

Le Manager malgré lui ?
**L'exercice de la responsabilité managériale des Chefs de
service : entre autorité professionnelle et
professionnalisation de l'autorité.**



Remerciements

Alors que mon mémoire touche à sa fin, de même que mes scolarités, je n'ai jamais été autant passionné par l'hôpital. Ses patients, ses professionnels, ses dynamiques historiques et sociologiques sont pour moi la plus grande des motivations. A la manière où un hôpital ne marcherait pas sans ses plus de deux-cents professions, je dois aux gens qui m'entourent et avec qui je travaille la plupart de ce que je suis, à savoir un authentique curieux, espérant me faire guider le plus longtemps possible par la quête du bon mot, du savoir le plus érudit, et du juste.

Puisque ces remerciements marquent le passage à la vie professionnelle, mes premiers mots iront à l'équipe du CHU de Montpellier, où j'ai fait mes premières armes. D'abord bien sûr l'équipe de direction et MM. LE LUDEC et BERARD, qui m'ont prodigués leurs plus précieux conseils et ont permis à mes débuts dans la profession de se passer au mieux. Comment oublier alors ma « cheffe », Emmanuelle GARNIER, dont j'essaierais, même si je sais que les termes l'agaceront, de rester le disciple. Parmi une équipe dans laquelle je me suis senti aussi bien, il est dur de faire des choix mais je pense également, dans l'exercice périlleux d'en oublier, à Lucas, François, Pierre-Joseph, Emilie, Julie, Inès, Vanina, Judith, Julien, ou Marie-Ange.

Ensuite, j'aimerais prendre le temps de remercier tout le reste des professionnels du CHU de Montpellier, ceux qui font de l'hôpital un lieu de vie, de projets, d'effusions intellectuelles. Je remercie tout particulièrement les chefs de service (y compris les futurs ou anciens) s'étant prêtés au jeu des entretiens, et les remercie d'avoir discuté honnêtement et bien souvent très agréablement avec moi. Si je ne peux dévoiler les noms que j'ai choisis de masquer, je remercie tout particulièrement le Professeur J-M. BRUEL, ayant fait le déplacement pour me transmettre une partie de l'histoire de l'hôpital. J'espère qu'au delà de l'exercice intellectuel, les recommandations issues de ce mémoire professionnel pourront inspirer des solutions pour relever les défis liés à nos structures.

J'aimerais dans un second temps remercier les nombreuses personnes m'ayant accompagné durant la préparation de ce mémoire, et particulièrement le Professeur VISIER et les Docteurs COHEN et BARNIER, pour le soutien bibliographique et lors des mes réflexions émergentes. Je tiens également à remercier B. ZARNITSKY pour avoir partagé ses recherches dont il me tarde de découvrir la suite. Je tiens également à remercier le Professeur Xavier PAREILLE, dont je reste inspiré par l'humanisme et l'érudition, particulièrement en me prêtant aux exercices académiques.

Dans des remerciements plus classiques mais sincères, j'aimerais remercier à la fin de ce cycle de formation mon père, ma mère et ma belle-mère pour leur soutien sans faille. Enfin, je dédicace ce mémoire à mes soignants préférés, Maudline et David.

H TEXNH MAKPH

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Chapitre premier : Une fonction diluée dans les missions cliniques et universitaires : le chef de service, « manager malgré lui » ?	11
I/ Au sein d’une grande liberté laissée dans la pratique de leurs fonctions, les Chefs de service exercent bien des fonctions managériales	11
A/ Un cadre réglementaire très discret qui ne reconnaît pas toutes les missions exercées par les Chefs de service.....	11
B/ Des pratiques variées de la fonction mais une constante dans sa dimension managériale..	15
II/ Des missions confondues ? Le management, mission la moins valorisée dans la culture professionnelle médicale	20
A/ Des frontières fluctuantes entre les missions des Chefs de service qui mettent à distance la définition d’un rôle managérial autonome.....	20
B/ L’existence d’une culture du management médicale que représentent particulièrement les hospitalo-universitaires.....	24
2 Chapitre second : Autonomiser la fonction managériale au sein de la profession médicale pour répondre aux enjeux	37
I/ Les enjeux émergents autour de la fonction de chef de service invitent à penser la fonction de manière autonome des autres missions au sein de la profession médicale	37
A/ Les débats autour de la fonction de chef de service semblent appeler à une reconnaissance de la mission d’organisation pour répondre aux enjeux de management d’équipe.....	38
B/ Une appropriation différenciée des enjeux de réforme de la fonction par les Chefs de service qui invite à mobiliser les dynamiques autour de l’affirmation d’une fonction de management.....	42
II/ Viser un exercice plus autonome de la fonction de chef de service : clarifier, reconnaître et outiller	47
A/ Une réforme du service : un projet clair, des équipes définies.....	47
B/ Des Chefs de service aux missions clarifiées et mieux outillées.....	51
Conclusion	54
Bibliographie	57
Liste des annexes	I
ANNEXE I : Questionnaire destiné aux chefs de service HU (questionnaire « prof »).....	I
ANNEXE II : Questionnaire employé pour les futurs chefs de service « héritiers ».....	V
ANNEXE III : Liste des entretiens menés.....	IX

Liste des sigles utilisés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

PH : Praticien Hospitalier

HU : Hospitalo-Universitaire

PH-U : praticien hospitalier universitaire

CCU : chef de clinique (des universités)

DAM : Direction des Affaires Médicales

DG : Directeur Général

QVT : qualité de vie au travail

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement

CME : Commission Médicale d'Établissement

UFR : Unité de formation et de recherche

CSP : Code de santé publique

CNU : Conseil National des Universités

DES : diplôme d'études spécialisées

ARS : Agence Régionale de Santé

ECN : Examens classants nationaux

« Oui, cela étoit autrefois ainsi ; mais nous avons changé tout cela, et nous faisons maintenant la médecine d'une méthode toute nouvelle »

-Molière, Le Médecin Malgré Lui, 1666, Sganarelle, Acte II, Scène 4

« Il faut arrêter l'hypocrisie ! On avait trois missions : le soin l'enseignement, la recherche ; d'un, que me jette la première pierre celui qui fait les trois bien et de manière équivalente de deux, si on vient y rajouter le management, il faut qu'on en parle car c'est un enjeu dont il faut prendre conscience »

-Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) en Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier, le 22 Février 2022

Image de couverture : *Gustav Klimt, Die Medizin* (détail), 1900-1907, reproduction d'une peinture réalisée pour l'université de Vienne et détruite en 1945, huile sur toile, 366 x 252 cm, Vienne, Leopold Museum

Introduction

Défendre Sganarelle

Choisir comme titre d'un mémoire sur les Chefs de service hospitaliers « le Manager malgré lui », en référence à la célèbre pièce de Molière (MOLIERE, 1666) place, comme rançon d'un jeu de mot très tentant, ce travail sous un angle peut-être trop critique par rapport à son propos. POQUELIN n'est, en effet, pas connu pour sa croyance en la compétence, l'honnêteté ou la probité du corps médical de son temps. De même, à la manière dont il prétend (toujours à son époque) qu'il serait possible de devenir médecin simplement en prescrivant du pain et du vin, tout en maîtrisant un latin douteux, ce titre pourrait être lu comme celui d'un travail qui aurait pour volonté d'affirmer que les Chefs de service seraient d'une incompétence manifeste dans leurs tâches managériales ne seraient que des « *bricoleurs* » du management profitant d'une situation favorable.

Il n'en est rien. Sganarelle n'est-il pas celui qui, confronté à une situation à laquelle il n'a pu ni se positionner ni se préparer, fait preuve d'un savoir expérientiel qui, *in fine*, en soignant les humains autant que leurs pathologies, réussit à contenter des injonctions contradictoires ? Ce titre, donc, comme ce mémoire, ont le même objet. Celui de montrer comment, face à mode de désignation et une position dans l'hôpital aussi traditionnelle qu'elle a peu été discutée jusque-là, les chefs de service exercent une fonction managériale souvent vue comme un « à-côté » bien moins prestigieux et important que l'art médical dans ses composantes cliniques et de recherche. Ils veulent aussi montrer que face à des fonctions managériales qui s'imposent doublement en Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), aux Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (PU-PH) qui se voient obligés de les exercer comme aux Praticiens Hospitaliers (PH) qui à l'inverse s'en voient éloignés, une autonomisation de la fonction de chef de service, par une reconnaissance d'une fonction managériale spécifique autant qu'un outillage adapté, répondrait à des questionnements autour du management médical posés avec de plus en plus de vigueur.

Les Chefs de service au CHU de Montpellier : une tradition médicale revendiquée et transmise

Le CHU de Montpellier, où s'est déroulée l'étude qui suit, est un établissement de grande taille, dans une ville de forte et ancienne tradition médicale, et donc avec une valeur universitaire importante. Ces trois éléments en font un terrain intéressant pour étudier d'un point de vue historique, sociologie, mais aussi plus opérationnellement, la fonction de chef de service.

D'abord, le CHU de Montpellier est un établissement important, centre de référence sur plusieurs spécialités et très actif en termes de recherche et d'innovation. Selon les Chiffres clés de 2021, il comprend 2111 lits, 510 places, en couvrant toutes les spécialités médicales (psychiatrie comprise), pour 544 000 hospitalisations à l'année en hospitalisation complète et 124 000 en ambulatoire (38,3% de son activité), et 569 000 consultations. Le CHU est un hôpital de référence : il exerce des transplantations et prélèvements (tout organe), dispose de 10 salles de radiologie interventionnelle, d'un robot chirurgical « Da Vinci »... Il est le troisième employeur de la région Occitanie avec 11 683 personnes rémunérées. Son budget est d'un milliard environ. Le CHU est également universitaire, avec une forte activité de recherche et d'innovation, avec 1850 protocoles de recherche en 2021, et 680 ouvert dans la seule année, 1600 publications, 51 brevets actifs, 3 start-ups. Ces activités s'exercent notamment dans plus de 80 services de soins (document interne de la Direction des Affaires Médicales, DAM), ayant chacun un chef de service (dans l'écrasante majorité des cas « HU », hospitalo-universitaires). Cette diversité d'activité et cette taille importante ont donc offert des opportunités d'entretien permettant de confirmer différentes hypothèses sur les pratiques des Chefs de service (cf. *infra*).

Ensuite, le CHU est comme son nom l'indique, universitaire. Or, si tous les CHU ont été créés par l'ordonnance du 30/12/1958, le fait que la Faculté de Médecine de Montpellier soit la plus vieille du monde occidental en activité fait dire à certains de ses agents que Montpellier est « le plus vieux » des CHU. En 1220, le légat du Pape Urbain IV, Conrad d'Urach, consacre l'Université de médecine de Montpellier, venant avaliser plus de cent ans d'enseignement hors de ce cadre officiel. Le contexte local est donc celui d'une culture médicale ancienne, se mêlant à l'Histoire de la ville, ce qui a influencé plusieurs choix d'hypothèses de travail. Ainsi, alors que c'est l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui est citée comme lieu où exercent « les « grands patrons », ou « mandarins », souvent pris en exemple des études sur les Chefs de service (PIERRU, 2013) ou dans un ouvrage plus vulgarisateur (FABIANI, 2018) la faculté de médecine de Montpellier et son

CHU de rattachement semblent un terrain intéressant d'analyse. En effet, la longue histoire de la faculté de Montpellier s'enrichit d'une influence qui a concurrencé à une époque celle de Paris : F-G. de Lapeyronie (1678-1747), chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Eloi a par exemple été médecin de Louis XV, obtenant de lui la création de l'Académie Royale de Chirurgie, actant la professionnalisation du métier par rapport aux barbiers (DEDET, 2020). Une des terres de naissance de la Clinique (TORCAT, Marie, 2021), marquant ses ambitions en la matière par sa devise « *Olim cōs nunc Montpelliensis Hippocrates* »¹, celle-ci comprend également des « patrons » ayant marqué tant la recherche médicale, que la pratique clinique où la politique nationale et locale, par exemple Gaston GIRAUD (1888-1975), aussi connu pour sa renommée dans l'ancienne discipline de l'hydrologie, ses contributions à la transfusion sanguine, que pour son influence politique, résistant notoire et doyen de la faculté de médecine de Montpellier (DEDET, J-B., op.cit), mais aussi membre du Conseil National des Universités (CNU). Enfin, cette histoire de la pratique montpelliéraine trouve des relais importants, outre via la revendication locale de cette histoire avec les événements organisés pour les centennaires de la faculté de médecine de Montpellier, de la visite du Président Sadi-Carnot immortalisée par M. LEENHARDT (*Le président Sadi Carnot saluant les étudiants étrangers sur la place royale du Peyrou le 23 mai 1890 lors des fêtes du sixième centenaire de l'Université de Montpellier, 1891-1892*) au discours de Michaël DELAFOSSE pour les 800 ans (consulté sur les réseaux sociaux). Ce symbole pour la ville qu'est la médecine est mobilisé par les praticiens, (entretiens), les étudiants (*tableau d'Ernest Michel Le Bureau de l'Association des Etudiants de Montpellier aux fêtes du Vie centenaire, 1891*) que par des « dynasties » familiales entretenant une légitimité traditionnelle importante (comme la famille PUJOL, ayant fourni des professeurs sur plusieurs générations, jusqu'à aujourd'hui).

Ainsi, cette figure souvent évoquée mais rarement définie du « mandarin », lisible en filigrane au travers d'une tradition médicale montpelliéraine fortement influencée par son histoire transmise génération après génération, mérite une définition. P. BOURDIEU, dans *Homo Academicus* (BOURDIEU, Pierre, 1984) montre en effet bien en quoi le terme médiatique, en 1984, de « mandarin » renvoie à une perception journalistique qui semble toutefois impropre à l'analyse, invitant à chercher une définition juridique.

¹ Hippocrate était de Cos, il est maintenant de Montpellier

² Définis comme mentionnés par les articles L6141-1 CSP et L6152-1 CSP, soit d'une part

La définition juridique du Chef de Service

Dans une perspective juridique, l'apparition du « plein temps hospitalier », par les ordonnances Debré du 30/12/1958, transforme profondément les hôpitaux publics. Jusqu'alors lieux dédiés quasiment exclusivement à la prise en charge des plus précaires, évités par les spécialistes de leur profession, plus désireux d'avoir leur cabinet en ville pour leur clientèle plus aisée, ils deviennent des lieux conciliant une mission originelle de prise en charge universelle avec des lieux d'expertise scientifique, clinique et de formation, par l'universitarisation et le plein temps hospitalier. La période qui suit reste dans l'inconscient collectif comme celle des « grands patrons ». A la tête de leur service, experts de leur discipline, ils ont grandement fait progresser la science médicale.

Mais aujourd'hui, la profession de chef de service, comme l'hôpital, reflète des évolutions sociales, culturelles sanitaires et économiques de la société, ont changé. Si l'innovation, la recherche, l'enseignement et le développement des prises en charge restent une force pour les établissements publics, les missions des services, ainsi que la manière de gérer les femmes et les hommes qui les exécutent sont modifiées.

D'abord le contexte institutionnel a évolué, avec le regroupement des services en pôles, par le plan hôpital 2007. Les pôles, regroupements de services cohérents cliniquement, ont permis une plus grande délégation de la gestion, de l'administration vers le terrain, ainsi qu'une pertinence médico-économique plus forte. Toutefois, la loi du 26/4/2021, dans une volonté de réhabilitation du service, veut le décrire comme entité de référence pour le vécu des soignants, lui consacrant une existence légale, et des missions claires. Le service est alors défini comme l'échelon de référence pour l'encadrement des ressources humaines (médicales et paramédicales), la qualité de vie au travail (QVT), ainsi que l'organisation et la qualité des soins. L'organisation des soins restant libre à l'échelle des établissements, c'est le Directeur Général et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME), après avis du directeur de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine, qui arrêtent devant le Directoire l'organisation des pôles et donc des unités fonctionnelles (L6146-1-2 CSP), conformes au projet médical. A ce titre, les services ont par exemple remplacé, au CHU de Montpellier, les « départements ». Matériellement, un service de soin est défini comme **composante d'un pôle, regroupement fonctionnel de plusieurs équipes médicales, la plupart du temps selon une homogénéité de spécialité**. Les chefs de service sont nommés par décision conjointe du Directeur Général et du PCME après avis du chef de pôle (L6146-1-1 CSP). Il n'existe pas de règles formelles concernant la profession des personnes éligibles à la chefferie de pôle, ce choix restant assez libre

depuis l'abrogation par la loi du 21/7/09 de l'article L6146-4 CSP. Cependant la pratique, la cohérence du binôme avec le cadre de santé (entre médical et paramédical) ainsi que les conditions de nomination (le chef de pôle étant nécessairement membre du personnel médical² selon l'article L6146-1 CSP) conduisent la plupart du temps à désigner un médecin, un pharmacien ou un odontologiste comme chef de service.

Ainsi, juridiquement le chef de service est un médecin spécialiste qui, nommé par le Directeur Général (DG) pour 4 ans dirige les membres du service pour l'exercice de ses missions, notamment la qualité des soins et l'encadrement des agents.

Cette définition, qui sera discutée davantage par la suite, reste assez vague, et ne rend pas suffisamment compte de la réalité de l'exercice de la fonction de chef de service, particulièrement en CHU, et doit donc être complétée.

La fonction de chef de service en CHU : le primat des pratiques

En effet, la définition juridique du poste du chef de service peut être utilement complétée par plusieurs éléments tenant au profil observé de ceux qui l'exercent, ainsi qu'aux missions qu'ils sont amenés à exercer dans les faits.

D'abord, en CHU, les Chefs de service sont dans une très importante majorité des cas des hospitalo-universitaires, pour ne pas dire PU-PH. Ainsi, au CHU de Montpellier, par étude de document interne, seuls 5 des 78 chefs de service du CHU de Montpellier sont PH sans valence universitaire, soit moins de 6%. Cette équivalence semble aller de soi. Par exemple l'enquête Jeunes Médecins publiée en 2021 sur les carrières hospitalo-universitaires (KERDJANA L., VERDONK H., HOURS C. pour « Jeunes Médecins », 2021) intègre à la carrière hospitalo-universitaire l'attribution de la chefferie de service, en témoigne l'évocation de « missions managériales », mêlées au statut HU.

