

# **L'éthique peut-elle changer le mode de management de l'hôpital ?**

Le mode de gestion actuel de l'hôpital, basé essentiellement sur les performances financières, crée un véritable malaise chez les soignants qui considèrent leurs valeurs bafouées. Les modifications structurelles de notre société : déshumanisation, individualisme, nouvelles technologies de communication, rationalisation des coûts... déferlent sur l'hôpital public et épuisent les soignants. Ces derniers ne comprennent plus leurs univers de travail et se retrouvent privés de leurs repères. Ils perdent ainsi de vue la finalité et le sens de ce qu'ils font, ce qui provoque un sentiment de manque de reconnaissance. Ceci est aggravé par une logique managériale descendante, transposée des techniques du privé, visant à faire de l'hôpital une entreprise comme les autres, au mépris de son histoire, et en occultant les valeurs portées par ses soignants. Le management des équipes doit être revu de façon urgente pour enrayer le cercle infernal : perte de sens, démotivation, absentéisme, démission. Le management de l'hôpital pourrait en s'appuyant sur une démarche éthique, en assurant la participation de chacun dans un climat bienveillant et respectueux, permettre de redonner sens et motivation pour une meilleure qualité des soins.

## **1. Redonner du sens aux soins**

Les personnels hospitaliers sont de plus en plus pris entre les contraintes économiques d'une part, et la qualité et la quantité des prises en charge d'autre part ; ils doivent fournir des efforts

considérables pour concilier ces contraintes et leurs valeurs professionnelles. Pour autant, si ces efforts ne sont pas reconnus et valorisés, voire si les conditions de travail se dégradent, apparaissent une perte de sens de leur mission, une tension éthique et une souffrance. La reconnaissance au travail découle d'un processus managérial qui dépend à la fois des méthodes, des organisations et des acteurs en présence. La reconnaissance du travail par la hiérarchie doit aller bien au-delà de la seule collection d'actes tracés, qui semble être aujourd'hui l'unique façon de mesurer le travail réalisé. Le management de l'hôpital devrait être basé sur la reconnaissance et le respect du travail et des efforts de chacun. Cette reconnaissance passe aussi par une explication des changements dans les soins. Celle-ci engendre une image positive de soi et du système, créant par là même une dynamique créatrice de sens. Redonner du sens par la reconnaissance doit donc être un objectif et un indicateur du management.

## **2. Améliorer le bien-être au travail**

Des situations de travail qui associent des efforts élevés et de faibles marques de reconnaissance peuvent entraîner des réactions négatives, tant au niveau émotionnel que physiologique. La dégradation des conditions de travail, aussi bien sur les plans architectural, logistique que psychologique, est bien souvent le fruit d'un management brutal qui place l'humain au second plan des contraintes de rendement économique. Préserver les lieux et les temps de ressourcement, de rencontre, d'échange et de catharsis doit devenir une priorité dans le management hospitalier de demain. La suppression des temps de transmissions entre les équipes, notamment du fait de la mise en place de « 35h » a détruit une grande partie de ces temps d'humanisation, aussi bien des équipes que des patients et de leurs familles. Les temps de transmission et d'échange, les réunions de services, les pauses sont supprimées car considérés comme non valorisables. Trop souvent les bureaux, offices, vestiaires sont réduits, voire disparaissent au profit de locaux de stockage ou de nouvelles activités plus rentables. Ce *lean management* visant à "dégraisser" au maximum tout ce qui n'est pas directement rentable a été introduit dans les hôpitaux les années 2000 (selon le concept de *New Public*

*Management* [NPM] apparu aux États-Unis)<sup>1</sup>. Ce mode de management, partant du principe que le secteur public est inefficace, bureaucratique, rigide, coûteux et peu innovant, est ressenti comme un véritable mépris par les équipes soignantes. Il est nécessaire de reconsidérer le travail à l'hôpital, comme un espace de développement, social et identitaire, comme un lieu d'échanges et de solidarité.

### **3. Ne pas fonder le management sur des objectifs économiques**

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital public a poussé les managers à la recherche d'une rentabilité maximale, nommée en jargon administratif "performance" <sup>2</sup>. Les équipes médicales et soignantes pour qui la performance ne repose que sur l'efficacité des soins ont, de fait, le sentiment que les bonnes pratiques, lorsqu'elles ne sont pas directement rentables, ne sont pas reconnues. La réduction de l'activité de soins aux seuls indicateurs économiques écarte les dimensions humaines qui y sont liées et accélère sa normalisation. D'ailleurs, le terme même d'activité n'a pas le même sens pour les managers (pour qui il est synonyme de profit) et pour les acteurs du soin (pour qui il désigne leur labeur) ; d'où une véritable rupture, non seulement sémantique mais aussi axiologique, entre les injonctions généralement paradoxales de l'administration qui parle de production de soins et les soignants qui disent prodiguer des soins.

