n°2, p. 143-149, 2007.

Bidima (J.-G.), *La palabre. Une juridiction de la parole*, Michalon, 1997.

Boltanski (L.), *L'amour et la justice comme compétences – Trois essais de sociologie de l'action*, Editions Métailié, Paris, 1990.

Bonmati (J.-M.), *Les ressources humaines à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault, 1998.

Bonnici (B.), *La politique de santé en France*, Que-sais-je ?, P.U.F, 2003.

Bonnici (B.), *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires*, La Documentation Française, 2007.

Bourdieu (P.), *La distinction. Critique sociale du jugement*, coll. Le Sens commun, Éditions de Minuit, 1979.

Bourdieu (P.), *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.

Bourdieu (P.), *La noblesse d'État : grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Éditions de Minuit, 1989.

Bourdieu (P.), *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.

Bourdieu (P.), *Langage et pouvoir symbolique*, coll. Points Essais, Seuil, 2001.

Bourdieu (P.), *Le bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Seuil, 2002.

Braud (P.), *La science politique*, Que-sais-je ?, P.U.F, 2009.

Budet (J.-M.), Blondel (F.), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*, Paris, Berger-Levrault, 1997.

Brion (P.), *Réflexions sur le management hospitalier selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé*, Mémoire d'ingénieur, CNAM, 2007.

Cavalier (M.), Dalmasso (R.), Romatet (J.-J), *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris, Erès, 2002.

Clausewitz (C.), *De la guerre*, coll. Tempus, Librairie Académique Perrin, 2006.

Clery (M.-O.), *Délégation de gestion et contractualisation interne*, Paris, Les Etudes Hospitalières, 2003.

Clément (C.), *Le contrat d'activité libérale des médecins hospitaliers*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2008.

Clément (J.-M.), *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger-Levrault, 1996.

Clément (J.-M.), 1900-2000, *La mutation de l'hôpital*, Les Etudes Hospitalières, 2001.

Clément (J.-M.), *Le fonctionnaire hospitalier*, Paris, Berger-Levrault, 5e éd., 2004.

Clément (J.-M.), *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2007.

Clément (J.-M.), *La nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2009.

Cléry (M.-O.), *Délégation de gestion et contractualisation interne*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2003.

Cohen (A.), *Belle du Seigneur*, Gallimard, Paris, 1968.

Cohen (P.), Péan (P.), *La face cachée du Monde : du contre-pouvoir aux abus de pouvoir*, Mille et unes nuits, 2003.

Condorcet (N.), *Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions rendues à la pluralité des voix*, De l'imprimerie royale, 1785.

Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires, *Livre blanc du management des Centres hospitaliers universitaires*, Lille, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Lille, 2006.

Couty (E.), Tabuteau (D.), *Hôpitaux et cliniques*, les réformes hospitalières, Paris, Berger-Levrault, 1992.

Couty (E.), Kouchner (C.), Laude (A.), Tabuteau (D.), *La loi HPST – Regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2009.

Cremandez (M.), Grateau (F.), *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, 1992.

Crozier (M.), *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil, 1964.

Crozier (M.), *La société bloquée*, Paris, Seuil, 1970.

Crozier (M.), *Où va l'administration française?*, Paris, Les Editions d'organisation, 1974.

Crozier (M.), Friedberg (E.), *L'acteur et le système*, Paris, coll. Points politique, Seuil, 1977.

Crozier (M.), *On ne change pas la société par décret*, Paris, Grasset, 1979.

Crozier (M.), *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Editions du Seuil, 1987.

Cyert (R.), March, (J.), *A behavioral theory of firm*, New York, Prentice-Hall, 1963.

Dall'Ava-Santucci (J.), *Des sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*, Paris, Calmann-Lévy, 1989.

Dalmasso (R.), Romatet (J.-J.), *L'hôpital réformateur de l'hôpital*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2000.

De Kervasdoué (J.), *L'hôpital*, Paris, PUF, 2e ed., 2005.

De Kervasdoué (J.), *Très cher santé*, Paris, Perrin, 2009.

De Schutter, O., and Lenoble, J., (eds.), (2010), *Redefining the Public Interest in a Pluralistic World*, Oxford, Hart Publishing, May 2010, 235 pp.

Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935.

Dimaggio (P.), Powell (W.), *The new institutionalism in organiszational analysis*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.

Dubet (F.), *Le déclin de l'institution*, Seuil 2002.

Dumont (L.), *Homo Hierarchicus*, Gallimard, Tel, 1966.

Dupuy (F.), Thoenig (J.-C.), *L'administration en miettes*, Paris, Fayard, 1985.

Durand-Zaleski (I.), Campion (M.-D.), *Le management des ressources humaines dans les services de soin*, Paris, Flammarion, 2006.

Durant (W.), *Histoire de la civilisation – Tome 1. Notre héritage oriental*, Editions Rencontre, 1966.

Elias (N.), *La société de cour*, Paris, Flammarion, 2008.

Expert (P.), *La tarification à l'activité*, Paris, Berger-Levrault, 2004.

Faure (A.), Le Jeune (M.), *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*, Paris, Berger-Levrault, 8e éd., 2004.

Faure (A.), Cregut (P.), *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*, Paris, Berger-Levrault, 1994.

Flaubert (G.), *Madame Bovary – Mœurs de province*, Pocket, Paris, 2006.

Freidson (E.), *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Friedberg (E.), *L'analyse sociologique des organisations*, Paris, L'Harmattan, 1987.

Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1997.

Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La présentation de soi*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1973.

Goffman (E.), *La mise en scène de la vie quotidienne, t. 2 Les relations en public*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1973.

Goffman (E.), *Les rites d'interaction*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1974.

Goffman (E.), *Façons de parler*, Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun, 1987.

Gramsci (A.), *Écrits politiques*, t. I, Paris, Gallimard, 1974.

Granger (B.), Pierru (F.), *L'hôpital en sursis – Idées reçues sur le système hospitalier*, Editions Le Cavalier Bleu, 2012.

Granger (G.G.), *La mathématique sociale du Marquis de Condorcet*, Paris, 1956

Greene (G.), *Le Troisième homme*, Paris, Le Livre de Poche, 1922.

Guibert (G.), de Montalembert (P.), Verdier (F.), *Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011.

Habermas (J.) *L'Éthique de la discussion et la question de la vérité*, Grasset, Paris, 2003.

Hees (M), *Le management à l'hôpital*, Paris, Séli Arslan, 2010.

Holcman (R.), *La fin de l'hôpital public ?*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2007.

Institut socio-économique des entreprises et des organisations, *Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales*, Paris, Economica, 1995.

Jan (P.), *Institutions administratives*, Litec, coll. Systèmes, 2011, 2e edition.

Jezequel (N.), Raymond (J.-L.), *Risques et vigilances sanitaires, organisation et coordination dans les établissements de santé*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2002.

Labram (C.), Varet (B.), *Profession chef de service*, Paris, Berger-Levrault, 1996.

Lachèze-Pasquet (P.), Glorion (B.), *Management hospitalier pour le praticien*, Paris, Masson, 1998.

Lachèze-Pasquet (P.), Stingre (D.), *L'administration de l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault, 1995.

Lauret (T.), Rivet (S.), *Les médecins à l'hôpital public : statuts et carrières*, Paris, Berger-Levrault, 2009.

Lamarzelle (D.), *Le management territorial – Une clarification des rôles entre élus et cadres territoriaux*, Editions du Papyrus, 1997.

Lamarzelle (D.), *La face cachée de la territoriale*, Editions du Papyrus, 2006.

Leichter-Flack (F.), *Le laboratoire des cas de conscience*, Alma, Paris, 2012.

Lenoble, J. and Maesschalck, M., (eds.), (2010), *Democracy, Law and Governance*, Aldershot, Ashgate, May 2010, 268 pp.

Le Taillandier (V.), *Le praticien hospitalier*, 2e édition, 1996.

Levi-Strauss (C.), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.

Lodge (D.), *Jeu de société*, Rivages, Paris, 1991.

Lorenzi-Cioldi (F.), *Dominants et dominés. Les identités des collections et des agrégats*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2e édition, 2009.

Machiavel (N.), *Discours sur la première décade de Tite-Live*, coll. Bibliothèque de philosophie, Gallimard, 2004.

Machiavel (N.), *Le Prince*, 1683, éditions Ivrea, Paris, 2001.

Maréchal (J.-P.), *Réformer l'hôpital*, Paris, Hermès, 1996.

Marrot (B.), *Territoire de l'hôpital, territoires de la santé*, Assas éditions, 1998.

Martel (P.), *Burn out*, Biarritz, Atlantica 2010.

Minnaert (M.-F.), Muller (J.-L.), *Management hospitalier, un nouvel exercice du pouvoir*, Paris, Masson, 2004.

Mintzberg (H.), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'organisation, 1998.

Mintzberg (H.), *Le pouvoir dans les organisations*, Paris, Les Editions d'organisation, 2003.

Mintzberg (H.), *Pouvoir et gouvernement d'entreprise*, Paris, Les Editions d'organisation, 2004.

Mintzberg (H.), *Le management*, Paris, Les Editions d'organisation, 2004.

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, *Organisation du temps de travail des médecins*, Paris, MEAH & Berger-Levrault, 2005.

Monod (J.-C.), *Qu'est-ce qu'un chef en démocratie ? Politiques du charisme*, Paris, Seuil, 2012.

Moquet-Anger (M.-L.), *Le statut des médecins hospitaliers publics*, Paris, PUF, 1997.

More (T.), *L'Utopie*, 1516, Éditions sociales-Messidor, 1966, 1982.

Moreau Defarges (P.), *La gouvernance*, Que-sais-je ?, Paris, P.U.F, 2008.

Moredelet (P.), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, éditions ENSP, juin 2006.

Morelle (A.), Tabuteau (D.), *La santé publique*, Collection « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, juin 2010.

Morgenthau (H.-J.), *Politics among nations; the struggle for power and peace*, New-York, New York Knopf, 4th Edition, 1968.

Musselin (C.), *Le marché des universitaires*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2005.

Palier (B.), *La réforme des systèmes de santé*, Que-sais-je ?, Paris, PUF, 5e édition, 2010.

Peljak (D.), *Guide des personnels médicaux hospitaliers*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2004.

Pouchelle (M-C.), *L'hôpital corps et âmes Essais d'anthropologie hospitalière*, Séli Arslan, 2003.

Pouchelle (M-C.), *L'hôpital ou le théâtre des opérations*, Essais d'anthropologie hospitalière 2, Séli Arslan, 2008.

Ptahhotep, *L'enseignement du sage égyptien Ptahhotep*, Collection Publications de l'Institut Ramsès, Editions La maison de vie, 1993.

Raoult (N.), *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1988.

Razer (J.), F. Masson, M. Vacarie, *La maîtrise des gardes et astreintes médicales à l'hôpital*, Paris, Doin, 2000.

Richard (E.), *L'avenir des petites structures hospitalières de l'Aisne dans la perspective du schéma régional d'organisation sanitaire*, mémoire, E.N.S.P, 1995.

Riveline (C.), *Nomades et sédentaires, l'irréductible affrontement,* Le journal de l'Ecole de Paris, n° 16, mars-avril 1999.

Rodwin (V.), Tabuteau (D.) *A la santé de l'Oncle Sam, regards croisés sur les systèmes de santé américain et français*, Editions Jacob-Duvernet, août 2010.

Sainsaulieu (I.), *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalité*, Paris, Belin, 2007.

Rouanet (P.), *Pompidou*, Grasset, Paris, 1969.

Rousseau (J.-J.), *Émile, ou De l'éducation,* Flammarion, 2009.

Searle (J.), *Making the Social World. The Structure of Human Civilization*, Oxford, Oxford University Press, 2010.

Sen (A. K.), *Collective Choice and Social Welfare*, London, 1970.

Sénèque (L.), *De la brièveté de la vie*, Rivages, 1991.

Simon (H. A.), *Administrative Behavior,* New York, Macmillan, 1947.

Simon (H. A.), *Models of bounded rationality: Empirically grounded economic reason* (Vol. 3), Cambridge, MA: The MIT Press, 1997.

Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine et des médecins*, Paris, Larousse, 1997.

Sournia (J.-C.), *Histoire de la médecine*, Paris, Editions La Découverte, 2004.

Stendhal, *Le Rouge et le noir*, Levasseur, Paris, 1830.

Stingre (D.), *Le service public hospitalier,* Paris, PUF, 2004.

Streiff (C.), *Kriegspiel*, éditions La Nuée Bleue, 2000.