Créé en même temps que les CHU par l'ordonnance du 30/12/1958, le statut de PU-PH repose sur une double appartenance pour certains praticiens. En effet, alors que les hôpitaux étaient le lieu où étaient soignés les plus pauvres, avec une médecine spécialisée libérale et réservée à une clientèle plus riche, les ordonnances souhaitent ramener la meilleure médecine (et les meilleurs médecins) dans les hôpitaux publics pour plus d'égalité mais également une plus grande performance (DE MONTALEMBERT, Pierre, Février 2019).

² Définis comme mentionnés par les articles L6141-1 CSP et L6152-1 CSP, soit d'une part Hospitalo-universitaires, et d'autre part Praticiens hospitaliers statutaires, contractuels et associés.

Ce statut, entretenu dans sa spécialité avec la création de la fonction publique par les lois du 13 juillet 1983 (fonction publique) et du 6 janvier 1986 (fonction publique hospitalière), avec le décret n°94-135 du 24 février 1984, et l'unification avec le statut des chirurgiens dentistes par le décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021. Il permet de faire des CHU des établissements à la fois des établissements de soins primaires mais aussi de soins de recours. Etant donné les règles d'accessibilité des hôpitaux publics (notamment l'absence de facturation de dépassement des tarifs « secteur 2 », article L6112-2 du Code de Santé Publique), la mission de garantir l'égalité d'accès à des soins, même experts, est en théorie accomplie. Les CHU sont les lieux de l'expertise médicale et d'exercice d'une élite hospitalière consacrée par un *cursum honorum* méritocratique mais intégrant aussi des dynamiques importantes d'héritage intellectuel et de reproduction sociale. Ce statut a eu de nombreux succès, comme celui évoqué plus haut mais aussi le développement d'une médecine publique de pointe ainsi que l'assurance d'un dialogue entre clinique et recherche dans les hôpitaux publics.

Il s'accompagne de la reconnaissance d'une chaîne hiérarchique parallèle pour les médecins. Celle-ci existe pour des raisons tant déontologiques (notamment la liberté de prescription affirmée à l'article 8 du Code de déontologie médicale) que sociologiques, l'autonomie hiérarchique faisant partie de l'identité collective des professions, dont la médecine est l'idéal-type (FREIDSON, 1984). Ainsi, le Directeur Général d'un centre hospitalier (CH) n'a d'autorité que d'organisation sur les praticiens, régis par des statuts autonomes des statuts de la fonction publique. L'organisation de la hiérarchie médicale hospitalière obéit donc à des règles spécifiques qui lui donnent une position d'importance au sein des hôpitaux : elle n'a pas la même hiérarchie que les autres professions de l'hôpital, qui dépendent de la Direction Générale ; elle jouit d'une représentation spécifique, par la CME (composée des professions médicales), dont le Président est le « binôme » du DG en ce qu'il contresigne, surtout depuis la loi du 26/04/2021, plusieurs des actes (par exemple nomination des chefs de service article L6146-1-1 CSP) ; enfin, le poste de chef de service leur est systématiquement mais implicitement dévolu, à tel point que la formulation du Code de Santé publique retenue depuis la ré-introduction du service dans le corpus législatif (loi du 26/04/2021) n'a même pas à le préciser (contrairement à la formulation précédente, supprimée par la loi du 21/07/2009) pour que la pratique persiste³.

³ Malgré cette imprécision du Code de Santé publique, la procédure de nomination, impliquant le Chef de pôle et le PCME (L6146-1-1 CSP), mais aussi les conditions matérielles de nomination des Chefs de service (Cf. Partie 1) sont des obstacles à la nomination d'un chef de service non médical ; de plus, dans l'hypothèse improbable d'une telle nomination, ces arguments

Cette forme de flou est sûrement due aux hésitations autour de l'articulation entre pôles et services, ces derniers ayant été effacés au profit des premiers par la loi du 21/07/09, et leurs difficiles adaptation dans les structures hospitalières malgré le pouvoir de libre organisation du Directeur d'établissement. Les « coordonnateurs de département », aux conditions de nomination définies par les règlements intérieurs, mais aussi l'absence de reconnaissance financière de la fonction, ont sûrement favorisé des modes de fonctionnement historiques et implicites pour la nomination et le fonctionnement des services. Le « retour du service » voulu par la loi du 26/04/2021 est donc à la fois une clarification de fonctionnements existants mais aussi un retour d'une réflexion sur la définition juridique de pratiques avant tout issues de la pratique, aux règles souvent bien connues mais implicites.

Expliciter l'implicite

A l'exemple d'une réglementation qui doit être complétée par des pratiques pour comprendre comment la chefferie de service fonctionne, ce sont en effet au-delà des textes des dynamiques historiques et sociologiques faisant partie de la culture professionnelle qui régissent majoritairement les conditions de nomination et d'exercice de la fonction. Particulièrement en CHU, ce dernier est à la croisée de multiples légitimités qui lui permettent une grande autonomie et une grande autorité. Historique, universitaire, clinique, professionnelle, elle se matérialise souvent en rôle patrimonial (« je vais « Chez » Dupont ») voire paternaliste, alors que l'héritage, intellectuel mais parfois plus directement familial, occupe un rôle très important du rôle du Chef.

Ainsi, ces multiples légitimités se matérialisent en multiples pouvoirs, ou missions. Trois d'entre elles sont les missions communément attribuées aux hospitalo-universitaires, et sont également les trois missions des CHU selon l'ordonnance de 58: le soin, l'enseignement, la recherche. Mais du pouvoir issu des textes et de la pratique, émerge une quatrième mission, celle d'organisation, ou de *management*. A l'heure où la qualité de vie au travail (QVT), l'attractivité sont des instruments stratégiques de l'action hospitalière, à l'échelle locale comme nationale, avec les accords du « Ségur de la santé » (accords signés par le Ministre de la santé le 13 juin 2020) mais aussi alors que revient le débat de la

constitueraient probablement un faisceau d'indices suffisant pour une jurisprudence qui censurerait la nomination d'un chef de service non médical.

nomination de médecins comme Directeurs Généraux des centres hospitaliers ([Article France bleu jeudi 21 juillet 2022](#)), le management médical est en débat.

Dernière mission ou quatrième fonction ?

Paradoxalement, cette quatrième mission, qui n'est pas reconnue aux Hospitalo-Universitaires mais aux Chefs de service par les textes alors qu'elle l'est dans la pratique, est souvent la moins bien considérée des missions, tant en termes de temps consacré, que d'appétence (seuls 30% des HU l'apprécient selon l'enquête du [CNU « Happy HU »](#)). Elle n'est par ailleurs que très peu recherchée par les jeunes praticiens futurs chefs de service qui n'y sont pas formés directement. En dehors de notre cadre d'étude, les hôpitaux universitaires, la fonction est par ailleurs touchée par une désaffection des praticiens en Centres Hospitaliers Généraux (CHG). Enfin, entre définition floue dans la pratique de l'articulation avec le cadre de santé, amalgame entre autorité scientifique et d'organisation, « offre de groupe » de la nomination comme hospitalo-universitaire et comme chef de service, la fonction managériale est diluée dans des légitimités professionnelles nombreuses. Or, si ils rendent le pouvoir du chef de service indiscutable, ces mélanges, particulièrement marqués en France au point d'être une spécificité, méritent d'être identifiés et discutés. En effet, une autonomisation et une professionnalisation des missions des chefs de service en CHU semblent être des outils d'une plus grande liberté d'accès à la fonction ainsi que dans sa pratique, et donc facteurs d'attractivité et d'efficacité.

Dès lors, en quoi une autonomisation des missions d'organisation des Chefs de service par une clarification et une formation pour leur exercice semble-t-elle souhaitable ?

Dans un premier temps, en CHU, les missions de management, pourtant bien réelles des chefs de service sont « diluées » dans leurs autres missions, alors que la profession médicale et sa culture sont prédominantes (Partie 1). C'est dans un second temps, face à la reconnaissance de problématiques liées à la valence managériale de la médecine que peut être proposée une autonomisation du rôle de chef de service pour en garantir un exercice plus pertinent tant pour les organisateurs que les organisés (Partie 2).

Un mémoire professionnel au CHU de Montpellier

Pour répondre à cette question, une étude au CHU de Montpellier a été menée durant le stage de direction prévu par la maquette de la formation de Directeur d'Hôpital (DH) de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

En effet, l'élève DH qui le rédige a été intéressé assez tôt par les rapports entre médecins et administration, tant d'un point de vue historique, que de celui de la sociologie ou du management. Un stage au Danemark, qui observe comme beaucoup de pays un système très différent du fonctionnement français, avec une séparation importante des fonctions universitaires, cliniques, et de management médical, a été l'occasion de constater que le système français, loin d'être la norme, est le fruit d'un construit historique aussi intéressant à étudier qu'il est très peu remis en question et débattu. Le débat semble en effet polarisé sur la relation entre pouvoir « gestionnaire », administratif, et pouvoir « soignant », dont la parole visible et rapportée est souvent, par exemple dans l'ouvrage de F. VINCENT, F. PIERRU, et P-A. JUVEN *La Casse du siècle* (2019), celle de médecins discréditant la gestion, dont ils ont pourtant la pouvoir d'être délégués. Ainsi il semblait particulièrement intéressant d'étudier quelles étaient les prérogatives véritables des médecins chefs de service, qui gèrent les problématiques de leur profession dans une grande autonomie. De même, alors que les ouvrages fondateurs de la sociologie de la profession médicale datent pour la plupart du troisième quart du XXe siècle, il a semblé particulièrement intéressant de tenter, à l'échelle d'un mémoire professionnel, d'en vérifier les hypothèses et conclusions de manière plus moderne, notamment par des entretiens au CHU de Montpellier.

A l'origine chargé d'une mission par la DAM autour de la définition d'un plan de formation au management, que les établissements publics de santé ont pour obligation de proposer aux médecins exerçant des « postes à responsabilité » (article 6146-1-2 CSP), nouvel exemple de formulation législative vague, cette mission a été l'occasion d'observer plusieurs réunions sur ce thème (CME, sous-commission formation), d'effectuer des prises d'informations avec d'autres CH et d'observer les formations proposées via un parangonnage. Ces observations initiales ont été complétées par une bibliographie issue d'articles spécialisés mais aussi et surtout d'ouvrages sur la sociologie de la médecine, y compris anglo-saxons. Enfin, neuf entretiens ont eu lieu avec des Chefs de service ou futurs chefs de service du CHU de Montpellier. Ceux-ci, à partir de questionnaires disponibles en annexes (ANNEXES I et II) ont visé à interroger plusieurs hypothèses autour des pratiques de la chefferie de service. En interrogeant des praticiens d'âge

différents, il vise à évaluer une différence dans les pratiques selon la génération. Des praticiens de différentes spécialités ont été interrogés, notamment selon les groupes de spécialités reconnus dans l'étude de N. BELORGEY *L'hôpital sous pression, enquête sur le nouveau management public* (2010) :

-des spécialités « dominantes » historiquement, revendiquant une séparation avec la légitimité gestionnaire (chirurgie), dénommées par la suite « *groupe de spécialité alpha* » ;

-des spécialités à la construction historique et syndicale importante, anciennement dominées, comme l'anesthésie-réanimation, investies dans les instances hospitalières (« groupe de spécialités beta ») ;

-des spécialités « dominées » qui adoptent des comportements stratégiques pour développer leur spécialité (« groupe de spécialités gamma »).

Le critère d'objectivation de ces spécialités est le rang de sélection moyen aux examens classants nationaux (ECN) (Le quotidien du médecin, Classement des spécialités, 2021). Enfin, ce mémoire a eu pour objet autant que possible de respecter une représentation des femmes Cheffes dans les entretiens (qui constituent au final 5 entretiens sur 10), une parité qui ne représente pas ce qui est observé dans la fonction (davantage sur un rapport 70/30) mais la nouvelle dynamique alors que les chefs les plus jeunes ont un ratio de genre autour de 50/50.

Pour conclure ce point méthodologique, réaliser ce mémoire a été particulièrement intéressant, en constituant, par le dialogue et la lecture, une immersion dans une culture médicale très codifiée et pourtant bien connue, passionnante par son histoire et sa spécificité, mais aussi en ce qu'elle constitue un échange avec des personnes (voire personnages !) souvent fantasmés ou craints, du « grand patron » au « mandarin » qui restent avant tout des praticiens brillants, développant leur discipline, leur service, et leur établissement, et avec lesquels les entretiens se sont très bien passés, certains étant particulièrement intéressés par une réflexion sur le management médical. Se pencher sur des codes largement connus par les soignants, de l'infirmier chevronné à l'étudiant en médecine permet ainsi de mieux comprendre les interactions et est très probablement un atout important pour un futur DH. La problématique du management médical doit en effet se poser pour un DH, en se demandant quels problèmes doivent être résolus par les médecins eux-mêmes, et comment le Directeur peut-il les accompagner.

1 Chapitre premier : Une fonction diluée dans les missions cliniques et universitaires : le chef de service, « manager malgré lui » ?

Dans un premier temps, il faut partir d'un constat : la fonction de chef de service en CHU vient presque systématiquement compléter des fonctions hospitalo-universitaires, comme évoqué plus haut (à Montpellier, 94% des Chefs de service le sont). Ainsi ce qui est malgré des textes la définissant de manière floue, bel et bien une mission de management (I) se retrouve « diluée », dans la pratique, dans les fonctions cliniques et universitaires, jugées plus légitimes (II).

I/ Au sein d'une grande liberté laissée dans la pratique de leurs fonctions, les Chefs de service exercent bien des fonctions managériales

Comme évoqué en introduction, les missions des Chefs de service définies réglementairement le sont par un cadre juridique synthétique, les missions présentes étant appliquées et même dépassées en pratique (A). L'étude des missions réellement accomplies par les Chefs de service dévoilent des pratiques variées, mais dont la nature permet bien de les définir comme « manager » (B).

A/ Un cadre réglementaire très discret qui ne reconnaît pas toutes les missions exercées par les Chefs de service

Malgré une actualisation par la Loi du 26 avril 2021, qui vient définir de nouveau certaines missions du service après plusieurs années de reconnaissance imparfaite, le cadre réglementaire définissant la fonction de chef de service reste peu développé (1). En effet, les missions attribuées à la fonction sont toutes pratiquées par les Chefs de service (ou par délégation) et ceux-ci exercent par ailleurs des missions non prévues, particulièrement en CHU (2).

1) Le retour discret du cadre réglementaire et législatif pour le service

En effet, le plan Hôpital 2007, annoncé par l'Ordonnance n°2003-850 du 4/9/2003, avait ajouté dans le Code de Santé Publique les pôles. En témoigne cette mise en valeur, ces derniers doivent alors devenir l'unité de base de la gestion hospitalière. Les pôles, en regroupant plusieurs unités et équipes médicales, anciennement dénommées services (ceux de Montpellier prendront le nom de « départements ») doivent atteindre une taille critique pour le dialogue médico-économique et la gestion de projets. La loi « Hôpital, patients, santé, territoire », du 21/07/2009, a renforcé cette volonté de faire du pôle l'unité principale, au détriment du service, en supprimant les mentions du service dans le Code de santé publique, notamment l'article L6146-4 CSP, qui définissait de manière législative la procédure de nomination des Chefs de service. Or, à la suite des réflexions du Ségur de la Santé, en tête desquelles le rapport CLARIS, la loi du 26/04/2021 vient, sans supprimer les pôles, replacer dans le Code de santé publique plusieurs mentions au service.

Cependant, ce retour est discret, en ce qu'il maintient une définition peu étayée. La situation précédente, celles de services supprimés dans la réglementation mais existant toujours matériellement, tant dans l'organisation du travail, de l'espace que de la culture hospitalière, a entraîné des réponses diverses de la part des établissements, renvoyés au pouvoir d'organisation du Directeur Général par le règlement intérieur (article L6146-1-2 CSP) pour créer une cohérence. Une forme de flou a donc émergé, résultant souvent dans une « demie-disparition », parfois regrettée de manière ironique par les intéressés :

« Au final, dans cette période, on a fait une gymnastique pour ne pas dire chef de service, j'étais...je ne sais même plus je crois « coordinateur de département », sans reconnaissance financière, sans reconnaissance du métier. Bon au moins, maintenant, j'existe. »

-Professeur, homme, 62 ans, groupe de spécialités « Gamma »

La loi du 26/04/2021 réinstaure donc une unité qui n'a jamais disparue dans l'organisation de l'hôpital, et semble en cela bienvenue. Mais ce retour est discret. D'abord, ce qui a posé question pour plusieurs services du CHU de Montpellier, il est défini comme composante d'un pôle (article L6146-1 CSP) constituant l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail (L6146-1-1 CSP). Cette définition par « missions » renvoie cependant toujours au pouvoir d'organisation de

l'établissement. Si cela permet une liberté et une pertinence d'organisation, cette définition laisse un flou quant à l'intention du législateur : quelle taille doit avoir le service, entre composante d'un pôle et regroupement d'équipes médicales ? Les unités précédentes doivent-elles disparaître, fusionner, être subdivisées ? Une définition par mission est aussi retenue pour le chef de service. Celui-ci est à la tête du service (art L6146-1-1) et est chargé de diverses missions, comme la participation au projet médical et au projet de gouvernance et de management participatif. Il les effectue « en collaboration avec le cadre de santé ». Ces définitions « par missions » sont cependant limitées : elles ne précisent pas comment doit se manifester la collaboration. De même, alors que la nomination est abordée dans ces articles, l'article L6146-4 CSP n'a pas été repris dans la loi RIST, faisant qu'en théorie le chef de service peut n'être pas médecin, ce qui ne correspond à aucune volonté législative et entretient une définition laissant la main libre au pouvoir d'organisation par établissement. Le retour du service comme celui de son chef dans le corpus législatif sont donc discrets en ce qu'ils ne reviennent pas sur les formes précédentes et ne définissent que certaines missions, au demeurant peu précisément.

