

Crise des fonctions de direction d'établissement de santé et perspectives de renouveau

La fonction de direction d'établissement public de santé est sous la pression de plusieurs facteurs qui s'additionnent. Une partie des réponses à apporter appartient aux établissements.

Antoine GEORGES-PICOT
Directeur
GOVERNMENT HEALTHCARE

LES FACTEURS DE LA CRISE

La création des GHT

En instituant le concept d'établissement support, la réforme des GHT a induit quatre évolutions et une conséquence majeure.

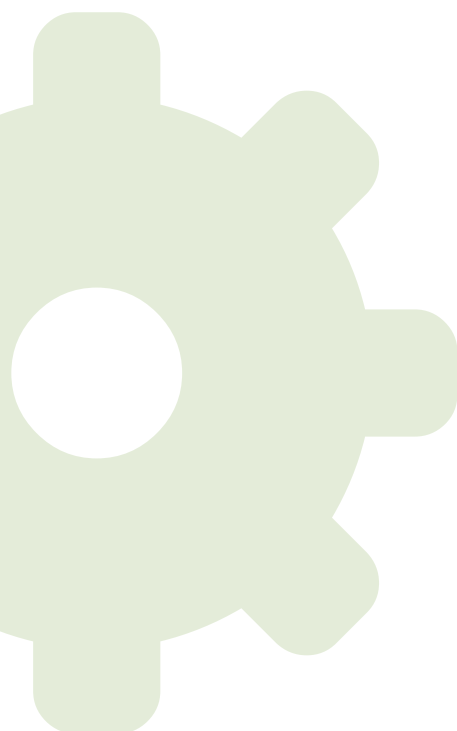
- Le Directeur de l'établissement support est par définition le président du comité stratégique du GHT. Ses collègues des autres établissements lui délèguent une part plus ou moins importante des arbitrages stratégiques suivant les contextes ;
- La fonction achat est centralisée et confiée à l'établissement support. Par conséquent, les arbitrages sur les investissements structurants, voire courants relèvent du pouvoir de décision de l'établissement support ;
- Dans un contexte de pénurie de praticiens, sur au moins quatre à cinq disciplines stratégiques (urgences, radiologie, anesthésie, psychiatrie, gynécologie), la direction des affaires médicales de l'établissement support prend de fait la prééminence sur ses confrères pour inventer des solutions d'attractivité des praticiens sur le territoire ;
- La recherche d'économies à l'échelle d'un territoire pousse à une mutualisation des fonctions support qui conduit à l'émergence de nouvelles fonctions hautement professionnalisées : cuisine, linge, transport, logistique... dont l'encadrement va être recherché vers des profils ingénieurs spécialisés et non plus ceux de directeurs des services économiques.

Vidée d'une partie de leurs prérogatives d'achat, d'investissement et de recrutement médical, les fonctions de direction des établissements hors établissement support deviennent moins attractives, voire sont supprimées au profit de directions communes à plusieurs établissements.

La pression sur l'amélioration continue de la productivité

La succession des plans ONDAM conjuguée à une hausse continue des coûts unitaires par catégories professionnelles, oblige les établissements à engager des plans réguliers de refonte de leurs organisations. Ils ne disposent pas des outils de pilotage des activités et des coûts. Il n'y a pas de reconnaissance institutionnelle de nouvelles fonctions devenues nécessaires comme la direction de la production, la direction de la performance, la direction des parcours patients, la direction de la transformation digitale ou encore la direction de l'innovation.

Cette pression sur l'accroissement de la performance se conjugue à un faible soutien dans les conflits qui en résultent avec les élus face à des décisions de fermeture de plateaux techniques ou avec les Instances Représentatives du Personnel dans la renégociation des avantages extra légaux.



Le poids d'obligations réglementaires complexifiées n'évoluant pas au même rythme que l'environnement

L'établissement hospitalier public est régi par un ensemble d'instances dont le nombre s'accroît à chaque pas allant vers l'amélioration de la prise en compte de l'ensemble des acteurs concernés par l'offre des soins (patients, familles, libéraux, catégories professionnelles, ...) et des problématiques (douleur, alimentation). Le système administratif procède par addition et presque jamais par soustraction.

Cette inflation, alors que le nombre des personnes qui portent ces procédures dans le cadre des GHT se réduit, devient une impasse physique dans l'emploi du temps des directeurs concernés. Il génère un sentiment d'abandon pour les cadres et médecins de terrain qui ont un accès plus difficile à des interlocuteurs pouvant apporter des décisions et des solutions.

L'injonction paradoxale d'un rôle plus actif dans la relation ville hôpital

Fortement repris dans le plan Ma Santé 2022, un rôle accru de la médecine de ville dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques est un passage obligé, y compris pour les établissements qui en subiront les conséquences en diminution de leur voilure, en lits et en effectifs.

