

## Le cerveau du médecin, obstacle au management ?

---

*Il n'y rien de plus inutile que de faire avec efficacité quelque chose qui ne doit pas du tout être fait.*

**Peter Drucker<sup>1</sup>**

*« Anesthésiste depuis une vingtaine d'années, dans les années 2000, fatigué par la mauvaise organisation du programme opératoire, à l'origine d'un gaspillage non seulement de mon propre temps, mais aussi de ressources diverses, notamment au niveau du personnel, je me suis intéressé à la gestion et à l'organisation des blocs opératoires. Après avoir parcouru la littérature et réfléchi pendant plusieurs mois, j'ai acquis la conviction qu'il fallait un véritable manager à la tête des blocs opératoires et j'ai présenté au directeur général une proposition concrète de nouvelle gouvernance de ceux-ci. Après plusieurs mois de discussions, ce projet a été adopté. En 2006, une direction des quartiers opératoires a été nommée. Elle est composée d'un médecin, moi-même, et d'un gestionnaire, travaillant sur un pied d'égalité au niveau décisionnel et elle est sous la dépendance directe de la direction générale. Elle chapeautait, à l'origine, deux des six quartiers opératoires de l'institution.*

*Nos débuts ont été très difficiles. En management, mon collègue n'avait pas beaucoup d'expérience et moi aucune. J'avais quand même suivi des cours en gestion hospitalière, mais ils avaient concerné uniquement des aspects techniques comme la gestion des soins de santé en Belgique, le financement des hôpitaux, l'analyse d'un compte de résultat, l'organisation de la pharmacie hospitalière,...*

---

1. Peter Drucker (né le 14 avril 1909 à Vienne et mort le 11 novembre 2005 en Californie) est surnommé le «pape du management». Après avoir émigré au Etats-Unis, il commence sa carrière comme consultant au sein de grosses entreprises comme General Motors (GM) et General Electric (GE). Très vite il deviendra l'intime de nombreux chefs d'entreprise qui feront appel à lui en période de doute. Peter Drucker va jeter les bases du management moderne en insistant sur des concepts aussi importants que Mission et valeurs ou encore l'importance de fixer des objectifs concrets. Un de ses plus célèbres ouvrages est *The Practice of Management*.

*Une de nos premières actions a été de mettre en place un système informatique pour l'inscription des interventions au programme opératoire et qui permettait aussi d'enregistrer les temps opératoires. Avec ce programme nous avons commencé à rationaliser l'occupation des plages opératoires. Pour les acteurs de terrain, nous sommes donc vite apparus comme de purs gestionnaires préoccupés principalement par la rentabilité. Dans les trois années qui ont suivi, nous avons dû faire face à deux grèves du personnel. Nous avons vécu une vague de départ d'infirmières expérimentées, nous obligeant à travailler avec des intérimaires dans une ambiance plombée et peu propice à la sécurité. Par ailleurs, nous étions constamment dans l'opérationnel. Les techniciennes de surface, les infirmières, les secrétaires, déboulaient dans mon bureau pour n'importe quel petit problème. Et je pensais que, de par ma fonction, je devais les prendre en charge. Moi qui, dans mon métier d'anesthésiste, était considéré comme un grand professionnel, à qui confrères et personnel se confiaient ou référaient des membres de leur famille, j'étais perdu, je ne savais comment prendre les problèmes. Je me suis senti plusieurs fois rejeté par mes pairs et par les infirmières. Et plusieurs fois, j'ai eu la tentation de jeter le gant. J'ai ressenti aussi à certaines périodes de lourds moments de déprime, si pas de dépression. En analysant la situation maintenant, il est clair que j'étais en burnout sans m'en rendre compte et sans savoir à ce moment ce qu'étaient ces symptômes. Heureusement, dans ces périodes difficiles, j'ai pu compter sur le soutien de mon collègue, de mon directeur général et de quelques fidèles confrères.*

*Après avoir renouvelé l'encadrement infirmier et après avoir mis en place un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité, nous avons vu le bout du tunnel. Depuis deux ans nous formons une équipe solide avec nos infirmières-chefs et nous pouvons nous consacrer à la gestion de projets et à notre plan stratégique.*

*Des séances de coaching, des séances de formation en management opérationnel (gestion des personnes, des projets, délégation, gestion du temps,...) m'ont beaucoup aidé dans ma fonction de gestionnaire. Mon seul regret est de n'avoir pas été formé dès le début de cette mission. »*

**Dr J. Van Erck**, co-auteur de cet ouvrage

*« On ne naît pas gestionnaire d'un hôpital, on le devient, et ceci, en acquérant, au terme d'une longue formation et de beaucoup d'expérience, la maîtrise de nombreux outils et la connaissance en profondeur des spécificités du secteur hospitalier. Comme ce serait le cas pour n'importe qui, les médecins, non formés dans les matières inhérentes à la gestion, ne peuvent pas être des gestionnaires avertis. N'échappant pas à la règle, à défaut de formation spécifique, ils n'ont bien souvent pas de vision à long terme ni de vision d'ensemble. Ils ont parfois du mal à se projeter dans l'avenir y compris dans le cadre de leur propre pratique professionnelle. Couramment, ils ne maîtrisent pas les étapes nécessaires à une gestion de projet efficace. La rigueur méthodologique que suppose la mise en œuvre d'un plan d'action leur échappe régulièrement. Ils ont aussi souvent par ailleurs une très mauvaise compréhension des mécanismes financiers et sont rarement, de façon innée, de bons gestionnaires des ressources humaines. Last but not least, certains d'entre eux pensent qu'ils sont naturellement des gestionnaires dans l'âme... Cette idée farfelue de polyvalence innée, ce manque singulier d'humilité, in fine ce manque de reconnaissance de la spécificité et de la complexité d'autres métiers que le leur, peuvent, eux-aussi, être sources de tension entre direction de l'hôpital et corps médical. Dans la complexité croissante du monde hospitalier, le gestionnaire a tout intérêt pourtant à pouvoir dialoguer avec des interlocuteurs qui disposent d'un socle minimum de compétences en gestion. L'utilisation d'un langage commun, la compréhension de concepts utiles au pilotage d'une institution hospitalière, la juste perception des enjeux qui se cachent derrière un problème à solutionner, ce sont là, sans exhaustivité, des éléments qui doivent pousser les gestionnaires à soutenir les initiatives de formation des médecins aux matières de la gestion. Notre expérience nous montre que la formation des médecins dans ce domaine peut certainement se fonder sur deux axes :*

- une approche théorique incontournable d'abord, embrassant les volets classiques de la gestion d'une entreprise et les spécificités du monde hospitalier,*
- une expérience de terrain ensuite, encadrée par un coaching, qui permet d'obtenir un feedback sur sa propre pratique et de mettre en œuvre des actions correctrices face aux éventuelles difficultés.»*

**A. Javaux, Directeur Général,**  
Centre Hospitalier Chrétien, Liège, Belgique

## **1.1. LE MÉDECIN, UN BON MANAGER ?**

---

*« L'anticipation reste une vertu mal perçue par le corps médical car inquisitrice et critique. Je demeure surpris de la pauvre place qu'occupent au sein des équipes médicales les évocations prospectives et rétrospectives. Les médecins montrent un faible intérêt pour l'analyse et le projet. »*

**C. Wolfs, Directeur Médical,**  
Clinique et Maternité Saint-Elisabeth,  
Namur, Belgique

### **1.1.1. Le médecin, un individualiste ?**

La vie du petit docteur commence souvent sous les meilleurs auspices. Il naît dans une famille stable, d'un milieu relativement aisé, généralement sans difficultés financières.

En général, le futur médecin est un enfant calme et studieux. A l'école, il apprend et réussit facilement. Il fait la joie de ses professeurs et la fierté de sa famille. Ses parents le poussent, l'encouragent, le soutiennent dans ses efforts... Ils l'incitent à étudier dans sa chambre plutôt que d'aller jouer avec ses copains ou d'aller faire du sport. Ses efforts sont focalisés vers l'étude. Très tôt, le futur médecin s'habitue donc à travailler de manière individuelle, isolé des autres. Et ces aspects se renforcent encore à l'université. Les études de médecine sont longues, exigeantes, basées essentiellement sur la mémorisation. Les places sont chères, donc la compétition est féroce<sup>2</sup>. Il faut être plus fort que les autres, les dominer, les éliminer. Ces différents éléments font que la socialisation de cet enfant, de cet adolescent, de ce jeune adulte est difficile et plus faible que chez les autres sujets du même âge.

