

Le management hospitalier à l'épreuve du Covid-19 : de l'épreuve des faits à l'épreuve de vérité

*Hospital Management and Covid-19 :
From Proof of Facts to Proof of Truth*

Didier VINOT

Professeur des Universités en sciences de gestion, iaeLyon, Magellan EA3713
Université Jean Moulin Lyon 3, directeur exécutif de la chaire Valeurs du soin – didier.vinot@univ-lyon3.fr

RÉSUMÉ

La pandémie du Covid-19 a fait apparaître une évidence oubliée depuis 20 ans : la santé ne peut pas être traitée comme un bien marchand, et donc, l'hôpital ne peut pas être géré comme une entreprise. L'événement conjoncturel que nous vivons doit mieux aider à penser un autre hôpital pour demain. Or, la problématique de l'hôpital est plus structurelle que conjoncturelle. Mais sur quelles

bases pourraient être repensés ces principes ? Après un diagnostic des blocages structurels des hôpitaux, nous proposons les fondements d'un management hospitalier renouvelé par les valeurs du soin.

Mots-clés

Covid-19 ; Management de la santé ; Gestion hospitalière ; New Public Management ; Management par les valeurs

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic brings to light an obvious fact that has been forgotten for 20 years: health cannot be treated as a commercial good, and consequently, hospitals cannot be managed like companies. The current situation should help us to conceive of a different hospital for tomorrow. However, the problem of the hospital is more structural than cyclical. On

what basis can these principles be rethought? After a diagnosis of the structural blockages in hospitals, principles are put forward to propose the bases of a hospital management renewed by the values of care.

Key-words

Covid-19; Health management; Hospital management; New Public Management; Value Management

« La seule façon de lutter contre la peste, c'est l'honnêteté. [...] Je ne sais pas ce qu'elle est en général. Mais dans mon cas, je sais qu'elle consiste à faire mon métier. »

Albert Camus, *La peste*, 1947

INTRODUCTION

La crise sanitaire due à la pandémie de Covid-19 qui traverse le monde depuis plusieurs mois fait ressurgir au grand jour la problématique du « bon management », en particulier à l'hôpital : problèmes d'approvisionnements et de logistique, défauts d'anticipation, sous-stockage de masques ou de médicaments, capacités d'accueil en réanimation dépassées... tout ceci mettrait en lumière une crise du management à l'hôpital, qui révélerait l'incapacité de la gestion à faire preuve d'efficacité pour l'organisation qu'elle est censée servir...

Or, force est de constater une mobilisation hors pair des personnels de santé, un engagement total face à la pandémie, et une inventivité pour créer des dispositifs alternatifs, collecter des fonds de recherche dédiés, bref, mettre en œuvre une véritable gestion de crise, et ce, contre les principes et procédures de gestion en vigueur. Mais qu'en est-il des effets structurels à long terme ? Comment ces adaptations organisationnelles pourraient-elles se transformer en innovations pérennes ?

La pandémie du Covid-19 fait apparaître au grand jour ce qui avait été oublié depuis 20 ans : la santé ne peut pas être traitée comme un bien marchand, et par conséquence, l'hôpital ne peut pas être géré comme une entreprise. L'événement conjoncturel que nous vivons doit mieux nous aider à penser un autre hôpital pour demain. Rien de plus pernicieux que de considérer qu'avec des moyens supplémentaires, des rallonges budgétaires et des revalorisations de carrière, le problème hospitalier serait réglé. Car la problématique de l'hôpital est plus structurelle que conjoncturelle. Autrement dit, si les plans d'investissement et de redressement des hôpitaux publics ne sont pas accompagnés d'une refondation de la mission hospitalière et de ses principes managériaux, les efforts fournis par la communauté hospitalière depuis le printemps 2020 auront été vains.

Sur quelles bases pourraient être repensés ces principes ? Après un rappel des fondamentaux des

missions, nous esquisserons des pistes concrètes pour un management hospitalier renouvelé.