Le directeur de GHT doit être dès lors celui qui organise une évolution profonde des modes d'intervention de ses établissements, au profit de structures qui ne sont pas encore en place, tout en coopérant plus étroitement avec les établissements privés.

La trajectoire de transformation reste cependant encore floue face aux difficultés quotidiennes.

Face à cette crise, symptôme d'une organisation managériale juridique en décalage avec une réalité opérationnelle très exigeante, dans une organisation complexe, quelles sont les pistes d'évolution ?

LES PISTES D'ÉVOLUTIONS

Elles sont de deux natures. Les premières relèvent de l'évolution des règles régissant les établissements (les deux premières de la liste ci-dessous) d'une part, les deuxièmes peuvent être mises en œuvre dans chaque GHT par les établissements eux-mêmes d'autre part.

Redéfinir les fonctions de management stratégique et opérationnel

La réforme de 1990 avait fait émerger la fonction de directeur de la stratégie, la montée de la T2A a fait émerger la fonction de directeur de la performance, la création des GHT et la réforme des financements vont conduire à de nouvelles fonctions comme celles de directeur de la production de soins, directeur des parcours patients, directeur de la protection des données, ou encore directeur de la transformation digitale qui est bien plus qu'une nouvelle appellation de la fonction direction des systèmes d'information. Le champ de responsabilité et les profils pour ces postes restent à préciser

Refondre les instances en intégrant les évolutions des périmètres de responsabilité

La répartition des rôles du directoire médical, de la future CME de GHT et des CME des établissements doit être repensée, comme les instances de dialogue social et l'articulation des conseils de surveillance entre les établissements.

Redéfinir le partage des rôles et l'articulation entre les fonctions de stratégie et les fonctions de support opérationnel du quotidien des établissements et des unités de délivrance des soins.

Le premier niveau de réponse donné face aux postes de direction devenus vacants a été la création des directions communes par fonctions dans les GHT. Cette solution trouve rapidement ses limites dans les nombreux déplacements entre sites et l'agenda chronophage des instances.

La prochaine étape est la remise à plat des fonctions et des niveaux de responsabilité dans le GHT.

Par domaine elle doit conduire à repenser ce qui est du niveau stratégique et ce qui est du niveau du service support aux opérationnels et gestion de la proximité.

Cette rationalisation que tous les grands groupes de services ont mené au cours des vingt dernières années est à construire à l'échelle des GHT. La fonction de directeur des opérations par site devrait à cet égard prendre sans doute une place importante.

Ce nouveau partage des rôles peut aussi se concevoir de manière distribuée. Les directeurs des établissements d'un GHT, quand ils n'ont pas été fusionnés en directions communes, pourraient ainsi se répartir des fonctions de stratégie sur la base de leurs domaines de spécialisation.

Basculer les méthodes de management vers le mode projet avec les outils de communication des réseaux sociaux.

Le succès de tous les plans de transformation d'établissements identifiés a reposé sur cette prédominance de l'animation managériale via des projets multiples projets pluri directionnels et multi sites avec les outils de suivi et de communication associés. Au premier rang de ces outils, les réseaux sociaux que chacun utilise pour sa vie privée ou ses projets techniques (comme Whats app ou Slack). Ces outils facilement maîtrisés par tous les acteurs raccourcissent les lignes de décision et de communication. Cette bascule de méthodes implique le développement et la reconnaissance des fonctions de chef de projets avec la formation correspondante. Le management du nouvel univers hospitalier multi sites s'élargit ainsi à une animation de chefs de projets interdépendants et solidaires.

Investir sur les outils de pilotage des activités et des coûts

Notre expérience nous a appris que le niveau des outils de consolidation des données d'activité et de coûts, même au niveau des CHU, reste encore fortement en décalage avec l'état de l'art et surtout avec les besoins. Le pilotage des établissements est très majoritairement rétrospectif : l'évolution de l'activité reste mesurée au travers du codage du mois M-2 avec ses imperfections et ses limites. Il devrait être principalement prospectif en exploitant les bases de données historiques, les indicateurs avancés de l'activité et les inducteurs de séjours. Plus généralement la nouvelle répartition des tâches entre managers, et la mise en place des nouveaux modes de tarification au parcours ou à l'épisode vont générer un besoin de données de pilotage et d'évaluation qu'il va être nécessaire de structurer et de partager.

On n'a jamais eu autant besoin de directeurs, c'est-à-dire de cadres disposant d'une large autonomie pour gérer la haute complexité du système de santé et de ses établissements. Ils n'auront néanmoins plus le même rôle ni les mêmes méthodes de travail et peut être non plus un seul profil de recrutement.