Que lui apprend-on pendant ses études ? À partir de symptômes, de données, d'indices, de résultats d'examens, de tests, l'étudiant en médecine doit résoudre un problème, une équation, poser un diagnostic. Et une fois ce diagnostic posé, il prescrit un traitement en suivant les préceptes, les théories, les guides-lines que ses professeurs lui ont appris. Ce traitement, c'est lui-même qui l'exécute, en prescrivant un médicament, en réalisant une injection, une infiltration, une intervention, ... Ou alors, il le fait réaliser par une personne paramédicale, infirmière, kinésithérapeute,... bien souvent sans que ceux-ci ne puissent donner leur avis ou aient même l'occasion de l'exprimer. On le voit, encore une fois, le médecin travaille seul, confronté à sa seule intelligence, ses seules connaissances et ses seules compétences. Bien sûr, à l'occasion il peut demander l'avis d'un confrère, ou l'avis d'une infirmière, mais la plupart du temps, cet avis n'est qu'une donnée supplémentaire dans l'équation qu'il a à résoudre. In fine, c'est lui qui pose le diagnostic et décide du traitement. Seul. Ce n'est qu'exceptionnellement que le diagnostic et le traitement se décide dans une réelle discussion, dans une concertation avec d'autres confrères ou d'autres professions.

---

2. Chaque année, en France, plus de 85 % des étudiants inscrits en première année de médecine échouent à passer en deuxième année. (Quentin Blanc Première année de médecine : le classement des facs les plus sélectives, Le Figaro, le 02/01/2014). En Belgique, le taux d'échec dans les facultés de médecine belges est tout aussi catastrophique où seulement un étudiant sur 5 passe en deuxième année.

### **1.1.2. Le médecin, un réactif rapide ?**

Autre caractéristique de la profession médicale, la plupart du temps, c'est un métier réactif. Le médecin réagit face à un problème de santé, un symptôme, une maladie. S'il n'y a pas de problèmes, il n'y a pas d'actions. Un chirurgien n'opère pas pour le plaisir, un généraliste ne fait pas d'ordonnance s'il n'y a pas de patient qui vient le voir avec une plainte. L'interniste, dans l'hôpital, renvoie le patient à la maison dès qu'il n'a plus besoin de soins. Dès que celui-ci ne se plaint plus, il lui remplit son bon de sortie.

Ce sens réactif doit être rapide. Dans la tradition du métier, de la relation médecin-malade, de la relation médecin-infirmière, aussitôt la plainte formulée, le problème posé, le médecin se doit d'agir. Même si il n'a pas pu faire de diagnostic, il doit au moins essayer de répondre aux plaintes du patient, demander des examens complémentaires, prescrire un antalgique, un anxiolytique ou tout autre traitement symptomatique.

### **1.1.3. Médecin-patient, une relation affective ?**

Les travaux du Dr Guicheney<sup>3</sup> ont montré que la relation médecin-malade est une relation affective dans laquelle se trouvent impliqués l'un et l'autre des participants. La confiance réciproque est au centre de cette relation.

Le patient se fie, non pas tant à la science médicale, mais à l'homme qui l'exerce. Cette foi transcende celui-ci à telle enseigne que, dans certains cas, le praticien est considéré presque comme un dieu. «Ce que me dit le docteur, c'est presque parole d'évangile» «Quand on fait confiance à quelqu'un et que ce quelqu'un nous dit 'Bon, c'est pas grave, vous en faites pas, je vais vous sortir de là', à partir de ce moment-là, on se sent déjà à moitié guéri» témoignent deux patients.

Pour les médecins aussi la confiance du malade est nécessaire, sinon indispensable, pour établir une bonne relation thérapeutique. Certains médecins désirent d'ailleurs, souvent inconsciemment, être aimés et craignent que le malade, malgré leur confiance, ne voie en eux que le technicien. Ils cherchent, peut-être pour compenser l'aspect difficile de relations basées sur la maladie et la mort, l'amitié de leurs patients, que ceux-ci seront d'ailleurs souvent enclins à leur accorder.

La confiance du malade envers « son docteur » est d'autre part indissociable du pouvoir de celui-ci de le rassurer. Elle implique également le pouvoir de communiquer la vérité. Ce qui pour le praticien est parfois incompatible, et générateur de tensions, de stress dans le chef du médecin. Le médecin s'efforcera toujours de

---

3. Pierre Guicheney, *Qu'est-ce que le médecin*, Mouton & Co, 1974.

satisfaire la première demande du patient, celle d'être rassuré, quitte à travestir ou masquer la vérité. Le malade vient à lui en formulant une demande que le médecin *doit* satisfaire. Il doit prendre une décision, techniquement justifiée, qui soit la plus proche possible son désir.

Une source profonde d'anxiété et d'angoisse, pour les patients, peut trouver sa source dans l'incertitude qu'il pourrait déceler chez leur praticien ou que celui-ci leur avouerait. Qu'ils soient malades, certes, parfois, cela peut les arranger, mais surtout pas d'une maladie mortelle, ou trop invalidante ou trop douloureuse... Un médecin qui dirait à quelques-uns de ses patients «Je ne sais pas, je pense que cela va passer tout seul, il n'y a rien à faire...» va très vite voir sa patientèle fondre comme neige au soleil. Un bon exemple en est la prise en charge des rhumes et des gripes. La littérature a bien démontré l'inefficacité de quasiment tous les traitements dans ces pathologies. Pourtant, antibiotiques, antalgiques, antipyrétiques sont encore prescrits *larga manu*. Et c'est le Ministère de la santé, c'est à dire un gestionnaire de l'Etat qui doit mettre le holà et faire des campagnes d'information contre l'usage abusif des antibiotiques et leurs toxicités pour la santé et le bien-être de la population. Paradoxe... Ces situations se retrouvent aussi bien entendu à l'hôpital. Laissons la parole au Docteur Jean-François Bergmann, interniste : «Notre manière de pratiquer...est doublement empreinte d'irrationnel dans la mesure où l'angoisse du médecin s'ajoute à l'angoisse du malade.....Un facteur important de nos choix de prescription s'appelle la peur : peur de passer à côté d'un diagnostic menaçant, peur de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait, peur de la complication (même si elle est rare ou imprévisible et impossible à prévenir), peur qui nous incite à vouloir faire le maximum.»<sup>4</sup>

### 1.1.4. Le médecin, un chevalier blanc ?

«Le malade en général attend de trouver chez le médecin une image de réalisation parfaite d'un homme parfait (...) qu'il soit une espèce de *nec plus ultra* du type d'homme auquel on puisse s'adresser (...) C'est celui qui a la vérité sur la vie et sur la mort» avoue un patient<sup>5</sup>. Ce discours laisse transparaître le désir de beaucoup de personnes que puisse être réelle cette omnipotence, cette omniscience le jour où elles seront malades. Le médecin investi par la confiance est pragmatiquement celui qui est désigné pour affronter la maladie, le sujet espérant que ce sera toujours victorieusement. Pour rassurer le patient, le médecin se doit d'avoir une réponse, de savoir, d'agir. Dans son travail, le médecin est en mode de réaction-action immédiate. Le médecin est un chevalier de la santé. Il doit se battre, réagir de préférence de manière forte et spectaculaire. Les patients sont contents s'ils voient que nous faisons quelque chose pour eux. La satisfaction des

4. Hervé Hamon, *Nos Médecins*, Editions du Seuil, 1994, p.287.

5. Pierre Guichenev, *op cit*, p.79.

malades se mesure à l'aune du dynamisme des docteurs, de ce qu'ils prescrivent, de la quantité d'examen demandés.

Ces demandes sont d'une nature telle, impliquent de tels savoirs, de tels pouvoirs que le médecin est incapable d'y répondre totalement : la confiance lui accorde un statut au contenu imaginaire. Seule sa nature affective, donc irrationnelle, permet que l'illusion demeure et que perdure le sentiment.

La confiance faite à la science médicale et aux médecins par la société en général excède largement le champ de la médecine. Sa connaissance de l'homme total, son omniscience prétendue l'autorise à donner son opinion dans des domaines inattendus, économiques, politiques, sociales, et aussi, le cas échéant, du management de son institution...

*« Les médecins peuvent devenir de bons gestionnaires mais ce n'est pas nécessairement un atout naturel. C'est souvent pris pour acquis qu'un médecin, à cause de son éducation, de sa formation avancée, de son leadership clinique, peut automatiquement devenir un gestionnaire efficace. Ceux qu'ils le veulent et suivent une formation en gestion peuvent cependant devenir très efficaces en tant que gestionnaire. Ils sont généralement de très bons étudiants. Ils peuvent apprendre les techniques de gestion de façon rapide »*

**C. Wilson, Account Manager,**  
Accreditation Canada International, Ottawa, Canada

Parfois, le médecin est la source d'une autosatisfaction, d'une auto valorisation du patient, si bien décrite par Molière dans le Malade Imaginaire. La pièce se jouerait ainsi aujourd'hui : « Le médecin était tracassé. Il m'a prescrit 10 médicaments. Il m'a demandé une radiographie, un scanner, des tests de laboratoire... Je suis malade. Vous devez, vous, mon mari, ma femme, mon enfant, mes collègues, vous occuper de moi, me dorloter, m'épargner...»