1. UN HÔPITAL MALADE DE « GESTIONNITE »

Les trente dernières années sont indéniablement marquées, pour le champ de la santé, par les discours institutionnels et les outils de contrôle traitant de la rationalisation de l'activité hospitalière. Programme Médicalisé du Système d'Information, projet de territoire, contrats d'objectifs et de moyens... sont autant de dispositifs de gestion mis en place pour réguler la pratique et l'organisation hospitalière en mettant en avant la « chasse aux coûts » et qui a été largement inspirée des théories et pratiques issues du *New Public Management*.

Du fait des injonctions multiples auxquelles doit faire face l'hôpital : personnaliser la prise en charge, diminuer les durées de séjour, accueillir l'ensemble de la population, mais aussi former, développer la recherche... dans un contexte économique tendu, l'institution hospitalière a vu, dans son organisation même, se développer des compétences de plus en plus précises, techniques, mais également de plus en plus cloisonnées : ainsi, l'efficacité médicale constatée dans la deuxième partie du xx^e siècle a contribué à une hyperspécialisation des professionnels de santé, tendant à segmenter les prises en charge des patients pour oublier une approche globale (Valax & Vinot, 2018).

Parallèlement, la formalisation de l'activité, l'obligation consistant à rendre des comptes aux instances de tutelle a bouleversé les pratiques et le regard porté sur la prise en charge du patient. Aussi n'est-il pas surprenant de voir se multiplier les indicateurs de mesure de l'activité afin de pouvoir « rendre compte » de son activité et de justifier l'allocation de son budget, perçus comme autant de moyens d'ingérence dans leur action au quotidien (Juven, Pierru & Vincent, 2019). Ce sentiment d'ingérence est d'autant plus mal vécu que les indicateurs d'évaluation de l'activité des professionnels relèvent d'un paradigme économique, alors que ces derniers s'inscrivent dans un cadre soignant. La mesure de l'activité hospitalière est souvent synonyme d'évaluation économique externe, de « maîtrise comptable des dépenses hospitalières ». Ainsi, la crise qui se dessine sous nos yeux est plus une révélation d'une crise d'un modèle

de management qui a vécu — celui du « nouveau » management public appliqué à la santé en France depuis 25 ans (Chappoz & Pupion 2012).

Si tout n'est pas à jeter dans ces principes, leur lecture à quelques années d'écart dessine les lignes d'un management hospitalier qui a besoin d'être fortement renouvelé :

Il semble plus que nécessaire de remettre la stratégie au cœur de la décision à l'hôpital, qui ne peut plus être considéré comme un opérateur d'une agence, dont le comportement est issu lié à une action de déconcentration que de décentralisation. Et si décision stratégique il y a, cette dernière ne peut être que de nature clinique, et certainement pas économique ou comptable. Un retour aux règles, normes fondamentales liées aux missions de l'hôpital doit à nouveau prévaloir, afin que la valeur produite soit à nouveau au cœur du dispositif hospitalier, cette valeur étant considérée du point de vue du patient.

Le rôle des agences doit certainement être pensé, plus en accompagnateur que producteur de normes de moyens ou d'objectifs.

La logique de marché en santé aura fait long feu, montrant comment elle conduisait inexorablement à une externalisation de certains coûts, bénéfique à court terme, mais nuisible en ce qu'elle abandonne des savoir-faire et des compétences qui ne peuvent plus être récupérés une fois délégués. Les conséquences de cette partition sont féroces : à l'hôpital, si les « savoirs classiques » de gestion ne sont pas spontanément légitimes, tant pour les professionnels, que pour les patients, la décision médicale peut être perçue par les administratifs comme une décision touchant à la seule relation médecin patient, hors de tout contexte social et économique : ces deux logiques, qui se superposent aujourd'hui sous la contrainte du contrôle des dépenses de santé, et donc s'opposent partiellement, se sont construites pendant cinquante ans de façon autonome, développant leurs outils et finalités propres en indépendance l'une de l'autre. Plus que de simples oppositions, les rapports entre acteurs sont complexes ; l'attitude des professionnels est loin d'être homogène, tant à l'intérieur d'une même structure qu'à l'extérieur, au niveau des communautés médicales et soignantes. Dès lors, comment organiser l'activité de professionnels, qui touchent à l'objet le plus sacré de notre civilisation — l'individu dans son corps, son intelligence, ses projets — et pour

qui toute contrainte économique ou bureaucratique est vue comme une intrusion dans le libre exercice de leur pratique, dans la relation singulière entretenue avec le malade ?