2) Le périmètre retenu dans la définition « par mission » semble imprécis

En effet, en plus de laisser beaucoup au pouvoir d'organisation pour définir plus concrètement le rôle du service, les missions censées définir le service comme son chef semblent imprécises, alors que les chefs de service exercent différemment leurs missions. D'abord, les missions dévolues au chef de service ne sont pas toutes exercées. La participation au projet de gouvernance et de management participatif n'a jamais eu lieu pour les interrogés, sûrement en raison du fait que ledit projet n'a jamais été constitué, et est donc inconnu pour les chefs. De même, seuls deux chefs sur les dix interrogés participent eux-mêmes à la rédaction des événements indésirables graves (EIG) lorsque ceux-ci ont lieu. Les textes ne prennent de plus pas en considération les « délégations » de missions ayant lieu dans les services pourtant présentes dans la totalité des services interrogés :

« C'est XXX qui s'occupe des tableaux de garde, elle a une passion pour l'organisation –je ne sais pas comment elle fait- »

-PHU, homme, 36 ans, Groupe de spécialités « Alpha »

« Pour tout ce qui est recherche, c'est YYY qui le fait, même si on se fait des points réguliers, je me concentre sur les projets et la dynamique générale »

-PU, homme, Groupe de spécialités Alpha, 42 ans

Il est à noter que malgré des délégations fréquentes, un organigramme de service formalisé est rare (3/10) et n'a été observé affiché dans le service qu'une fois.

Ensuite, le périmètre de la définition ne prend pas en compte plusieurs missions pourtant réalisées par les chefs de service. Par exemple, des activités exercées historiquement comme dans les faits par les chefs de service ne sont abordées qu'en évoquant « certaines missions [pouvant] être déléguées par le chef de pôle pour accomplir le contrat de pôle ». Ainsi il n'est pas fait mention du recrutement, prérogative du Directeur Général et du PCME sur avis du Chef de pôle, alors qu'il est très souvent exercé de facto par le chef de service, de même que les tableaux de garde. Par ailleurs, beaucoup de chefs de service, la plupart du temps hospitalo-universitaires, mentionnent comme rôle lié au service la représentation « à l'extérieur » : congrès, sociétés savantes, etc. Mais cette fonction n'est pas réservée aux hospitalo-universitaires, en témoigne la difficile articulation, dans un service, d'une cheffe de service PH et la présence d'un PU-PH :

« C'est vrai que ça fait bizarre, j'ai l'impression des fois d'avoir le « sale boulot » d'un service difficile, et qu'il récupère le brillant (...). Mais bon, je pense quand même que c'est au chef de représenter le service, surtout pour attirer etc. à l'extérieur, donc j'essaie d'y aller ».

Cheffe de service, femme, PH, 43 ans

Enfin, la définition du chef de service est très peu connue et appropriée par les acteurs. Ce qui interroge sur cette distinction entre fonctions de chef et d'hospitalo-universitaire, très peu reconnue en CHU (cf. infra), une définition plus acceptée par les acteurs est celle de quatre missions : les missions des hospitalo-universitaires (soins-clinique, enseignement, recherche) et celle du chef de service, dont la dénomination est souvent sujette à débat comme il sera montré plus tard : organisation, management, etc.

Ainsi, les missions des Chefs de service dépassent le cadre réglementaire, autant parce que celui-ci est défini de manière vague et non complète, que parce que les pratiques sont variées et se combinent avec d'autres. Cette définition réglementaire floue, complétée bien peu souvent par le règlement intérieur, donne alors une vision trop spécifique de la

fonction de chef de service par rapport à ce qu'elle est réellement. Il faut donc la préciser par le contenu des entretiens et les pratiques fréquentes dans les services.

Or, la variété de ces pratiques est justement importante ; ce qui n'empêche pas d'identifier une activité managériale claire aux Chefs de service (B).

B/ Des pratiques variées de la fonction mais une constante dans sa dimension managériale

En lien avec la liberté d'organisation reconnue aux médecins dans leurs différentes missions, les pratiques liées à la fonction de chef de service peuvent être très variées, y compris lorsqu'on prend en compte qu'elles peuvent être déléguées (1). Cependant, elles comportent une dimension managériale, identifiable et définissable (2).

1) Des pratiques dont la variété prend son origine dans la large autonomie reconnue aux chefs de service

Il faut pour commencer préciser la grande autonomie dévolue aux chefs de service ainsi qu'aux HU dans leur exercice. En effet, l'article D6146-5 CSP assimile le temps passé aux activités liées aux fonctions de chef de service à des obligations de service. De même, les hospitalo-universitaires gardent une liberté importante dans l'organisation de leurs activités. En effet, la comptabilisation en est difficile, avec des outils de gestion de temps de travail parfois peu adaptés et des missions qui se chevauchent, faisant que les intéressés comme les DAM n'ont souvent que peu d'intérêt à tenir un suivi précis de la répartition du temps de travail (rapport IGAENR/IGAS, Juillet 2018). En lien avec ce rapport, les entretiens ont parfois témoigné de missions qui, dans la perception du chef de service ou futur chef de service, se recourent. Ainsi, la plupart fusionnent leurs activités d'enseignement et de recherche, les distinguant de la clinique et du management/gestion. D'autres, plus rares, amalgament enseignement et management, du fait de la position ambiguë des internes et de la division du travail médical, sujets qui seront abordés plus bas. Si elle pourrait être discutée, pour des raisons de déroulé d'entretien, et du fait du parti pris de l'enquête d'avoir une méthodologie partant avant tout du ressenti des HU interrogés, la division clinique/enseignement & recherche/management sera celle retenue pour la suite des analyses.

Au niveau de la répartition effective du temps de travail des chefs de service, une étude de 2020 de l'Association Médecine/Pharmacie/Sciences (AMPS,2020) avec un échantillon important de HU (assimilables aux chefs de service en raison de leur forte prévalence chez

les chefs de service en hôpitaux universitaires) présente une valence clinique prédominante, avec 45% du temps d'activité, suivie de l'enseignement-recherche, avec une allocation de temps de 35% (20+15), complétée par le temps dévolu à la gestion, 20%.

Cette réponse agrégée mérite d'être précisée par deux éléments. D'une part, les frontières entre les différentes activités sont parfois floues, notamment la gestion, dont le critère le plus objectivé est les réunions, mais le management peut dans certains services difficiles concerner quasiment uniquement la gestion de conflits. D'autre part, la répartition diffère beaucoup dans les faits. En effet, au cours des entretiens, la part accordée à la gestion pouvait être notée de 10% à 40% (pour cette valeur extrême, cas particulier des chefs de pôle/engagés à la CME). Si la valence enseignement-recherche était la plus variable, la valence clinique cependant l'est moins. En effet, celle-ci remplissait de 30% (cas particulier chef de pôle) à 65% du temps des praticiens interrogés. Si les causes profondes de ces répartitions et leurs divergences seront analysées en détail plus bas, ces différences semblent, après les entretiens, s'expliquer par plusieurs variables. Premièrement et assez logiquement, on retrouve l'appétence de l'interrogé.

« Moi, j'ai une vraie appétence pour le management, je l'ai développé quand je gérais une entreprise, j'aime bien on a des projets(...) je reçois individuellement tous les médecins de l'équipe »

-PU, homme, groupe de spécialités « alpha », 42 ans, 35% de management

Deuxièmement, et souvent mais pas exclusivement en amplification de la première variable, on retrouve l'avancement de carrière du praticien

« Quand j'étais plus jeune, il fallait montrer qu'on était le meilleur clinicien, etc. Aujourd'hui, j'ai plus d'implication, je préfère m'investir au pôle, à la CME... »

-PU, homme, groupe de spécialités « alpha », 55 ans, 40% de management, 20% de clinique.

Troisièmement, en critère plus vague, on peut évoquer la structure du service : les délégations, l'orientation du service modifient son activité et donc les responsabilités du chef de service.

« Ici je veux donner une orientation forte à la recherche (...) on est les meilleurs dans la discipline, et c'est je pense car on s'investit beaucoup dans la recherche »

-PU, homme, groupe de spécialités « gamma », 62 ans, 30% d'E&R

« C'est plutôt moi qui me charge de l'enseignement (...), M. XXX se charge plus de tout ce qui est recherche, représentation institutionnelle, et puis il avait une présence forte dans les instances »

-MCU-PH, femme, « Adjointe » au Chef, groupe de spécialité beta, 36 ans

Ainsi, on retrouve, derrière une liberté importante d'organisation des chefs de service, une répartition très variable des tâches.

Or, malgré cette liberté, des tâches peu séparées et des questionnements quant à la réelle nature des missions du chef de service, il est possible de leur définir une composante managériale réelle.

2) Une composante managériale (ou d'organisation) réelle et identifiable

Durant les entretiens, le fait que les chefs de service aient quatre missions plutôt que trois n'a pas fait débat. Pourtant, c'est autour de la sémantique attribuée à la quatrième mission que les interrogés ont exprimé des interrogations, parfois manifestes. Le terme de « management », notamment était déprécié par plusieurs praticiens, au profit du terme « gestion », « organisation », ou « réunion ». De plus, comme il a été évoqué, certaines tâches semblent se chevaucher dans la perception de certains praticiens interrogés (management/organisation et enseignement pour certains).

Cependant, il semble intéressant de se pencher sur le contenu de la mission du chef de service, qui s'apparente à la définition classique du rôle du manager proposée par H. MINTZBERG. Ce dernier propose, dans le célèbre article *Le manager au quotidien* (MINTZBERG, 2004) une définition du rôle du manager à travers trois catégories et dix missions. Au cours des entretiens, nous avons pu vérifier l'hypothèse selon laquelle ces missions, bien qu'exercées avec une intensité différente, sont toutes effectuées par tous les chefs de service. La catégorie de « décision/action », et ses missions de répartiteur de ressources (souvent en collégialité), de négociateur (notamment pour défendre des projets de service auprès des instances) et donc d'entrepreneur sont particulièrement reconnus par

les chefs de service. La quatrième composante de cette catégorie de MINTZBERG, le rôle de régulateur des perturbations, est plus particulière. Les chefs de service ne sont en effet pas particulièrement intéressés ni ne notent une activité importante en gestion des conflits. Toutefois, dans les recrutements, mais aussi l'organisation des plages horaires et également par l'orientation souvent fortes qu'ils donnent au service, ils intègrent pleinement une dimension de régulation.

« Il n'y a pas de conflits ici (...). Mais rarement, s'il y en a, c'est tranché par le chef (...) c'est lui qui a le plus haut diplôme (...) et on croit en la science »

-PHU, homme, groupe de spécialités alpha, 36 ans

Deuxièmement, les rôles de la catégorie « contact interpersonnels » sont également effectués par les chefs de service. Son rôle symbolique est notamment très marqué et respecté, de l'organisation de pots à la représentation nationale dans les sociétés savantes, seul un chef interrogé (non PU-PH) ne faisant pas partie du bureau de sa discipline. Le rôle de leader est aussi présent, s'il marque des divergences quant au rôle du service (cf. *infra*). Troisièmement, le chef de service décline le rôle d'agent de liaison particulièrement. Ce rôle suppose en effet une quête d'informations utiles permanentes, notamment par un réseau d'informations. Or, lorsqu'interrogés sur la fréquence de leurs contacts avec la Direction des Affaires Médicales et autres directions fonctionnelles, ou le pôle, les plus susceptibles de leur fournir des informations sur les réformes, les résultats sont éclatés en deux blocs : soit des praticiens très en contact et ayant une démarche volontariste de contact (fréquence notée 3/3) ou des praticiens très peu en interaction (notée 1/3), amenant dans un premier temps à penser que le rôle d'agent de liaison pourrait ne pas être exercé. Cependant, la mise en contact et la recherche d'information, si elle n'est pas administrative, est en réalité davantage liée à l'enseignement et la recherche. Ainsi, les chefs de service ont bien un rôle d'agent de liaison (parfois délégué aux chefs de clinique ou internes) en organisant une veille clinique très fréquente. On y retrouve les caractéristiques du rôle défini par MINTZBERG : constitution d'un réseau, contacts fréquents avec les pairs (sociétés savantes, réseaux) et recherche dans l'intérêt du service, l'intérêt clinique étant vu, comme étudié plus bas comme supérieur. Pour finir, il convient d'étudier les rôles liés à l'information. Le rôle de diffuseur d'information (notamment en provenance des directions fonctionnelles, ou d'une avancée

dans la recherche) est souvent exercé par le chef, dans le contexte de réunion de service ou de staffs cliniques. Le chef de service, destinataire des boucles de notes de service et autres documents officiels, les trie et les met en valeur si besoin, jouant un rôle de porte-parole (à noter que contrairement au manager de MINTZBERG, le chef de service n'est pas en lien hiérarchique avec ceux qui lui transmettent des informations, le DAM n'étant pas leur supérieur hiérarchique). Enfin, il faut noter que le rôle d'observateur actif, qui lui fait prendre des informations sur son entourage et ses collègues, est assez peu développé notamment face aux interactions souvent très cérémonialisées du chef de service avec ses collaborateurs : la visite (prévue dans le règlement intérieur du CHU de Montpellier), le staff clinique, ou l'entretien d'évaluation des internes lorsqu'il est effectuée directement par le chef. Celui-ci est donc observateur et cherche à savoir comment se comportent ses confrères et les internes et étudiants qu'il a sous sa responsabilité, mais évite les contacts informels pourtant caractéristiques de la mission décrite par MINTZBERG, en mettant l'accent sur l'autonomie laissée au service dans le cadre de leur profession.

« Je sais que les gens agissent différemment quand je suis là (...) je reste quinze minutes au pot puis je les laisse s'amuser »

-PU, femme, 45 ans, groupe de spécialités « gamma »

« Je n'aime pas fliquer le service, je donne une grande valeur à l'autonomie et eux aussi(...). »

-PU, homme, 36 ans, groupe de spécialités « alpha »

Ainsi, malgré un rôle d'observateur actif, le chef de service décline bien, avec des adaptations, toutes les dimensions du manager selon la définition de MINTZBERG.

Les Chefs de service sont donc, malgré leurs pratiques de management et leur perception variées sur le rôle gestionnaire des Managers telle que cette fonction, elle même assez floue, peut être définie.

Le corpus réglementaire consacre donc imparfaitement une fonction variée, autonome mais contenant bien des missions de management.

Cependant, particulièrement en CHU, ces fonctions ne sont pas aussi distinguées qu'elles pourraient l'être, souvent au détriment d'une fonction managériale « diluée »

allant parfois jusqu'à être « dissoute » dans les missions cliniques et universitaires, plus valorisées.

II/ Des missions confondues ? Le management, mission la moins valorisée dans la culture professionnelle médicale

Malgré la possibilité théorique d'isoler en tant que telles des missions managériales, les quatre valences de la fonction de chef de service sont fortement confondues et observent des frontières fluctuantes, où les missions clinique et universitaire éclipsent la mission managériale (A). Cette dilution du rôle d'organisation du chef de service doit beaucoup en CHU aux particularités du statut hospitalo-universitaire et à une culture d'un management médical fortement professionnalisé (B).

A/ Des frontières fluctuantes entre les missions des Chefs de service qui mettent à distance la définition d'un rôle managérial autonome

Au sein d'une grande liberté et d'une grande variété de pratiques, et alors qu'elle pourrait être conçue comme un rôle en soi (cf. supra) la mission managériale des chefs de service n'est que rarement distinguée pour les chefs de service des missions cliniques et universitaires, l'éclipsant souvent de leur conception du rôle de chef (1). Cette reconnaissance plus faible va souvent jusqu'à un rejet du rôle de manager, vu comme un rôle « administratif ». (2)

1) Une perception floue du management...

Tout d'abord, les chefs de service, qui comme on l'a vu ne segmentent que peu leurs activités et missions, ne se reconnaissent pas tous une fonction managériale. Les chefs de service assimilent d'abord les fonctions que l'on pourrait appeler managériales à d'autres missions. Durant les entretiens, certains ont pu qualifier l'encadrement de similaire à l'enseignement, notamment en raison du rôle ambigu des internes, à la fois en formation, tributaires d'un enseignement clinique, et travailleurs puisque pouvant assurer avec une autonomie assez grande le diagnostic et la prescription en première intention. De même, le management a pu être segmenté comme une composante du rôle universitaire, qui dirige ou co-dirige des recherches.

« Bonne question, est-ce que ça compte comme du management...peut-être ! Mais c'est de la recherche aussi ! »

-PU, 42 ans, groupe de spécialités « alpha »

Il est intéressant de voir que par ailleurs la place du médecin dans la division du travail clinique, telle que relevée par FREIDSON (FREIDSON, La Profession Médicale, 1970 [1984]), qui donne un pouvoir d'organisation du médecin sur les autres professions, n'est jamais associée au management et conçue comme le rôle clinique alors qu'elle constitue une proportion importante du temps passé par le médecin en position hiérarchique. Comme vu plus haut, il en résulte que le temps perçu comme consacré au management est variable, le management prenant des définitions variables pour le chef de service : tantôt il se limite aux réunions, tantôt, plus rarement, il est perçu comme transversal aux missions du chef de service.

Ce constat d'un « flou » autour de l'identification d'un rôle autonome de management au sein de la fonction de chef de clinique se retrouve dans une utilisation des termes très variables, relevant sans doute de définitions très différentes et recouvrant des réalités non semblables pour les chefs de service. Aussi plusieurs termes ont été utilisés et préférés par les interrogés comme organisation ou gestion. Ce refus a pu s'exprimer par un rejet du terme :

« Je déteste ce terme »

PU, homme, 62 ans, groupe de spécialités « alpha »

« Je ne veux pas parler de « management ».

-Pourquoi ?