### **1.1.5. Le médecin, un réactionnaire ?**

L'action donne aussi une réassurance au médecin lui-même. La multiplication des tests, des examens sont, pour lui, un garde-fou. La grande terreur du médecin est de se retrouver devant un juge parce qu'il n'a pas trouvé le bon diagnostic, parce qu'il n'a pas fait ce qu'il devait. «Monsieur le juge, j'ai fait tout ce que j'ai pu, et même au-delà...»

Cet aspect des choses explique aussi le fait que les médecins soient, en général, assez conservateurs. Ils ont dû faire beaucoup d'efforts, ils ont mis des années pour obtenir leur diplôme, pour atteindre leur situation. Ils n'ont pas envie de voir tout s'écrouler, de tout perdre en mettant en œuvre un traitement ou une technique innovante, qui n'est pas éprouvée, ou simplement qu'ils ne maîtrisent pas bien. Ils développent une résistance aux changements, parfois même à la mise en place de nouvelles procédures simples. «Cela a toujours bien marché comme cela, pourquoi vouloir changer...» Cette attitude peut aller jusqu'au paradoxe. Ils peuvent refuser, par peur du risque et du changement, une technique, un processus qui pourtant, le cas échéant, a démontré un bénéfice pour les malades.

Dans certains cas, ce comportement peut d'ailleurs frôler l'abus de pouvoir. Par exemple, est-il admissible que des chirurgiens refusent de remplir une check-list, qui pourtant a fait la preuve formelle de son efficacité, démontrée par une réduction importante des complications post-opératoires?

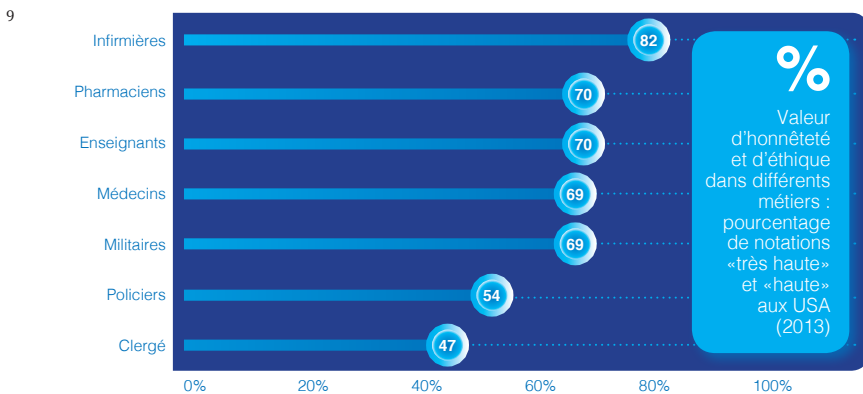
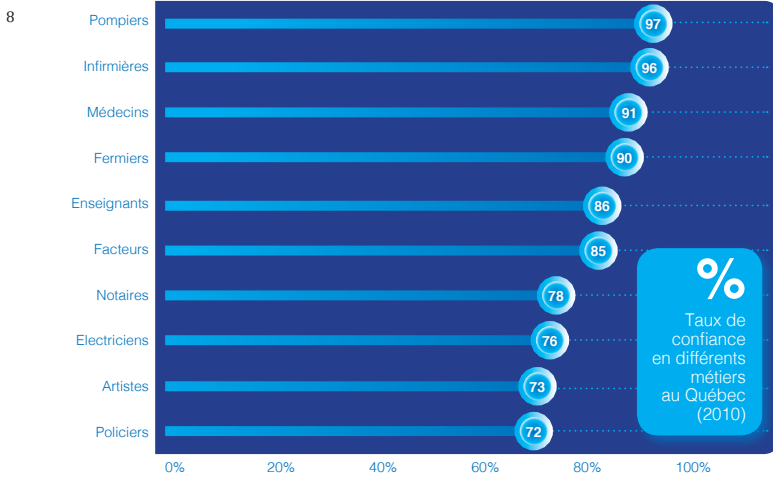
On le voit, la relation entre le médecin et son patient s'apparente à une relation parent-enfant, dominant-dominé. Ce n'est pas une relation d'égal à égal. Le médecin a la confiance de son patient. Plusieurs études ont démontré que la profession médicale était parmi celles qui inspirent le plus de confiance à la population. Pour preuve, ces deux sondages réalisés récemment, le premier par le Journal de Montréal parmi la population québécoise, le deuxième, par l'institut Gallup, dans la population américaine. Les mêmes résultats se retrouvent à peu de choses près en France.<sup>6,7</sup>

---

6. <http://www.ouest-france.fr/sondage-pompier-le-metier-prefere-des-habitants-du-monde-entier-2531092>

7. [http://www.ifop.com/?option=com\\_publication&type=poll&id=1396](http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=1396)





Très souvent le patient voue aussi de l'admiration pour son médecin. Il le met sur un piédestal. Pour lui le médecin a toujours raison.<sup>10</sup>

Face à cette situation, au fil des années, le médecin se conforte dans l'idée qu'il est supérieur aux autres. Ce sentiment de toute-puissance peut encore s'exacerber dans certaines spécialités comme la chirurgie ou l'anesthésie, où, littéralement, ces professionnels ont la vie ou la mort des patients entre leurs mains, ou encore chez les gynécologues qui pensent « donner la vie ». Au fil des années, les médecins acquièrent ainsi, souvent, un sentiment de supériorité, d'omniscience. Il pense tout savoir sur tout. Il se sent au-dessus des lois. Sentiment renforcé par l'attitude de ses proches, de ses parents, qui, s'il n'y a pas d'autres médecins dans la famille, si celle-ci est d'origine modeste, peu intellectualisée, lui portent une admiration sans bornes.

8. <http://fr.canoe.ca/infos/chroniques/jeanmarcleger/archives/2010/02/20100210-043000.html> Janvier 2010

9. <http://www.gallup.com/poll/166298/honesty-ethics-rating-clergy-slides-new-low.aspx>

10. American Society of Anesthesiologists Newsletter, vol 78, nr 7, july 2014, p 10.

*« La croissance du nombre de métiers d'expertise non-médicale dans le milieu hospitalier est source de désorientation et de déficit de courtoisie de la part de nombreux médecins qui ne peuvent concevoir que la performance de l'outil hospitalier puisse reposer sur d'autres savoirs que le savoir médical. Nous apparaissions comme des traitres au génie médical, nous qui quotidiennement respectons et soutenons des ingénieurs, juristes, architectes, économistes, infirmiers dont la compétence en des domaines critiques et pointus est infiniment essentielle au destin de l'hôpital. »*

**C. Wolfs, Directeur Médical,**  
Clinique et Maternité Saint-Elisabeth, Namur, Belgique

*« Le métier de médecin a une composante très particulière que l'on ne retrouve pas dans la plupart des autres métiers : les médecins exercent une fonction sacrée dans le sens où elle touche à la vie d'autrui. Il s'agit d'un métier difficile, exigeant sur le plan des compétences à développer et, dans de très nombreux cas, contraignant sur le plan de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. L'exercice de ce métier soumet souvent le prestataire à des situations émotionnellement très chargées. La plupart des médecins sont en effet très fréquemment confrontés à la détresse humaine*

*Dans leur pratique quotidienne, les médecins prennent des risques, calculés certes, mais permanents. La médecine, aussi scientifique soit-elle, reste un art qui comporte sa part d'imprécisions ou d'aléas imprévisibles. Cette situation particulière peut être très anxiogène et être la source d'une altération de la communication que le prestataire a avec son patient et parfois avec son entourage professionnel. On rencontre chez certains une forme de mise à distance, de froideur, de sécheresse dans la relation, des signes qui sont généralement l'expression du mécanisme de défense mis en place par le médecin pour lutter contre cette anxiété patente et la charge émotionnelle qui l'accompagne.*

*D'autres, parfois, se sentent au contraire tout puissants. A titre d'exemple, il m'est arrivé de croiser la route d'un médecin à l'hôpital qui, de façon assez péremptoire, m'a déclaré sans l'ombre d'une hésitation : « Mais je donne la vie, moi, Monsieur » Le narcissisme et l'inflation du moi sont des caractéristiques qu'on rencontre dans le monde médical probablement plus que dans d'autres secteurs, ce qui n'est pas sans poser problème sur le plan relationnel. Cette propension, chez certains, à développer un ego surdimensionné, complexifie les interactions avec autrui engendrant tensions inutiles, pertes d'énergie et, à l'extrême, rupture de la communication. La personnalité du médecin est aussi souvent liée au type de médecine qu'il pratique, en particulier chez les médecins spécialistes. Ceux qui fréquentent le monde médical s'accorderont pour dire qu'un pédiatre n'a pas la même personnalité qu'un chirurgien, un urgentiste qu'un spécialiste en anatomo-pathologie. Quant à savoir si c'est l'homme qui choisit le métier en fonction de ce qu'il est intrinsèquement ou si c'est la discipline et son exercice qui le façonnent progressivement sur le plan de la personnalité, il doit probablement y avoir un peu des deux. Généralement, le médecin, est avant tout un individualiste. En fonction du contexte de risque dans lequel il évolue et de sa personnalité, il ne fait d'abord confiance qu'à lui-même. Cette donne est pourtant en train de changer. La complexité croissante de la médecine, l'impossibilité de tout savoir, de tout maîtriser, la formation*

*actuelle qui privilégie les trajets et/ou programmes de soins imposent la multidisciplinarité. On constate que les jeunes médecins d'aujourd'hui sont beaucoup plus ouverts et même demandeurs pour fonctionner dans des équipes pluridisciplinaires. Le patient, confronté à sa propre souffrance, à sa maladie, est en demande. Il est face au médecin pour que celui-ci le soigne ou, dans les pires cas, le sauve, tout simplement*

*Ce paramètre influence, de facto la relation prestataire-patient. La relation qui peut s'installer alors, bien souvent de façon totalement inconsciente, est une relation de « dominant à dominé » une relation de « grand à petit ». Le consentement du patient, tout éclairé qu'il soit, son acceptation quant aux soins qui lui seront prodigués, les conditions dans lesquelles son séjour à l'hôpital aura lieu, tous ces éléments peuvent être colorés plus ou moins intensément par ce déséquilibre dans la relation. Ces dernières années, on peut malgré tout constater une forme de rééquilibrage lié à l'information du patient, en particulier à son auto-information via des canaux comme internet. Le mot « santé » figure dans le top 5 des mots clés les plus utilisés dans les moteurs de recherche sur le web...Ce rééquilibrage par l'accès facile et sans discernement à l'information peut aussi être une source de difficultés car, poussé à l'extrême, il peut générer chez les patients le sentiment qu'ils maîtrisent la matière tout autant que le médecin auquel ils ont fait appel ... Ce qui est un leurre évidemment »*

**A. Javaux, Directeur Général,**

Centre Hospitalier Chrétien, Liège, Belgique

À contrario, cette attitude explique l'exaspération, le rejet vis à vis des médecins que les personnes, qui doivent les côtoyer et être en relation avec eux, pour d'autres raisons que médicales, éprouvent vis à vis d'eux. L'image qu'ils projettent d'eux-mêmes, faite de suffisance, d'omniscience, fait qu'ils sont mal aimés par les gens avec qui ils travaillent, avec qui ils sont en relation professionnelle, comme les infirmiers, les administratifs des hôpitaux, des maisons de soins,... Paradoxalement, ces mêmes personnes peuvent éprouver un sentiment d'envie face aux médecins. Ils leur envie leur statut, leurs responsabilités, leur image, idéalisée à outrance ces derniers temps par la télévision, dans des séries comme Urgences ou Dr House. Ils leur envient aussi leur aisance financière....

Comment, dans ces conditions, vivre une relation normale, saine, équilibrée avec ses concitoyens, son entourage et ses collaborateurs ?

### **1.1.6. Le médecin, un stressé ?**

La confrontation journalière à l'anxiété, l'angoisse, la douleur, la maladie, la mort provoque des émotions, des affects, des traumatismes à répétitions non seulement chez les patients et leur famille mais aussi chez les soignants. A chaque décès d'un patient, l'ensemble du personnel, médecins, infirmières, aides-

soignantes, qui se sont occupés de lui, sont confrontés à leur propre destinée, à leur propre finitude, qu'ils en soient, d'ailleurs, pleinement conscients ou non.

« Les médecins sont une plaque sensible de l'existence commune. Nous déversons sur eux ce qui nous gêne, nous agresse, nous terrifie. Nous leur déléguons nos plaies et nos morts....Ils sont des passeurs vers l'impensé, l'indicible, l'inconvenant, l'importun. »<sup>11</sup>

Comme le disait Michèle Barzach, « On choisit le métier de médecin de façon très individualiste, on entre dans un rapport solitaire à la vie et à la mort. Et dans le même temps, parce que ce métier devient de plus en plus complexe, on émet une demande d'assistance, de prise en charge. Les médecins ont un réel problème identitaire. Le métier est agressif et exige un sentiment d'identité fort. Dès que cette identité est menacée, l'insécurité grandit à toute vitesse. »<sup>12</sup>

Comme nous venons d'en parler, à ces émotions à répétition s'ajoute un élément de tension, d'angoisse larvée, de stress chronique représenté, surtout chez les médecins, par la crainte de plaintes de patients et d'éventuelles poursuites en justice.

Comme tout le monde le sait maintenant, un état de stress récurrent, continu, même s'il n'est pas particulièrement intense, peut déboucher sur un syndrome d'épuisement professionnel que l'on connaît plus communément sur le terme « *burnout* ».

Le *burnout* a pour causes deux facteurs principaux : 1. Un écart entre les attentes, les désirs d'un individu et ce que l'environnement lui demande. Nous pouvons être stressés parce que nos aptitudes sont dépassées par la complexité de la tâche demandée, mais aussi si on se sent sous-employé ou trompé par son employeur ou par l'institution. 2. Un écart entre l'effort que la personne a fourni et la récompense qu'il en a obtenue. Un *burnout* peut découler, et découle souvent, dans le monde de l'entreprise, d'un manque de reconnaissance de la hiérarchie, et, dans le monde de la santé, d'une ingratitude des patients, réelle ou ressentie, par les soignants.

---

11. Hervé Hamon, op cit, p. 9-10

12. Hervé Hamon, op cit, p. 252

On comprend ainsi que les médecins sont, parmi les métiers, les plus exposés au stress et au *burnout* avec des incidences variant de 20 à 50%. Parmi les spécialités les plus touchées, on trouve les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens, les oncologues, les généralistes. Plusieurs études montrent une incidence d'épuisement émotionnel chez les anesthésistes de 40 à 50%, spécialement chez les jeunes.

Nous reviendrons plus loin dans cet ouvrage en détail sur le *burnout* mais classiquement, le *burnout* se caractérise par une triade typique :

- Un épuisement émotionnel, se traduisant par un sentiment de fatigue affective, de repli sur soi.
- Une perte d'empathie. Le médecin devient détaché, devient insensible aux plaintes, aux demandes de ses patients.
- Enfin, se développe un sentiment d'absence d'accomplissement personnel, de démotivation, d'auto-dévalorisation. Dans la vie de tous les jours, le *burnout* va se traduire par une insatisfaction au travail, de la fatigue chronique, qui ne s'arrange pas même après une période de repos et de sommeil adéquat, par de l'irritabilité, du cynisme, un évitement des autres et des activités sociales, des performances au travail qui diminuent malgré une somme d'heures de labeur qui semble important, par une surconsommation d'alcool, d'anxiolytiques, par une dépression qui peut aller jusqu'au suicide. Il est connu d'ailleurs que les médecins ont un taux supérieur à la population générale de suicides, d'alcoolisme, de « workaholism ». Ils négligent souvent leur santé, ont une mauvaise hygiène de vie.

Dans la majorité des cas de *burnout*, l'épuisement professionnel se double de difficultés dans la vie privée, relationnelle et amoureuse. La vie de couple, au lieu d'être une source de régénération, de bien-être devient à son tour une source de tension et de stress supplémentaire.

On comprend aussi dès lors que le *burnout* a tendance à toucher plus facilement les personnes perfectionnistes, celles qui s'investissent dans leur travail. Or, c'est précisément celles-là que l'institution tend à impliquer dans des tâches de responsabilités, d'équipes, de gestion.

Les médecins qui acceptent des postes de management sont donc doublement à risque d'être particulièrement stressés et de tomber en *burnout*, d'autant que leur nouvelle fonction les détache de leurs confrères et du personnel infirmier par les décisions, parfois impopulaires, qu'il doit nécessairement prendre. Il s'isole donc, et a de moins en moins de ressources pour s'en sortir. C'est à ce moment qu'il doit être soutenu fermement par la direction de l'institution.

### 1.1.7. Le médecin, un incompetent...en management ?

De tout ce qui précède résulte du fait que la plupart des médecins sont très peu efficaces, voir tout à fait incompetents, quand ils tentent de prendre la tête d'un groupe ou d'organiser un travail d'équipe, comme le souligne Laura Avakian<sup>13</sup>.

*« La fonction de gestionnaire ne s'improvise pas. La formation de médecin / scientifique ne permet pas d'appréhender cette fonction. Aussi, je ne fus pas à l'aise au début. Cette année j'ai suivi une formation proposée par mon institution et organisée par une école de management ; formation très utile ! Avec l'expérience et cette formation, je gagne en confiance. »*

**Professeur L. Bouillet, Médecin chef de service,**  
Département de médecine interne, CHU de Grenoble, France

Les aptitudes qu'ils ont dû développer pour établir des diagnostics et traiter leurs patients, les nécessaires habitudes de travail qu'ils ont acquises dans leur métier sont un frein et sont même en contradiction avec les qualités que doit posséder un manager : la collaboration active et effective avec les membres du groupe, l'écoute attentive et sincère, la prise en compte réelle de l'avis et des suggestions des autres personnes de l'équipe, sans à priori et sans attitude hiérarchique, le partage et la délégation des tâches... Les qualités développées par le médecin pour son métier de médecin sont un obstacle majeur à ce qu'il devienne un bon gestionnaire. Il doit les mettre de côté, il doit s'en défaire. Et c'est d'autant plus difficile qu'elles sont bien ancrées. En effet, le médecin est souvent choisi pour prendre un rôle de gestionnaire au vu de ses performances de praticien. Il accède à cette fonction de direction de son département ou d'un secteur de l'institution dans laquelle il travaille quand il a atteint une certaine maturité et une expertise dans son domaine, vers l'âge de quarante ou cinquante ans.

Il y arrive le plus souvent plein d'enthousiasme, il veut prendre les choses en main pour améliorer les soins, pour rendre de meilleurs services aux patients. Il

13. Laura Avakian, Helping physicians become great managers and leaders, Health Forum, Inc., 2011.

a des idées bien arrêtées, il sait ce qu'il faut faire... Et il se retrouve du jour au lendemain face à des équipes de non médecins, souvent plus jeunes que lui, qui ont acquis depuis plusieurs années ces notions de travail d'équipe, de gestion de projet, de répartition des tâches. Lui n'a aucune notion de gestion d'agenda, de gestion du temps, de gestion de réunions, de gestion de budget, de gestion de personnel ... Il est habitué à gérer une personne, une pathologie à la fois, il devra apprendre à gérer plusieurs personnes, et leurs interactions, à la fois. Pour lui, sa priorité c'est le patient, il devra apprendre que, pour un gestionnaire, la priorité c'est l'institution dans son ensemble, dont, dans le cas présent, le *core-business*<sup>14</sup> est le soin aux patients.

Il a l'habitude de dicter ses décisions de traitement, il devra apprendre à suggérer des idées et à les voir critiquer. Il a l'habitude de décider dans l'instant, d'agir immédiatement, il devra apprendre que la concrétisation d'un projet peut prendre des semaines, des mois, parfois des années. Il a l'habitude d'être admiré, il devra apprendre l'humilité. Il aime la stabilité, il devra apprendre que l'environnement de son institution change constamment et que son rôle est d'y faire face. Il a l'habitude de bien connaître tous les aspects de son métier, il devra admettre qu'il ne connaît rien en management, qu'il n'a aucune notion de ce qu'est ce métier.

On le voit, le médecin dans son rôle de gestionnaire va devoir changer du tout-au-tout ses comportements, ses manières de travailler, de réfléchir. Il devra posséder certaines qualités d'ouverture, d'adaptabilité, de vision. N'est pas manager qui veut...

### **1.1.8. Le médecin, un bon partenaire ?**

Le médecin doit-il alors renoncer à prendre un rôle de gestionnaire, de chef de service, de direction de département dans son institution? Non, bien sûr, pour autant qu'il possède un minimum de qualités de communication, d'ouverture, de vision. Et pour autant qu'il accepte de faire les efforts nécessaires pour acquérir et développer ses capacités managériales. Comme manager, un médecin peut apporter beaucoup à l'institution qui l'emploie. D'abord, c'est un grand travailleur, habitué aux longues heures de prestations, notamment en garde. Il possède une grande résistance à la fatigue. Très souvent, c'est une personne intelligente, qui possède de grandes facultés d'analyses, de compréhension des phénomènes complexes. Il peut faire rapidement le tri dans les situations chaotiques entre l'indispensable, l'important et l'accessoire.

---

14. Core-business peut se traduire par le métier de base.

*« Je me suis inscrite à des cours de management, pour comprendre, pour ne plus être un mouton de Panurge. Tout d'abord à la Vlerinck Leuven Gent Management School l'année suivant la crise du CHIREC, puis l'année suivante j'ai suivi le cours pour le certificat interuniversitaire en management médical (ULB-UCL) après lequel j'ai présenté et soutenu un mémoire que j'ai préparé et présenté avec une consœur interniste. Ce fut une belle expérience enrichissante. Je pense qu'après ces formations j'ai été beaucoup plus à l'aise dans ma fonction de chef. »*

**B. Belhadi, Médecin chef de service,**  
Département de pédiatrie, CHIREC, Bruxelles, Belgique

*« Certains chefs de service font réellement du bon management. Peu de médecins ont reçu les compétences managériales et il y a peu de leaders. »*

**R. Mazy, Administrateur Délégué,**  
Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

Un de ses apports essentiels sera de faire percevoir aux administratifs la complexité du monde de la santé. L'administration des soins dans une salle d'hospitalisation, dans un bloc opératoire, sont des activités extrêmement complexes, qui mettent en jeu une multitude de paramètres et d'acteurs. Le travail en médecine devient de plus en plus compliqué. Une part importante des patients qui sont adressés à l'hôpital sont des personnes âgées porteuses de pathologies multiples et intriquées... A côté de cela, les connaissances médicales explosent. Les médecins ont à leur disposition quelques 6.000 médicaments et 4.000 procédures médicales et chirurgicales. Ce n'est pas seulement l'étendue et la quantité de connaissances qui ont rendu la pratique de la médecine difficile.

C'est aussi son exécution, le déroulement pratique de la mise en œuvre de ces connaissances. En chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, sur les dix dernières années, le matériel et les techniques se sont multipliés à l'extrême. En trente ans, en anesthésie, les modes de ventilation sont passés d'un seul à une dizaine, les paramètres fournis par les monitorings ont explosé, les techniques d'anesthésie loco-régionales se sont multipliées et compliquées. Aux soins intensifs, sur une journée de 24 heures, un patient ordinaire requiert 178 actions, injections, aspirations, mobilisations, prises de paramètres...<sup>15</sup>

Ainsi, l'institution hospitalière est probablement une des institutions les plus difficiles à appréhender pour un gestionnaire. Les solutions, les procédures qui fonctionnent dans telle clinique, dans tel département, dans tel service, ne fonctionnent pas automatiquement dans une autre clinique ou un autre service,

15. Atul Gawande, The check list Manifesto, Picador, New-York, 2011.



même dans un même hôpital. Il faut les adapter à la patientèle particulière, aux habitudes de fonctionnement de ces unités.

Le médecin est aussi probablement une des très rares personnes qui au sein de l'hôpital, a une vision sur l'avenir, sur le futur des techniques de soins, des innovations thérapeutiques. En cela, son apport est primordial pour l'institution hospitalière.

Autre aspect très important, dans sa relation avec la Direction ou dans le rôle de gestionnaire, le médecin doit pouvoir préserver son rôle de défenseur du patient. Un de ses devoirs essentiels est de promouvoir la qualité, la sécurité, l'humanisation des soins, éléments trop souvent négligés par les technocrates de l'administration. Ensemble, gestionnaires administratifs et gestionnaires médecins, doivent viser une efficacité optimale, c'est-à-dire la meilleure optimisation des procédures, des techniques de soins, des investissements allié à la meilleure qualité de la médecine qu'ils fournissent.

Une autre qualité très appréciée par l'administration de l'hôpital, sont le charisme, le leadership que les médecins ont acquis dans l'exercice de leur profession. Par ces qualités, le médecin va pouvoir être un moteur essentiel de l'institution pour l'aider à tirer les projets.

En quelques lignes, nous avons voulu brosser à grands traits les caractéristiques essentielles de la psychologie des médecins. Bien entendu, ce sont des généralités, plus ou moins marquées selon les individus. Mais le fond est très souvent présent. Et nous pouvons retrouver ces caractères, ou certains d'entre eux, dans d'autres professions d'expertise : ingénieurs, informaticiens, ... Comme le souligne Bernadette Lecerf-Thomas dans son livre « Neurosciences et management »<sup>16</sup>, ces personnes ont appris à cacher leurs copies, à ne montrer que du travail fini, à chercher la perfection, à travailler seules, à ne s'occuper que du contenu, ce qui est le contraire des comportements requis pour une collaboration efficace avec les autres. Être capable de travailler en équipes pluridisciplinaires demande de véritables métamorphoses pour certains. Formés dans la concurrence et la compétition entre les personnes, leurs stratégies mentales intègrent peu l'intérêt de savoir mettre en synergie les compétences et offrent peu de souplesse et d'ouverture aux propositions des autres. La concurrence à l'école, à l'université, en internat pour les premières places constituent de sérieux ancrages émotionnels et amènent à croire que l'on ne peut réussir que si l'autre perd. Partager, apporter des idées au débat, rebondir sur les idées, les mettre en lien, utiliser le processus relationnel

---

16. Bernadette Lecerf-Thomas, *Neurosciences et management*, Editions Eyrolle, 2009.

comme une simulation, laisser la place aux autres et faire confiance à la créativité est vécu comme des prises de risque inutiles par rapport à ses comportements habituels. Et pourtant, ce sont les comportements attendus pour une collaboration créative, épanouissante et sécurisante dans l'hôpital. Mais il faut admettre également que certains médecins sont de manière innée, spontanée, d'excellents managers, d'excellents leaders.

## **1.2. QUEL MANAGEMENT DEMANDE-T-ON AU MÉDECIN ?**

---

### **1.2.1. Quelque soit le pays...**

La question fondamentale est de savoir ce que l'on demande réellement sur le terrain à un chef de service en termes de compétences managériales. La meilleure solution est d'aller voir à la source, c'est-à-dire notamment les offres d'emploi pour ce type de poste. Nous en avons choisi trois au hasard, c'est-à-dire l'ordre d'apparition dans un moteur de recherche connu mondialement :

**LIEU :** Bretagne Cadre de vie et de travail agréable, proche bord de mer.

(...)

**POSTE :** Poste en CDI à temps plein de médecin-chef de service F-H :

- Participe au comité de direction de l'établissement,
- Définit le projet médical,
- Participe à la définition, et à la réactualisation du projet d'établissement,
- Participe à la promotion de l'établissement et à ce titre, maintient et développe des réseaux de partenariat tant en amont qu'en aval de l'offre de soins,
- Pratique l'évaluation Gériatologique,
- Assure le suivi des patients,
- Au regard des objectifs définis dans les projets d'établissement, assurer une prestation optimale des soins médicaux et paramédicaux sur un secteur de l'établissement, avec l'équipe de soins,
- Astreintes de WE en roulement à 4 à 5médecins,
- Membre de la CME, et participe à certaines instances de l'établissement (CLAN, CLUD, CLIN)

**PROFIL :**

- Médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Spécialisé en gériatrie ou médecin physique et réadaptation,
- Connaissance de l'outil informatique,
- Maîtrise du PMSI.

Avec de bonnes capacités relationnelles et doté d'un esprit d'équipe (équipe de 4 à 5 médecins, dont 2 gériatres, équipe de soins, plateau technique de réadaptation), le médecin est force de propositions, élément moteur et fédérateur dans un environnement territorial et démographique en mouvement, avec des enjeux importants.

On retiendra ici sur le plan managérial qu'il doit avoir « ... de bonnes capacités relationnelles et doté d'un esprit d'équipe (...) le médecin est force de propositions, élément moteur et fédérateur dans un environnement territorial et démographique en mouvement, avec des enjeux importants ». Si la mission n'est pas claire, au moins c'est au bord de la mer...

Une autre offre d'emploi :

Nous recrutons pour un établissement spécialisé en réadaptation cardio-vasculaire et respiratoire, implanté dans le Loir-et-Cher (40 km d'Orléans) : un médecin CARDIOLOGUE (H/F) sur une fonction de Chef de service de réadaptation cardio-vasculaire et membre du Comité de direction

Présentation du poste

En lien direct avec le directeur d'établissement, vous contribuez à la réalisation du projet stratégique du centre de réadaptation et vous mettez en œuvre les projets médicaux tels que décrits dans le projet d'établissement.

Désireux d'exercer une facette supplémentaire de la médecine, ce poste est pour vous. Vous avez envie d'être porteur d'un projet médical ambitieux dans un établissement qui vous en donnera les moyens ?

**Activités communes du médecin-chef de service et des médecins :**

- Effectuer les visites périodiques des patients avec les équipes de soins
- Organiser les staffs pluridisciplinaires
- Recevoir en consultations externes sur rendez-vous
- Superviser les traitements et les soins donnés aux patients du service
- Orienter et autoriser la sortie des malades
- Accompagner les patients et leur famille dans les situations délicates ou d'urgence
- Participer aux astreintes et aux gardes
- Réaliser des consultations externes

**Activités relevant uniquement du chef de service :**

- Développer des partenariats extérieurs, travailler en réseau
- Définir et évaluer de nouveaux protocoles médicaux et de réadaptation.
- Organiser des réunions d'analyse de cas
- Animer et coordonner l'équipe médicale

Il s'agit d'un contrat CDI à temps complet, qui permettra au médecin d'exercer en tant que salarié. Rémunération attractive

**Profil recherché**

- Vous devez être inscrit ou inscriptible au Conseil de l'Ordre des Médecins en France.
- Un DES en cardiologie et maladies vasculaires ou diplôme de spécialité équivalent, délivré par un pays de l'union européenne
- Qualités relationnelles afin de communiquer aussi bien avec les équipes médicales qu'avec l'administration, les réseaux de spécialistes.

Une autre, au Canada cette fois. Nous avons volontairement réduit le contenu de l'annonce et souligné les compétences managériales demandées :

## **MÉDECIN-CHEF**

### **SOMMAIRE DES FONCTIONS**

Le/La Médecin-chef est le/la leader médical en chef de Soins continus XXX. (...)

Le/La titulaire du poste est responsable de la qualité de la prestation des services médicaux et des soins. Il/Elle, la Vice-présidente principale et, la Vice-présidente, Programmes externes et Chef des Services professionnels travaillent étroitement afin d'assurer globalement la qualité de la prestation des soins.

Le/La titulaire du poste:

- Informe le Conseil et le Comité consultatif médical au sujet de la qualité des diagnostics médicaux, des soins et des traitements fournis aux patients et patients externes de l'Hôpital et en conformité avec les normes professionnelles.
- Travaille étroitement avec le Président-directeur général et le Vice-président, Affaires médicales sur des questions communes.
- Est responsable, avec les Chefs de Services et en collaboration avec le Vice-président, Affaires médicales, du recrutement et de la rétention des médecins.
- **Est imputable**, avec le Vice-Président, Affaires médicales, de la qualité des soins prodigués aux patients et **de l'utilisation des ressources médicales** en conformité avec les politiques établies par le Conseil.
- Organise un programme continu portant sur la gestion de la qualité médicale et participe à des programmes et initiatives corporatifs visant l'amélioration de la qualité.
- **Développe des outils de mesure** de la qualité en collaboration avec le Vice-Président, Affaires médicales et les Chefs de Services.
- Supervise les soins professionnels fournis par tous les membres du personnel médical.
- Développe, soutien et mène un processus d'évaluation annuelle pour les Chefs de Services et les Directeurs médicaux en collaboration avec le Vice-Président, Affaires médicales.
- Avise le Conseil concernant la planification des ressources humaines médicales, incluant les privilèges d'accréditation, le plan de succession, l'analyse des répercussions, l'utilisation des ressources et la gestion.

- En collaboration avec le Vice-président, Affaires médicales, assure la formation médicale continue appropriée pour le personnel médical et développe et met en oeuvre un programme d'orientation pour les nouveaux médecins.
- **S'assure du respect des règlements, des règles et normes** et des politiques de l'Hôpital, le cas échéant, des médecins.
- Est responsable de la discipline des médecins et des préoccupations des patients à l'égard des soins médicaux reçus selon la politique du code de conduite du médecin.
- Définit les besoins des patients, alloue les ressources en conséquence et négocie le niveau des services corporatifs fournis à l'hôpital et les programmes de patients externes en collaboration avec la Vice-présidente principale, Aide au développement des politiques et procédures liées aux soins cliniques en collaboration avec la Vice-présidente principale, Programmes hospitaliers et Chef des soins infirmiers, la Vice-présidente, Programmes externes et Chef des Services professionnels.
- Maintient un réseau avec ses pairs et des partenaires externes et représente Soins continus XXX lors de forums médicaux variés et appropriés,
- Participe aux activités médiatisées et aux activités de la Fondation.
- Agit en tant que Président et/ou est membre de plusieurs comités.

### TEMPS ALLOUE

Le rôle du Médecin-chef serait de trois (3) jours par semaine et le rôle de médecin en pratique clinique serait de deux (2) jours par semaine.

### QUALIFICATIONS REQUISES

- Membre en règle auprès de The College of Physicians and Surgeons of ...
- Membre actif du personnel médical ou éligible pour obtenir des droits actifs;
- Médecin de famille ou spécialiste;
- Expérience de leadership et en administration;
- Formation en gestion médicale (ex. Institut de gestion médicale ou autres programmes équivalents).

### COMPÉTENCES-CLÉS DU POSTE

- Preuve d'une formation médicale continue;
- Excellentes aptitudes médicales et connaissance des protocoles des pratiques exemplaires, de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation de la gestion;

- Excellentes aptitudes éprouvées de leadership;
- Faire preuve d'excellentes aptitudes pour la communication et les relations interpersonnelles, centré sur le travail d'équipe, objectivité et aptitudes pour la résolution de conflits;
- Excellentes aptitudes d'analyses;
- Excellentes aptitudes organisationnelles et capacité à s'adapter aux changements constants des priorités;
- Excellentes connaissances de la planification du programme et de l'évaluation;
- Habileté éprouvée à gérer le changement efficacement;
- Engagement envers une approche d'équipe interprofessionnelle.

#### **RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

Tous les candidat(e)s doivent fournir **un curriculum vitae récent ainsi qu'une lettre de présentation** démontrant clairement qu'ils répondent aux qualifications requises. Ils doivent aussi inclure leur attestation de scolarité et de certification s'il y a lieu.