Thucydide, *La guerre du Péloponnèse*, Gallimard, 2000.

Tyler (T. R.), *Why People Cooperate. The Role of Social Motivations*, Princeton University Press, Princeton, 2011, 232 p.

Vallet (G.), *Le management des centres hospitaliers universitaires*, Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires, Paris, John Libbey Eurotext, 1998.

Weber (M.), *Le Savant et le politique*, Plon, 1959.

THESES ET MEMOIRES :

Baelen (M.), *Le management stratégique hospitalier*, thèse de doctorat en sciences de gestion, 1996.

Bouinot (C.), *Le contrôle de gestion à l'hôpital – régulation et dynamique instrumentale*, thèse de doctorat en sciences de gestion, 2005.

Brion (P.), *Réflexion sur le management hospitalier selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé*, Mémoire d'ingénieur CNAM, 2007.

Cauterman (M.), *Une démarche de gestion médicalisée basée sur l'étude de la non-pertinence hospitalière*, thèse d'exercice en médecine, 2005.

Dang Dinh (T.), *Intégration de la dimension du slack organisationnel dans la réflexion stratégique*, mémoire de DEA en sciences de gestion, 2004.

Douté (T.), *La décision efficace à l'épreuve de la négociation, l'apport de la sociologie dans la compréhension des mécanismes de décision à l'hôpital (comment travaillent ensemble médecins et directeurs?)*, mémoire Exécutive Master, Sciences Po, 2009.

Gabourin (I.), *De l'hybridité des hôpitaux PSPH (Etablissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier)*, thèse de doctorat en sciences de gestion, 2008.

Gargam (C.), *Malades, hôpital et inégalités*, thèse d'Etat, E.N.S.P, 1983.

Garrot (T.), *Le management des activités en milieu hospitalier pour un contrôle de gestion intégré*, thèse de doctorat en sciences de gestion, 1995.

Grima (F.), *Ambiguïté et conflit de rôle au travail : proposition d'un modèle explicatif synthétique : analyse des tensions de rôle, de leurs conséquences et des stratégies d'ajustement auprès des responsables de la formation professionnelle en entreprise*, thèse de doctorat , Université Evry-Val-d'Essonne, 2000.

Fouque (N.-R.), *De l'université au cabinet – l'exercice libéral de la médecine en question*, thèse d'exercice en médecine, 2007.

Gabourin (I.), *De l'hybridité des hôpitaux PSPH (Etablissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier en France)*, thèse de doctorat en science de gestion, 2008.

Monneraud (L.), *L'agir sanitaire. Processus et formes d'expressions à travers le cas aquitain*, thèse de doctorat en science politique, 2009.

Peljak (D.), *Les finances publiques hospitalières*, thèse de doctorat en droit médical et droit de la santé, 2009.

Picot (G.), *Le rapport social entre médecins et infirmières à l'hôpital public*, thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, 2002.

Potron (A.), Sebag (D.), *Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital*, thèse de doctorat en médecine, Université Joseph Fourier - faculté de médecine de Grenoble, 2006.

Roesch (Y.), *La gestion des ressources humaines en milieu* hospitalier, thèse de doctorat en droit public, 1999.

Vinot (D.), *Le projet d'établissement à l'hôpital*, thèse de doctorat en sciences de gestion, 1999.

RAPPORTS, ETUDES COMMUNICATIONS, AVIS ET DOCUMENTS ASSIMILES :

Commissariat général au plan, sous la direction de R. Soubie, *Santé 2010,* La Documentation française, 1993.

Soubie (R.), Portos (J.-L.), Prieur (C.), *Rapport au Premier ministre sur l'état du système de santé*, La Documentation française, 1994.

Choussat (J.), *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*, 1997.

Esper (C.), *La coopération entre acteurs de santé: le droit est-il à la hauteur de la pratique?*, Rapport public, 1998.

Carré (D.), Panico (B.), *Imagerie médicale, rationalisation et mise en réseau du soin : vers une recomposition des territoires, des organisations et des pratiques professionnelles dans le secteur de la santé*, colloque sur les médiations sociales, systèmes d'informations et réseaux de communication, Metz, décembre 1998.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Groupe de travail sur les coopérations hospitalières et l'évolution du secteur privé lucratif,* 1999.

Huriet (C.), *Le fonctionnement des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale*, Rapport d'information n° 267, fait au nom de la commission des Affaires sociales du Sénat, 2001.

Grignon (M.), Paris (V.), Polton (D.), *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, CREDES, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude n°35, novembre 2002.

Couaneau (M.), Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, *Rapport relatif à l'organisation interne de l'hôpital*, 2003.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Pour une politique de prévention durable*, 2003.

Debrosse (D.), Perrin (A.), Vallancien (G.), *Rapport relatif à la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, présenté au Ministre de la santé, 2003.

Pr Berland (Y.), *La coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence*, 2003.

DREES, *Les usagers des urgences*, Etudes et résultats n° 212, janvier 2003.

DREES, *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Etudes et résultats n° 215, janvier 2003.

DREES, *Les établissements de santé en 2001*, 2003.

Inspection Générale des Affaires Sociales/Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, *Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires*, juillet 2004.

Inspection Générale des Affaires Sociales/Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, *Rapport relatif à la création de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique*, 2004.

Fragornard (B.) et alii, *Rapport du Haut Conseil de l'assurance-maladie*, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2004.

Vigneron (E.), *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*, DATAR, la Documentation Française, 2004.

Conseil économique et social, *L'hôpital public en France*, 2004.

Commissariat général au plan, *Perspectives des métiers de santé*, journée d'études du 18 novembre 2004.

DREES, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, Etudes et résultats n° 335, août 2004.

DREES, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, Etudes et résultats n° 335, août 2004.

De Kervasdoué (J.), Picheral (H.), *Santé et territoires*, carnets de santé de la France, octobre 2004.

Haut Conseil de l'Assurance Maladie, *Rapport annuel 2005*.

Molinié (E.), *L'hôpital public en France: bilan et perspectives*, Conseil économique et social, 2005.

DREES, *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, Etudes et résultats n° 373, février 2005.

Observatoire des sciences et techniques, *La production scientifique des sites hospitalo-universitaires*, 2005.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Rapport de la commission « démographie médicale » présenté par Y. Berland*, avril 2005.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Mission d'appui relative à la convergence tarifaire public-privé*, janvier 2006.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport de la mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales*, 2006.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *L'utilisation des compétences médicales permettant à l'État d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local*, septembre 2006.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport relatif au contrôle du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale des réseaux (DNDR)*, 2006.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les apports des expériences étrangères de disease management*, septembre 2006.

Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, *Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, 2006.

Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006.

Giraud (F.), *Rapport au Premier ministre, Les centres hospitaliers et universitaires. Réflexion sur l'évolution de leurs missions*, 2006.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Rapport de la mission «démographie médicale hospitalière* » présenté par Berland (Y.), septembre 2006.

Le Livre blanc du management des Centres Hospitaliers Universitaires, sous les présidences du président de la conférence des directeurs généraux de CHU et du président de la conférence des présidents de CME, 2006.

Colombo (F.), Morgan (D.), *Evolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE*, Revue française des affaires sociales, 2006.

Matillon (Y.), *Modalités et conditions de l'évaluation des compétences médicales*, 2006.

Rapport 2006 de l'Observatoire des délais de paiement.

Fédération hospitalière de France, *L'heure H – 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier – un projet pour améliorer la santé et garantir l'accès aux soins pour tous*, décembre 2006.

Thillez (C.), *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, 2006.

Rapport du Pr Hardy, *Fonder l'EHESP*, 2006.

Haute Autorité de Santé, *Avis sur les ALD*, 18 mai 2006.

Conseil de la CNAMTS, *Note d'orientations 2006/2009 relative à l'organisation du réseau*, 16 mars 2006.

Rapport piloté par Le Bouler (S.) pour le Centre d'analyse stratégique, *Bâtir le scénario du libre choix*, juin 2006.

Rapport présenté par Vallancien (G.) avec le concours du conseil national de la chirurgie, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, avril 2006.

DREES, *Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004*, Etudes et Résultats n° 457, janvier 2006.

Secretary of State for Communities and Local Government, *Strong and prosperous communities – The Local government white paper*, 2006.

Discours prononcé par le Président de la République le 18 septembre 2007 à l'occasion du 40e anniversaire de l'association des journalistes de l'information sociale.

Rapport d'information n° 3672, présenté par Colombier (G.) au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, sur la prise en charge des urgences médicales, février 2007.

Rapport d'information n°35 présenté par Jegou (J.-J.) au nom de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation au Sénat, Suivi du référé de la Cour des comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé, octobre 2007.

Rapport de Bur (Y.) au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, tome I « Recettes et équilibre général », 2007.

Rapport de Door (J.-P.) au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, tome II « Assurance maladie et accidents du travail », 2007.

Rapport d'information de Juilhard (J.-M.) au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la démographie médicale, octobre 2007.

Rolland (J.-M.), Avis Santé Tome VIII sur le projet de loi de finances pour 2008, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 2007.

Sénateur Giraud (F.), Les centres hospitaliers et universitaires, réflexions sur l'évolution de leurs missions, 2007.

Rapport de Bardet (J.) au nom de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *La prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux*, 2007.

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, mission d'audit et de modernisation conjointe, *Rapport sur l'adéquation missions – moyens de l'administration sanitaire et sociale*, 2007.

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport de mission d'audit de modernisation sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières*, avril 2007.

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Le pilotage de l'efficience hospitalière par les ARH*, avril 2007.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie*, 2007.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, 2007.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH*, mars 2007

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2007.

DREES, *Comparaison des revenus des médecins avec ceux des autres cadres*, Etudes et résultats n° 578, juin 2007.

DREES, *Cinquante-cinq années de dépenses de santé : une rétropolation de 1955 à 2005*, Etudes et résultats n° 572, mai 2007.

Atlas hospitalier et médico-social 2007 de la FHF, décembre 2007.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé*, 2007.

Conférence Nationale de Santé, *Avis du 27 novembre 2007 relatif à l'introduction d'agences régionales de santé dans la gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention.*

Conférence nationale de santé, *Les voies d'amélioration du système de santé français, Avis du 22 mars 2007.*

Avis présenté par Rolland (J.-M.) au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2008 – avis Santé Tome VIII, 2007.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance Maladie, *Avis sur les conditions d'exercice et le revenu des médecins libéraux adopté*, 2007.

Rapport du groupe de travail dirigé par le Pr Ambroise-Thomas (P.), Académie nationale de médecine, *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?*, avril 2007.

Haas (S.), Vigneron (E.), *Evaluations et territoires*, DIACT, la Documentation Française, 2007.

Acker (D.), conseillère générale des établissements de santé, *Les centres de santé*, juin 2007.

Grall (J.-Y.), ministère de la santé et des solidarités, *Evaluation du plan urgences 2004-2008*, janvier 2007.

Grall (J.-Y.), *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, août 2007.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance Maladie, *Rapport annuel 2007*.

Attali (J.), *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française*, 2007.

Saout (C.), *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*, 2007.

Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière, *Rapport annuel 2007*.

Ambroise-Thomas (P.) et alii, *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?*, rapport de l'Académie nationale de médecine, avril 2007.

Larcher (G.), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008.

Silicani (J.-L.), *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique – Faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, 2008.

Ritter (P.), *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, 2008.

Bur (Y.), *Rapport d'information de la mission sur les agences régionales de santé*, 2008.

Vallancien (G.), *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, 2008.

Vasselle (A.), Cazeau (B.), *Pour une gestion responsable de l'hôpital*, Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 2008.

Flajolet (A.), *Rapport de la mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, 2008.

Door (J.-P.), *Rapport d'informations sur le dossier médical personnel (DMP)*, janvier 2008.

Inspection Générale des Affaires sociales, *Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers*, 2008.

Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales – Conseil Général des Etablissements de Santé, *Le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, janvier 2008.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Rapport sur la Formation Médicale Continue et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles des médecins*, 2008.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Enquête sur le fonctionnement de cinq cabinets d'imagerie du Docteur X*, 2008.

Cour des comptes, *Rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale, Chapitre VIII « Les restructurations hospitalières »*, 2008.

Bach (J.-F.), *Réflexions et propositions sur la première année des études de médecin, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme L1 Santé*, 2008.

Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière, *Rapport annuel 2008*.

Ballereau (M.), *Rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale*, 2008.

Domergue (J.), *Rapport sur la proposition de loi portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants*, 2008.

Haute Autorité de Santé, *Délégation, transferts, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS*, 2008.