-Je ne sais pas, c'est un terme (...) excluant. Par exemple la « soirée des managers » [une soirée organisée justement de manière interprofessionnelle pour rassembler autour d'un

thème, en l'occurrence le bonheur au travail], c'est excluant. Ca a des qualités, mais moi je n'irai pas »

-PH, femme, 62 ans, groupe de spécialités « alpha »

« (en m'interrompant) Alors non, je précise, nous on a pas de « tuilage », ni de management (...) je parlerais de compagnonnage et d'organisation, de gestion »

-PHU 36 ans, groupe de spécialités « alpha »

Ce rejet du terme montre ici qu'il n'y a pas, chez le groupe étudié de périmètre stable pour les missions de management, ce qui renforce l'idée d'un « flou ». Cette polysémie imparfaite semble être plutôt fréquente, alors que par exemple l'enquête de l'Association Médecine Pharmacie Santé (AMPS) sur la division du temps de travail des HU (AMPS, 2020) utilise plutôt les termes d'organisation et de gestion, et que l'enquête « happy HU » menée en 2019 par le CNU (« happy HU, 2019 »), emploie de manière équivalente le mot management et les mots « organisation » et « gestion ».

Ainsi, la mission de management n'est pas valorisée et semble moins indépendante que les autres missions (en plus d'être la moins exercée en termes de temps mobilisé si on fusionne l'enseignement et la recherche). Cependant, la perception du management est parfois, plus que diffuse ou imprécise, négative chez les chefs de service.

2) ...qui va jusqu'au rejet d'une hiérarchie « gestionnaire »

En effet, la non-reconnaissance d'une mission managériale comme autonome va jusqu'au rejet de cette dernière. En plus du rejet du terme souligné plus haut, une sémantique retenue est celle des « tâches administratives ». Si cette dénomination englobe aussi les tâches proprement administratives telles que la saisie de dossier, de comptes-rendus d'hospitalisation (CRH), elle concerne bien aussi le rôle gestionnaire.

« J'aimerais que les chefs puissent faire plus en circuit court (...) par exemple sur un recrutement, la paperasse qu'il faut faire entre la demande aux affaires médicales et les informations sur le recrutés ça prend un temps fou »

-PU, homme, 62 ans, groupe de spécialité « alpha »

On voit ici par exemple que des missions qui relèveraient plutôt du rôle du manager dans la définition de MINTZBERG (le recrutement) et celles qui relèveraient plutôt de missions proprement administratives sont assimilées. Or, ces deux types de missions, mais donc également le poids du rôle gestionnaire, sont critiquées par les chefs de service. Dans les

enquêtes « happy HU » (2019, op.cit), et le rapport de l'AMPS (2020 op.cit), les participants dénoncent un poids croissant des tâches administratives (par ailleurs ici aussi fusionnées). Seuls 31% des praticiens sont satisfaits de faire des tâches administratives, et 30% pensent qu'elles durent trop de temps. Les enquêtes jeunes médecins (2021, op.cit) et le rapport IGAENR (2018, op.cit), les associent également à des facteurs de manque d'attractivité. Enfin, plusieurs chefs de service ont soit suggéré, soit émis une opinion favorable à l'embauche d'un « cadre de service » ou « secrétaire amélioré » qui ferait les « tâches administratives ». L'accent est aussi mis sur une mauvaise utilisation du temps des PU, plus valorisable (soit par l'argument financier soit par l'argument d'une importance plus grande du temps du chef de service). Ces tâches « administratives » sont donc rejetées car considérées comme « hors fonctions médicales », pouvant être exercées par quelqu'un d'extérieur à la profession. Enfin, ce rejet corrobore une théorie transverse aux travaux de Frédéric PIERRU (notamment « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins », 2013 et La « Casse du siècle », écrit avec Fanny VINCENT et Pierre-André JUVEN, 2019), celle du rejet de la hiérarchie « gestionnaire ». En effet, la profession médicale, par son organisation avant tout « réticulaire » (LEFEBVRE, 2003, cité par F. PIERRU, 2012) vivrait comme une intrusion des règles externes à la profession, de son organisation selon l'auteur plus hiérarchisée et distinguée de la culture médicale par un ensemble de distinctions issues de l'histoire : oralité contre écrit, ou encore légitimité charismatique contre légitimité rationnelle-légale. Ce rejet, qui sera développé plus bas, amène au final la hiérarchie médicale, qui existe bien, à être conçue comme autonome et fortement professionnalisée. Le management est alors un « impensé » volontaire, voire va jusqu'à devenir un mot « tabou », rejeté, car ne faisant pas écho à une réalité perçue par les chefs de service ou à une culture à laquelle ils adhèrent.

« Non le management c'est pour vous [les administratifs], nous ne pensons vraiment pas les choses comme ça (...) je pense comme un artisan. »

-PHU, homme, 36 ans, groupe de spécialité « alpha »

Ainsi, la fonction managériale du chef de service est conçue et exercée selon des frontières floues par les intéressés qui préfèrent souvent la concevoir comme une composante des missions qu'ils valorisent davantage et mettre à distance leur rôle de manager.

Cette mise à distance est due à une culture professionnelle très forte que les chefs de service, souvent hospitalo-universitaires, intègrent et utilisent pour entretenir une chaîne de management autonome et fondée sur des valeurs fortement professionnalisées.

B/ L'existence d'une culture du management médicale que représentent particulièrement les hospitalo-universitaires

Le management n'est pas vu comme une composante de la culture médicale, qui, bien que dépositaire d'une autorité importante, la légitime par une autonomie et une valorisation de leur place dans la division du travail particulièrement « professionnelle » (1). Le management ne faisant pas partie de la profession médicale, face à des hospitalo-universitaires devenus chefs de service par des canaux professionnels et maniant leurs codes pour créer un management médical (2).

1) La culture médicale est très autonome au sein de l'hôpital et définit elle-même une forme de management autour des valeurs de la profession

En effet, la culture gestionnaire est rejetée ou du moins distanciée car elle ne correspond aux valeurs de la culture médicale, dans lesquelles l'autonomie joue un rôle fondamental. En effet, typique des organisations professionnelles au sens de MINTZBERG (MINTZBERG, Voyage au centre des organisations, 2004), l'organisation médicale reconnaît une autonomie importante à ses membres. Pour certains auteurs comme Talcott PARSONS (T. PARSONS, in. HERZLICH, Maladie et société, 1970), l'autonomie est ce qui fonde la profession, car la nature même de l'activité serait trop complexe pour être comprise, et donc régulée, par des non-professionnels. La médecine est idéal-typique de ce fonctionnement, alors que le jugement des confrères fait partie des tabous de la profession, pour FREIDSON (FREIDSON, La Profession Médicale, 1970 [1984]). Cette autonomie est d'ailleurs reconnue dans le code de déontologie médicale (article 8). Elle s'exerce à plusieurs niveaux dans l'hôpital : d'abord, et de manière très importante, les praticiens eux-mêmes ont une autonomie réelle. Ils ne sont pas sous l'autorité du Directeur Général mais sous celle du Centre national de gestion (CNG) et celle de l'ordre national des médecins. Ils ne sont pas plus sous l'autorité hiérarchique du chef de service, qui est organisationnelle dans les textes et sociologique dans les faits, comme il va être démontré. Ensuite, ce qui découle d'une chaîne hiérarchique parallèle, cette autonomie est celle de la profession. En reprenant la topologie des organisations de MINTZBERG, les interrogés se sont vus demandés comment ils percevaient leur service en l'identifiant à des mots clés. Si aucun

n'identifiait leur service à une organisation mécanique, pourtant la plus proche par nature du fonctionnement administratif (et probablement fonctionnement principal de la partie administrative logistique et technique des centres hospitaliers), plus de 50% se sont identifiés à une organisation professionnelle (mots-clefs « confraternité », « professionnalisme », « indépendance », « respect des tâches de chacun dans le cadre de ses compétences »). Les 50% restants, sauf trois interrogées, se sont identifiés aux organisations d'innovation en hésitant avec les organisations professionnelles. En plus de l'autonomie et de l'indépendance, pour plusieurs auteurs, l'autorité médicale se construit majoritairement par la division du travail. La médecine étant reconnue comme « profession parmi les professions » (FREIDSON, 1970) celle-ci, obtient à ce titre une autorité dans la division du travail notamment hospitalier, en étant l'ordonnanceur des autres professions. Il n'est donc pas étonnant que réciproquement, ce soient les critères professionnels qui soient associés, pour les chefs de service, à la légitimité de leur autorité et donc qu'ils les mobilisent dans leurs interactions avec les autres professions mais aussi avec leurs confrères. Enfin, dans Boys in White, H. BECKER (BECKER, 1953) montre comment les étudiants en médecine sont formés, au cours de leur cursus étudiant, à adopter les critères professionnels que sont la « medical responsibility » et la « clinical experience ». Ces critères, en plus de montrer que les médecins assimilent la culture professionnelle comme principal déterminant de leurs interactions en contexte hospitalier, explique que la majorité intègrent une propension à valoriser, dans un contexte de temps contraint, avant tout les valeurs professionnelles: entraînés à les assimiler par une formation mêlant exigence technique et compagnonnage, elles sont mobilisées dans l'exercice professionnel. Les conséquences du primat d'une culture professionnelle et professionnalisée sont en plus d'une distanciation de la mission managériale une valorisation des missions « historiques » de la profession, à savoir le soins et l'université. Le primat, revient de loin à la clinique, qui est aussi la plus grande part des chefs de service (les entretiens la placent autour de 50% et les études autour de 45%). Un anesthésiste chef de service, témoignant au CH d'Albi dans gestions hospitalières explicite que, dans sa légitimité clinique repose « [s]a légitimité » (S.GARNIER, « L'aventure albigeoise », Gestions hospitalières, 2019). Il est suivi en cela par plusieurs confrères montpelliérains :

« Je suis quand même un médecin. Les gens respectent que je puisse résoudre les problèmes cliniques »

-PHU, homme, 36 ans, groupe de spécialités alpha

Le rôle clinique peut être vu comme une extension de la légitimité par la division du travail évoquée par FREIDSON. En effet, si la profession médicale est légitime à diriger de manière autonome du fait de la complexité de l'acte de soins, cette volonté de maintenir une activité clinique peut être comprise comme une volonté de légitimer la position par des critères professionnels. Cela rejoint l'idée de BECKER, (*Boys in white*, 1953 op.cit) pour qui l'expérience clinique est une légitimité majeure des choix au niveau du service, et est incorporée aux étudiants en médecine, souvent en opposant « le terrain » aux « livres ». Il est aussi possible de rappeler que FOUCAULT, dans *La Naissance de la clinique* (FOUCAULT, 1963) assimile à la naissance de la clinique les débuts d'une légitimité sociale de la médecine, qui, en jugeant le vivant et en objectifiant ce jugement, va définir le normal et le pathologique au delà des corps par la suite. Pour préciser le rôle de la clinique, ce qui ressort des entretiens menés est bien résumé par les extraits suivants :

« Il n'y a pas, ou plus besoin d'être le meilleur clinicien. Par contre, il faut être bon (pause). C'est si ne qua none. »

-PU, 62 ans, groupe de spécialités alpha

« J'ai été désignée pour mon projet, mais bon il faut parfois montrer qu'on se débrouille (...) surtout par rapport aux praticiens qui étaient là avant. »

-PU, 45 ans, groupe de spécialités gamma

Derrière ce primat clinique très marqué et revendiqué, on trouve également une valorisation des fonctions universitaires. Celles-ci, il est vrai, se démarquent moins en termes de répartition du temps de travail et sont peut être plus variables selon le chef de service (v. plus haut). Cependant, elles sont bien plus légitimées que la mission managériale pour deux raisons : tout d'abord, cette valence est recherchée par les hospitalo-universitaires, et secondairement, elle est un facteur de régulation sociale important dans le service, car en régulant les carrières, notamment des internes, elle régule les personnes. La valence universitaire est donc un outil important de management médical. En effet, les enquêtes montrent toutes que les missions de recherche et d'enseignement sont recherchées par les hospitalo-universitaires (*« happy HU »*, AMPS, IGAENR/IGAS, op.cit), là où elles montrent que les chefs de service souhaiteraient réduire les missions de management (comprises dans les « tâches administratives »). En plus de cette première légitimation, la valence universitaire est beaucoup utilisée dans le management médical, en complément de la valence clinique.

« J'ai le plus haut diplôme universitaire. On peut débattre et discuter, mais en termes de clinique, la décision et la responsabilité me reviennent. »

PHU, homme, 36 ans, groupe alpha

Si les mécanismes liant fonctions universitaires et management seront développés dans la partie qui suit, l'invocation du diplôme universitaire (l'habilitation à diriger les recherches, HDR) montre que les fonctions de recherche sont tout à fait légitimes, et servent justement à être invoquées lorsque l'autorité managériale peut fait défaut et être contestée.

Dès lors, on constate bien un primat des missions cliniques et universitaires sur la mission de management, en raison d'une culture professionnelle qui distancie le management « gestionnaire » et y supplée ses propres codes.

C'est dans ce contexte que la fonction de chef de service est confondue avec celle d'hospitalo-universitaire. Les HU en effet, sont formés à une culture professionnelle où ils présentent une multiplication des légitimités, leur permettant d'exercer un management spécifique, dérivé des composantes identifiées de la culture médicale.

2) Le rôle d'HU, souvent confondu avec celui de chef de service, amplifie cette culture médicale en développant une gestion empreinte des codes professionnels

Tout d'abord, en CHU, le rôle d'hospitalo-universitaire est complètement assimilé à celui de chef de service, tant par les intéressés que par l'établissement. Or, ces derniers assimilent totalement les valeurs professionnelles médicales, dont ils représentent une élite, ce qui les amène à développer un management « médicalisé » employant leur légitimité dans le champ médical.

Encadré 1 : Les statuts hospitalo-universitaires

Ces statuts sont définis par le Décret n°2021-1645 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, ainsi que par l'article D6151-1 du Code de Santé publique.

Le premier poste hospitalo-universitaire est celui de Chef de Clinique. D'une durée de 2 ans renouvelables une fois, le Chef de clinique est nommé par décision conjointe du DG de du CHU et du directeur d'UFR médecine (« doyen ») sur proposition du chef de service dans les deux ans suivant son diplôme d'études spécialisées (DES). Comme il sera analysé par la suite, la plupart des chefs de service, et en particulier les HU, ont effectué un clinicat (enquêtes Jeunes médecins, 75% des HU ont fait un clinicat). Les Chefs de clinique sont chargés en plus de leur mission clinique de l'enseignement aux étudiants hospitaliers aux internes, ainsi que de leur encadrement (la plupart du temps par délégation du chef de service).

Les Chefs de cliniques ont accès au deux tiers, par concours dédié, des places de MCU-PH, le second poste hospitalo-universitaire. Ces postes sont ouverts au titulaire d'un diplôme de master ou équivalent et consiste en un poste à temps plein permanent au contraire du clinicat. Les candidatures sont étudiées par le CNU réuni en sous-section et leurs délibérations sont arrêtées par le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Les admis au concours peuvent ensuite candidater sur des postes mis au concours, après avis de l'UFR et de la CME. Ils sont stagiaires un an puis titularisés.

Troisièmement, on retrouve le statut de PU-PH. Le concours est ouvert aux Chefs de clinique, aux PH-U (et aux anciens chefs de clinique et PH-U), aux MCU-PH justifiant de deux ans au moins de fonctions effectives, ainsi qu'aux professeurs associés. Un concours est réservé aux MCU-PH ayant dix ans d'ancienneté titulaires d'un doctorat d'Etat et d'une habilitation à diriger les recherches (HDR). Les candidats doivent également remplir une obligation de mobilité, d'un an d'activités de soins, d'enseignement ou de recherche en dehors du CHU dans lequel ils sont affectés (ou ont été affectés en dernier lieu pour les CC). Les concours ont lieu par discipline selon des modalités similaires à celle des MCU-PH. Les PU-PH sont nommés par Décret du Président de la République et les postes pourvus comme pour les MCU-PH.

Ces trois fonctions sont prévues pour former une carrière fluide comme l'attestent les dispositifs de reprise en compte de l'ancienneté pour l'avancement d'échelon lors du passage à un nouveau corps, et les voies de concours spécifiques prévues. Ils constituent un « *cursus honorum* » (complété par des dispositifs comme le PH-U) d'expertise clinique, scientifique, d'enseignement mais également attestent d'une reconnaissance à l'échelle de l'établissement, de la faculté ainsi que nationale (Conseil National des Universités).

Les PH-U sont des postes non titulaires dédiés au PH ayant exercé un clinicat leur permettant d'exercer par la suite des fonctions universitaires (ouverture du concours de Pu-PH). Leurs candidatures sont examinées une première fois par l'UFR et la CME, puis par

une commission du CNU, avant d'être nommés par décision du DG et du doyen. Ils sont rémunérés sur la base de la grille des PH (en plus de quelques primes) ce qui permet d'en faire une voie supplémentaire d'accès aux postes de PU-PH sans la nécessité de créer un poste de MCU-PH si celui-ci est déjà occupé.

Enfin les fonctions hospitalo-universitaires comprennent le consultanat, ouvert aux PU-PH ayant bénéficié d'une autorisation de prolongation d'activité. Poste honorifique et d'expertise, il permet au praticien après signature d'un contrat d'objectif avec le DG du CHU (soumis pour avis au PCME et du doyen) d'exercer des fonctions d'expertise dans un autre établissement. Ils sont nommés par le DG de l'ARS.

Le rôle d'HU et le rôle de chef de service sont d'abord assimilés par les intéressés. Cela se manifeste particulièrement au cours de leur procédure de nomination et de leur volonté d'être nommé. Faisant preuve d'un pragmatisme fort, mais de motivations parfois difficiles à cerner, tous les chefs de service interrogés, que leur but soit la portée universitaire de leur travail ou au contraire un pouvoir organisationnel, mobilisent la carrière hospitalo-universitaire pour devenir chefs, et vice-versa.