Trois jours par semaine pour mettre en œuvre toutes les missions reprises ici...  
Même en y consacrant autant de nuits, le challenge nous semble...intéressant!

Nous pourrions répéter l'exercice à l'envi. Nous avons d'ailleurs examiné des dizaines d'offres d'emploi similaires en nous limitant volontairement aux pays francophones.

Que ce soit en France, en Belgique, en Suisse, au Canada, au Luxembourg et dans certains pays africains, il est intéressant de constater que l'on se retrouve devant généralement deux situations. Soit, comme dans cette dernière annonce canadienne, des compétences sans fin à exécuter dans un laps de temps ridiculement court, soit des annonces dans lesquelles les compétences managériales ne sont pas ou à peine mises en évidence. Dans un cas comme dans l'autre, cela nous renseigne assez mal sur la mission à mettre en œuvre par le médecin-chef au sein de ses équipes.

*« Je suis chef de pôle 3, comportant plusieurs services : SSR Neurologique dont je suis le responsable en tant que médecin MPR, service de SSR nutrition, service de SSR polyvalent, secteur de CS externes. De ce fait les difficultés sont énormes. Je n'ai aucun problème dans l'application de mes responsabilités en tant que chef de service pour mon service seulement, par contre beaucoup de difficulté concernant mes responsabilités comme chef de pôle qui reste seulement une simple nomination mais avec beaucoup de contraintes. »*

**G. Ido**, Médecin chef de pôle,  
Soins de Suite et de Réadaptation,  
CH de Saint-Amand-les-Eaux, France

Et si la loi nous venait en aide... Vous nous direz qu'il n'existe aucun texte juridique qui fixe la mission d'un manager chez IBM, Renault ou Sanofi. Et vous avez, heureusement, raison. Et comme un hôpital n'est pas une entreprise (nous n'entrerons pas ici volontairement dans ce débat), certains législateurs ont donc décidé de nous éclairer sur le sujet.

### 1.2.2. Quand la loi s'en mêle

C'est le cas notamment en Belgique, où une loi organise la mission d'un médecin-chef de service. L'ordre des médecins s'en fait même l'écho sur son site<sup>17</sup> sous le titre « Missions du médecin-chef : aspects déontologiques et juridiques ». Nous n'en reprenons évidemment ici que les extraits pertinents pour notre démarche et soulignons ce qui touche directement à la compétence managériale, c'est-à-dire la gestion des membres de son équipe.

- *Le médecin-chef de service est responsable du fonctionnement de son service. Il est responsable de l'organisation et de la coordination de l'activité médicale de son service telle qu'elle est mise au point par hôpital, ou éventuellement par service, dans le règlement médical.*
- *Le médecin chef de service doit avoir la possibilité de promouvoir les soins de qualité dans son service.*
- *Le médecin chef de service peut être assisté pour une partie de sa mission par un ou plusieurs médecins ayant une compétence particulière en la matière.*

17. <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/missions-du-medecin-chef-aspects-deontologiques-et-juridiques>



- *En vue du fonctionnement médical intégré à l'activité entière du service, le médecin chef de service accomplira sa mission en contact étroit avec :*
  - *Le directeur médical et les confrères chef de service.*
  - *Les responsables des différents aspects des activités de son service, et plus spécialement avec le chef infirmier et le responsable des activités paramédicales du service.*
- *Le médecin chef de service prendra les initiatives nécessaires à la réalisation au niveau de son service de mesures générales élaborées dans les articles concernant le directeur médical, c'est-à-dire promouvoir l'esprit d'équipe et la collaboration entre les médecins, notamment avec les médecins de famille, assurer la continuité des soins, assurer le respect du règlement médical, promouvoir l'hygiène hospitalière, ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituer une bibliothèque médicale, enregistrer les activités médicales de son service, organiser l'audit médical de son service, stimuler les activités médicales à caractère scientifique.*

On le voit, le médecin-chef n'est pas aidé dans sa démarche. Et dès lors, on comprend mieux que certains y consacrent beaucoup de temps et d'énergie avec d'excellents résultats et que d'autres se sentent complètement dépassés et désemparés. Un praticien peut prendre le rôle de chef de service, ou en accepter la charge, parce qu'il est le plus âgé, parce que son chèvre-choutisme ne dérange personne, parce qu'aucun autre de ses collègues n'en veut, parce qu'il est désigné d'office. S'il est volontaire pour le poste, d'habitude, au début de son mandat, il va montrer beaucoup d'enthousiasme. Il développe dans sa tête, parfois sur le papier, un projet de service pour lequel, bien sûr, le plus souvent, il n'a pas consulté, ni fait participer ses confrères du département. Après quelques semaines, quelques mois, s'il a de la chance, il se retrouve face aux dures réalités de la gestion d'équipe. Et soit, à force d'efforts énormes et de pertes de temps, en n'ayant le plus souvent aucune notion de management, il parvient à mettre en œuvre un ou deux points de son projet, sans réels objectifs, garde-fous et outils d'évaluation. Soit, très rapidement, il baisse les bras et se cantonne dans son rôle purement médical et se contente de réaliser, si la direction lui demande, un rapport annuel d'activité, de signer quelques bons de commande ou de factures, ou prendre l'avis de ses confrères si leur service doit se positionner d'une manière ou d'une autre.

### 1.2.3. Mais finalement, quel est le rôle d'un médecin-chef ?

Mais finalement que doit faire un médecin en tant que gestionnaire d'équipe ? Nous avons peut-être trouvé la solution. Comme un médecin-chef n'est finalement qu'un médecin à qui l'institution demande en plus d'assumer un rôle d'encadrement, autant nous tourner directement vers l'APEC qui n'est autre que l'Association Pour l'Emploi des Cadres qui reprend dans son annuaire de description des métiers celui de Médecin-chef de service<sup>18</sup>.

Que peut-on y lire ? Ici encore, pour le confort du lecteur, nous avons volontairement supprimé les informations qui ne rentrent pas directement dans le cadre de notre sujet. Les extraits faisant référence à la médecine du travail ont également été mis ici de côté.

#### Médecin-chef de service



##### *Finalité du métier*

*Le médecin-chef de service est responsable de l'organisation générale et du fonctionnement médical d'un service de l'hôpital ou d'un centre de santé*

##### *Missions principales*

#### **Activités communes aux médecins-chefs de service et aux médecins praticiens**

- *Effectuer les visites des patients quotidiennement avec les autres médecins, les internes et les équipes de soins.*
- *Superviser les traitements et les soins donnés aux patients du service.*
- *Orienter vers d'autres services, définir le transfert vers un établissement de convalescence ou de rééducation fonctionnelle ou autoriser la sortie des malades.*
- *Réaliser ou superviser les actes opératoires pour les spécialités chirurgicales.*
- *Recevoir les patients en consultation à l'hôpital ou dans les lieux de réception (antennes extérieures, centres de consultation dans des maisons de retraite, etc.).*
- *Accompagner les patients et leur famille dans les situations délicates ou d'urgence.*
- *Participer aux astreintes et aux gardes.*

18. Voir sur le site de l'APEC : <http://annuaire-metiers.cadres.apec.fr/metier/medecin-chef-de-service>

### **Activités relevant uniquement du chef de service**

- Définir et évaluer de nouveaux protocoles médicaux.
- Organiser des réunions d'analyse de cas.
- Assumer la permanence et la continuité des soins (tableaux de service, congés...).

### **Organisation et gestion du service, encadrement des équipes**

- Définir le projet médical du service en tenant compte des objectifs annuels fixés par le conseil exécutif et arrêtés par le directeur de l'hôpital, des moyens qui lui sont alloués, du projet médical d'établissement (ou de pôle, regroupement fonctionnel de services) et des autres projets tels que le projet de soins.
- Veiller à sa mise en œuvre (priorités, règles déontologiques, contrôle).
- Répartir les différentes tâches entre les médecins de son service et les autres catégories de personnel (paramédicaux notamment).
- Spécialiser les équipes par type d'affection, par exemple, par projet ou par nature d'activité.
- Vérifier l'adéquation entre le nombre de patients entrant et sortant.
- Affecter des tâches transversales telles que la codification des actes, les relations avec les correspondants, etc..
- Effectuer et justifier les demandes de création de postes (en fonction du projet médical notamment).
- Définir pour son service les projets d'investissement et les priorités en matière d'équipements médicaux.
- Participer à la définition et à la négociation des investissements immobiliers (construction ou réhabilitation de chambres, de salles d'enseignement ou de plateaux techniques).
- Être membre de droit du conseil du pôle et de la CME (Commission médicale d'établissement)

### **Formation**

- Former les internes et les externes affectés au service.
- Effectuer avec les internes le bilan des problèmes rencontrés.
- Informer et former les équipes soignantes et les paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) au cours de réunions sur des questions médicales, sur les actes à effectuer, sur les problèmes rencontrés, sur le fonctionnement du service, etc.
- Participer à des sessions de formation pour informer les médecins du service des évolutions de la discipline et des nouvelles méthodes de soins pratiqués.