Rapport de la Cour des Comptes sur les comptes de la Sécurité Sociale, *Chapitre VIII « Les restructurations hospitalières »*, 2008.

DREES, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, février 2008.

Paul (C), *Offre de soins : « Agir pour stopper le désert médical », contribution du président de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, 2008.

Academy for International Health Studies, *Report on Health System for India*, 2008.

EHESPlus, *Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé,* juin 2008.

Cour des comptes, *Rapport public annuel*, février 2009.

Cour des comptes, *Rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale, Chapitre V « L'organisation de l'hôpital»,* 2009.

Aboud (E.), Aubart (F.), Jacob (A.), Mangola (B.), Thevenin (D.), *Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, Ministère de la jeunesse et des sports, La Documentation française, juillet 2009.

Marescaux (J.), *Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, 2009.

Couty (E.), *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, 2009.

Inspection Générale des Affaires Sociales - Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, *Le post-internat – Constats et propositions*, 2010.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé,* février 2010.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2010.

Dr Hubert, *Rapport au Président de la République sur la médecine de proximité*, 2010.

Chambre régionale des comptes d'Ile de France, *Rapport d'observations définitives / Organisation des soins / Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, 2010.

HPST, les clefs pour comprendre, Ministère de la santé et des sports, ANAP, novembre 2010.

Fourcade (J.-P.), *Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements de santé,* 2011.

Bur (Y.), *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires,* 2011.

Conseil d'Etat, *Rapport public 2011.*

Cour des Comptes, *Rapport 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale,* 2011.

Inspection générale des Affaires sociales, *Bilan perspective de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,* 2011.

Gaillard (R.), *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire pour la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,* 2011.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011*, 2011.

Chriqui (V.), Coeuré (B.), *France 2030 – Cinq scénarios de croissance*, Rapport conjoint du Centre d'Analyse Stratégique et de la Direction du Trésor, 2011.

Ollivier (R.), *Les orientations de l'Institut du management de l'EHESP*, 2011.

Direction Générale de l'Offre de Soins, *Rapport annuel 2010*, 2011.

Office de prospective en santé, rapport 2011 : *Les nouveaux patients, rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025.*

Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Commission XV (Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu Hospitalo-universitaire), *Un humanisme médical pour notre temps*, 2011.

Mission nationale coordonnée par Danielle TOUPILLIER, *Rapport relatif à l'exercice médical à l'hôpital - Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus*, 2011.

Le Menn (J.), Milon (A.), *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Rapport d'information fait au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la Commission des affaires sociales du Sénat, 2012.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *L'hôpital*, 2012.

Inspection Générale des Affaires Sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?*, 2012.

Inspection Générale des Finances/Inspection Générale des Affaires Sociales, *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, 2012.

Couty (E.), *Pacte de confiance pour l'hôpital*, 2013.

Veran (O.), *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport parlementaire, 2013.

Inspection générale des finances, *Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire*, 2013.

Laurent (D.), *L'activité libérale dans les établissements publics de santé*, 2013.

Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages », 2013.

Rapport des conférences hospitalières, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, 2014.

Le service public territorial de santé (SPTS) - Le service public hospitalier (SPH) - Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, (B.) Devictor, 2014.

Avis de la Conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU sur les premières dispositions des lois de santé, 2014.

ARTICLES ET PUBLICATIONS ASSIMILÉES:

Achin (C.), Dorlin (E.), *« "J'ai changé, toi non plus" »*, Mouvements, http://www.mouvements.info/J-ai-change-toi-non-plus.html, 2007.

Adler (J.), Interlandi (J.), *The hospital that could cure healthcare,* Newsweek, 7 décembre 2009.

Albuquerque (M.-C.), Roffé (R.), *The asymmetrical relationship between the health care professional and the patient in public hospitals*, Journal international de bioéthique vol.19, 2008.

Aletras (V.), Jones (A.), Sheldon (T.-A.), Economies of scale and scope, & Ferguson (B.), Goodard (M.), *The case for and against mergers*, in Ferguson (B.) , Sheldon (T.-A.), Posnett (J.), *Concentration and choice in health care*, Glasgow, Royal Society Medicine Press, 1997.

Alvarez (F.), *Changement organisationnel et production du discours managérial*, Entreprises et histoire n°42, 2006.

Amiel (M.), La *santé enjeu d'aménagement du territoire*, Revue hospitalière de France n°3, 1995.

Andersen (L. B.), *Qu'est-ce qui détermine le comportement et les performances des professionnels de la santé ? La motivation de service public, les normes professionnelles et/ou les incitants financiers*, Revue internationale des sciences administratives, vol. 75, 2009.

Andriamboavonjy (H.), *L'art oratoire malgache ou « kabary », une magie du verbe*, L'ENA hors les murs, avril 2012.

Arous (M.) et alii, *Relation établissements-patients : vers une santé 2.0 ?*, Module interprofessionnel de santé publique
http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/mip/groupe_9.pdf

Aubert (F.-J.), *Pourquoi la gouvernance (perfectible) des collectivités territoriales peut être une source d'inspiration pour les établissements de santé*, Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

Aubert (F.-J.), Vautard (A.), *Confiance et performance, l'indispensable et fragile relation clef du management, Restitution du colloque GRAPH du 23 mars 2011*, Gestions Hospitalières, mars 2012.

Audet (M.), Vision, *planification et évaluation : les conditions clés du succès d'un changement ?*, Gestion vol.34, 2009.

Bachangy-Ferber (K.), *Allemagne : privatisation du premier CHU*, Gestions hospitalières n°457, juin-juillet 2006.

Bachelot-Narquin (R.), *Loi « Patients, Santé, Territoires » : pour un meilleur accès aux soins aujourd'hui et demain*, Cahiers hospitaliers n°248, septembre 2008.

Barré-Houdart (S.), Fouré (P.-Y.), Des *responsabilités juridiques exacerbées*, Cahiers hospitaliers n°251, décembre 2008.

Barré-Houdart (S.), *De nouvelles missions de service public pour les établissements de santé ?,* Cahiers hospitaliers n°251, décembre 2008.

Basilien-Gainche (M.-L.), *Le juge communautaire et la loi nationale. Réflexions sur l'affaire Burbaud,* Parlement[s], Revue d'histoire politique 2009/1, n° 11.

Batifoulier (P.), Domin (J.-P), Gadreau (M.), *Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française,* Revue française de socio-économie n°1, 2008.

Baudier (F.), Prigent (A.), Lebouche (G.), *Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises,* Santé Publique vol.19, 2007.

Baudier (F.), *Les nouvelles formes d'offre de santé : l'engagement de la Franche-Comté,* Santé Publique vol. 21, 2009.

Baur (M.), Noiré (D.), *Les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital,* Gérontologie et société n°111, 2004.

Bayle (M.), Bayle (G.), *Contrats de partenariat. Approches du mécanisme et des enjeux,* Gestions hospitalières n°445, avril 2005.

Beaucourt (C.), Laude (L.), *Diriger : entre compromis et transgression. Une analyse de la relation dynamique,* Revue internationale de Psychosociologie, Class ESSEC, Hiver 2011.

Behar-Touchais (M.), *Le Conseil de la concurrence et la santé,* Les Tribunes de la santé n°15, 2007.

Benamouzig (D.), *L'évaluation des aspects sociaux en santé,* Revue française des affaires sociales n°1-2, 2010.

Bercot (R.), *La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles,* Négociations n°5, 2006.

Bergoignan-Esper (C.), *Du responsable au chef de pôle. Evolution de la fonction et de ses responsabilités,* RHF, février 2009.

Bergoignan-Esper (C.), *Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques,* Gestions hospitalières n°489, octobre 2009.

Berard (F.), *Tarification à l'activité et nouvelle gouvernance : la T2A, une mal-mesure ?,* Ethique et Santé vol.7, 2010.

Bessière (S.), *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage,* Revue française des affaires sociales n°1, 2005.

Blanchard (S.), *Le financement des associations de patients,* Les Tribunes de la santé n°24, 2009.

Blémont (P.), *L'impact de la décentralisation et de la déconcentration sur l'organisation des administrations sanitaires dans les régions et les départements,* Cahiers hospitaliers n°202, mai 2004.

Blémont (P.), *Les ARH à la croisée des chemins,* Cahiers hospitaliers n°236, juillet 2007.

Blum-Boisgard (C.) et alii, *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?,* Santé Publique vol.17, 2005.

Boender (M.-C.), *L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier*, Droit et société n°67, 2007.

Boidin (B.), *La santé : approche par les biens publics mondiaux ou par les droits humains ?,* Mondes en développement n°131, 2005.

Bongrand (P.), Laborier (P.), *L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ?,* Revue Française de science politique, vol. 55, n° 1, p. 73-111, 2005.

Borgetto (M.), Lafore (R.), *La protection sociale à la croisée des chemins ?*, L'Economie politique n°13, 2002/1.

Borsato (P.), De Singly (C.), Thépot (P.), Budet (J.-M.), *Territoires et efficience, Les Arcs, 9-10 mars 2009*, Gestions hospitalières n°491, décembre 2009.

Bouchikhi (H.), *Les accidents de carrière des dirigeants*, Revue Française de Gestion, novembre 1996, n° 111.

Bouffiès (J.), *La loi du 13 août 2004*, Cahiers hospitaliers n°208, janvier 2005.

Bourdieu (P.), Boltanski (L.), *Le fétichisme de la langue*, Actes de la recherche en sciences sociales, n° 4, 1975.

Bouret (P.), *Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible*, Revue française d'administration publique 2008/4, n° 128.

Bourgueil (Y.), *Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir*, Regards croisés sur l'économie n°5, 2009.

Bourgueil (Y.), *Systèmes des soins primaires : contenus et enjeux*, Revue Française des Affaires Sociales n°3, 2010.

Bourret (C.), *La santé en réseaux*, Etudes tome 399, 2003.

Bousquet (F.) et alii, *Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel*, Revue française des affaires sociales n°2, 2001.

Bras (P.-L.), *Le prix des soins, marché ou régulation publique ?*, Les Tribunes de la santé n°8, 2005.

Bras (P.-L.), Tabuteau (D.), *'Santé 2010' ?, un rapport de référence pour les politique de santé*, Les Tribunes de la santé n°25, 2010.

Bras (P.-L.), Duhamel (G.), *Le système de soins anglais, un modèle pour la France ?*, Les Tribunes de la santé n°26, 2010.

Brechat (P.-H.) et alii, *Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan hôpital 2007*, Santé Publique vol.20, 2008.

Brechat (P.-H.), Raimondeau (J.), *Les apprentissages réalisés par les « artisans de la planification sanitaire » pendant la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire*, Santé Publique vol. 16, 2004.

Brechat (P.-H.), *Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire,* Santé Publique vol. 17, 2005.

Bréchat (P.-H.) et alii, *Usagers et politiques de santé : bilan et perspectives*, Santé Publique vol.18, 2006.

Bréchat (P.-H.) et alii, *Equité et planification : analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire troisième génération « périnatalité »,* Santé Publique vol.20, 2008.

Brémond (M.), Fieschi (M.), *Le partage d'informations dans le système de santé,* Les Tribunes de la santé n°21, 2008.

Brocas (A.-M.), *Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ?,* Revue Française des Affaires Sociales, 2010.

Broudic (P.), *Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne,* Revue française des affaires sociales n°2, 2001.

Brousse (J.), *Les territoires de référence des décideurs pour la planification, la programmation et l'organisation de l'offre de services en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes*, Gérontologie et Société n°132, 2010.

Brousseau (E.), *Processus évolutionnaires et institutions : quelles alternatives à la rationalité parfaite ?*, Revue économique, Vol 51, n° 5, septembre 2000.

Brown (L.-D.), *Remèdes, financement public et insatisfaction politique,* Revue française des affaires sociales n°2-3, 2006.

Brunet (S.) et alii, *Gouvernance et politiques de santé,* Santé Publique vol.20, 2008.

Bubien (Y.), *Une décennie d'ARH… et maintenant ?,* Cahiers hospitaliers n°236, juillet 2007.

Budet (J.-M.), *L'hôpital et l'interrégionalité,* Gestions hospitalières n°488, août-septembre 2009.

Budet (J.-M.), *Les territoires de la loi HPST,* Gestions hospitalières n°489, octobre 2009.

Budet (J.-M.), *Gouvernance hospitalière : nouveaux repères et constantes*, Gestions hospitalières n°496, mai 2010.

Budet (J.-M.), *Quelle offre hospitalière dans la France de 2040 ?,* Gestions hospitalières n°497, juin-juillet 2010.