(Meneur d'entretien) : « Vous avez de grands engagements dans l'enseignement, c'est assez impressionnant »

« Oui, en plus on me dit que je suis pas mauvaise alors c'est pas mal ! »

« C'est une appétence de votre part ? »

« Ah non, pas du tout (...) ça a même tendance à m'ennuyer. Mais on me dit que je suis bonne. Et puis surtout c'est un positionnement de carrière »

-MCU-PH, nommée PU-PH prochainement, 36 ans, groupe de spécialité « bêta »

Ici, on peut voir un exemple de pragmatisme très fort, avec une très probable future cheffe de service très investie dans les fonctions universitaires pour « faire avancer la carrière ». D'autres exemples montrent encore mieux la fusion qui est faite entre la chefferie et la carrière hospitalo-universitaire :

« Et, pourquoi avoir choisi la spécialité « gamma » ?

« Ca va vous paraître cynique (rires) (...). J'étais (spécialité alpha). Je suis allé voir le doyen de l'époque ; je lui ai dit : « dans quelles spécialités je pourrais devenir PU ? » il m'a dit [spécialité gamma]. Aujourd'hui d'un point de vue universitaire ça me passionne, mais à la base c'était pour être chef. »

« Mais, pourquoi cette volonté ? »

« Il n'y a personne au dessus (...). »

-PU, 62 ans, groupe de spécialités gamma

A l'inverse, d'autres interrogés, plus nombreux, considèrent les responsabilités de chefferie comme collatérales aux fonctions hospitalo-universitaires, ne « faisant pas la distinction ». La plupart des motivations à devenir chef, lorsqu'elles ont pu être exprimées clairement, sont la volonté de n'avoir personne au dessus de soi (4/10), à égalité avec la volonté de développer scientifiquement son service (4/10), et enfin la « responsabilité » devant un service dysfonctionnel ou que personne n'a repris (2/10). Ces résultats montrent que le chef de service est un HU en ce que les objectifs sont souvent mélangés comme on a pu le voir. Cette perception est sans doute aggravée par la personnalisation forte qu'induit la procédure de nomination comme HU/ chef de service. En effet, loin de se borner à un avis du chef de pôle et à une décision du directeur général pour quatre ans, cette décision revient la plupart du temps au « patron » en place. Décrite par O. HALL (O.HALL in C. HEZLICH, 1970), la progression de carrière hospitalière en France est un processus long amenant une réelle filiation entre l'ancien « patron » et le futur, une amitié durant souvent après la prise de fonctions, mais aussi en une responsabilité décrite par BOURDIEU (P.BOURDIEU, Homo academicus, 1984) qui rend le service responsable d'un véritable patrimoine scientifique :

« Ca m'a fait très plaisir de retourner au service, et d'être reconnu par une interne qui ne m'avait jamais connu (...) elle exerçait formidablement bien et j'ai eu l'occasion de lui dire »

Ancien consultant et PU-PH, homme, 72 ans, groupe de spécialités « alpha »

Il résulte de cette filiation, du fait que le service soit un patrimoine transmis de personnes en personnes, d'une part une légitimité « charismatique » pour F. PIERRU (PIERRU, 2013) typique du management médical mais que nous identifierons davantage à une légitimité symbolique (cf. infra). Cependant, il en découle surtout une très forte personnalisation du service, mais aussi des fonctions de chefs : ce dernier, dans des contours flous, représente un cumul de légitimités pour le service, et ne perçoit pas différemment les différentes missions qui lui incombent, les voyant comme des éléments de sa carrière médicale et du développement scientifique qu'il souhaite impulser à sa discipline. Cette assimilation complète du rôle de chef au rôle HU est reprise de manière

institutionnelle, en témoigne le passage de projets de service devant des instances validant les candidatures hospitalo-universitaires alors que les personnels du service n'en ont souvent pas eu conscience :

« Vous avez fait un projet de service ? »

« Oui, d'ailleurs je l'ai présenté devant la commission de vie hospitalière »

« Je ne connais pas cette instance, elle consiste en quoi ? »

« C'est pour devenir HU (...) y siègent en gros plusieurs HU et ils valident la candidature en interne avant de proposer au CNU, à l'université, etc. »

-PHU, homme, 36 ans, spécialité alpha

Ainsi, les instances du CHU avalisent la fusion du projet scientifique et d'organisation pour la discipline, ce en quoi a constitué le projet de service susmentionné, et l'accession aux responsabilités HU. Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce dernier n'a pas été présenté au service : le chef est donc dans un rôle où il va défendre une organisation et un projet non défini directement auprès de ses collaborateurs, médicaux ou non.

Le rôle de chef de service est donc fortement assimilé au rôle d'HU, par la nomination et la personnalisation des différentes fonctions. Or, ces fonctions hospitalo-universitaires, par le parcours qu'elles exigent et ce qu'elles représentent, constituent une élite de la profession médicale, et amènent à utiliser les légitimités issues de la profession au delà de mécanismes de management plus classiques.

Encadré 2 : Devenir chef de service

A partir des entretiens, il a été possible de dégager un *cursus honorum* des chefs de service (ou futurs chefs de service), réalisé par tous les chefs de service HU interrogés :

Être capable de fournir une grosse capacité de travail, être un bon clinicien

Avoir un résultat brillant à l'internat, le résultat moyen étant autour de 1000 ou moins⁴

Être remarqué par le chef de service actuel pour sa qualité de travail, sa motivation pour la spécialité ou son appétence pour une carrière hospitalière. Il est important d'avoir une bonne articulation générationnelle afin que le chef de service projette sa succession sur le long terme (environ 10 ou 15 ans d'écart, afin d'arriver vers 40 ans à la chefferie)

Se rapprocher du chef de service en poste, qui la plupart du temps va diriger la thèse d'exercice tout en prodiguant des conseils de carrière

Effectuer une mobilité internationale (de préférence dans un lieu en relation avec le chef de service qui parraine)

Effectuer un clinicat dans le service demandé, de 2 à 4 ans selon les disponibilités de poste

Effectuer sa thèse de sciences (« P.H.D »)

Passer son habilitation à diriger les recherches (HDR). A ce stade, le futur chef de service est mis par le chef de service en positionnement « d'adjoint » : de manière plus ou moins explicite, il accompagne le chef dans ses réunions, récupère un bureau à côté, se voit déléguer certaines responsabilités (plannings, voire recrutements).

Contacté en amont les affaires médicales et l'université pour structurer un projet d'ouverture de poste.

Attente du départ du chef, la plupart du temps à la retraite (bénéfice du consultanat) mais pas exclusivement.

En effet, les chefs de service forment, en étant issu du corps des HU, une élite hospitalière. Ils cumulent les légitimités liées à la profession médicale: celles de l'expérience clinique, par des résultats à l'internat très élevés et la reconnaissance de leurs pairs. Ils bénéficient également de la légitimité universitaire, reconnu par un HDR, qui les habilite à diriger les recherches. Enfin, la légitimité symbolique du « patron » s'étend à tout le champ hospitalier: la médecine étant une science se démarquant par le rôle de la vocation et une légitimité sociale forte, les « patrons » médicaux, comme le montre P. BOURDIEU (Homo

⁴ Pour établir ce classement moyen, il a été considéré pour les concernés par le système de l'internat sud/internat nord que le classement retenu serait identique. En effet, si le classement aurait pu être multiplié par deux, les concours sud/nord ne contenant grossièrement que la moitié des étudiants en médecine, il a été considéré que l'augmentation des candidats, par l'augmentation des étudiants concernés (croissance du nombre des étudiants en médecine et croissance des spécialités concernées)

academicus, op cit.) profitent d'une légitimité scientifique mais aussi symbolique aux yeux de leurs collaborateurs, mais aussi des patients (C. HERZLICH, Santé, maladie et société, 1970).

Ce cumul des légitimités, notamment celles valorisées par la profession médicale, permet au chef de service de « gérer » son service en dehors du répertoire managérial classique.

D'abord, la force symbolique permet aux chefs, y compris lors de situations collégiales comme le « staff », d'orienter les présentations par leur présence, comme le montre le cas extrême suivant :

« Tous les cas sont discutés collégalement. Mais bon, vu que c'est moi qui ait recruté tout le monde, je sais qu'a priori ça ira dans mon sens (rires) »

-PU, homme 62 ans, groupe de spécialités « gamma »

Parfois, et cela dépend de la spécialité, notamment en chirurgie, le staff est orienté plus directement :

« Encore une fois, je considère que j'ai le plus haut diplôme (...) ça n'a que rarement besoin d'arriver, mais si j'avais à le faire, je le ferais de manière plus directe »

-PHU, homme, 36 ans, spécialité « alpha ».

Au delà de cette force symbolique, le chef de service exerce un fort pouvoir sur les carrières. Le cas le plus évident est le système de « parrainage », s'établissant dans une relation réciproque « maître-disciple » comme le montre O.HALL (in HERZLICH, 1970, op cit.). Ce dernier, au delà d'une simple relation de travail, s'établit sur la correspondance d'un projet scientifique et débouche en général sur une amitié et une relation dépassant l'expérience hospitalière.

« Aujourd'hui, avec XXX, qui a été mon patron, on se tutoie –parfois ce n'est pas le cas- ! On se voit souvent même aujourd'hui, c'est une réelle amitié (...) je n'en serais pas ici sans lui »

-Ancien PU, 72 ans, groupe de spécialités « alpha »

Ce dernier, en l'absence de formation au management (cf. infra), constitue souvent le référentiel dans la manière de gérer un service, qu'il soit positif ou négatif :

« Alors je m'inspire de certaines choses : je pense que ce qui est bien chez M. XXX⁵ c'est qu'il voit toujours le positif chez les gens. Par contre je ne reprends pas tout (...). Attendre trois heures dans la salle d'attente, c'est des choses que j'ai vécues et que je voudrais pas faire vivre quand je reprendrai un service... »

-MCU-PH, femme, 36 ans, groupe de spécialités « bêta »

Ainsi les entretiens ont démontré que dans la totalité des cas, le chef de service choisissait son successeur, et que les rôles de proposition du chef de pôle mais aussi la signature du Directeur Général, de même que la date limite de quatre ans, semble assez formelle mais peu matérielle. La légitimité médicale des chefs peut également s'exercer de manière négative sur la carrière. En effet, si nous n'avons pas constaté au cours des entretiens, de situations issues de nos pré-notions sur un chef de service « plombant » un collaborateur, mis au ban de la communauté médicale, on retrouve le mécanisme d'interaction relevé par FREIDSON (FREIDSON, 1970, op.cit). En effet, le chef de service n'ayant pas d'autorité hiérarchique reconnue sur ses confrères, et le respect de l'autonomie professionnelle constituant une valeur cardinale de la profession (cf. plus haut), la stratégie pour marquer une distance avec un collaborateur consiste à l'ignorer, le chef de service faisant usage de sa légitimité et de son rôle universitaire :

« Cette collègue, là, ça ne marchait pas du tout, avec aucun des membres de l'équipe. Alors (...) j'ai fait la pire chose que je pouvais lui faire (...) l'ignorer. Comme elle n'apprenait pas, elle est partie d'elle-même »

PU, 62 ans, groupe de spécialités « gamma »

En effet la stratégie de gestion des chefs de service comporte également pour les membres de leur équipe une dimension réelle, celle du recrutement et de l'avancement de carrière. Ce dernier est, tant dans ce qui est constaté dans les entretiens que dans l'article de O. HALL, tributaire d'un « parrainage » par l'ancien chef de service. Au delà du rôle formel du Directeur Général, qui nomme pour quatre ans les chefs de service sur proposition du

⁵ Comme le montre le vouvoiement et le « Monsieur », la relation est parfois plus distante mais constitue toujours une forme de reconnaissance mutuelle portée même après la nomination

chef de pôle, c'est avant tout le chef de service précédent qui propose son successeur, identifié pendant son internat ou dès sont externat (cf. encadré 2) :

« Vous savez à qui vous transmettez le service ?

-Bonne question ! Là j'ai repéré un externe qui a l'air bon et plutôt hospitalier. Il faut que je le motive ! »

-PU, 45 ans, femme, groupe de spécialité « gamma »

Enfin, une démonstration du rôle de la légitimité médicale, incarnée par le statut de PU-PH, dans le management *sui generis* des chefs de service se trouve dans l'exemple des cheffes de service non HU que nous avons interrogé.⁶ En effet, l'une d'elle, confrontée à un environnement de service difficile, a été la seule praticienne à avoir demandé un appui de la Direction des Affaires Médicales pour gérer les conflits. Ces difficultés, qui trouvent leurs résolutions par la légitimité hospitalo-universitaire et les différents couples légitimité/pouvoir qui en découlent, n'ont en effet pas pu trouver de solution « en interne », là où un usage des codes inscrits dans la culture professionnelle médicale auraient pu appuyer la résolution de conflits. Cette situation a été aggravée, selon l'entretien par la conservation par l'hospitalo-universitaire de certaines prérogatives attachées à sa fonction.

« C'est vrai que des fois ça facilite pas la gestion courante (...). Je suis un peu la mère et lui le père quoi, ce qui est ingrat c'est pour moi mais les congrès c'est plus pour lui (...). Je comprends mais c'est important pour le service –et puis pour moi (rires) – que je puisse être présente aussi ».

-PH, 43 ans, femme, cheffe de service de spécialité « gamma »

Ainsi, la culture professionnelle médicale valorise des conduites et interactions très différentes de celles de la fonction managériale classique, alors qu'elle peut se construire à l'hôpital dans un positionnement de mise à distance de la culture gestionnaire, au profit d'une culture médicale professionnelle dans tous les sens du terme. Cela est d'autant plus vrai que la désignation et l'exercice des chefs de service se fait via des codes très professionnalisés, ceux de l'accès à la fonction de HU, qui amplifient ce phénomène. La valence managériale des Chefs de service est donc distanciée et peu identifiée par les acteurs au profit d'un « management médical » qui joue des codes de la profession.

⁶ Le processus et le contexte de leurs nominations seront développés par la suite.

Cette distanciation et ce flou sont à remettre dans le contexte de pratiques variées et très peu définies. Cela amène donc une indéniable indépendance des Chefs de service, maîtres des codes de la Profession et légitimes à coordonner leurs confrères, qui reconnaissent en eux des critères qu'ils respectent (scientificité, art clinique, expérience) au sein d'organisations plus réticulaires et interpersonnelles. Le chef de service est donc bien un « manager malgré lui », puisqu'exerçant des fonctions managériales mais sans les reconnaître et en s'en défendant.

Toutefois, à l'aune de réflexions renouvelées autour de l'organisation hospitalière, il paraît difficile de faire l'économie d'une plus grande formalisation et d'une clarification des missions, en somme l'autonomisation d'une fonction de chef de service.

2 Chapitre second : Autonomiser la fonction managériale au sein de la profession médicale pour répondre aux enjeux

Dans un second temps des enjeux émergent autour de la fonction de chef de service : d'abord, par un renouvellement du débat lancé durant l'adoption de la loi HPST, en réalité revenant à des débats depuis 1941, de l'intégration des médecins dans la chaîne hiérarchique commune de l'hôpital et ensuite, à l'inverse, par les critiques formulées par le monde hospitalier autour d'une fonction managériale qui serait insuffisamment assumée par les chefs de service (I). Enfin, ces critiques invitent à bien distinguer et clarifier la fonction managériale comme composante de la profession médicale, par la réglementation et en outillant adéquatement ceux qui les exercent (II).

I/ Les enjeux émergents autour de la fonction de chef de service invitent à penser la fonction de manière autonome des autres missions au sein de la profession médicale

La fonction de chef de service est depuis la crise COVID, et le Ségur qui l'a suivi, beaucoup discutée. En effet, tant à travers la question de la médicalisation de la gouvernance que de celle de la managérisation de la médecine, mais aussi par les attentes du milieu hospitalier, les enjeux semblent appeler à un développement plein des fonctions managériales au sein de la profession médicale (A), et ce alors que malgré des adaptations organisationnelles au modèle idéal-typique, le sujet reste approprié très différemment par les Chefs de service eux-mêmes (B).

A/ Les débats autour de la fonction de chef de service semblent appeler à une reconnaissance de la mission d'organisation pour répondre aux enjeux de management d'équipe

Les débats actuels, qui rejoignent des débats plus anciens autour de la place du médecin dans la gouvernance, semblent devoir être synthétisés dans une autonomisation du rôle managérial du chef de service, mais au sein de la profession médicale (2). Cela est d'autant plus vrai que la demande d'un réel management de proximité est de plus en plus exprimée par les acteurs hospitaliers eux-mêmes (1).