Un management à visée purement gestionnaire, qui ne tient compte que des recettes en diminuant perpétuellement les coûts, ne peut aboutir à terme qu'à une catastrophe pour la qualité des soins et la "survie" des soignants.

Il est donc impératif pour un management sain de dissocier et d'autonomiser la gestion de l'hôpital du financeur public. Stoppons cette schizophrénie que représente pour l'hôpital le fait d'être à la fois le débiteur et le financeur de l'Assurance maladie. Le Ségur de la santé, dans sa mesure 11, déclare vouloir accélérer la réduction de la part de la T2A et faire une nouvelle politique de financement au service de la qualité des soins <sup>3</sup>. Il est bien évident qu'il

---

<sup>1</sup> Wilson DG : Is there a new public management ? Parliamentary Affairs, 1994 : 47, 315–7.

<sup>2</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

<sup>3</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossierdepresse-conclusionssegurdelasante.pdf>

faut éviter toutes dépenses inconsidérées, mais ceci doit être basé sur une réflexion éthique, sur les bénéfices attendus des soins pour chaque personne et pour l'ensemble de la société.

#### **4. Promouvoir l'intelligence collective**

Si le management hospitalier est actuellement en échec en France, les causes en sont multiples. Au pouvoir exorbitant des médecins chefs de service, nommés à vie, dédaignant toutes considérations économiques au sein d'une dotation globale, a succédé un pouvoir quasi dictatorial de directeurs formés à s'opposer aux soignants, motivés par des primes réalisées sur les efforts des autres.

Ces deux paradigmes managériaux ayant démontré leur inefficacité voire leur dangerosité, l'idée de plus en plus proposée est de tenir compte de la diversité des fonctions, des métiers, des besoins et de leur nécessaire fédération autour de la mission et de la culture de l'hôpital, et de repenser le management hospitalier en termes d'"intelligence collective".

L'intelligence collective est la mise en commun des compétences, connaissances, créativité, capacités de réflexion et de résolution de problèmes... au service d'un objectif commun : l'amélioration de la qualité des soins. Cette interaction entre les membres d'un groupe permet de retrouver sens et humanité au sein de l'hôpital.

Ce nouveau mode de management, parfois délicat à mettre en œuvre, sublime la performance globale de l'organisation, car il induit un climat de travail sain et favorable aux prises de parole, tout en tirant tous les bénéfices de la diversité composant le groupe. Il permet de développer des synergies positives entre les facteurs humains, organisationnels, techniques et économiques notamment. Il faut toutefois se méfier d'une récupération paranoïde au profit du pouvoir des managers d'antan ou de pseudo coachs de la nouvelle communication ayant trouvé là une source de revenus non négligeable. Les relations hiérarchiques doivent être réinventées pour faire place au respect, au dialogue, à la confrontation d'idées, à l'écoute sans jugement de valeur ou critiques non constructives. Les avis contraires doivent pouvoir s'exprimer dans le respect mutuel et la bienveillance.

Néanmoins, si l'intelligence collective sous-entend une co-réflexion et une co-construction, elle n'implique pas pour autant une co-décision qui pourrait parfois être difficile à obtenir.

Cette décision doit être le rôle de la ou des personnes respectées pour leur leadership. Un leadership qui doit, dans l'humilité, respecter l'autonomie de chacun sans paternalisme. L'intelligence collective et émotionnelle fait émerger l'autonomie des membres du groupe et prendre conscience à chacun de ses capacités à agir ; cela permet de retrouver de l'authenticité dans les relations au sein d'une équipe, voire d'un établissement. Le climat émotionnel du groupe, du manager, voire de chaque individu est un élément essentiel dont il faut savoir tenir compte. La même décision ne sera pas accueillie de la même façon en fonction de l'état émotionnel des uns et des autres (fatigue, épuisement, tristesse, deuil, joie...). Le ressenti de cet état fait appel à la sensibilité du manager, qualité capitale de celui-ci.