Bui Dang Ha Doan, *Les inégalités géographiques revisitées : la médicalisation du territoire (1964-1994),* Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 1994.

Burnel (P.), *Loi HPST : avancées et déceptions,* Cahiers hospitaliers n°260, octobre 2009.

Bussot (G.), *La nouvelle gouvernance :quel impact sur le rôle des conseils d'administration ?,* Gestions hospitalières n°468, août-septembre 2007.

Cabanis (J.-N.), *Les notions de territoire et de santé,* Cahiers hospitaliers n°202, mai 2004.

Cabanis (J.-N.), *Ville et hôpital*, éditorial, Cahiers hospitaliers n°225, juillet-août 2006.

Cabanis (J.-N.), *La crise et l'hôpital*, Cahiers hospitaliers n°243, mars 2008.

Cabanis (J.-N.), *Les agences régionales de santé (ARS) sont-elles sur les bons rails ?*, Cahiers hospitaliers n°248, septembre 2008.

Cabanis (J.-N.), *A quoi sert un hôpital local ?*, Cahiers hospitaliers n°249, octobre 2008.

Cabanis (J.-N.), *Les véritables enjeux de la réforme*, Cahiers hospitaliers n°251, décembre 2008.

Cabanis (J.-N.), *Repenser la santé et la prévention en région*, Cahiers hospitaliers n°258, juillet-août 2009.

Cabanis (J.-N.), *Economie et santé : un équilibre impossible ?*, Cahiers hospitaliers n°257, juin 2009.

Cabanis (J.-N.), *Les ARS en marche*, Cahiers hospitaliers n°260, octobre 2009.

Cabanis (J.-N.), *L'année de tous les dangers*, Cahiers hospitaliers n°267, mai 2010.

Caccomo (J.-L.), *Réguler le marché de la santé*, Cahiers hospitaliers n°257, juin 2009.

Cacouault-Bitaud (M.), *La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ?*, Travail! genre et sociétés 2001/1, N° 5, p. 91-115.

Campillo (A.), Vidonne (O.), *Plans et coordination des plans ou comment améliorer la réponse opérationnelle face à des menaces sanitaires majeures ?*, Gestions hospitalières n°462, janvier 2007.

Candace (I.), Giordano (R.W.), *Doctors as leaders*. British Medical Journal, 338:b1555, 2009.

Caniard (E.), *La Haute Autorité de Santé, une nouvelle venue dans le monde des autorités administratives indépendantes*, Les Tribunes de la Santé n°6, 2010

Castaing (C.), *Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ?*, AJDA, 30 novembre 2009.

Cecchi (C.), *La place de l'information dans la décision en santé publique*, Santé Publique vol.20, 2008.

Cecchi (C.), *Les conférences régionales de santé : bilan, constats, risques, défis et perspectives*, Santé Publique vol .22, 2010.

Chambers (S.), *Reasonable Democracy. Jürgen Habermas and the Politics of Discourse*, Cornell, University Press, 1996.

Chanial (P.), *Le New Public Management est-il bon pour la santé ?*, Revue du Mauss, n°35, 2010.

Chanlat (J.-F.), *La transgression, une dimension oubliée de l'organisation*, Revue Française de Gestion, n°183, 2008.

Chanoit (P.-F.) et alii, *Une analyse instrumentale des hôpitaux de jour*, Annales médico-psychologiques vol.141, 1983.

Chanut (C.) et alii, *L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé*, Santé Publique vol.17, 2005.

Charreaux (G.), *Les théories de la gouvernance : de la gouvernance des entreprises à la gouvernance des systèmes nationaux*, Cahier du FARGO n°1040101, Décembre 2004.

Charreaux (G.), *Pour une gouvernance d'entreprise « comportementale » une réflexion exploratoire*, Revue française de gestion 2005/4, n° 157.

Chassaniol (J.-L.), *Médecins, directeurs d'hôpital : 2011, vers la fin des préjugés ?*, Le Quotidien du Médecin, n° 8888, 19 janvier 2011.

Chatriot (A.), *L'administration des affaires sociales. Une vision des transformations*, Revue Française des Affaires sociales 2006/4, n° 4.

Chaudry (J.), Jain (A.), McKenzie (S.), Schwartz (R.W.), *Physician leadership: The competencies of change.* Journal of Surgical Education, 65: 213-220, 2008.

Chauveau (S.), *L'épreuve du vivant : santé publique et marché en France depuis les années 1970*, Le mouvement social n°229, 2009.

Chebroux (J.-B.), *Les enjeux de l'organisation hospitalière : le point de vue d'usagers*, Santé Publique vol.15, 2003.

Choné (P.), Lesur (R.), *Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie*, Revue d'économie politique vol.112, 2002.

Cicolella (A.), *Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé Publique*, Santé Publique vol.22, 2010.

Claveranne (J.-P.), *L'hôpital en chantier : du ménagement au management*, Revue française de gestion, vol 29, n° 146, 2003.

Claveranne (J.-P.), Pascal (C.), *T2A et gestion hospitalière, la physiologie du changement*, Gestions hospitalières n°449, octobre 2005.

Clément (J.-M.), *Les enjeux du système hospitalier*, Cahiers hospitaliers n°103, 1995.

Clément (J.-M.), *Lexique des rapports Larcher et quelques autres*, Gazette de l'hôpital, n° 74, juin 2008.

Clément (S.), Mantovani (J.), Rolland (C.), *Réseau de soin ou réseau de santé : les perspectives « géronto-gériatriques » révélées par les unités mobiles hospitalières*, Sociologies pratiques n°11, 2005.

Colombo (F.), Morgan (D.), *Evolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE*, Revue française des affaires sociales n°2-3, 2006.

Cormier (M.), *La place de la loi du 4 mars 2002 dans l'évolution de la coopération hospitalière*, RDSS, 2002.

Cormier (M.), *Mutations et enjeux des coopérations hospitalières*, AJDA, 27 février 2006.

Cormier (M.), *Les GCS: instruments de coopération à privilégier?*, RGDM, 2007.

Cormier (M.), Lemoyne des Forges (J.-M.), *La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003*, RDSS, 2004.

Cornilleau (G.), *Dépenses de santé et santé de l'économie*, Les Tribunes de la santé n°8, 2005.

Côté (A.), *Les stratégies de changement en milieu hospitalier : construire une relation de confiance*, Gestion vol. 32, 2007.

Couffinhal (A.), Lucas-Gabrielli (V.), Mousques (J.), *Où s'installent les nouveaux omnipraticiens. Une étude cantonale sur 1998-2001*, Conseil national de l'ordre des médecins, Questions d'économie de la santé n°61, 2002.

Couty (E.), *Le conseil de l'hospitalisation*, Cahiers hospitaliers n°208, janvier 2005.

Couty (E.) et alii, *L'hôpital, un instrument d'aménagement du territoire*, Gestions hospitalières n°491, décembre 2009.

Couty (E.), *Hôpital public : le grand virage*, Les tribunes de la santé n°28, 2010

Crainich (D.), Leleu (H.), Mauléon (A.), *Impact du passage à la tarification à l'activité*, Revue économique vol.60, 2009.

Cremadez (M.), Dusehu (E.), *Réconcilier aménagement du territoire et maîtrise des coûts de santé*, Gestion hospitalière n°348, 1995.

Crozier (M.), *Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement*, Politiques et Management Public, 1985.

Daffos (F.), *Du pacs improbable à la possible cohabitation*, in Cavalier (M.), Dalmasso (R.), Romatet (J.-J), *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, Paris, Erès, 2002.

Darzi (A.), A Time for revolutions — The role of phy*sicians in health care reform.* New England Journal of Medicine, 361:e8, 2009.

Davies (S.), Smith (T.), *Gérer le partenariat clinique avec les universités : leçons tirées de l'expérience internationale*, Politiques et gestion de l'enseignement supérieur 2004/2, n° 16.

Debrosse (D.), *Hôpital 2007 : le dispositif d'accompagnement des réformes*, Cahiers hospitaliers n°233, avril 2007.

De Jouvenel (B.), *Le problème du président de séance*, Négociations, 2005/2, n°4.

Delpla (I.), *Words, words, words. Langage et civilisation*, La Vie des idées, 12 mai 2011. ISSN : 2105-3030. URL : http://www.laviedesidees.fr/Words-words-words-Langage-et.html

De Kervasdoué (J.), *Faut-il contrôler les dépenses de santé ?*, Cahiers hospitaliers n°197, janvier 2004.

De Kervasdoué (J.) et alii, *Lettre d'Allemagne*, Les Tribunes de la santé n°13, 2006.

De Kervasdoué (J.), *Réformes de l'hôpital : Quo Vadis ?*, Regards croisés sur l'économie n°5, 2009.

De Kervasdoué (J.), *Réconcilier raison médicale et raison économique,* Cahiers hospitaliers n°257, juin 2009.

Delande (G.), *Les agences régionales de santé : colosses aux pieds d'argile,* Cahiers hospitaliers n°267, mai 2010.

De Lard (B.), *Pôles d'activité : fin des délégations de gestion, essor des délégations de signature,* Cahiers hospitaliers n°259, septembre 2009.

Delas (A.), Got (C.), *Le GCS 3C Rouen-Elbeuf : une coopération originale en cancérologie,* Gestions hospitalières n°489, octobre 2009.

Delplanque (R.), *Transformations culturelles et régulation sociale à l'hôpital,* Gestions hospitalières n°455, avril 2006.

Del Volgo (M.-J.), *Hôpital d'hier et d'aujourd'hui,* Cliniques méditerranéennes n°78, 2008.

De Maria (F.), Grémy (I.), *Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale en Santé Publique,* Santé Publique vol. 21, 2009.

De Montalembert (P.), Spinhirny, (F.), *Administrateur/Soignant, l'éternel retour du mythe de l'unité perdue,* Gestions hospitalières, n° 500, novembre 2010.

De Pouvourville (G.), Tedesco (J.), *La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics,* Revue française de gestion n°146, 2003.

De Pouvourville (G.), *La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés,* Regards croisés sur l'économie n°5, 2009.

De Pouvourville (G.), *La tarification à l'activité : mythes et réalités,* Cahiers hospitaliers n°257, juin 2009.

Descoings (R.), *Former les futurs médecins aux humanités, aux sciences sociales,* Les Tribunes de la santé, n° 26, printemps 2010.

Detienne (M.), *Qui veut prendre la parole ?,* Le Genre Humain, n° 40-41, Seuil, 2003.

Deugnier, (Y.), *L'avenir de la recherche clinique à l'hôpital,* Esprit n° 331, janvier 2007, p. 76.

Deugnier (Y.), Rayer (Y.), *Recherche clinique hospitalière – La nécessaire mutation,* Gestions hospitalières, n° 504, mars 2011.

Devictor (B.), Cecchi (C.), *Quelles missions pour les conférences régionales de santé et de l'autonomie ?,* Cahiers hospitaliers n°258, juillet-août 2009.

Devictor (B.), *Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ?,* Santé Publique vol.22, 2010.

Dewitte (J.-P.), *Tarification à l'activité : la vision des CHU,* Cahiers hospitaliers n°197, janvier 2004.

D'Halluin (J.-P.) et alii, *Pouvoirs et organisation à l'hôpital,* Revue Esprit, janv. 2007.

Domin (J.-P.), *Hôpital, patients, santé, territoires… Cinquante ans de politique hospitalière,* Gestions hospitalières n°481, décembre 2008.

Dorival (C.), *Santé : le grand chantier*, Alternatives économiques n°279, 2009.

Dormont (B.), *Un système si parfait…*, Regards croisés sur l'économie n°5, 2009.

Dosi (G.), Marengo (L.), *Division of labor, organizational coordination and market mechanisms in collective problem-solving*, Journal of economic behavior and organization, 58-2, octobre 2005, 303-326.

Douste-Blazy (P.) et alii, *L'hôpital dans la vie locale*, dossier in Départements et communes n°111, 1994.

Drucker (J.), *Le débat sur la santé dans la campagne présidentielle*, Les Tribunes de la santé n°19, 2008.

Dujardin (B.), *Un modèle de gouvernance de l'entreprise publique à méditer : la gouvernance portuaire*, L'ENA hors les murs, mars 2011, n° 409.

Du Mesnil du Busisson (M.-A.), Jeandet-Mengual (E.), *L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire*, Revue française des affaires sociales n°4, 2004.

Dumond (J.-P.), *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé, 2003/1, pp. 71-81.

Duquesne (J.-L.), *En manageant, un directeur trahit-il le médico-social ?*, Empan n°78, 2010.