1) Des enjeux hospitaliers nombreux invitent à réformer et valoriser le management de proximité du service

Tout d'abord, comme il a été vu plus haut, les chefs de services eux-mêmes, s'ils marquent un attachement à certaines de leurs missions semblent critiques de leur répartition. Les enquêtes citées plus haut (AMPS, Happy HU, rapport IGAENR/IGAS, rapport Jeunes médecins) apportent en effet des précisions sur une organisation qui semble ne pas convenir aux intéressés. Vient d'abord la question du temps gestionnaire, jugé trop important par ces enquêtes. En complément des rapports, celle-ci a été abordée en entretien. Les chefs de service se sont par exemple déclarés favorables, sinon à une réduction de ce temps, à une meilleure division de leur travail gestionnaire, notamment par un meilleur accompagnement administratif, mais surtout par du temps de secrétariat et des personnels formés à ce poste. En raison de cette mission, souvent peu désirée les carrières sont jugées peu attractives, notamment en centres hospitaliers, où les recrutements ne sont pas accompagnés de valence hospitalière et universitaire. La fonction, dont les conditions de nomination obéissent principalement à celles de l'université, donc des nominations souvent jusqu'à la retraite, gagnerait pourtant en attractivité à apparaître comme évolution possible pour les praticiens universitaires (PH) non universitaires qui souhaiteraient s'investir dans le développement de leur service, tout en offrant aux universitaires la possibilité de se concentrer sur d'autres fonctions leur paraissant plus intéressantes. La solution, si elle a pu rencontrer des oppositions lors des entretiens du fait de l'utilisation par les chefs de service d'un management professionnalisé (cf. plus haut), a également été retenue par certains chefs :

« La grande question que vous allez me poser, j'imagine, c'est la grande question (...) : 'est-ce que le PU doit être chef?' (...) j'avoue que je n'y vois rien contre, en revanche il faut voir, car il faut pouvoir mettre en lien la direction scientifique et celle des hommes et femmes »

-PU, 42 ans, homme, groupe de spécialité « alpha »

« Moi je pense que le fait que ce soit automatique, ca n'est pas pertinent (...) ca pourrait tout à fait être un moyen de progresser pour le PH, de s'investir (...). »

-PH, 62 ans, femme, groupe de spécialité « alpha »

En plus des acteurs médicaux seniors, la problématique est également appropriée par les collaborateurs des chefs de service. Le besoin de réformer la chefferie de service est en effet approprié par des syndicats d'internes, notamment l'Inter-Syndicale Nationale des Internes (ISNI). Celle-ci, engagée contre les affaires de harcèlement, comme à Poitiers (article le quotidien du médecin du 15/7/2022), devrait prochainement sortir un rapport sur les quatre missions des chefs de service, dont l'enchevêtrement ne permet pas l'exercice plein et efficace (R. PIERRONNET, G. CASANOVA, Management avenir & santé n°2021/1 (N°8)). Enfin, même si des entretiens avec les intéressés auraient permis de confirmer cette hypothèse, l'articulation avec les personnels soignants, et notamment les cadres de santé, doit être améliorée. En effet, les relations avec le cadre de santé, réglementairement celles d'une collaboration proche, sont chez plusieurs entretenues distantes voire celles d'une collaboration asymétrique, bien illustrée par l'échange qui suit :

« Vous collaborez avec le/la cadre de votre service ?

-Oui bien sûr, sur beaucoup de sujets, je suis amené à donner mon avis sur les recrutements infirmiers, mais aussi de secrétaires etc. !

-Et quant à vous, les recrutements médicaux sont décidés en staff, c'est bien ça ?

-Oui, tout à fait (...)

-La cadre est là ?

-Pas ceux [les staffs] où on fait les recrutements, non »

-PU, 62 ans groupe de spécialité gamma

On voit donc ici clairement que dans les pratiques de certains services, le cadre est amené à collaborer avec le chef de service sur ce qui relève de sa compétence, mais à l'inverse ne pas pouvoir donner son avis sur les recrutements médicaux, dans ce qui relève d'une asymétrie importante et d'une distance forte quant aux préconisations du Rapport CLARIS, « Mieux manager pour mieux soigner » qui préconise de faire de cette articulation un « attelage managérial central » à équivalence. Toutefois, malgré des propositions pertinentes, ce rapport doit être complété à la fois par la poursuite de cette dynamique mais aussi une clarification de certaines articulations (cf. II B).

Dans un contexte où les conditions de travail sont un grand facteur d'attractivité pour l'hôpital public (v. par exemple, Samia BENALLAH, Jean-Paul DOMIN. Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?. La Revue de l'IRES, 2018) les enjeux de management sont donc particulièrement importants. Cela est particulièrement vrai alors que le service représente souvent pour la plupart des soignants la réalité la plus tangible de leur passage à l'hôpital. Il semble donc nécessaire de réfléchir à un modèle de chefferie de service permettant, en reprenant les outils de la profession médicale, de développer la mission de management des chefs de service.

En effet, les débats autour de la gouvernance médicale semblent devoir se stabiliser autour d'une « troisième voie » entre intégration dans la « chaîne hiérarchique gestionnaire » (F. VINCENT et al., La Casse du Siècle, 2019, op.cit) et indépendance totale. En effet, dans La Casse du siècle les auteurs reprennent la thèse avancée par Frédéric PIERRU de l'intégration gestionnaire. Ainsi, les politiques publiques régulant l'hôpital auraient pour effet de réaliser une intégration des médecins dans les chaînes hiérarchiques sur des critères gestionnaires, notamment médico-économiques (la création des pôles, qui font des médecins des acteurs des arbitrages budgétaires de l'activité médicale en est souvent cité comme l'exemple emblématique). Certains arguments de cette perspective, qui viserait à rapprocher la chaîne hiérarchique médicale, différente comme on l'a vu, de la chaîne hiérarchique générale de l'hôpital, reprennent le point de vue d'E. FREIDSON dans la Profession médicale (op.cit) : la profession serait définie uniquement par son importance sociale, et non par une complexité intrinsèque qui légitimerait son autonomie. Dès lors, la hiérarchie médicale serait héritière d'un corporatisme, d'une relation symbolique historique et sociologique entre la médecine et les classes dominantes, décrite par P. BOURDIEU pour les années 70 (P. BOURDIEU, Homo Academicus, 1984). Cependant, la culture médicale semble aussi un facteur régulateur des services (cf. supra) nécessaire aux chefs de services, aussi la disparition de référentiels professionnels, en somme le passage à une organisation plus mécanique au sens de MINTZBERG (H.

MINTZBERG, voyage au centre des organisations, op.cit) semble peu probable à court terme.

D'un autre côté, à la manière d'une actualité souvent ressassée, certains acteurs publics, à la manière, récemment d'Eric CIOTTI, plaident pour une direction des hôpitaux par les médecins. Cette thèse est reprise en partie par plusieurs praticiens : particulièrement par les praticiens hospitalo-universitaires parisiens, prêts à défendre cette idée lors de mobilisations sociales (PIERRU, 2013, op.cit), ou un praticien interrogé. Cette position prendrait alors appui sur une argumentation basée sur la division du travail hospitalière, la légitimité clinique et la possibilité pour les médecins d'avoir le pouvoir d'émettre des jugements globaux sur les problématiques hospitalières. Elle s'appuie en partie sur la légitimité sociale reconnue à la médecine, dépassant le cadre scientifique fondamental en reprenant les codes dominants dans la société et le champ politique (BOURDIEU, 1984, op.cit). Cependant, évoquée une seule fois dans les divers entretiens, mais aussi alors que les médecins semblent plébisciter une réduction du temps gestionnaire (jeunes médecins, « happy HU », op cit.), cette solution semble peu adaptée. Par ailleurs, les dispositifs dérogatoires permettant aux médecins d'être nommés Directeurs Généraux de Centres hospitaliers ou d'Agences régionales de santé (ARS) existant déjà, mais la compétence de nomination relevant du Président de la République selon l'article 13-4 de la Constitution, cette solution semble relever d'un point de vue externe qui ne permet pas fondamentalement de « médicalisation » de la gouvernance, en ce qu'elle baserait seulement sur des critères professionnels une nomination dont le principe actuel malgré des défauts probables obéit à une légitimité politique mais aussi de concours, principe de base de la fonction publique (M. WEBER, Le Savant et le politique, 1922). Nommer des médecins Directeurs Généraux, la fonction ne laissant que très peu de disponibilité, et alors que la répartition des tâches des médecins semble déjà problématique pour ceux participant à la gouvernance, semble donc une disposition avant tout symbolique.

Ainsi, entre intégration gestionnaire et médicalisation symbolique de la gouvernance, une troisième voie semble devoir être explorée pour fonder le rôle décisionnel et organisationnel médical. Celle-ci, en conservant les outils et la culture hospitalière d'un rôle managérial des chefs de service, permet un rôle optimal dans l'architecture décisionnelle des centres hospitaliers pour relever les défis

Le statut de chef de service semble donc devoir garder ses spécificités mais les fonctions managériales s'affirmer au sein de la profession médicale, devant de nombreux enjeux exprimés par les professionnels, qui rejoignent des enjeux stratégiques pour les Centres Hospitaliers publics.

Or, ces enjeux semblent perçus différemment par les Chefs de service eux-mêmes, entre adaptation à des systèmes nouveaux et persistance d'une mise à distance du management.

B/ Une appropriation différenciée des enjeux de réforme de la fonction par les Chefs de service qui invite à mobiliser les dynamiques autour de l'affirmation d'une fonction de management

En effet, les Chefs de service, la plupart exerçant dans les spécialités les plus reconnues de l'hôpital, ne sont pas tous sensibles à la différenciation d'une fonction managériale, en mettant à distance la notion de management, malgré certaines adaptations et innovations (1). Cependant, deux catégories de Chefs de service semblent plus investies pour autonomiser le management : les Chefs de service dont l'investissement se porte au niveau institutionnel du CHU, et ceux dont les critères sociologiques et d'exercice les placent comme « dominés » dans les hiérarchie professionnelles (2).

1) La persistance des Chefs de service cumulant les légitimités professionnelles à mettre à distance le rôle gestionnaire n'empêche pas des adaptations

En effet, plusieurs critères semblent augmenter la mise à distance du principe d'une autonomisation du management chez les chefs de service. La plupart de ces critères sont en lien avec les critères de légitimité professionnelle. Ainsi, en reprenant la distinction effectuée sur la base des travaux de N. BELORGEY (2010, op.cit), le groupe de spécialité « alpha », qui est le plus légitime dans l'histoire récente par le prestige des spécialités représentées historiquement associées au concours de l'internat ancienne version, a eu tendance à mettre à distance davantage le management. Sur six interrogés faisant partie de ce groupe, 5 ont rejeté le terme de « management ». Quatre sur six ont également évoqué plus que la moyenne une gestion mobilisant des critères plus professionnalisés, voire directement le diplôme comme dans l'entretien déjà évoqué plus haut. Cela rejoint les théories de l'auteur, mais aussi celles évoquées par PIERRU (Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins, 2013, op.cit) avec un rejet fort de l'intégration à la chaîne gestionnaire et des missions jugées administratives. En reprenant l'hypothèse d'une distanciation du management par reprise de la division du travail, il n'est pas étonnant de voir que les répondants exercent des spécialités, notamment chirurgicales, où la division du travail est forte et où le travail de bloc doit permettre un travail précis orchestré par le médecin,

souvent chirurgien. Un rapport semble exister également, entre management plutôt « professionnalisé » et l'âge. En effet, là où seulement un des plus jeunes professeurs a semblé vouloir mettre à distance une autonomisation du management dans les missions de chef de service, c'est le cas de 4/5 des praticiens de plus de 55 ans. La proportion est la même pour l'évocation de critères professionnels dans leur management quotidien.

Toutefois, dans des discours désireux d'ancrer la fonction de chef de service dans une légitimité professionnelle et d'ancrer les responsabilités hors d'un rôle distinct de gestion, des aménagements existent. En effet plusieurs pratiques témoignent d'une évolution dans les pratiques de la chefferie de service sur laquelle des améliorations pourraient s'appuyer. En effet, on constate même chez les chefs de service les plus désireux de se distinguer de leur fonction gestionnaire des pratiques qui reconnaissent en partie cette dernière. C'est d'abord le cas avec la constitution d'équipes plus formalisées autour du chef de service.

« Maintenant que je vais reprendre le service, on va travailler avec XXX (...). Lui il a une valence organisationnelle, notamment sur les plannings, et je le consulterai sur les recrutements (...). C'étaient des tâches centralisées avant, et moi je pourrai faire plus de recherche. »

PHU, homme, 36 ans, groupe de spécialités alpha

On peut le voir avec cet exemple où une cheffe de service souhaitant développer au contraire son rôle managérial se définit en contraste avec son chef :

« Mon chef était interniste. Il m'a donné les clefs en main du service, moi j'en ai fait un empire, mais un empire selon mes principes, et notamment en en changeant la spé (sic) d'affiliation, et en instaurant des nouvelles pratiques. La seule chose qu'il m'a demandée, c'est de le faire après son départ à la retraite. »

-PU, femme, 45 ans, groupe de spécialités gamma

Enfin, ce constat d'une plus grande autonomisation de la fonction managériale, notamment en la déconcentrant d'une personne unique, se retrouve pour les praticiens plus âgés, qui organisent leur succession toujours de manière héréditaire et informelle, mais en confiant par exemple des fonctions différentes à leur successeur, comme pour ce praticien proche de la retraite :

« Moi c'est vrai que je faisais tout (...). Mais maintenant, je vois les choses un peu différemment. J'ai un successeur mais en réalité il récupèrera surtout la partie recherche, et il travaillera avec un autre praticien du service, qui s'occupera plus des parties administratives (...). »

-PU, homme, 62 ans, groupe de spécialités gamma.

On voit en effet, malgré une certaine résistance au changement (« moi je faisais tout », « faites ça après ma retraite), une certaine déconcentration du pouvoir organisationnel, qui, en étant soit compartimenté pour plusieurs personnes, soit distingué d'un système centralisateur pour la personne du chef de service, prend une importance reconnue, et au final un critère de perméabilité et de travail sur un rôle organisationnel mieux clarifié et défini.

Ce rôle organisationnel reste cependant mieux reconnu chez d'autres catégories de chefs de service, se saisissant davantage des enjeux hospitaliers. Leur réflexion est donc un outil important, en complément, pour construire une autonomisation et une efficacité du rôle organisationnel du chef de service.

2) Une reconnaissance et des projets plus marqués chez les Chefs de service de groupes de spécialités moins dominants et les chefs plus investis dans les instances

Premièrement, on retrouve en effet une plus grande implication dans l'autonomisation des fonctions managériales des chefs de service chez les chefs de service pouvant moins faire usage des outils de management médicaux. En plus de l'effet générationnel, on constate un effet statutaire, notamment les PH non U, qui constituent deux des entretiens (une troisième interrogée a été nommée PU récemment). Par définition, celles-ci engagent une réflexion sur l'autonomisation de la fonction managériale du chef de service par rapport aux fonctions cliniques ou universitaires. Nommées souvent en raison de désistements de l'hospitalo-universitaire (2/3), leur présence est rare puisqu'elles ne représentent que 6% des chefs de service du CHU. Cependant, cette autonomisation est objet de lutte, puisque certaines missions semblent se trouver « à cheval » entre les fonctions managériales et autres fonctions (par exemple universitaire), comme les actions de représentation du service à l'extérieur. Situation difficile

Ces PH appartiennent, de plus aux catégories « gamma » et donc a des spécialités plus dominées, avec une division du travail moins forte (psychiatrie, addictologie notamment, où les personnels infirmiers jouent un rôle développé dans les relations avec les patients ou dans l'éducation thérapeutique). A ce titre, les interrogées ont souvent un

rapport plus égalitaire avec les personnels paramédicaux, souvent impliqués sans asymétrie repérée durant l'entretien, voire même une solidarité marquée par l'humour lors de certains entretiens :

« Moi je suis plus proche des infirmières que de certains de mes confrères. Si j'étais cadre, je poserais des bombes ! (rires) »

PH, 62 ans, femme, groupe de spécialité alpha

Ces praticiennes sont également plus souvent des femmes (un travail sur la répartition genrée des spécialités médicales pourrait être intéressant pour étudier si le choix, probablement lui-même genré, de la spécialité médicale vient affirmer une position dominée dans le champ médical plus qu'il ne la définit, ou inversement). Comme décrit dans l'article de F. PIERRU, (« Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien » 2013b), les spécialités plus dominées sont souvent plus volontaires pour travailler avec l'administration et moins réfractaires à certaines formes d'intégration gestionnaire pour mener des projets. Les interrogées disent également se référer, dans les valeurs de leur service, aux valeurs du service public, et d'une mission commune (propre d'une organisation missionnaire au sens de MINTZBERG) plutôt qu'en proximité des organisations professionnelle et innovante, plébiscitées chez leurs confrères. Ce référentiel de valeur semble marquer un rapprochement avec les valeurs de service public, volontiers retenues comme communication explicite par la partie administrative de l'hôpital.

Si une action plus autonomisée autour du management, venant d'une position dominée dans le champ dominant du champ hospitalier, existe de même qu'une adoption stratégique des codes intégrés hiérarchiquement, une approche complémentaire peut être trouvée chez d'autres types de praticiens, ceux fortement impliqués dans la gouvernance hospitalière (chefs de pôles, participants aux instances ou émanations de la CME, participants aux groupes de travail).

En effet, une réflexion sur la fonction managériale est portée par un troisième type de chefs de service, ceux étant impliqués institutionnellement dans l'organisation hospitalière. Membres de plusieurs commissions, comme la CME, la Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), mais aussi souvent pilotes de groupes *sui generis* comme le groupe bien-être au travail (BEAT), ou encore la plate-forme d'innovation. Ils sont également ou ont été chefs de pôle (3/6). Ils reportent avoir plus de liens avec les directions fonctionnelles (score moyen de 2,5/3 contre 2,1/3 en fréquence

d'interaction). Souvent des spécialités bêta ou alpha, ils portent une vision d'une médicalisation de la gouvernance par l'investissement des canaux officiels. Ils revendiquent un management médical, notamment en ayant exercé eux-mêmes ces fonctions ou en se formant par les formations existantes. L'investissement est souvent vu comme une manière de peser pour son service mais aussi de faire entendre sa voix. L'audibilité est un critère souvent évoqué :

« Je dirais que j'ai fait ça dans un sens du devoir, mais il y a aussi une audibilité (...). Quand on est chef de pôle, on est plus écoutés, on peut mener plus de projets, c'est intéressant (...) ».

-PU, 55 ans, groupe de spécialités bêta

Cet investissement se fait dans la chaîne de hiérarchie gestionnaire, ce qui prend souvent une grande quantité de temps aux chefs concernés (souvent avec un temps de gestion supérieur à 25%). On constate à la fois une construction de légitimité différente du « tout-HU » des chefs les plus âgés et des catégories alpha, mais aussi une volonté de réflexion avant tout médicale sur la question du management. La CME a à ce titre engagé une réflexion sur le rôle des chefs de service.

Ainsi, bien qu'inégalement appropriée par les Chefs de service, une forme de réflexion sur la place du management, et une autonomisation de la mission au sein de la chefferie de service existe bien. Cela semble être un critère de maturité pour saisir les enjeux et prôner une réelle autonomisation.

A travers un travail de réflexion et de réglementation, pour clarifier ces fonctions, pour mieux former et outiller les chefs de service, une évolution à même de répondre au tournant, qui concerne tout l'hôpital, semble possible.