### **Administratif et réunions institutionnelles**

- Réaliser ou contrôler les documents administratifs ou médicaux au départ du service : lettres, fiches d'évaluation, questionnaires divers, réponse à des lettres de malades, éléments du dossier médical...
- Préparer et suivre les procédures d'accréditation, les différentes procédures de vigilance.
- Assister aux réunions à objectif non médical (organisation générale de l'hôpital, préparation du rapprochement avec d'autres services, suivi d'activités, réunions de tableaux de bord ou réunions budgétaires).
- Participer aux différentes commissions consultatives obligatoires : Commission médicale d'établissement, commissions liées aux normes sanitaires ou d'hygiène, Commission des soins, etc...

### **Animation de réseaux et communication scientifique**

- Participer à des réseaux de spécialistes, de chercheurs ou à des projets de recherche, de laboratoires, etc...
- Participer à des réseaux ou à des études d'épidémiologie.
- Être responsable ou animer directement un ou plusieurs réseaux ou projets de recherche. Dans ce cadre, organiser des réunions, des colloques ou des congrès.
- Coordonner ou rédiger des communications scientifiques.

### **Activités éventuelles**

#### **Enseignement**

- Effectuer des travaux d'enseignement universitaire ou post-universitaire (même si le chef de service n'est pas nécessairement un hospitalo-universitaire).
- Dans les centres hospitaliers où sont installés des instituts de soins infirmiers, participer aux enseignements du personnel infirmier et du personnel paramédical.

#### **Recherche**

- Participer à des recherches cliniques, à des essais de médicaments ou à des enquêtes épidémiologiques dans les centres de santé.
- Définir les objectifs, élaborer la méthodologie de ces recherches.
- Analyser et interpréter les résultats.

### **Variabilité des activités**

- Le médecin-chef est le plus souvent praticien hospitalier non universitaire (PH). Dans les CHU, outre ses fonctions de chef de service, il est enseignant universitaire (maître de conférences ou professeur des universités à la faculté de médecine). Il s'agit alors de la filière dite PUPH. Selon la taille des services

*et le degré de participation au service universitaire, le chef de service est plus ou moins présent à l'hôpital. Il coordonne de façon directe son équipe ou peut déléguer cette fonction à un adjoint ou à des médecins de son service.*

- Dans les grands services de CHU, ses fonctions de professeur et de responsable scientifique sont le plus souvent prédominantes. Il peut également y associer une activité de communication vis-à-vis du grand public (participation à des conférences, des émissions de radio, de télévision notamment).*
- La fonction de chef de service est également dépendante de l'organisation de l'hôpital dans lequel s'insère le service : CHU à vocation régionale et d'enseignement et de recherche, CH (qui est un centre hospitalier local) ou CHS : centre hospitalier spécialisé (hôpital psychiatrique, par exemple). La spécialité médicale induit également des modalités particulières d'exercice : contacts plus ou moins fréquents avec les malades, selon le type de pathologie, de liens plus étroits avec les cadres de santé (soins infirmiers), et avec les responsables des plateaux techniques, etc..*
- Le médecin-chef de service a en général des prérogatives plus larges qu'à l'hôpital : il est responsable du fonctionnement de l'ensemble du centre ou du service, tout personnel confondu et il prend également en charge la gestion budgétaire de cet organisme. Il est souvent associé aux campagnes de santé publique ou de prévention, dont il assure le déploiement au sein de son organisme. Il a des liens plus étroits avec l'organisme de contrôle et son médecin directeur ainsi qu'avec ses collègues des centres voisins.*

### **Compétences**

- L'accès au poste de chef de service n'est pas réglementé par des textes; c'est la raison pour laquelle aucune compétence technique ou managériale particulière n'est demandée au médecin en dehors d'une très grande compétence dans sa spécialité et dans l'enseignement universitaire pour la filière hospitalo-universitaire). De fait, c'est le jugement des pairs qui est le critère dominant : médecins de la spécialité et professeurs d'université. Le chef de service présente un bilan d'activité tous les cinq ans et sa nomination est alors soumise à renouvellement.*
- Pour les postes hospitalo-universitaires, les qualités spécifiques aux scientifiques jouent un rôle important : rigueur, créativité, innovation, capacité d'analyse des nouveaux protocoles ou des nouveaux instruments techniques ou des médicaments, évaluation, sens critique, etc...*
- Depuis quelques années, avec la réforme de l'hôpital et la réorganisation par pôles, les compétences en gestion sont devenues incontournables, tant dans le secteur privé que dans le secteur public (le secteur public organise des formations pour préparer les chefs de service à ces fonctions).*

- *En raison des contraintes budgétaires, on exige notamment d'un responsable de pôle des compétences pointues dans les domaines suivants : organisation, finances, contrôle de gestion, management, suivi d'activités... Le directeur de pôle est responsable de l'utilisation des moyens affectés au pôle, du respect des enveloppes allouées et de la recherche d'une plus grande transparence dans la gestion des coûts.*
- *Les capacités d'animation et de négociation des ressources sont également indispensables pour faire fonctionner un service avec des équipes paramédicales et administratives qui ne dépendent pas directement du chef de service.*

### **Personnalité**

- *Aptitude au management*
- *Qualités relationnelles afin de communiquer aussi bien avec les équipes médicales qu'avec l'administration, les réseaux de spécialistes et les médecins généralistes.*
- *Disponibilité pour communiquer avec les malades et leur famille.*
- *Capacité à apporter un soutien psychologique aux équipes soignantes et aux malades.*
- *Qualités pédagogiques, pour former aussi bien les étudiants en médecine et les jeunes médecins que les personnels paramédicaux et administratifs.*

### **Diplômes**

- *Pour devenir médecin-chef de service, il faut avoir terminé le troisième cycle des études de médecine et passé avec succès les DES (diplômes d'études spécialisées).*
- *Pour les postes hospitalo-universitaires, le concours d'agrégation est un passage obligé. La nomination s'effectue de façon conjointe par les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé (après avis d'instances locales ou nationales comme la Commission statutaire nationale).*
- *Pour les postes de chef de service hospitalier, il faut avoir exercé en tant que praticien hospitalier, la nomination au poste de chef de service s'effectuant par un concours dont les modalités varient selon les disciplines.*
- *Dans les hôpitaux privés, les procédures associent en général un jury médical qui propose un classement des candidats aux instances de décision.*

### **1.2.4. Que faut-il en conclure ?**

Si un chef de service doit mettre en œuvre, en plus de ses activités médicales, ce qui est décrit ci-dessus dans la rubrique « Missions principales » qui reprend :

- Organisation et gestion du service, encadrement des équipes
- Formations
- Administratif et réunions institutionnelles
- Animation de réseaux et communication scientifique

... sans compter les activités éventuelles reprises ci-dessus également, nous comprenons aisément que le médecin-chef ne sache pas très bien par quel bout commencer et ait de sérieux problèmes d'agendas et soit donc un candidat au *burnout* !

Quant à sa personnalité, regrouper à la fois des aptitudes managériales, des qualités relationnelles, pédagogiques et de communication tout en apportant aux patients et aux équipes un soutien psychologique, et tout cela sans formation spécifique sur le sujet, autant demander à un pilote d'Airbus de piloter en servant les apéritifs, faire le plein de carburant, charger les valises et assurer l'entretien des parties vitales de l'appareil tout en tenant la main d'une passagère atteinte de peur panique lors de la phase de décollage.

Être manager peut se décréter. Être un bon manager, pas. On devient médecin après de longues études. Suivies de stages. Et de nouveaux apprentissages. Ce n'est pas facile. Mais ce n'est pas parce que l'on est un bon médecin que l'on est automatiquement un bon manager. Le croire relève de la naïveté voire de la prétention. Certains diront même de la bêtise ! Être manager cela s'apprend aussi. Comme le reste. Certains, exceptionnellement, auront peut-être certaines dispositions. D'autres moins. Comme l'a écrit un chirurgien et ami : « Désireux de comprendre et d'aider mes congénères, j'ai alors décidé d'entreprendre des études médicales. Très vite, celles-ci m'ont amené à abandonner ma vision intuitive et subtile du monde pour une pensée rationnelle et codifiée. J'ai sacrifié le rêve à la performance, je suis devenu le chirurgien que je voulais devenir. Jusqu'au jour où... »<sup>19</sup>

Comme nous l'avons vu dans les premières lignes de ce chapitre, de par leur formation, leur psychologie propre, les médecins n'ont aucune disposition pour la charge de gestionnaire. Ils ont acquis ou ont renforcé, une structure intellectuelle qui les entrave et les empêche de pouvoir mener leur mission avec succès.

19. Thierry Janssen, *le travail d'une vie*, Editions Robert Laffont, Paris, 2001, p 13.