Dupuy (F.), *Pourquoi est-il si difficile de changer les organisations publiques?*, Communication pour le Symposium de l'OCDE « Le Gouvernement du futur », Paris 14-15 Septembre 1999.

Dupuy (O.), *Réforme de l'organisation interne des établissements de santé : quelle autorité des praticiens responsables de pôles ?*, Droit et Santé, juillet 2006, n°12, p.340.

Dwyer (A. J.), *Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature*, Australian Health Review, 34: 514-522, 2010.

Elbaum (M.), *Un nouveau modèle de financement pour la santé ?*, Santé Publique vol. 22, 2010.

El-Hakim (S.), *The Structure and Dynamics of Consensus Decision-Making*, Man, vol. XIII, 1978.

Elster (J.), *L'usage stratégique de l'argumentation*, Négociations, 2005/2 n°4, Traduction du chapitre *Strategic Uses of Argument*, publié dans Arrow (K. J.) et al. (eds.), *Barriers to the Negotiated Resolution of Conflict*, New York, Norton, p. 236-57, 1995.

Esper (C.) *La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? à propos des ordonnances du 2 mai et du 1er septembre 2005*, RDSS, n°5, 2005.

Esper (C.), *Nouvelle gouvernance et statut des personnels de direction*, AJDA 2006, p. 410.

Evin (C.), *Enjeux et limites de la création des agences régionales de santé*, Cahiers hospitaliers n°248, septembre 2008.

Evin (C.), *Loi HPST et service public hospitalier*, Cahiers hospitaliers n°258, juillet-août 2009.

Evin (C.), *L'hôpital en crise ?*, Tribunes de la Santé n°22, 2009.

Evin (C.), *Les ARS, une vraie capacité d'intervention au niveau régional*, interview, Cahiers hospitaliers n°262, décembre 2009.

Eymery (M.), *Sécurité sociale et solidarité : quel avenir ?*, Les Tribunes de la Santé n°17, 2007.

Eynaud (M.), *Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital : A propos des limites de la loi HPST*, Information psychiatrique vol.85, 2009.

Fairchild (D.G.), Benjamin (E.M.), Gifford (D.R.), Huot (S.J.), *Physician leadership: Enhancing the career development of academic physician administrators and leaders.* Academic Medicine, 79: 214-218, 2004.

Falcone (B.E.), Satiani (B.), *Physician as hospital chief executive officer*, Vascular and Endovascular Surgery, 2008.

Fessier (J.-M.), *« Not-for-profit ?» dans les hôpitaux*, Les Tribunes de la santé n°28, 2010.

Fessler (J.-M.), *Les impacts économiques d'une crise*, Cahiers hospitaliers n°243, mars 2008.

Fink (S.), *The Deadly Choices at Memorial*, http://www.propublica.org/article/the-deadly-choices-at-memorial-826/P1

Flahault (A.) et alii, *Les grandes écoles de santé publique nord-américaines*, Les Tribunes de la santé n°16, 2007.

Foulon (D.), *L'accès à l'hôpital public*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Solidarité, Santé, Etudes statistiques n°1, 1990.

Fournier (P.), *La collaboration ville-hôpital : de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile*, Gérontologie et Société n°100, 2002.

Fouqué (N.-R.), *La nouvelle gouvernance hospitalière*, Cahiers hospitaliers n°260, octobre 2009.

Fray (A.-M.), *Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs*, Management et Avenir n°28, 2009.

Freixes (T.), *La pratique des opinions dissidentes en Espagne*, Cahiers du Conseil constitutionnel, n°8, juillet 2000.

Fromentin (R.), *L'assurance-maladie régionalisée ?*, Les Tribunes de la santé n°12, 2006.

Garel (P.), *Convergence des systèmes de santé*, Cahiers hospitaliers n°215, septembre 2005.

Gaudron (P.), *Henriville, un partenariat public-privé réussi dans le secteur de la santé*, Revue française d'administration publique n°130, 2009.

Gauthier (P.), *Quelques réflexions sur les usagers de l'hôpital*, Empan n°64, 2006.

Gauthier (P.), *Retour de l'hôpital local ?*, Cahiers hospitaliers n°249, octobre 2008.

Gauthier (P.), Fillion (C.), Latulippe (P.), *La pénurie de main d'œuvre et la transformation de l'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie*, Rapport de recherche Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux/Institut de gériatrie de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux de Granit, décembre 2009.

Gentile (S.), *Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie*, Santé Publique vol.16, 2004

Gestion locale, *Réforme hospitalière : vers la réorganisation sanitaire du territoire*, dossier paru dans Gestion locale n°65, 1997.

Girod de l'Ain (M.), *Les élus locaux face aux inégalités sociales de santé*, Cahiers hospitaliers n°225, juillet-août 2006.

Goodall (A.H.), *Should research universities be led by top researchers, and are they?*, Journal of Documentation, 62: 388-411, 2006.

Goodall (A.H.), *Socrates in the boardroom: Why research universities should be led by top scholars*, Princeton University Press: Princeton and Oxford, 2009.

Goodall (A.H.), *Physician-leaders and hospital performance : Is there an association ?*, Social Science and Medicine, 2011.

Got (C.), *Les revers de la Santé Publique*, Les Tribunes de la Santé n°20, 2008.

Graber (F.), *La délibération technique. Disputes d'ingénieurs des Ponts et Chaussées sous le Consulat*, Thèse de doctorat EHESS, 2004.

Grémy (F.), *De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique… et ailleurs*, Santé Publique vol.20, 2008.

Grimaldi (A.), Vallancien (G.), *Les paradoxes du médecin à l'hôpital*, Les Tribunes de la santé n° 26, printemps 2010.

Grimault (J.-M.), Cousteix (J.-P.), Muselier (R.), *Aménagement du territoire et dépenses de santé. Une navigation à vue*, Horizon clinique n°49, 1994.

Grosjean (M.) et alii, *La négociation constitutive et instituante*, Négociations n°2, 2004.

Guerrero (I.), *Partenariat public-privé, le cas de l'hôpital public*, Gestions hospitalières n°484, mars 2009.

Guillaume (M.), *La concurrence en économie de la santé : une liaison difficile mais légitime*, Les Tribunes de la santé n°15, 2007.

Gunderman (R.), Kanter (S. L.), *Educating physicians to lead hospitals*, Academic Medicine, 84:1348–1351, 2009.

Haas (S.), Vigneron (E.), *Evaluations et territoires*, DIACT, la Documentation Française, 2007.

Hales (C.P.), *What do managers do ? A critical review of the evidence*, Journal of Mangement Studies, Vol. 42, n°3, 1986.

Halford (S.), *Changement organisationnel et stratégies identitaires*, Travail, genre et société n°17, 2007.

Hammou Kaddour (A.), *L'hôpital à l'épreuve de ses territoires,* Gestions hospitalières n°500, novembre 2010.

Hassenteufel (P.), *Libéralisation ou étatisation de l'assurance-maladie ?,* Regards sur l'économie allemande n°79, 2006.

Hassenteufel (P.), *La mise en place du gouvernement à distance de l'assurance maladie*, Regards sur l'économie allemande n°89, 2008.

Holcman (R.), *Droit hospitalier et gouvernance des hôpitaux*, Cahiers hospitaliers n°272, novembre 2010.

Holcman (R.), *Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir, réflexions sur la relation hiérarchique*, Revue française de gestion, n° 196/2009.

Holcman (R.), *L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ?*, Gestions hospitalières, mai 2006.

Holcman (R.), *La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs*, Revue française de gestion, n° 184/2008.

Holcman (R.), *Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines*, Revue française d'administration publique, n° 123, 2007, pp. 409-422.

Holcman (R.), *L'avenir de l'hôpital français compromis ?*, Journal d'économie médicale, Vol 24, n° 7-8, pp. 415-425, 2006.

Houdart (L.), Larose (D.), *Coopération sanitaire, inflation législative et tératogénèse*, Cahiers hospitaliers n°260, octobre 2009.

Huynh-Quan-Suu (C.), *Note sur l'étymologie du terme « gouvernance »*, Service de Traduction, europa.eu.

Institut Montaigne, *Projet de loi Hôpital Patients Santé Territoires – La gouvernance : talon d'Achille du projet !*, 2008.

Jaafar (D.), *Groupements de coopération sanitaire…Quelques repères,* Gestions hospitalières n°456, mai 2006.

Jabot (F.), Demeulemeester (R.), *Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique*, Santé Publique vol.17, 2005.

Jackson (S.-E.), Schuler (R.-S.), *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings,* Organizational Behavior and Human Decision Processes, Volume 36, Issue 1, 16-78, 1985.

Jacqué (P.), *A l'université, les femmes aussi se heurtent au plafond de verre*, Le Monde, 12 juin 2011.

Jan (P.), *Les oppositions*, Pouvoirs, 2004/1 n° 108, p. 23-43.

Jan (P.), *Les séparations du Pouvoir*, Mélanges Jean Gicquel, Montchrestien, 2008.

Jan (P.), *Publiciser les opinions des juges. Une exigence pédagogique pour intérioriser le droit*, L'Harmattan, 2011.

Jean (P.), *Politique sociale et nouvelle gouvernance*, Cahiers hospitaliers n°233, avril 2007.

Jeannot (G.), *Gérer les carrières des cadres de la fonction publique ?*, Revue française d'administration publique 2005/4, n° 116.

Jourdy (P.), *Management dans le secteur médico-social : le grand méli-mélo*, Empan n°78, 2010.

Karaki (H.), Vinck (D.), *Fusion d'hôpitaux : la place des médecins dans le processus de changement*, Gestions hospitalières n°446, mai 2005.

Kerleau (M.), *Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (Etats-Unis, Royaume-Uni, Québec)*, Revue française des affaires sociales n°2, 2001.

Kerleau (M.), *L'agence régionale d'hospitalisation : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières ?*, Revue française des affaires sociales n°3, 2003.

Kessler (E.) et alii, *Les rapprochements sanitaires public-privé : comment faire ?*, table ronde, supplément Gestions hospitalières n°446, mai 2005.

Kiessling (A.), Lewitt (M.), Henriksson (P.), *Case-Based Training of Evidence-Based Clinical Practice in Primary Care and Decreased Mortality in Patients With Coronary Heart Disease*, Annals of Family Medicine, Vol. 9, n° 3, May-June 2011.

Kimberly (J.), *Preparing Leaders in Public Health for Success in a Flatter, More Distributed World*, Public Health Reviews, Vol. 33, n° 1, 2011.

Kivits (J.), Jabot (F.), *Du débat à la décision : discours croisés d'experts, de praticiens, de citoyens*, Santé Publique vol.20, 2008.

Kurunmäki (L.), *A Hybrid Profession : The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals*, Accouting, Organizations and Society, vol. 29, n° 3-4, 2004.

Lachmann (J.), *Réforme de la santé, l'état d'urgence*, Gestions hospitalières n°484, mars 2009.

Laffont (J.-Y.), *De l'agence régionale d'hospitalisation à l'agence régionale de santé*, Gérontologie et société n°132, 2010.

Lafore (R.), *Le cadre politico-administratif local : terroirs, circonscriptions administratives et territoires*, Vie sociale n°2, 2011/2.

Lainé (F.), *« Compétences transversales » et « compétences transférables » : des compétences qui facilitent les mobilités professionnelles*, Centre d'Analyse Stratégique, Note d'analyse Travail-Emploi n° 219, avril 2011.

Lambert (P.), *Mise en place et organisation de la HAS*, Cahiers hospitaliers n°221, mars 2006.

La loi HPST à la loupe, Acteurs Magazine, octobre-novembre 2009, supplément du N° 126.

Laplace (L.) et alii, *Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90*, Santé Publique vol. 14, 2002.

Larose (D.), *La fin du rattachement local, une petite révolution*, Cahiers hospitaliers n°251, décembre 2008.

Larose (D.), Houdart (L.), *La réforme des outils de coopération*, Cahiers hospitaliers n°251, décembre 2008.

Laude (A.), *Dix ans de droit de la santé*, Les Tribunes de la santé n°25, 2009.

Laude (L.) et Chauvigné (C.), *Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux*, Revue internationale de Psychosociologie 2010/2, Volume XVII.

Laurens S., *«Pourquoi » et « comment » poser les questions qui fâchent ? Réflexions sur les dilemmes récurrents que posent les entretiens avec des «imposants »*, Genèses 69, pp. 112-127, décembre 2007.

Le Bihan-Graf (C.), Coudroy (C.), Gervasoni (S.), Santamaria Dacal (A.), Azan (P.), *La fonction publique et l'Europe. S'appuyer sur le droit communautaire pour donner sa pleine mesure au modèle de fonction publique de carrière*, Les Cahiers de la fonction publique et de l'administration, 02/2005.

Le Bouler (S.), *Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé*, Les Tribunes de la santé n°12, 2006.

Lefebvre (B.), *De la planification au marché – La privatisation du secteur hospitalier en Inde (1947-2007)*, Transcontinentales [En ligne], 5 | 2007, document 3, mis en ligne le 21 avril 2011. URL : http://transcontinentales.revues.org/693

Lefebvre (B.), *L'émergence des « corporate hospitals » dans les métropoles indiennes*. URL : http://www.csh-delhi.com/team/downloads/publiperso/prj%20these%20lefebvre.pdf

Lefebvre (E.), *Les « autres » métiers de la santé – les énarques*, Les Tribunes de la santé, 2006/1, n° 10.

Le Feuvre (N.), *La féminisation des professions médicales : voie de recomposition ou de transformation du "genre" ?*, in AIACH P. et CEBE, D. (dir.), Femmes et hommes dans le champ de la santé, Rennes, ENSP, 2001.

Le Galès (P.) et Scott (A.- J.), *Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou « freer markets, more rules »*, Revue française de sociologie 2008/2, Volume 49.

Le Guen (J.-M.), *L'Etat, au cœur de la régulation des comportements et des soins*, Regards croisés sur l'économie n°5, 2009.

Leichter-Flack (F.), *Sauver ou laisser mourir – Catastrophe éthique et médicale*, 25 avril 2011, www.laviedesidees.fr

Lejeune (P.), Caillet (R.), *Les communautés hospitalières de territoire : pour des stratégies de groupes publics*, Cahiers hospitaliers n°248, septembre 2008.

Lemaire (F.), Schortgen (F.), Chastre (J.), Fagon (J.-Y.), Brochard (L.), Lacherade (J.-C.), Becquemin (J.-P.), Brun-Buisson (C.), *Nouvelle législation portant sur les*

soins courants : rappel des difficultés passées, La presse médicale, Volume 36, Issue 9, Part 1, p. 1167-1173, September 2007.

Le Menn (J.), *Propositions pour le financement des établissements de santé*, Gestions hospitalières, n° 521, pp. 591-598, 2012.

Lenay (O.), Moisdon (J.-C.), *Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier*, Revue française de gestion n°146, 2003.

Lenoble (J.), *La procéduralisation contextuelle du droit*, Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit, n°46, 1997.

Lenoble (J.), *Norme et action, Corporate governance et procéduralisation contextuelle*, Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit, n°71, 1999.

Lenoble (J.), *Réflexivité et gouvernance du risque*, Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit, n°92, 2002.

Lenoble (J.), *Méthode ouverte de coordination et Théorie de la gouvernance réflexive*, Les Carnets du Centre de Philosophie du Droit, n°110, 2004.

Lenoble (J.), Maesschalck (M.), *Au-delà des approches néo-institutionnalistes et pragmatistes de la gouvernance*, in Reflexive governance and the public interest, Université Paris X et Université catholique de Louvain

Leonetti (J.), *La croisée des chemins,* Cahiers hospitaliers n°267, mai 2010.

Le Pen (C.), *La rentabilité collective des soins de santé*, Les Tribunes de la santé n°21, 2008.

Le Pogam (M.-A.) et alii, *La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent*, Management et avenir n°25, 2009

Le Quotidien du Médecin, *22 % des postes de PH sont vacants*, Le Quotidien du Médecin, 7 avril 2010.

Lernout (T.) et alii, *Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilans et perspectives*, Santé Publique vol.19, 2007.

Le Taillandier (V.), *Préfiguration du plan Hôpital 2012,* Cahiers hospitaliers n°233, avril 2007.

Lewalle (H.), *Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union Européenne*, Revue française des affaires sociales, n°2-3, 2006.

Loriol (M.) et alii, *Quels traitements de la santé ? : la santé dans tous ses états*, Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective, Pour n°179, 2003.

Madoire (A.) et alii, *Du rapport Larcher à la loi HPST*, Gestions hospitalières n° 492, janvier 2010.

Manifeste des 25, *Dix propositions pour une réforme,* Le Nouvel Observateur, mai 2009.

Marin (P.), Ayache (M.), Dion (F.), *Le métier de directeur d'hôpital demain, les attentes des élèves*, Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpitaux, n°23, septembre-octobre 2009.

Marin (P.), *Conseil de surveillance et directoire – Les instruments juridiques d'une révolution de velours,* Techniques hospitalières, juillet-août 2010, n° 535.

Marqué (G.), *Les besoins de santé de la région Nord-Pas-de-Calais,* Gestions hospitalières n°489, octobre 2009.

Martin (P.), *Réconcilier délibération et égalité politique : Fishkin et le sondage délibératif,* Revue Française de Science Politique, n°1, vol. 48, février 1998, pp. 150-154.

Mason (R. J.), *Appendicitis: is surgery the best option?,* Lancet 2011; 377:1545-1546.

Mastor (W.), *Point de vue scientifique sur les opinions séparées des juges constitutionnels,* Recueil Dalloz 2010.

Mattei (J.-F.), *L'hôpital entre le médical et le social,* Etudes tome 407, 2007.

Mayntz (R.), *Common goods and governance,* in Heritier (A.), *Common goods, reinventing European and international governance,* Rowman and Littlefield Publishers, New-York – London, 2002, p. 15-27.

Ménard (J.), *Le directeur général de la santé,* Les Tribunes de la santé n°10, 2006.

Ménard (J.), *Le vieillissement, crise du système de santé ?,* Les Tribunes de la santé n°22, 2009.

Messager (D.) et alii, *Les SROS 3 et l'aménagement du territoire : quelles évolutions, Quelles restructurations ? Objectifs et méthodes,* table ronde, supplément Gestions Hospitalières n°459, octobre 2006.

Minvielle (E.) et Contandriopoulos (A.-P.), *La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?,* Revue française de gestion 2004/3, n° 150.

Moisdon (J.-C.), *L'évaluation du changement professionnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A,* Revue française des affaires sociales n°1-2, 2010.

Monneraud (L.), *Le regard des acteurs de santé sur le système de santé,* Les Tribunes de la Santé n°23, 2009.

Moreau (J.), *Le maire et la santé,* Les Tribunes de la santé n°14, 2007.

Morelle (A.) et alii, *Santé et territoires : anatomie d'une réforme,* Pouvoirs locaux n°30, 1996.

Mossé (P.), *Les restructurations : modèle ou succédané de la politique hospitalière ?,* Revue française des affaires sociales n°2, 2001.

Mossé (P.), Paradeise (C.), *Restructurations de l'hôpital : recompositions des hôpitaux, Réflexions sur un programme,* Revue française des affaires sociales n°3, 2003.

Mordelet (P.), *Quel modèle de gouvernance en Europe ?,* Cahiers hospitaliers n°215, septembre 2005.

Mordelet (P.), *L'évolution du cadre juridique des hôpitaux publics en Europe et l'avenir de l'établissement public de santé français*, Revue de Droit Sanitaire et Social n°5, 2008.

Mordelet (P.), *Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux*, Regards sur l'actualité n°352, 2009.

Mossé (P.), *Les restructurations : modèle ou succédané de la politique hospitalière ?*, Revue française des affaires sociales n°2, 2001.

Mossé (P.), Paradeise (C.), *Restructurations de l'hôpital : recompositions des hôpitaux, Réflexions sur un programme,* Revue française des affaires sociales n°3, 2003.

Moulin (L.), *Sanior et major pars. Note sur l'évolution des techniques électorales dans les ordres religieux du VIe au XIIIe siècle*, Revue Historique de Droit Français et Étranger, 1958, vol.XXXV.

Murat (L.), *La santé publique, matière administrative extraordinaire, Revue française des affaires sociales*, n°4, octobre-décembre 2001.

Neri (S.), *La régionalisation de la santé et la nouvelle gouvernance du Service National de Santé*, Revue sociologie santé, octobre 2010, n° 32.

Nobre (T.), Haouet (I.), *Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle,* Revue française de gestion, 2011/2 n° 211, p. 103-118.

Noguera (F.) et Lartigau (J.), *De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives*, Management & Avenir 2009/5, n° 25.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Améliorer le rapport coût-efficacité dans le secteur de la santé*, Etudes économiques de l'OCDE n°3, 2008.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Réforme du système de santé : les défis de la prochaine étape*, Etudes économiques de l'OCDE n°4, 2009.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Maîtriser la hausse des dépenses publiques de santé*, Etudes économiques de l'OCDE n°5, 2005.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Réforme des relations budgétaires entre la Fédération et les autres niveaux d'administration*, Etudes économiques de l'OCDE n°8, 2005.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé*, Etudes économiques de l'OCDE n°9, 2005.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Améliorer le système de santé*, Etudes économiques de l'OCDE n°14, 2005

Organisation de coopération et de développement économiques, *Les relations budgétaires entre niveaux d'administration*, Etudes économiques de l'OCDE n°12, 2006.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Les pressions budgétaires à prévoir sur les dépenses relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée,* Perspectives économiques de l'OCDE n°79, 2006.

Organisation de coopération et de développement économiques, *Bien soigner et bien dépenser : renforcer l'efficacité économique des soins de santé,* Etudes économiques de l'OCDE n°12, 2008.

Osty (F.), *Sociologie des professions et des métiers,* in *Sociologie du monde du travail,* (dir.) Alter (N.), PUF, 2006.

Ouchi (W., G.,), Price (R., L.), *Hierarchies, clans, and theory Z: a new perspective on organization development*, Organizational Dynamics, Volume 9, Issue 2, Autumn, 25-44, 1978.

Ouchi (W., G.,), *Markets, Bureaucracies and Clans*, Administrative Science Quarterly, Vol. 25, No. 1, March, 129-141, 1980.

Ouaddour (S.), *La « nouvelle gouvernance »*, Cahiers hospitaliers n° 251, décembre 2008.

Panel (P.), *L'hôpital public*, Etudes tome 407, 2007.

Pascal (C.), *La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur*, Revue française de gestion n°146, 2003.

Paré (V.), *Le concept de mutualisation,* Gestions hospitalières n°451, décembre 2005.

Pascal (C.), *La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur*, Revue française de gestion n°146, 2003.

Pavolini (E.), *La décentralisation du système sanitaire fait-elle du bien à la santé ? Quelques réflexions à partir du cas italien*, Revue sociologie santé, octobre 2010, n° 32.

Peljak (D.), *La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle,* Gestion n°273, 2002.

Percot (R.), *La décentralisation : outil clé du management hospitalier – l'exemple des hôpitaux universitaires de Genève,* Les Cahiers hospitaliers, mai 2011.

Péricard (B.), *La santé aux régions, utopie ou nécessité ?,* Cahiers hospitaliers n°222, avril 2006.

Péricard (B.), *Hôpital et territoires, à quand l'âge de raison ?*, Gestions hospitalières n°498, août-septembre 2010.

Perret (J.-B.), *Le CHU de Sherbrooke affronte la pénurie de main d'œuvre,* Décideur Hospitalier Magazine, mars-avril 2011.

Peslin (L.) et alii, *Evaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes,* Santé Publique vol.13, 2001.

Picot (G.), *Les femmes médecins ou l'accès des femmes à une profession traditionnellement masculine*, Les Cahiers du Gedisst N° 13, pp. 73-84, 1995.

Picot (G.) *Entre médecins et infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable,* Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 2005.

Pierru (F.), *Hôpital Inc., les professionnels de la santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise,* Enfances et Psy n°43, 2009.

Pieuchot (C.), *Les réformes dans le champ médico-social,* Vie sociale et traitements n°105, 2010.

Piovesan (D.), Claveranne (J.-P.), Pascal (C.), *L'impact de la loi HPST sur le medico-social: effets attendus et angles morts d'une réforme,* Cahiers hospitaliers n°273, décembre 2010.

Piquemal (A.), Fritz (A.), *L'enjeu de la réforme de l'hôpital,* Gestions hospitalières n°449, octobre 2005.

Podeur (A.), *Spécificités de l'hôpital local,* Cahiers hospitaliers n°249, octobre 2008.

Pontier (J.-M.), *Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité,* AJDA, 30 novembre 2009.

Pouchelle (M.-C.), *« Ici, on ne fait pas de cadeaux » : partage du temps et don de soi à l'hôpital, les cadeaux, à quel prix ?,* CRS, Etnologie française vol.28, P.U.F, 1998.

Pouchelle (M.-C.), *Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs?,* Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, n° 140, juin 2011.

Pouchelle (M.-C.), *Quelques touches hospitalières,* Terrain n°49, 2007.

Quidu (F.), Escaffre (J.-P.), *Activités et masses financières des établissements hospitaliers français, l'évolution à court terme,* Gestions hospitalières n°474, mars 2008.

Raveyre (M.), Ughetto (P.), *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières,* Revue française des affaires sociales n°3, 2003.

Renaud (L.), Rico de Sotelo (C.), *Communication et Santé : des paradigmes concurrents,* Santé Publique Vol. 19, 2007.

Rouban (L.), *Les cadres supérieurs de la fonction publique et la politique de modernisation administrative,* Paris, La Documentation française, 1994.

Rouban (L.), *Les hauts fonctionnaires sous la cinquième république : idées reçues et perspectives analytiques,* Revue française d'administration publique 2002/4, n° 104.

Rittler (P.), *Une ambition légitime et opportune,* in *ANAP : l'appui à la performance,* Les Cahiers hospitaliers n°263, janvier 2010.

Saint-André (J.-P.), Richard (I.), *La crise de la démographie médicale : une illusion ?,* Esprit n° 331, janvier 2007, p. 65.

Saison-Demars (J.), *Un patron dans l'hôpital, mythe ou réalité ?,* AJDA, 3 mai 2010.

Saout (C.), *Santé : changer de logiciel,* Les Tribunes de la santé n°19, 2008.

Saout (C.), *La crise de confiance dans le système de santé*, Les Tribunes de la santé n°22, 2009.

Saout (C.), *Comment bien réformer la santé en région ?*, Cahiers hospitaliers n°258, juillet-août 2009.

Saout (C.), *La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ?*, Santé Publique vol.22, 2010.

Sarlat (G.), *Recettes et dépenses de l'Assurance-maladie, mythes et réalités*, Les Tribunes de la Santé n°4, 2004.

Sauer (F.), *La concurrence administrative*, Les Tribunes de la santé n°15, 2007

Sauvé (J.-M.), *L'importance croissante des questions de Santé Publique*, Tribunes de la santé n°29, 2009.

Scherb (B.), *Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ?*, Cahiers hospitaliers n°259, septembre 2009.

Schweitzer (L.), *L'attractivité de la haute fonction publique est-elle en déclin ?*, Pouvoirs 2006/2, n° 117, pp. 17-26.

Schweyer (F.-X.), *Les carrières des directeurs d'hôpital*, Revue Française d'Administration Publique, 2005, n°4, p. 623.

Schweyer (F.-X.), *Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ?*, Revue française des affaires sociales, 2001, n°4, pp.115-122.

Schweyer (F.-X.), *Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital*, Revue européenne des sciences sociales, 2006/3, XLIV.

Schweyer (F.-X.), Cresson (G.), Drulhe (M.) (eds), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Editions ENSP, 2003, 288p.

Schweyer (F.-X.), *Crises et mutations de la médecine hospitalière*, in La crise des professions de santé (dir De Kervasdoué (J.)), Paris, Dunod, 2003, 233-279.

Schweyer (F.-X.), Jourdain (J.), *L'école nationale de la santé publique à la veille de la grande transformation*, Actualité et dossiers en santé publique, n° 55, juin 2006, 28-33.

Schweyer (F.-X.), (direction Hassenteufel (P.), avec Clavier (C.), Guigner (S.), Leroy (P.), Moreno (J.), *Le temps de travail des médecins hospitaliers - Quelle européanisation de la santé ?* Une étude comparative européenne (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni) DREES, 2007.

Schweyer (F.-X.), *L'hôpital, une transformation sous contrainte - Hôpital et hospitaliers*, Revue Française des Affaires sociales 2006/4, n° 4.

Schweyer (F.-X.), *Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes*, Revue française d'administration publique 2009/4, n° 132.

Segade (J.-P.), *Qui décide à l'hôpital ?*, Gestions hospitalières n° 455, avril 2006.

Segade (J.-P.), *L'enjeu de la réforme : vers un « hôpital-entreprise » ?*, Cahiers hospitaliers n°257, juin 2009.

Sidaner (X.), *Le directeur d'hôpital, un vrai-faux patron*, Acteurs publics, mars 2011.

Silber (D.), *L'e-santé est-elle source d'économies ?*, Les Tribunes de la santé n°9, 2005.

Simon (H. A.), *On How to decide what to do*, The Bell Journal of Economics, 9, n°2, pp.494-507, 1978.

Simon (H. A.), *Human Nature in Politics : the Dialogue of Psychology with Political Science*, The American Political Science Review, Vol.79, N°2, pp.293-304, 1985.

Simon (H. A.), *A Behavioral Model of Rational Choice*, Quaterly Journal of Economics, 69, pp.99-118, 1955.

Simon (H. A.), *Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science*, American Economic Review, 49, n°1, pp.253-283, 1959.

Sliman (G.), *Les Français et la santé, évolution des perceptions de l'opinion*, Les Tribunes de la santé n°25, 2009.

Stoller (J.K.), *Developing physician-leaders: Key competencies and available programs*, Journal of Health Administration Education, Fall, 2008.

Stoller (J.K.), *Developing physician-leaders: A call to action*. Journal of General Internal Medicine, 24: 876-878, 2009.

Stoller (J.K.), Berkowitz (E.), Bailin (P.L.), *Physician management and leadership education at the Cleveland Clinic Foundation: program impact and experience over 14 years*, Journal of Medical Practice Management, 22: 237-42, 2007.

Tabuteau (D.), *Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'Etat hygiéniste ?*, Les Tribunes de la santé, n° 1, 2003.

Tabuteau (D.), *La santé en quête de politique*, Les Tribunes de la santé n°14, 2007.

Tabuteau (D.), *La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ?*, Les Tribunes de la santé n°16, 2007.

Tabuteau (D.), *Les interdictions de santé publique*, Les Tribunes de la santé n°17, 2007.

Tabuteau (D.), *La décision en santé*, Santé Publique vol. 20, 2008.

Tabuteau (D.), *Crises et réformes*, Les Tribunes de la santé n°22, 2009.

Tabuteau (D.), *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary. Libres propos*, Droit Social 2009 ; 4 : 383-392.

Tabuteau (D.), *Pouvoirs publics et professions de santé*, Les Tribunes de la santé n°26, 2010.

Tabuteau (D.), *Santé et liberté*, Les Tribunes de la santé n°27, 2010.

Tabuteau (D.), *Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !*, Santé Publique vol. 22, 2010.

Tabuteau (D.), *Loi de santé publique et politique de santé*, Santé Publique vol. 22, 2010.

Tabuteau (D.), *L'expert et la décision en santé publique*, Les Tribunes de la santé n°27, 2010.

Tanguy (A.), *De la direction commune à la communauté hospitalière de territoire*, creer-hopitaux.fr, 2010.

Tanguy (H.), *HPST : management à tous les étages,* Cahiers hospitaliers n°267, mai 2010.

Terray (E.), Un anthropologue africaniste devant la cité grecque, Opus. Rivista internazionale per la storia economica e sociale dell' antichità, VI-VIII, 1987-1989.

Tissot (E.), *Que penser de la loi HPST ?*, Cahiers hospitaliers n°260, octobre 2009.

Truchet (D.), *Établissements publics de santé et systèmes de santé*, AJDA, 2006.

Truchet (D.), *Aspects historiques et institutionnels*, Les Tribunes de la santé n°12, 2006.

Turton (D.), *The Relationship Between Oratory and Exercice of Influence Among the Mursi*, in Bloch (M.), *Political Language and Oratory in Traditional Society*, Academic Press, London, 1975, pp. 163-184.

Urfalino (P.), *La délibération et la dimension normative de la décision collective*, in Commaille (J.), Dumoulin (L.), Robert (C.), *La juridicisation du politique*, L.G.D.J., 2000, pp.165-193.

Urfalino (P.), *Délibération et négociation,* Négociations, 2005/2 n°4.

Urfalino (P.), *La délibération n'est pas une conversation – Délibération, décision collective et négociation,* Négociations, n° 4, 2005, de Boeck, Louvain, p. 99-114.

Urfalino (P.), *La décision fut-elle jamais un objet sociologique?*, document de travail, 2005, disponible sur le site CESTA-EHESS.

Urfalino (P.), *La communauté des experts décideurs*, soumis à Annales HSS, 2006.

Urfalino (P.), *La décision par consensus apparent. Nature et propriétés*, Revue européenne des sciences sociales, XLV-136 / 2007, pp. 47-70.

Urfalino (P.), *Deciding as bringing deliberation to a close*, Social Science Information, Ed. Sage, Vol. 49, n° 1, 2010, p. 111-140.

Valette (A.), *Fallait-il une nouvelle organisation pour changer les modes de régulation ?*, Revue française des affaires sociales n°4, 2001.

Vallancien (G.), *La gouvernance à directoire ?*, Cahiers hospitaliers n°248, septembre 2008.

Vareille (F.), *Faut-il modifier le rattachement communal des établissements d'hospitalisation publics?*, RDSS, 1987.

Vautard (A.), *Coopération hospitalière et intercommunalité : deux dynamiques* comparables, Les Cahiers hospitaliers, n° 278, mai 2011.

Vedelago (F.), *Transnationalisation des systèmes de santé et histoires des sociétés*, Revue sociologie santé, octobre 2010, n° 32.

Vega (A.), *Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital*, Ethnologie française vol.29, 1999.

Vidal-Boyer (H.), Gallais-Ferrier (N.), Lesne (C.), *Loi HPST et gestion des ressources humaines dans la FPH*, Cahiers hospitaliers, Décembre 2009.

Vigneron (E.), *Santé publique et aménagement du territoire*, ADSP n° 29, 1999.

Vigneron (E.), *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*, DATAR, la Documentation Française, 2004.

Vilain (A.), *La féminisation du corps médical*, SESI, Solidarité Santé, n°1, 1995.

Vincent (C.), Volovitch (P.), *Les syndicats face aux restructurations hospitalières*, Revue française des affaires sociales n°3, 2003.

Zantman (G.), *Les apports du traité de Lisbonne*, Cahiers hospitaliers n°264, février 2010.

Zantman (G.), *Loi HPST : quel avenir pour les hôpitaux locaux ?*, Cahiers hospitaliers n°267, mai 2010.

JURISPRUDENCE :

Conseil constitutionnel, Décision n° 91-297 DC du 29 juillet 1991.

Conseil constitutionnel, Décision n° 83-165 DC, 20 janvier 1984.

Décision judiciaire de Conseil d'Etat, 29 mai 1992 (cas Conseil d'Etat, 4 / 1 SSR, du 29 mai 1992, 67622)

CE Sect., 28 décembre 2001, *Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital (SNDELMH)*

Cour de justice des communautés européennes, Arrêt Burbaud (affaire C-285/01, arrêt du 9 septembre 2003).

CAA Paris, 29 mars 2005, *Caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines.*

CAA Paris, 27 juin 2005, *Centre cardiologique du Nord.*

CE Sect., 16 juillet 2007, *Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital (SNDELMH)*

CAA Bordeaux, 11 décembre 2008, n° 07BX02403, *Mme Burbaud.*

CE Sect., 29 mai 2009, *Syndicat national de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.*

Conseil constitutionnel, Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011 (Loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

TEXTES :

Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958.

Loi organique nº 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Loi n° 1318 du 31 décembre 1970, relative à la réforme hospitalière.

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, relative à la fonction publique hospitalière.

Loi n° 87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale.

Loi n° 748 du 31 juillet 1991, relative à la réforme hospitalière.

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1997, relative à la Santé publique et à la Protection sociale.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi de programme no 2006-450 du 18 avril 2006 pour la recherche.

Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Directive 2001/20/CE du Parlement européen et du Conseil, du 4 avril 2001, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et

administratives des Etats membres relatives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain.

Fonction publique hospitalière, statut général et textes communs, JORF, Bulletin, n° 1054.

Code de la santé publique.

Code de déontologie médicale.

Code de l'action sociale et des familles.

Code de la sécurité sociale.

Code de Nuremberg.

Ordonnance n° 58 1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des soins hospitaliers.

Ordonnance n° 58 1373 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

Ordonnances n° 96-344, 345, 346 du 24 avril 1996 relative à la Loi de financement de la Sécurité Sociale.

Ordonnance nº 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Ordonnance n°2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ordonnance n° 2010-331 du 25 mars 2010 portant extension et adaptation aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie, aux Terres australes et antarctiques françaises ainsi qu'à La Réunion et à la Guadeloupe de dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret d'application du 17 avril 1943 relatif à la loi du 21 décembre 1941.