II/ Viser un exercice plus autonome de la fonction de chef de service : clarifier, reconnaître et outiller

A l'aune des problématiques abordées plus haut, une valorisation de la mission managériale au sein de la profession médicale semble être nécessaire, en s'appuyant sur les préconisations de rapports mais aussi sur le point de vue des chefs et de ceux dont ils organisent le travail. Ainsi, c'est d'abord le fonctionnement général du service qui doit être repensé, toujours dans une dynamique de clarification, autour de projets et d'équipes clairement définis (A). Le chef de service, pour en assurer le fonctionnement, doit donc assumer ses fonctions managériales et être outillé correctement pour cela (B).

A/ Une réforme du service : un projet clair, des équipes définies

Améliorer l'exercice des fonctions d'organisation des chefs de service suppose une double clarification : clarifier l'orientation du service pour les collaborateurs du chef à travers un projet de service, qui deviendrait le mode de désignation principal de ce dernier (1), et clarifier son environnement proche et les rapports qu'il entretient avec eux (2).

1) Un chef de service nommé sur un projet connu et clair

Pour rendre plus accessible la fonction, éviter au médecin hospitalo-universitaire d'être chef de service « malgré lui », mais aussi clarifier les orientations du service pour l'ensemble de ses collaborateurs, le chef de service devra être nommé sur projet de service. Celui-ci est défini sur huit ans et détaille les grandes orientations du service en termes d'offre de soins, de recherche, d'enseignement et de management. Tout praticien ayant 4 ans d'ancienneté peut proposer un projet. Celui-ci, après avis simple du cadre du service et du chef de pôle, est soumis au Directeur Général et au PCME qui l'acceptent, ou choisissent entre les projets si plusieurs sont déposés en même temps. Le règlement intérieur de l'hôpital définit les modalités de publicité de ce projet au sein du service pour tous ses agents et au sein des projets d'établissement, médical, et de management participatif (article L6143-2 et suivants du CSP).

Cette réforme permettra à la fois de formaliser un choix engageant du chef de service, qui ne pourrait alors plus être « manager malgré lui », et de poser clairement les enjeux liés à la chefferie de service. Elle s'accompagnerait également d'une ouverture de la fonction, puisque chaque praticien pourrait présenter son projet de service. Enfin, elle s'accompagnerait d'une nomination pour huit ans effective car non renouvelée automatiquement, offrant plus de souplesse.

Par exemple, X, HU chef de service, arrive à la fin de ses 8 ans de chef de service. Souhaitant se consacrer davantage à la recherche, il signe un nouveau contrat de service (v. 2, II, B) lui permettant de recentrer ses activités. Par ailleurs, Y, PH, apprécie son exercice clinique mais était à la recherche de nouvelles perspectives. Investi en tant qu'adjoint d'organisation puisqu'il était chargé de réaliser les tableaux de service, il décide de forger, sur la base des projets de l'établissement, de X, des autres HU mais surtout de son expérience en management, un projet dont il discute avec le cadre et le chef de pôle. Il peut exercer pendant huit ans de nouvelles fonctions, puis soit candidater de nouveau, laisser la place à X qui aura avancé sur son projet de recherche, ou à un nouveau chef de service.

Offrant résolument plus de libertés, et répondant aux attentes à la fois d'attractivité de carrières et de clarté du fonctionnement du service ce système présente cependant un point de vigilance par rapport au compagnonnage managérial qui serait plus difficile. Cependant, une reconnaissance des rôles complémentaires au chef de service, dans le service et en dehors, permettra de compléter utilement ces perspectives.

2) Un rôle mieux articulé au sein du service et en dehors

En effet, toujours dans une dynamique de clarification et de réponse plus efficace aux objectifs, il semble nécessaire de mieux articuler le rôle des chefs de service avec leurs interlocuteurs. Les premiers concernés sont ceux qui côtoient le plus le chef de service, et en premier lieu ses « adjoints ». Ceux-ci sont peu reconnus et pourtant une réalité dans la totalité des services rencontrés. A la fois candidats pour la succession mais aussi simplement par question d'appétence ou de ressources humaines pour organiser le service, ces derniers sont peu reconnus :

« C'est vrai que c'est un peu frustrant, tu dépannes et tu peux avoir une appétence organisationnelle, comme faire les tableaux qui sont signés par le chef mais parfois c'est pas reconnu (...). Moi il m'a repéré comme ça mais c'est dommage ça peut arriver que ton travail n'existe pas. »

-PU, 45 ans, femme, groupe de spécialités gamma

A ce titre, il semblerait intéressant de reconnaître ce rôle managérial, notamment en allouant une somme de 500 euros mensuelle au chef de service pour se constituer une équipe et rétribuer l'engagement organisationnel. Plutôt symbolique mais facteur

d'attractivité tout de même, cette somme viendrait sanctionner la réalité de l'exercice des fonctions managériales, comme la prime de chefferie de service (art D6141-5-1 CSP) a reconnu pour plusieurs chefs un engagement :

« La prime est symbolique, pour un salaire comme le mien (...). Mais au moins, ça veut dire que mon engagement existe, je ne suis pas je ne sais plus coordinateur de département ou quelque chose comme ça, j'ai des fonctions, une prime, j'existe (...). »

-PU, 55 ans, homme, groupe de spécialités gamma

Les adjoints pourraient être nommés tous les quatre ans par le chef de service, qui présenterait le projet d'organigramme au cadre pour avis simple puis en réunion de service dans des conditions définies par le règlement intérieur.

En plus des adjoints, il semble fondamental de mieux définir l'articulation entre cadre de santé et chef de service. En effet, alors que le rapport CLARIS semble s'axer sur une coopération autour d'un binôme, celle-ci prend trop souvent la forme d'un rapport asymétrique, comme on l'a vu plus haut. Ainsi, plutôt qu'un cloisonnement dans les chaînes hiérarchiques, qui pourrait être préjudiciable au bon fonctionnement du service, la voie de la construction d'un binôme de décisions intégré, reprenant une partie du modèle danois, semble préférable.

Ainsi, plutôt que de vouloir empêcher toute ingérence médicale dans les compétences paramédicales, il semble préférable de créer les conditions d'un exercice égal. Cela passe par une formalisation des décisions, notamment des envois de demande de recrutements, par les deux membres du binôme quelle que soit la profession concernée dans le service. Le tableau de service, affiché au même endroit dans le service, est signé par le chef et le cadre. Enfin, le cadre est impliqué dans le choix du chef de service par son avis simple. Cette articulation doit permettre d'égaliser les relations médicales et paramédicales, et de promouvoir un management de proximité, de personnes plutôt que par la division du travail comme définie par certaines pratiques du management médical (v. plus haut).

Enfin, une répartition plus efficace entre le pôle et le service doit donner un sens au retour jusque là discret du second. Le pôle semble devoir concerner son rôle dans la gestion de projets, et médico-économique, alors que le service se voit confier de nombreuses missions. Alors que le pouvoir d'organisation du Directeur Général permet une certaine souplesse, il serait toutefois utile de clarifier les missions du service, en décrivant, au-delà d'un « échelon de référence », les missions qui lui incombent directement, notamment

construction du projet de service en termes de recherche, d'enseignement, d'offre de soins et de management de proximité mais aussi de l'organisation des ressources humaines, en transférant officiellement la compétence d'arrêter les obligations de service au chef de service. Pour une circulation d'information plus optimale, mais sans surcharger les personnels impliqués dans des réunions obligatoires peu populaires, les règlements intérieurs pourront suggérer une fréquence de staff pôles/services, par exemple de manière mensuelle ou bi-hebdomadaire, et a minima en proximité des séquences de dialogue de gestion.

Encadré 3 : Le modèle danois de gouvernance du service

Au Danemark, les chaînes hiérarchiques sont unifiées, alors que les fonctions sont séparées. Ainsi, un médecin peut devenir Directeur Général d'établissement mais cessera alors toute activité clinique. Il en va de même pour le chef de service, qui cessera s'il est nommé toute activité clinique. Ses conditions de nomination reposent d'ailleurs sur sa propre formation en management, notamment par l'acquisition d'un master 2 en école de commerce par exemple.

Côté infirmier, le modèle est proche des cadres français. Cependant, d'un aveu unanime des personnes interrogées, la coopération est totale entre le chef médecin et le cadre, avec deux réunions par jour pour trancher sur les sujets. La division permet, au contraire d'une asymétrie, une complémentarité et un meilleur management de terrain.

Source : observations et entretiens réalisés par l'auteur au Danemark entre août et octobre 2021

Ainsi, le service sera bien clarifié, dans ses missions, définies par un projet clair, et dans ceux qui les exécutent autour d'un chef nommé sur un projet, de manière non définitive et sur des missions précises.

Mais, pour conclure, c'est bien en amenant les chefs de service à définir clairement leur mission managériale et son articulation avec leurs autres tâches, et en les outillant adéquatement, que les enjeux et les personnes liés à la fonction trouveront une réponse solide pour le management de proximité hospitalier le meilleur.

B/ Des Chefs de service aux missions clarifiées et mieux outillées

Pour finir, la mission managériale des Chefs de service a vocation à être mieux reconnue, principalement par une définition de leurs missions respectueuse de leur investissement et réaliste (1). Cette meilleure (re)connaissance invite à penser un meilleur outillage des Chefs de service tout au long de leur parcours pour leur permettre d'exercer le meilleur management de terrain possible (2).

1) Une reconnaissance réglementaire des missions réelles des Chefs de pour affirmer la valence managériale de la fonction

Il paraît en effet nécessaire, devant les variétés de pratiques souvent préjudiciables pour les professionnels mais aussi les chefs de service eux-mêmes, de définir et reconnaître la répartition réelle de leurs missions. Comme évoqué plus haut, la répartition libre du temps de travail a ses limites, amenant à négliger certaines tâches au profit d'autres, problématique à la fois pour les chefs de service qui souhaiteraient se consacrer davantage aux fonctions de recherches mais surtout d'enseignement, et pour les hospitaliers qui souhaiteraient voir un meilleur management de proximité. Ainsi, dans la lignée des préconisations du rapport IGAENR/IGAS, déjà cité plus haut, une contractualisation des hospitalo-universitaires sur quatre pour les PU-PH et MCU-PH, et sur deux ans pour les chefs de clinique. Ce contrat est signé par le Directeur de l'UFR de médecine (doyen), d'une part, et le Directeur Général et le PCME, d'autre part. Signé 3 mois *a minima* avant son entrée en vigueur, prévoira la quantité de temps allouée aux différentes missions : soins, enseignement, recherche et management si l'hospitalo-universitaire est chef de service (les conditions d'accession à la chefferie de service sont détaillées dans la section précédente). Cependant, pour garantir une allocation de temps suffisante aux missions de management, et s'assurer d'une chefferie de service effective et répondant aux besoins en management de proximité, la part de management si l'hospitalo-universitaire est chef de service devra être contractualisée au minimum à 20% du temps d'obligation de service. Si le chef de service est PH, le seuil d'obligation pourrait rester le même, et une possibilité d'allouer du temps à la recherche développée dans la lignée de l'ouverture de la recherche aux praticiens non universitaires.

Cette contractualisation permettra une meilleure allocation du temps de travail des chefs de service, plus en conformité avec leurs volontés. En leur permettant de sanctuariser une partie de leur temps à l'enseignement à la recherche, elle ne permet en revanche pas que cette sanctuarisation se fasse au détriment du management. Celui-ci, reconnu comme mission principale du chef de service, au même titre que les autres fonctions liées à la

profession médicales, devient une mission autonome. Ainsi, le manager médical l'est en conscience et non plus malgré lui. Afin de garantir sa bonne application, il est possible de réfléchir à une évaluation conjointe de ce contrat à expiration par le Doyen, le PCME et le DG sur la base d'une présentation de résultats du chef de service, notamment quant à son projet de service.

Mais, au delà de la question de la reconnaissance d'une mission de management, celle-ci doit être permise par un outillage adéquat des chefs de service.

2) Un outillage ambitieux pour concrétiser la mission de management des chefs de service

En effet, pour conclure, l'outillage des chefs de service semble devoir être d'abord un outillage humain, puis un outillage théorique. Pour le premier, il consiste principalement dans le développement d'une équipe, vu plus haut. Il pourrait être complété par une expérimentation des cadres administratifs de service, sur le modèle du pôle. Cette idée rencontre un succès important chez les interrogés, mais son profil reste à définir, entre cadre de type administratif ou secrétariat monté en compétences :

« Oui, un cadre administratif sur le mode des pôles, ça nous changerait la vie, pour toutes les tâches (...) la paperasse, j'ai quand même trois mails à gérer »

-PU, 45 ans, femme, groupe de spécialités gamma

« Ce n'est pas la peine (...) : regardez X, dans le service, elle est secrétaire, mais aussi au-dessus d'une secrétaire, elle a des compétences très développées dans plein de domaines mais aussi une vision (...) attachée au service »

-PU, 62 ans, homme, groupe de spécialités alpha

En complément de cet outillage humain, les chefs de service pourraient utiliser une formation théorique, en complément de leurs expériences de compagnonnages encouragées par la pratique du poste d'adjoint aux chefs de service. Le rapport CLARIS prévoit en effet l'obligation pour les centres hospitaliers de proposer aux professionnels exerçant des « postes à responsabilité » des formations au management. Le périmètre, encore une fois peu défini, peut être restreint dans un premier temps aux chefs de service, les subdivisions comme responsables d'unités fonctionnelles (UF) ayant des responsabilités en ressources humaines variables selon les établissements. Cette formation, selon un parangonnage réalisé auprès de 10 CHU et diffusé en interne au CHU de Montpellier, semble devoir être

de trois types en rapport avec les missions du chef de service. D'une part, afin de faciliter son positionnement, par le projet de service, au sein d'un projet d'établissement global et d'affirmer sa construction de projets en lien avec les pôles, une partie de la formation pourrait être développée sur la partie gestionnaire. Ce projet, en déclinaison du rapport CLARIS (objectif « développer une culture du management »), pourra être effectué avec les personnels paramédicaux pour permettre des échanges pluriprofessionnels lors de la formation. La dispense de ces connaissances pourra notamment être effectuée par des personnels internes à l'hôpital, comme les directeurs ou cadres administratifs, par exemple comme c'est le cas à Montpellier, avec la possibilité pour les soignants d'apprendre également aux cadres et personnels de direction administratifs sur leur métier.

Ensuite, pour répondre aux demandes du management de proximité, notamment la gestion de conflits il est nécessaire de proposer une formation, plus individualisée, notamment en lien avec des centres de formation continue. Les hôpitaux doivent se positionner sur des formations de qualité afin de les faire reconnaître par l'Agence nationale de formation hospitalière (ANFH), dans un contexte global d'excédents budgétaires de formation liés à la crise COVID. Enfin, sur le modèle de ce qui est fait à Lyon (GRANGER,L., RHF, 2022), un accompagnement personnalisé par un coach commun DRH/DAM pourra être envisagé pour accompagner les chefs plus en difficulté mais aussi les aiguiller sur un programme de formation adapté.

Ainsi, cet outillage permettra aux chefs de service, en complément de nouvelles équipes officielles, et au sein d'un service aux missions claires pour lui et ses collaborateurs, d'exercer au mieux ses fonctions.

Conclusion

Pour conclure, les chefs de service de CHU, au delà de textes aussi flous que le champ de la profession médicale, dans lequel ils évoluent, est très codifié ont bien, malgré des réticences, une mission de management. Mais, diluée car peu légitime, cette mission n'est pas à l'heure actuelle, assez autonome ou assez assumée pour permettre un management de proximité plus clair, simple, et ouvert sur les collaborateurs du service et d'en dehors. Sans abandonner les vertus du management professionnel, comme la déontologie, une certaine culture de l'excellence mais aussi dans certains services une forte entraide et un compagnonnage, il faut penser à un management dans le cadre de la profession médicale. Cela passe par reconnaître cette mission de management, et à la faire assumer par ceux qui désirent l'exercer. Mais, les dynamiques hospitalières voulant structurer un management de proximité étant fortes, y compris chez les chefs de service eux-mêmes, la position du Directeur doit donc bien être de promouvoir une mission managériale et une mise en responsabilité des chefs de service, en accompagnant un changement culturel et stratégique par des moyens humains, financiers, pour permettre de relever les enjeux qui sont nombreux.

Mêlant sciences sociales, management, et science administrative, ce mémoire a été passionnant à conduire en ce qu'il touche à une actualité importante du monde de la santé et a permis d'interroger des personnes passionnantes et passionnées par leur activité hospitalière, mais aussi pour certaines intéressées par le sujet du management, et donc riches de nombreuses idées. Il est vrai que la méthode de sociologie des professions, qui le traverse, gagnerait à être développées de deux manières, notamment dans l'exercice futur de l'EDH qui l'écrit : d'une part en pouvant interroger l'ensemble d'un service, et, peut être à la manière de BECKER, de manière immersive, afin de compléter le point de vue des chefs par celui des autres acteurs ; d'autre part en abordant en centre hospitalier général la question de l'attractivité de la fonction de chef de service, et en observant si présenter la fonction comme « valence » à part entière de la profession médicale suffit à attirer.

Enfin, à l'heure où l'ouverture des professions et des parcours à l'intérieur de l'hôpital semble se développer, il serait également intéressant de réfléchir aux autres « management professionnels » pouvant exister, et d'étudier si un « management hospitalier » commun existe.

Bibliographie

Articles scientifiques :

CASANOVA, G., PIERRONNET, R., 2021, « Bâtir l'hôpital de demain relève moins d'une question de rémunération que de management de sens » : interview de Gaétan CASANOVA, Président de l'Inter-syndicale nationale des internes », dans *Management & avenir santé*, n°8, pp 143-150

ETIEMBLE, « *MANDARINS* », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 12 juillet 2022. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/mandarins/>

GEORGELIN, A., 2022, « Et si on rendait la formation managériale obligatoire », dans *Harvard Business Review*, 11/7/2022

PIERRU, F., 2013, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans HIBOU B. (dir.), *La bureaucratization néolibérale*, Paris, La Découverte pp. 203-230

PIERRU, F., « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni* [En ligne], 82 | Automne 2013, mis en ligne le 05 octobre 2015, consulté le 01 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/745> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/quaderni.745>

Articles de presse

BUDET, J-M., 2022, « Management, le retour des valeurs », *Gestions hospitalières*, n°615, avril 2022.