Ainsi, la crise de légitimité qui traverse aujourd'hui le management à l'hôpital n'est pas tant identitaire que professionnelle, elle touche plus profondément l'idée que les professionnels et le public se font du service public, de l'accès aux soins, face à un financement de plus en plus important et à des remboursements de moins en moins importants. Voilà ce que met à jour la crise sanitaire du Covid-19.

2. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

2.1. De la « valeur économique » de l'acte médical aux valeurs partagées du soin

Les conditions de possibilité d'un management hospitalier *performant et juste* passent par l'affirmation d'un service public à la recherche de l'efficacité, par la nécessité d'un système d'information mieux relié à l'activité médicale, par une rénovation des modalités de travail des personnels soignants et médicaux, autrement dit, par un *management par les valeurs*.

Un management par les valeurs à l'hôpital suppose une formalisation des savoirs organisationnels dans l'établissement afin de coordonner les actions dans la prise en charge du malade et dans le recueil de ce qui fait sens pour lui. Cette formalisation s'incarne, bien entendu, dans des standards de qualité, dans le suivi du patient et de ses attentes. Mais cette condition nécessaire n'est pas suffisante. Il s'agit aussi, et peut-être d'abord, d'expliquer la finalité organisationnelle, c'est-à-dire la valeur tangible que l'organisation est capable d'apporter au patient. Cela ne peut se réaliser que dans une démarche de construction d'accord sur la finalité et les modalités de la prise en charge de chaque personne. Il s'agit surtout d'apporter le juste soin, au juste coût, en cohérence avec l'histoire et le projet de vie de chaque personne.

À ces nouvelles formes d'organisation s'ajoutent les droits et les préférences des patients, ainsi que la transparence concernant la sécurité et la qualité des

prestations. À ce titre, la valeur des soins hospitaliers ne se mesure plus seulement par la somme des actes médico-soignants, mais par leur agencement, leur coordination, et leur intégration à une organisation : la « valeur organisationnelle » du soin a ouvert elle-même un nouveau champ de possibilité dans la gestion des établissements de soins. Cette valeur se trouve alors directement associée à des processus formalisant un projet de soin au projet de vie (Vinot, 2018). Elle suppose un socle budgétaire stable, et une valorisation des activités à la marge, sur la base d'indicateurs cliniques incontestables.

2.2. Pour une autre valorisation des soins centrés sur le patient par l'approche managériale

L'évolution de l'hôpital et de son fonctionnement vers plus de transversalité, exige des décentralisations et des formes en réseau, réinterroge un leadership centré sur une ou quelques personnes qui seraient issues alternativement des corps administratifs, soignants ou médicaux (le directeur, le directeur des soins, le président de la commission médicale d'établissement) pour expérimenter des pratiques de leadership pluri-professionnel (management de pôle médical, direction médicale, gestionnaire des prises en charge des patients...). Une forme renouvelée de leadership à l'hôpital fondée sur le leadership situationnel est apparue au cours de la dernière décennie (Vinot, 2014). Mais cette même forme doit s'enrichir désormais par un « leadership partagé », que l'on peut définir comme « *un processus dynamique et interactif d'influence entre les individus dans un groupe, [...] qui implique à certains moments l'influence entre pairs ou latéraux, et à d'autres moments l'influence de personnes situées au-dessus ou en dessous dans la hiérarchie* » (Pearce, Wassenaar & Manz, 2014).

En cohérence, voire en congruence avec la mission propre de tout hôpital, le leadership à l'hôpital se doit de s'approcher des modèles « humanistes ».