Le décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics

Décret n° 97-240 du 17 mars 1997, relatif au groupement de coopération sanitaire.

Décrets n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

Décret no 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (première, deuxième et troisième) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2009-1759 du 30 décembre 2009 relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant diverses dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2009-1761 du 30 décembre 2009 relatif à la formation des personnels de direction lors de leur prise de fonctions en qualité de directeur dans un établissement public de santé.

Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de sante des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé.

Décret n° 2010-114 du 3 février 2010 relatif au comité d'évaluation de la mise en œuvre des dispositions relatives à la modernisation des établissements de santé de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2010-199 du 26 février 2010 relatif aux modalités d'élection et de renouvellement des conseils des professions médicales et paramédicales et de leurs chambres disciplinaires.

Décret n° 2010-260 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-

33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-260 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-261 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction des établissements mentionnés au 1o de l'article 2 de la loi no 86-33 du Décret n° 2010-260 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-922 du 2 août 2005 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-262 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-263 du 11 mars 2010 relatif aux procédures de sélection et de nomination aux emplois de direction des établissements mentionnés aux 2o à 6o de l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et figurant sur la liste mentionnée à l'article 1er du décret no 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-264 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-265 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées en application de l'article 3 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-266 du 11 mars 2010 relatif aux comités consultatifs nationaux paritaires et aux commissions administratives paritaires nationales de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-267 du 11 mars 2010 fixant les conditions de remboursement par le Centre national de gestion de la rémunération de certains fonctionnaires hospitaliers et praticiens hospitaliers affectés en surnombre.

Décret n° 2010-268 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-931 du 2 août 2005 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le décret no 2005-932 du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions

statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et le décret no 2007-1938 du 26 décembre 2007 relatif au régime indemnitaire du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-269 du 11 mars 2010 modifiant le décret no 2005-927 du 2 août 2005 relatif au classement indiciaire applicable aux emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et fixant le classement indiciaire applicable aux emplois de directeur général de centre hospitalier régional et de centre hospitalier universitaire.

Décret n° 2010-270 du 15 mars 2010 relatif à l'évaluation clinique des dispositifs médicaux et à la communication des données d'identification à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Décret n° 2010-337 du 31 mars 2010 relatif au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

Décret n° 2010-339 du 31 mars 2010 relatif au régime financier des agences régionales de santé.

Décret n° 2010-340 du 31 mars 2010 instituant une commission nationale de concertation pendant la mise en place des agences régionales de santé.

Décret n° 2010-341 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'agence, à la représentation syndicale et aux délégués du personnel dans les agences régionales de santé.

Décret n° 2010-342 du 31 mars 2010 relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des agences régionales de santé.

Décret n° 2010-343 du 31 mars 2010 portant application de l'article L. 1432-10 du code de la santé publique.

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2010-345 du 31 mars 2010 portant adaptation des dispositions réglementaires prises pour l'application du titre III du livre IV du code de la santé publique à la Guadeloupe, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire.

Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé.

Décret n° 2010-424 du 28 avril 2010 relatif à la procédure suivie devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale.

Décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.

Décret n° 2010-427 du 29 avril 2010 relatif aux procédures d'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.

Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé.

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2010-451 du 3 mai 2010 relatif aux indemnités des membres élus des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé.

Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles**.**

Décret n° 2010-885 du 27 juillet 2010 relatif au détachement sur un contrat de droit public des fonctionnaires dirigeant un établissement mentionné à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Décret n° 2010-1242 du 20 octobre 2010 relatif aux instances communes de représentation et de consultation du personnel et aux pôles de territoire dans le cadre des communautés hospitalières de territoire.

Décret n° 2010-1272 du 25 octobre 2010 modifiant le décret n°2007-704 du 4 mai 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2010-1273 du 25 octobre 2010 relatif au Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts et à l'hôpital national de Saint-Maurice.

Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique.

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Arrêté n° 67 242 du 24 mars 1967, relatif à la prime de service hospitalière.

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

Arrêté du 7 mai 2007 pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale et fixant la composition et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation.

Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

Arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière régi par le décret no 2005-921 du 2 août 2005 modifié.

Arrêté du 11 mars 2010 modifiant l'arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des centres hospitaliers régionaux dont les emplois fonctionnels de directeur général sont des emplois fonctionnels bénéficiaires d'une nouvelle bonification indiciaire prise en application des dispositions de l'article 1er du décret no 2005-929 du 2 août 2005.

Arrêté du 11 mars 2010 modifiant l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois fonctionnels des établissements

mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et fixant l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois de directeur général de centre hospitalier régional et de centre hospitalier universitaire.

Arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.

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.

Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles.

Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

Article L.6111-3 du code de la santé publique (n'exige plus l'autonomisation juridique des structures médico-sociales créées par les établissements hospitaliers).

Circulaire n° 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à de nombreuses victimes dénommés « plans rouges ».

Circulaire DH/8A/91 n° 24 du 22 avril 1991 relative à la formation professionnelle continue.

Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique et n°2007/17 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Circulaire du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Circulaire SGMCAS/DGS/SD.4B n° 2007-169 du 20 avril 2007 relative à l'expérimentation d'une démarche de mutualisation régionale des compétences médicales des services déconcentrés.

Instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé.

Instruction n° DGOS/PF1/ 2010 /112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Avenant n° 4 du 11 mars 2005 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

Accord-cadre relatif à l'exercice médical à l'hôpital, 24 janvier 2012.

Référentiel métier des Directeurs d'Hôpitaux établi par le Centre National de Gestion.

Référentiel des métiers de la fonction publique territoriale, Centre National de la Fonction Publique Territoriale, 2007.

COMMUNICATIONS A DES COLLOQUES :

Arambourou (C.), *François Bayrou et la virilité comme ressource à renouveler. Une analyse en creux des conditions d'efficacité d'un registre identitaire controversé*, Colloque international « Genre et sexualité dans la présidentielle de 2012 », Sorbonne, Paris, 27 septembre 2012.

Aubert (F.-J.), *L'Institut Hospitalo Universitaire, un nouveau modèle*, Journées CHU de Montréal/Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Montréal, 18 septembre 2012.

Aubert (F.-J.), *The SIGAPS software, an innovative use of bibliometrics for the Institut Hospitalo Universitaire*, Séminaire scientifique de la Fondation Méditerranée Infection, Gordes, 11 octobre 2012.

Babeau (O.), Chanlat (J.-F.), *La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles*, XVIème conférence internationale de management stratégique (AIMS), Montréal, 2007.

Carles (J.), Communication aux Universités d'été du Management Public Territorial, 2008.

Ciccolini (J.), Communication au séminaire Essais cliniques Phase 1 en oncologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, 29 juin 2012.

Goëau-Brissonnaière (O.), Contribution au colloque du Groupe de Recherche et d'Applications Hospitalières « Confiance et performance », Paris, 23 mars 2011.

Hériaud (A.), Contribution au colloque du Groupe de Recherche et d'Applications Hospitalières « Confiance et performance », Paris, 23 mars 2011.

Le Héron (E.), *Formaliser la décision en incertitude radicale ? Des voies de recherche par l'état de confiance et les anticipations auto-réalisatrices*, Communication au séminaire général du Centre Émile Durkheim, 15 décembre 2011.

Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?*, Communication au 32e séminaire de l'Association Française de Comptabilité, Montpellier, 2011.

Montori (V.), Engelen (L.), conférence « Doctors 2.0 », Paris, 22 et 23 juin 2011.

Musselin (C.), Communication au séminaire général du Centre Emile Durkheim, 26 mai 2011.

Toupillier (D.), directrice générale du Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière, communication au Séminaire de réflexion sur l'exercice médical à l'hôpital mis en place à la demande du ministre de la Santé, Bordeaux, 1er juin 2011.

Vadillo (F.), *En quête d'informations sur le renseignement*, Communication pour le séminaire des jeunes chercheurs en histoire de l'Université Michel de Montaigne Bordeaux III, 11 décembre 2008, 16 p.

Valletoux, (F.), Président de la Fédération Hospitalière de France, Discours de politique générale, Convention nationale de la FHF, Paris, 12 décembre 2012.

SITES INTERNET :

http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp

www.plymouth.gov.uk

www.kerava.fi/home_eng.asp

Urfalino (P.), http://www.dailymotion.com/video/xbwx0g_l-arret-des-decisions-collectives-p_news

Démission d'un membre du gouvernement britannique pour langage grossier, www.lemonde.fr, 19 octobre 2012.

FILM :

Mention-Schaar (M.-C.), *Bowling*, 2012.

CHARTES, SERMENTS:

Serment d'Hippocrate

Table des annexes

ANNEXE 1 – LISTE DES SIGLES 270

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES 271

Annexe 1 – Liste des sigles

AMF	Association des maires de France
AMRF	Association des maires ruraux de France
APVF	Association des petites villes de France
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
DG	Directeur général
DGA	Directeur général adjoint
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Directeur général des services
DNR	Do not ressucitate (ordre de ne pas réanimer)
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENA	Ecole nationale d'administration
ENM	Ecole nationale de la magistrature
FHF	Fédération hospitalière de France
HPST	Hôpital patients santé et territoires
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NHS	National Health Service
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PU	Professeur des Universités
PU-PH	Professeur des Universités - Praticien hospitalier
SSPI	Salle de surveillance post interventionnelle
TEP	Tomographie par émission de positons

Annexe 2 – Liste des personnes auditionnées

Les fonctions indiquées sont celles exercées à la date de l'entretien.

Mme Christine ACCARY-BEZARD, Directeur d'hôpital, ARS d'Aquitaine

M. Michel BARON, directeur d'hôpital, directeur du Groupe Hospitalier Sud, CHU de Bordeaux, membre invité permanent du directoire

Dr Géry BOULARD, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur, vice-président de la CME, CHU de Bordeaux, membre du directoire

Dr Jean-Claude CASTEDE, praticien hospitalier, chirurgien, chef du pôle des spécialités chirurgicales, CHU de Bordeaux, membre de la CME

Dr David CASTERA, anesthésiste, médecin libéral, Clinique Tivoli, membre du directoire

Pr Dominique DALLAY, professeur des universités-praticien hospitalier, obstétricien, président de la CME du CHU de Bordeaux

M. Luc DURAND, directeur des soins, coordonnateur général des soins du CHU de Bordeaux, membre du directoire

M. Alain HERIAUD, directeur d'hôpital, docteur en économie, directeur général du CHU de Bordeaux, Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU

Dr Olivier JOURDAIN, obstétricien, médecin libéral Clinique Jean Villar, Président de la CME

Mme Chantal LACHENAYE-LLANAS, directeur général adjoint du CHU de Bordeaux, membre du directoire

M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'ARS Limousin

M. Philippe MARIN, Directeur d'hôpital, docteur en droit, ancien chef d'établissement, responsable formation Directeur d'Hôpital, EHESP

Pr Mathieu MOLIMARD, professeur des universités-praticien hospitalier, pharmacologue, chef du pôle biologie et anatomopathologie du CHU de Bordeaux, membre du directoire

Mme Florence NEGRE-LEGUILLOU, directeur d'hôpital, directeur des affaires économiques et du contrôle de gestion du Groupe Hospitalier Sud, CHU de Bordeaux

Dr Matthieu NGUYEN, médecin généraliste, médecin salarié, Clinique Tivoli

Pr Jean-Luc PELLEGRIN, professeur des universités-praticien hospitalier, spécialiste en médecine interne et maladies infectieuses, chef du service médecine interne et maladies infectieuses, doyen de l'Université Bordeaux Segalen, Vice-président du directoire du CHU de Bordeaux

Pr Muriel RAINFRAY, professeur des universités-praticien hospitalier, néphrologue, gériatre, Présidente du Comité Consultatif Médical du Groupe Hospitalier Sud, chef du pôle de gérontologie clinique, CHU de Bordeaux, membre invité permanent du directoire

Dr François ROUANET, neurologue, praticien hospitalier CHU de Bordeaux, membre de la CME

Dr Renaud TROUETTE, praticien hospitalier, radiothérapeute, chef du pôle oncologie-radiothérapie, dermatologie et soins palliatifs, Groupe Hospitalier Saint-André, CHU de Bordeaux

M. Yves VIGNAU, Directeur d'hôpital, docteur en droit, directeur du Groupe Hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux

M. Jean-Marc VIGUIER, directeur d'hôpital, directeur des affaires financières du CHU de Bordeaux

M. Jean-François VINET, directeur d'hôpital, directeur des affaires médicales du CHU de Bordeaux