DE MONTALEMBERT, P., 2019, « Les ordonnances de 58 », *Gestions hospitalières*, n°583

GARNIER, S., 2021, « L'aventure albigeoise. Parcours d'un médecin manager novice », *Gestions hospitalières* n°607

GALANOPOULO, L. 2022, « Harcèlement moral et maltraitance des internes au CHU de Poitiers : les anciens chefs frappés d'interdictions d'exercice », *Le quotidien du médecin*, 15/7/2022

GRANGER, S., 2022, « Un soutien sur mesure pour les managers médicaux : L'accompagnement des HCL », dans *Revue hospitalière de France*, n°604

VAREILLE, L., 2022, « Eric ciotti veut un médecin à la tête de l'hôpital de Nice », France bleu azur

Ouvrages :

BECKER, H. (dir.), 1976, *Boys in White : Student Culture in Medical School*, New Jersey, Transaction Publishers, 470p.

BELORGEY, N., 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La découverte, 2010.

BOURDIEU, P., 1984, *Homo academicus*, Paris, Les éditions de minuit, 344p.

DEDET, J-P., 2020, *La plus vieille faculté de médecine du monde : 900 ans d'enseignement de la médecine à Montpellier*, Montpellier, Sauramps Médicale, 240p.

FABIANI, J-N. 2018, *La fabuleuse Histoire de l'Hôpital du Moyen-Âge à nos jours*, 2018, Paris, Pocket, 272p.

FOUCAULT, M., 2015 (1963), *La Naissance de la Clinique*, Paris, Quadrige, Presses Universitaires de France, 300p.

FREIDSON, E., 1984 (1970), *La Profession Médicale*, Paris, Payol, 369p.

FREIDSON, E., 2001, *Professionalism : The Third Logic*, London, Polity Press, 2001

HERZLICH, C., 1970, *Médecine, Maladie et société*, Paris, Editions de l'EHESS, 210 p.

JUVEN, P-A., PIERRU, F., VINCENT, F., 2019, *La Casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'Agir, 185p.

Dit MOLIERE, POQUELIN, J-B., 1666, *Le Médecin malgré lui*, Paris, France, Gallimard, 160p.

MINTZBERG, H., 2004, *Le management : Voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, 704p.

Chapitre d'ouvrages :

HALL, O., « La carrière du médecin », dans HERZLICH, C., *Médecine, Maladie et société*, 1970, Paris, Editions de l'EHESS, 210 p.

PARSONS, T., « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », dans HERZLICH, C., *Médecine, Maladie et société*, 1970, Paris, Editions de l'EHESS, 210 p.

Rapports administratifs ou de recherche :

Enquête « Happy-HU », document interne au CHU de Montpellier

KERDJANA, L., VERDONK, H., HOURS, C., pour « Jeunes médecins » 2021, Résultats enquête attractivité des carrières hospitalo-universitaires

SCHERLINGER, M., TIHY, M., ALI, C., BIENVENU, T. C. M, pour l'Association Médecine/Pharmacie Sciences (AMPS), 2020, Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires

ROUSSEL, I., SIAHMED, H. (dir.), 2018, rapports n°2018-058 IGAENR et n°2017-129R IGAS, Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution

Textes législatifs ou règlementaires :

Code de Santé Publique : Articles L6143-2, L6143-2-1, L6143-2-2, L6146-1, L6146-1-1, L6146-1-2, D6146-5-1

Code de déontologie médicale : Article 8

LOI n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

LOI n°86-33 du 6 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

LOI n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret n°94-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires

Accords du Ségur de la santé ratifiés par le Ministre le 13 juillet 2020

Circulaire n°DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière

Travaux d'étudiants :

LEFEBVRE, Lucie, *Les « Héritiers » de la santé ? Analyse des étudiants en première année de médecine*, 2020, Sciences Po Lille.

TORCAT, M., *Les cas cliniques au XVIIIe siècle : quels liens avec l'évolution de l'enseignement médical ? Analyse de monographies médicales publiées et conservées entre 1706 et 1805 à la Bibliothèque historique de la faculté de Médecine de Montpellier*, 2021, Faculté de Médecine de Montpellier.

ZARNITSKY Benjamin, *Genre et management à l'hôpital* (Titre à déterminer), introduction, Mémoire de fin d'études, Sciences Po Toulouse.

Autres :

Discours de Michaël Delafosse pour les 800 ans de la faculté de médecine de Montpellier

MICHEL, Ernest, *Le Bureau de l'Association des Etudiants de Montpellier aux fêtes du Vie centenaire*, 1891, Faculté de médecine de Montpellier, consulté dans PALOUZIE, Hélène (dir.) *Duo Monument-Objets, Le 8e centenaire de la faculté de médecine de Montpellier, monuments historiques et objets d'arts d'Occitanie*, Direction des Affaires culturelles, 2021 Montpellier, 184 p.

Liste des annexes

ANNEXE I : Questionnaire destiné aux chefs de service HU (questionnaire « prof »)

Grille d'entretien Prof

Introduction : Origine et parcours

Âge

Lieu de Naissance

Profession des parents

Cursus éducatif complet (lycée) : lieu

Etudes de médecine : lieu, concours O/N, (classement ?), choix de spé

Carrière hospitalière (chef, HU, ...)

Date chefferie de service

Autres responsabilités occupées dans l'établissement

I/ Devenir chef de service

Comment êtes-vous formellement devenu chef de service ? : Décision du chef précédent ?

Consultation des collègues (concurrence) ? Rôle de la CME, du Chef de Pôle ?

Quand votre chef vous a-t-il annoncé que vous prendriez la suite ? Quand est-ce devenu officiel ?

Pourquoi avez-vous accepté/avez-vous voulu être chef de service ? A quel moment ?

Quels sont pour vous les qualités qu'on cherche quand on désigne un chef de service ?

Et quelles sont les qualités nécessaires une fois qu'on est chef de service ?

Avez-vous été formé par le CHU pour devenir chef de service ?

Avez-vous été formé par votre ancien chef pour devenir chef de service ? livres, pratique, formation continue, séminaires

Pensez-vous que vous vous inspirez du management de votre ancien chef : un peu, beaucoup, passionnément, à la folie, pas du tout ?

Savez-vous à qui vous transmettez le service ? Pourquoi ?

⇒ Demander CV

II/ Que font les chefs de service dans le cadre du principe de libre organisation ?

A/ La vérité des quatre missions

Quel temps consacrez-vous à vos trois + une mission :

-soin

-enseignement

-recherche

+management ?

Déléguiez-vous certaines de vos missions (avez-vous des adjoints ?)-> orga CME ?

Comment articulez-vous le travail avec la cadre de santé ? Comment sont prises les décisions en cas de conflit ?

Avez-vous des liens (rares réguliers fréquents) avec ces acteurs hospitaliers :

-CME

-Trio de pôle

-DAM

-DCGSP

-DRH

-DAF

-DRI

Effectuez-vous les missions suivantes (en tant que cheffe de service)?

Missions institutionnelles :

-participation au projet d'établissement (projet médical, projet de management institutionnel...)

-participation dans la démarche qualité (remontées d'EIG)

-accueil des étudiants (que internes ? étudiants infirmiers ?)

-présentation de projets en instance (COPROJ ?)

Missions déléguées

-rédaction des tableaux de service (déléguées par pôle)

-points avec le chef de pôle (collégial ?)

Mission de management « terrain »

-évaluation, gestion de conflits

(B/ Les chefs de service sont-ils des managers ?)

Effectuez vous ces tâches (peu souvent/souvent/tout le temps/déléguée)

- activités « cérémoniales » (organisation ou participation à des pots, représenter le service au sein de l'étab. ou ailleurs ?)
 - recrutement et motivation de vos collaborateurs, gestions de conflits (est-ce que cela s'étend aux paraméd ?)
 - agent de liaison : mise en lien d'interlocuteurs face à des demandes qui vous sont adressés ?
 - information sur des actions décidées au niveau du pôle/de l'institution (concrètement, animation d'une réunion d'info)
 - information sur des actions décidées à l'extérieur de l'étab.
 - recherche active d'information pour votre service
 - gestion de projets
 - recrutements et organisation du TT (cf tableaux de garde), négociation de primes, d'activité libérale...
- => étude dispo sur allocation du TT ?

III/ La perception des chefs de service sur leur métier

A/ Philosophie de chef de service et organisation du service

Quelles sont les missions prioritaires que doit avoir un service pour vous ?

Quelles sont les responsabilités (légalles, déontologiques, morales) du chef de service ?

Quel idéal-type décrit le mieux ce que vous souhaitez instaurer dans le service ?

- l'innovation, l'apprentissage, souplesse, ajustement mutuel entre collaborateurs, stratégie évolutive
 - la mission de l'hôpital (soigner tous ceux en ayant besoin), croyance commune dans une direction pour le service, représenter la mission de l'hôpital, promotion de ces missions hospitalières
 - l'autonomie de chacun dans le respect de leurs compétences, collégialité (confraternité) démocratie, professionnalisme
- Est-ce que vous jugez que vous arrivez à mettre en marche cette impulsion souhaitée ?

B/ chef de service, une mission ancrée dans un contexte sociologique et historique bien spécifique

Comment travaillez-vous avec vos collègues cadres de santé ? Avec les paramédicaux ?

Vous considérez-vous comme leur manager au même titre que vos confrères ?

Comment conciliez-vous des missions de management, une forme d'autorité, et les facteurs d'autonomie affirmés déontologiquement ? (confraternité, indépendance d'exercice).

Est-ce que cette autonomie est satisfaisante quant aux responsabilités que vous avez évoquées ?

Avez-vous des liens avec l'université ? Comment les caractérisez-vous ? Faites-vous de la recherche ? Beaucoup ?

Est-ce que vous observez une différence entre vos confrères montpelliérains et d'ailleurs quant à l'exercice de la fonction de chef de service ?

Quelles évolutions sur votre service avez-vous observé depuis le début de votre mandat ?

Quelles évolutions institutionnelles avez-vous observé depuis le début de votre mandat ?

Comment souhaiteriez-vous faire évoluer la fonction de chef de service ?

Pour vous, est-ce que la notion de management est signifiante ?

Recours-t-elle plutôt : la gestion des équipes ? le pilotage ?

Est-ce qu'on a besoin de managers à l'hôpital ? de quels types ?

⇒ Organigramme du service ?

ANNEXE II : Questionnaire employé pour les futurs chefs de service

« héritiers »

Grille d'entretien Héritier

Introduction : Origine et parcours

Âge

Lieu de Naissance

Profession des parents

Cursus éducatif complet (lycée) : lieu

Etudes de médecine : lieu, concours O/N, (classement ?), choix de spé

Carrière hospitalière (chef, HU, ...)

Date chefferie de service

Autres responsabilités occupées dans l'établissement

I/ Devenir chef de service

Voulez-vous être chef de service ? A quel moment ?

Occupez-vous actuellement des tâches « d'adjoint » au chef de service ?

Etes vous formellement devenu chef de service ? : Décision du chef précédent ?

Consultation des collègues (concurrence) ? Rôle de la CME, du Chef de Pôle ?

vous chef vous a-t-il annoncé que vous prendriez la suite ? Quand est-ce devenu officiel ?

Quels sont pour vous les qualités qu'on cherche quand on désigne un chef de service ?

Et quelles sont les qualités nécessaires une fois qu'on est chef de service ?

Avez-vous été formé par le CHU pour devenir chef de service ?

Avez-vous été formé par votre ancien chef pour devenir chef de service ?

Pensez-vous que vous vous inspirerez du management de votre ancien chef : un peu, beaucoup, passionnément, à la folie, pas du tout ?

Savez-vous à qui va être transmis le service ?

⇒ Demander CV

II/ Que font les chefs de service dans le cadre du principe de libre organisation ?

A/ La vérité des quatre missions

Quel temps consacrez-vous à vos trois + une mission :

- soin
- enseignement
- recherche
- +management ?

Délégez-vous certaines de vos missions (avez-vous des adjoints ?)

articulez-vous votre travail avec la cadre de santé ? Comment sont prises les décisions en cas de conflit ?

Avez-vous des liens (rares réguliers fréquents) avec ces acteurs hospitaliers :

- CME
- Trio de pôle
- DAM
- DCGSP
- DRH
- DAF
- DRI

Effectuez-vous les missions suivantes ?

Missions institutionnelles :

- participation au projet d'établissement (projet médical, projet de management institutionnel...)
- participation dans la démarche qualité (remontées d'EIG)
- accueil des étudiants (que internes ? étudiants infirmiers ?)
- présentation de projets en instance (COPROJ ?)

Missions déléguées

- rédaction des tableaux de service (déléguées par pôle)
- points avec le chef de pôle (collégial ?)

Mission de management « terrain »

- évaluation, gestion de conflits

(B/ Les chefs de service sont-ils des managers ?)

Effectuez vous ces tâches (peu souvent/souvent/tout le temps/déléguée)

- activités « cérémoniales » (organisation ou participation à des pots, représenter le service au sein de l'étab. ou ailleurs ?)
- recrutement et motivation de vos collaborateurs, gestions de conflits (est-ce que cela s'étend aux paraméd ?)
- agent de liaison : mise en lien d'interlocuteurs face à des demandes qui vous sont adressés ?
- information sur des actions décidées au niveau du pôle/de l'institution (concrètement, animation d'une réunion d'info)
- information sur des actions décidées à l'extérieur de l'étab.
- recherche active d'information pour votre service
- gestion de projets
- recrutements et organisation du TT (cf tableaux de garde), négociation de primes, d'activité libérale...

III/ La perception des chefs de service sur leur métier

A/ Philosophie de chef de service et organisation du service

Quelles sont les missions prioritaires que doit avoir un service pour vous ?

Quelles sont les responsabilités (légales, déontologiques, morales) du chef de service ?

Quel idéal-type décrit le mieux ce que vous souhaiteriez instaurer dans le service ?

-l'innovation, l'apprentissage, souplesse, ajustement mutuel entre collaborateurs, stratégie évolutive

-la mission de l'hôpital (soigner tous ceux en ayant besoin), croyance commune dans une direction pour le service, représenter la mission de l'hôpital, promotion de ces missions hospitalières

-l'autonomie de chacun dans le respect de leurs compétences, collégialité (confraternité) démocratie, professionnalisme

Est-ce que vous jugez que vous arrivez à mettre en marche cette impulsion souhaitée ?

B/ chef de service, une mission ancrée dans un contexte sociologique et historique bien spécifique

Comment travaillez-vous avec vos collègues cadres de santé ? Avec les paramédicaux ?

Considérez-vous le chef de service comme leur manager au même titre que vos confrères ?

Comment conciliez-vous des missions de management, une forme d'autorité, et les facteurs d'autonomie affirmés déontologiquement ? (confraternité, indépendance d'exercice).

Est-ce que cette autonomie est satisfaisante quant aux responsabilités que vous avez évoquées ?

Avez-vous des liens avec l'université ? Comment les caractérisez-vous ?

Est-ce que vous observez une différence entre vos confrères montpelliérains et d'ailleurs quant à l'exercice de la fonction de chef de service ?

Quelles évolutions sur votre service avez-vous observé depuis le début de votre mandat ?

Quelles évolutions institutionnelles avez-vous observé depuis le début de votre mandat ?

Comment souhaiteriez-vous faire évoluer la fonction de chef de service ?

ANNEXE III : Liste des entretiens menés

PT : PU, homme, 62 ans, groupe de spécialités « alpha »

VC : PU, homme, 42 ans, groupe de spécialités « alpha »

LD : PHU, homme, 36 ans, groupe de spécialités « alpha »

FG : PH, femme, 62 ans, groupe de spécialités « alpha »

JMB : PU, homme, 72 ans, groupe de spécialités « alpha »

CP : PU, homme, 55 ans, groupe de spécialités « alpha »

CD : PU, homme, 46 ans, groupe de spécialités « bêta »

ADJ : PHU, femme, 36 ans, groupe de spécialités « bêta »

MW : PH, femme, 43 ans, groupe de spécialités « gamma »

HDR : HU, femme, 45 ans, groupe de spécialités « gamma »

EB : PU, homme, 62 ans, groupe de spécialités « gamma »

GOUDARD	Arthur	2022
DIRECTEUR D'HÔPITAL Promotion 2021-2022		
<i>Le Manager malgré lui ?</i> L'exercice de la responsabilité managériale des Chefs de service : entre autorité professionnelle et professionnalisation de l'autorité.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
<p>Résumé :</p> <p>Les chefs de service de CHU, au delà de textes aussi flous que le champ de la profession médicale très codifié dans lequel ils évoluent, ont bien, malgré des réticences, une mission de management. Mais, diluée car peu légitime, cette mission n'est pas à l'heure actuelle, assez autonome ou assez assumée pour permettre un management de proximité plus clair, simple, et ouvert sur les collaborateurs du service et d'en dehors. Sans abandonner les vertus du management professionnel, comme la déontologie, une certaine culture de l'excellence mais aussi dans certains services une forte entraide et un compagnonnage, il faut penser à un management dans le cadre de la profession médicale. Cela passe par reconnaître cette mission de management, et à la faire assumer par ceux qui désirent l'exercer. Mais, les dynamiques hospitalières voulant structurer un management de proximité étant fortes, y compris chez les chefs de service eux-mêmes, la position du Directeur doit donc bien être de promouvoir une mission managériale et une mise en responsabilité des chefs de service, en accompagnant un changement culturel et stratégique par des moyens humains, financiers, pour permettre de relever les enjeux qui sont nombreux.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Management médical, statut hospitalo-universitaire, sociologie des professions, gouvernance hospitalière, rôle du service, binôme de décision, affaires médicales, management de proximité</p>		

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.