2.3. Pour un leadership clinique partagé

Les compétences managériales ou médicales à l'hôpital ne peuvent raisonnablement plus être envisagées séparément. Les reconfigurations organisationnelles

touchant désormais aux territoires de santé plus qu'aux structures, il devient nécessaire de développer des compétences intégratrices qui se détachent clairement des spécialités originelles pour se définir en compétences relationnelles, de maillage, de construction de projets partagés autour de ce que nous appelons le leadership clinique (Valax & Vinot, 2019) :

- L'intégration de l'engagement des cliniciens dans tout processus de changement, en acceptant l'influence de la pratique clinique dans ses variétés, qui ne peuvent être soumises à un référentiel unique d'efficacité ou de performance.

Chaque réforme organisationnelle doit ainsi s'appuyer sur un engagement explicite des leaders cliniciens et relais d'opinion internes à l'organisation afin de persuader leur collègue de la valeur ajoutée à s'organiser autrement.

- Le rôle du management doit porter plus sur le changement du contexte, que dans un apport d'expertise (gestionnaire ou juridique) sur un contenu.

Ce changement de contexte vise à sensibiliser les professionnels aux nouvelles règles de gouvernance auxquelles sont soumis les établissements de santé.

CONCLUSION

Les solutions radicales promulguées dans les réformes d'ampleur ont des tonalités de « grand soir », et affectent les professionnels des systèmes de santé tant dans leurs promesses révolutionnaires que dans le peu d'impact effectif qu'elles génèrent. Si ce travail d'amélioration du contexte organisationnel par les managers est moins visible, moins valorisant d'un point de vue politique, il solidifie cependant les changements organisationnels en associant au plus près les cliniciens, sans se soumettre à leur point de vue, mais en l'infléchissant. L'hôpital de demain est bien à inventer avec les briques de la clinique et un ciment organisationnel qui relie et donne du sens. Cela passe par la création de nouveaux espaces de délibération stratégique au sens d'Habermas (Habermas, 1987), qui ne se limitent ni à une conversation convenable, ni à une *Grand-Messe* politique, et que les managers devront inventer.

BIBLIOGRAPHIE

CHAPPOZ, Y. ; PUPION, P.C. (2012). « Le new public management », *Gestion et management public*, 1, 2, pp. 1-3.

JUVEN, P.A. ; PIERRU, F. ; VINCENT, F. (2019). *La casse du siècle, à propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir éditions, Paris.

HABERMAS, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard, Paris.

PEARCE, C.L. ; WASSENAAR, C.L. ; MANZ, C.C. (2014). « Is Shared Leadership the Key to Responsible Leadership ? », *The Academy of Management Perspectives*, 28, pp. 275-288. [URL : <https://doi.org/10.5465/amp.2014.0017>].

PIERRON, J.P. ; VINOT, D. (2020). « The Meaning of Value in “Person-centred” approaches in Health Care », in LOUGHLIN, M. & MILES, A. (eds.), *Person-Centered Care : Advanced Philosophical Perspectives*, London, Aesculapius Medical Press, chap. 13.

PIERRON, J.P. ; VINOT, D. ; CHELLE, E. (2018). *Les valeurs du soin*, Seli Arslan, Paris.

VALAX, M. ; VINOT, D. (2019). « L'hôpital face à l'émergence des compétences de leadership partagé », in ROGER, A. ; VINOT, D., *Management des compétences, nouvelles perspectives*, ISTE, London, pp. 135-158.

VINOT, D. (2018). « Les “valeurs” du management en santé : quels fondements pour une éthique des comportements organisationnels ? », in MARTINENT, E. ; STANTON JEAN, M. (dir.), *Recherche(s) en éthique et réflexion(s) éthique(s), Mélanges en l'honneur du Professeur Christian Hervé*, Dalloz, Paris.

VINOT, D. (2014). « Transforming hospital management à la française : The new role of clinical managers in French public hospitals », *International Journal of Public Sector Management*, 27, 5, pp. 406-416.

WORMS, F. (2019). *Pour un humanisme vital*, Odile Jacob, Paris.