## 5. Réinventer les structures de gouvernance

Le modèle issu de la réforme hospitalière de 1958<sup>4</sup> reposait sur un double pouvoir : celui des médecins chefs de service, autonomes dans leurs choix médicaux, et celui des directeurs dont le rôle principal était de contrôler l'organisation (allocation des budgets aux différents services, gestions des ressources humaines, ...). Depuis le début des années 2000, la volonté est claire de retirer toute possibilité aux soignants de participer à la gouvernance. L'ordonnance du 2 mai 2005<sup>5</sup> et la loi dite Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009<sup>6</sup> ont évolué la gouvernance et renforcent les pratiques de contractualisation entre hôpitaux et Agences régionales de Santé (ARS).

**Le conseil d'administration est remplacé** par le conseil de surveillance, dont les compétences sont réduites ; s'il reste une instance décisionnelle, certaines compétences délibératives ont été transférées au directeur. La loi crée également le directoire. Il est doté, selon l'exposé des motifs, de réels pouvoirs exécutifs et de compétences plus larges en matière de gestion. Composée à part égale de membres de l'équipe de direction et de médecins, cette instance est présidée par le directeur de l'hôpital qui élabore, certes avec le président de la Commission

---

<sup>4</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886688/>

<sup>5</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000606537/>

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

médicale d'établissement (CME), le projet médical, celui-ci devant tenir compte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS.

La mise en place d'un dispositif de contractualisation interne va de pair avec la création des pôles hospitaliers d'activité<sup>5</sup>. Le responsable du pôle définit contractuellement, avec le directeur de l'établissement et le président de la CME, les objectifs d'activité et de qualité et les moyens du pôle. Il élabore, avec le conseil de pôle, un projet. La mise en place du contrat de pôle est suivie d'une évaluation qui doit permettre à l'équipe de direction de revoir les objectifs en cours d'exercice. Le responsable du pôle bénéficie d'une délégation de gestion signée par le directeur. Mais très rares sont les directeurs qui ont effectivement accepté cette délégation.

**Les directeurs d'établissements publics hospitaliers** ont pourtant le sentiment d'avoir perdu une partie de leur pouvoir au profit de l'échelon supérieur : le directeur de l'ARS qui a la possibilité de signer des contrats d'objectifs et de moyens avec l'hôpital, de fermer des services ou des établissements. La chaîne hiérarchique est désormais claire, du ministre en charge de la Santé au directeur d'établissement qui impose la pression qu'il subit sur l'ensemble des soignants. Ce management autoritaire descendant est à l'origine du très grand malaise actuel des hôpitaux. La crise sanitaire de la Covid-19 a un peu bousculé cette philosophie. Rapidement à tous les niveaux (ministère, ARS et direction), les instances se sont rendu compte de leur incapacité à organiser l'hôpital en absence des soignants. Les cellules de crise, que ce soit au niveau des régions, des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des centres hospitaliers (CH), ont montré toute l'efficacité de la co-décision participative.

**L'association des soignants à la gestion** présente cependant un certain nombre de difficultés. En premier lieu parce qu'elle équivaut à une perte de pouvoir pour les équipes de direction. Il serait possible d'envisager une co-responsabilité mais les directeurs ne sont probablement pas prêts à ce partage. En second lieu, sans système d'incitations ou de contrôle, il existe un risque de voir se développer localement des dérives notamment financières.

Initiée lors des mouvements hospitaliers de la fin 2019, rendue évidente par la crise sanitaire, la modification des instances et une plus grande participation des soignants aux décisions de l'hôpital (pour être plus près des réalités du terrain) s'impose. D'ailleurs, la mesure 22 du plan

gouvernemental du Ségur 2020<sup>7</sup> prévoit de mieux associer les soignants à la vie de l'hôpital en remédicalisant la gouvernance, en redonnant du sens aux actions des instances, et en renforçant la présence des paramédicaux dans la gouvernance des établissements.

## **Conclusion**

En pleine crise existentielle au début de la pandémie de Covid-19, qui n'a fait qu'exacerber le malaise, l'hôpital doit modifier son management et sa gouvernance. La seule direction possible paraît être une plus importante co-gestion, partagée par tous les acteurs de l'hôpital, notamment des soignants – trop souvent oubliés ou exclus –. L'objectif est de mettre leurs compétences au service de l'intelligence collective, dans un esprit de respect et de bienveillance mutuel, replaçant l'humain au centre des valeurs de l'hôpital.

---

<sup>7</sup>[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf)