

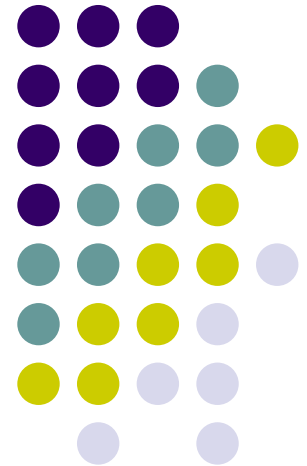


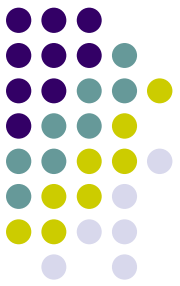
---

# « Dynamics of Medical Hospital Management »

19 novembre 2011

Docteur J. de TOEUF  
Directeur Général Médical



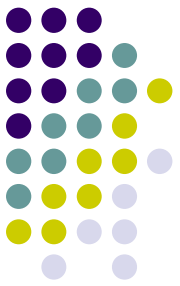


**« Vers une réorganisation de l'hôpital »**

***Inspiré de***

***Sholom Glouberman et Henry Mintzberg***

***« Managing the Care of Health and the Cure of Disease »***

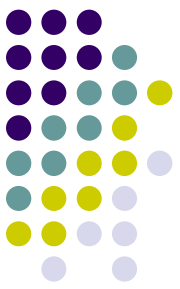


1. Le CHIREC aujourd'hui
2. Et demain ?
3. La différenciation des tâches dans l'hôpital
4. L'intégration dans l'hôpital
5. A suivre



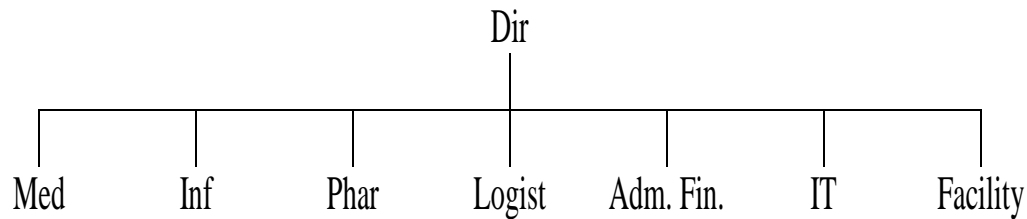
## A. TRADITION

- Médecine de qualité, orientée dans une relation forte médecin – patients.
- Nursing motivé, excellent par rapport aux autres hôpitaux, en réorientation « Magnet Hospital ».
- Services de support dévoués, réactifs.
- Communication verticale. Silo. Reflétée dans l'organigramme.



## B. ORGANIGRAMME MATRICIEL

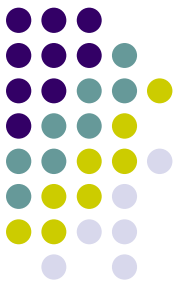
Essentiellement vertical, entre sites et sur chaque site.





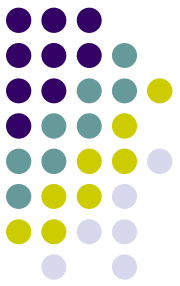
## C. PROBLEMES

- Communication
- Transferts de connaissances
- Le patient



## D. PLAN STRATEGIQUE

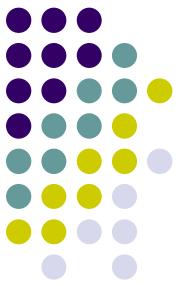
- Patient au centre
- Focus sur excellence
  - programmes prioritaires
    - onco
    - ortho
    - ophtalmo
    - obésité
    - plastique - esthétique
- Magnet Hospital
- Ouverture vers l'extérieur : community
  - autres hôpitaux
  - universitaire
  - médecine générale



## E. L'évolution CHIREC

- Programmes de soins
  - Onco
  - G
  - Ped
  
- Moyens dévolus en faveur des services moins rentables
  - G
  - Ped et NIC
  - Urgences
  - MG en G – Onco - Sp
  
- Recrutement médecins extérieurs
  
- Investissement massif Matériel Médical

## II. Et demain ?



Gouvernement. Mutuelles – Assurances – INAMI. SPF Santé  
Publique

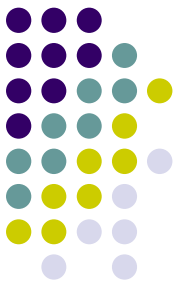
- - professionnalisation
- responsabilisation (accountability)

cf. lits justifiés

- multidisciplinarité
- trajectoires de soins

Community → Hôpitaux → Postcure et Community

## II. Et demain ?



- Accréditation de programmes



paramètres : processus

outcome : réadmissions ...

nosocomiales

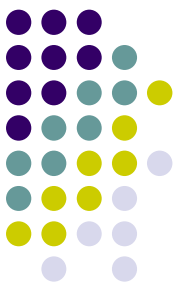
utilisation des ressources

- Réduction suppléments à charge du patient



Productivité

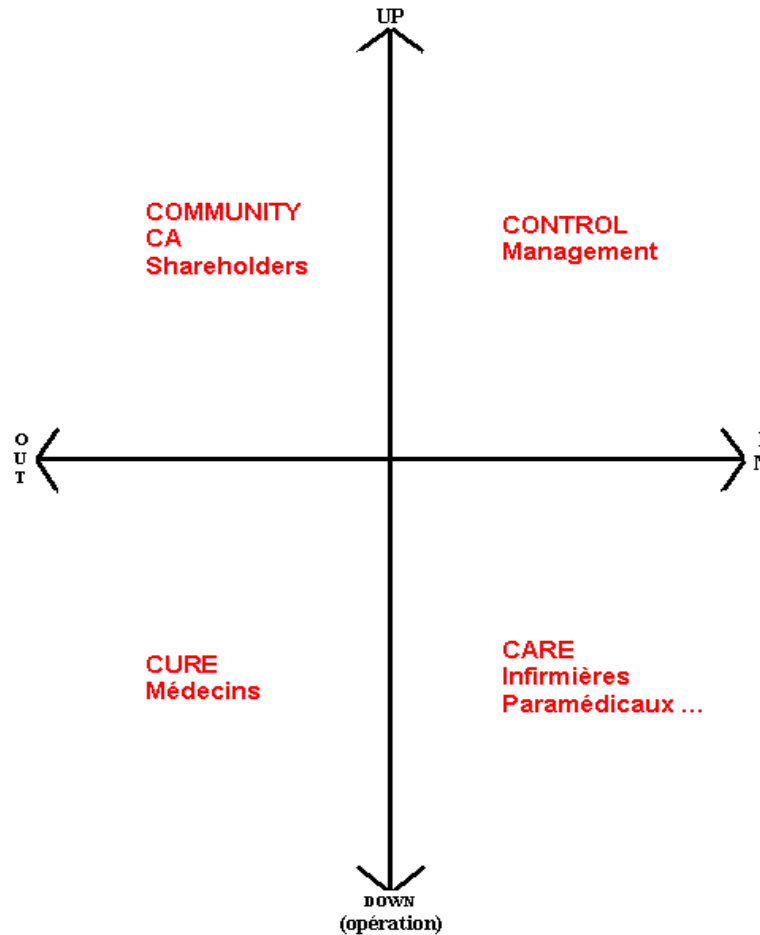
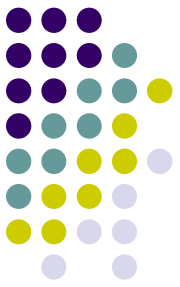
# Chirec III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



- Chaque activité dans un hôpital est simple à comprendre.
- L'organisation est complexe, et les rapports non clarifiés.
- 4 mondes dans l'hôpital = 4 formes de management.
  - ⇒ **BAS** : focus patient.
  - ⇒ **HAUT** : focus contrôleurs financiers.
  - ⇒ **DEDANS** : unités de soins. Hiérarchie de l'Institution.
  - ⇒ **DEHORS** : ceux qui sont impliqués dans l'Institution, mais indépendants de l'autorité.



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital





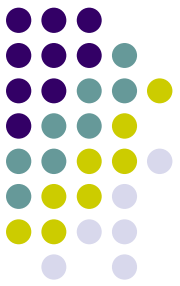
## III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



Donc 4 organisations qui se structurent indépendamment des autres

- cf. ✓ Conseil Médical, Chefs de Service ...
- ✓ Comités
- ✓ Cadres nursing
- ✓ Organigramme admin. et fin. et logistique ...
- ✓ Conseil d'Administration

# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



2 fossés : ✓ **horizontal**

contrôles



malade : professionnels  
technologie

✓ **vertical**

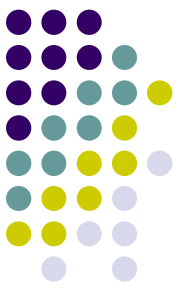
Concernés par l'Institution  
Indépendant



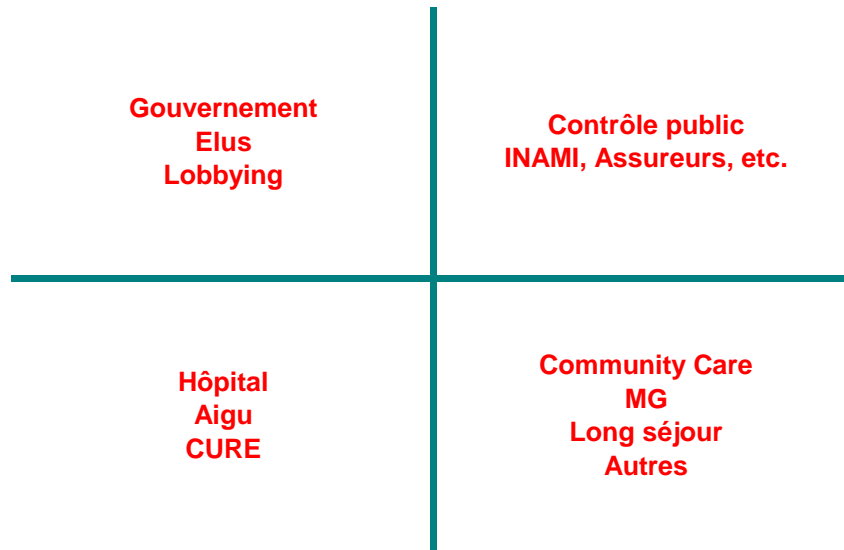
connectés à l'Institution



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



Même division dans la société de la santé



La question : interconnecter les 4.



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CURE

Médecin travaille dans l'hôpital. Pas pour l'hôpital.  
Intervention : contact intermittent avec le patient.

4 types

couper – avaler – manipuler – parler

(médic)

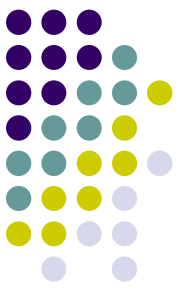
l'essentiel du travail médical



spécialités



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CURE

Médecins – spécialités

→ cheminées – silos

Médecins spécialistes

- ✓ à vie : organe – maladie – type de patients
- ✓ carrière dans la hiérarchie de sa spécialité

Au niveau société : hôpital aigu : • invasif – ingestion  
• DOWN et OUT  
• spécialisé



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CARE

Nursing

- ✓ contact constant avec le patient
- ✓ coordonne tout le workflow des unités de soins  
= tous les passages des multiples intervenants sur le patient
- ✓ bien que pas formellement responsable de cela
  - médecin responsable patient, même si absent
  - manager responsable contrôle, à distanceentre les 2 : nursing  
= champ de bataille

La distinction cure-care est max pour « couper » et quasi dissoute dans « parler ».

cf. G -  $\psi$



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CARE

Société :

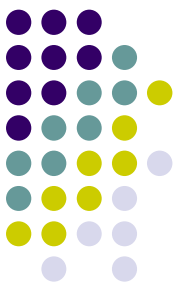
prédominance acute cure (hospitals)

community care → moins de ressources

palliatif



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CONTROL

- Managers : au sommet de la hiérarchie administrative.
- Pour les médecins, cette hiérarchie est moins importante que la réalisation de leur métier.
- Manager contrôle plus les groupes qui ne revendiquent pas leur autonomie = problème.
- Le manager sans expérience clinique a des difficultés à diriger les groupes régis par des standards professionnels et les impératifs technologiques.
- Cela explique la difficulté et les échecs de la plupart des réorganisations – réformes – restructurations des hôpitaux.



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital

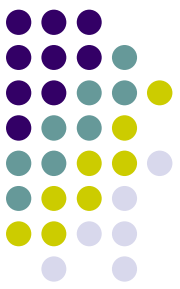


## CONTROL

- Managers contrôlent les ressources.
  - budgets – lits – la plupart des ETP
- Mais contrôlent mal les processus, médicaux à tout le moins.
- Il lui faut des mesures, des datas.
- Est coincé entre les professionnels du « non » et ce que demandent les autorités.
- Au niveau société idem =
  - contrôler les hôpitaux est aussi difficile que les interventions cliniques dans l'hôpital



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## CONTROL

- Le résultat est que chaque groupe fonctionne sans beaucoup de liens avec les autres.
- Le management intervient de façon ponctuelle, par des modifications – réorganisations, par des réductions de budgets. Et les intervenants font le gros dos.
- Et puis crise
  - ⚡ grands plans, reengineering, strategic planning, total quality management sans focus sur les inconsistances et les conséquences.



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## COMMUNITY

CA

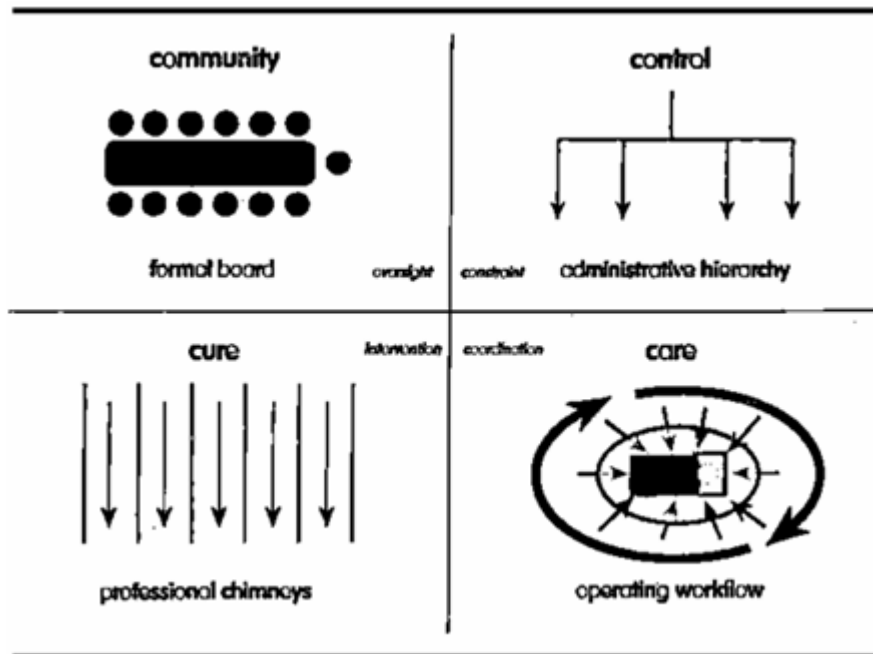
- Beaucoup moins de différenciation des tâches.
- Très à distance du cure et du care.
- Concentre son attention sur le management : pression.
- Si mécontent du management = prend les choses en main. Comme cure = intermittent.
- Idiosyncrasies : info venant sélectivement de certains médecins.
- Les résultats du management par le community ne sont pas bons :
  - { info parcellaire
  - { temps insuffisant

# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## Donc les 4 mondes

Supervision ⇐



⇒ **Contrainte**

Intervention ⇐

⇒ **Coordination**

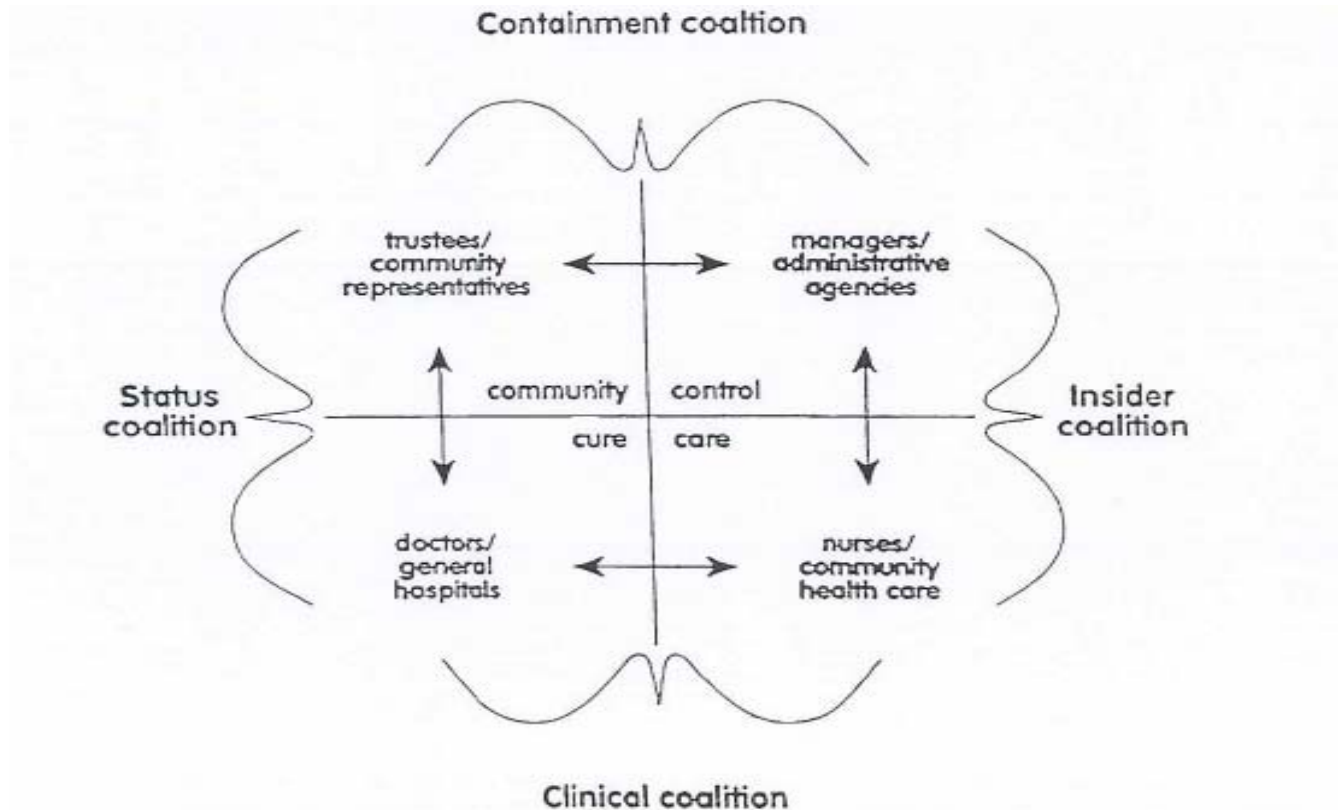


# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital

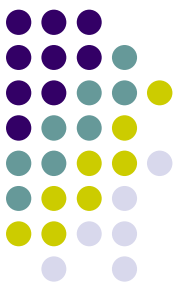


## Les relations entre les 4

Les coalitions de pouvoir

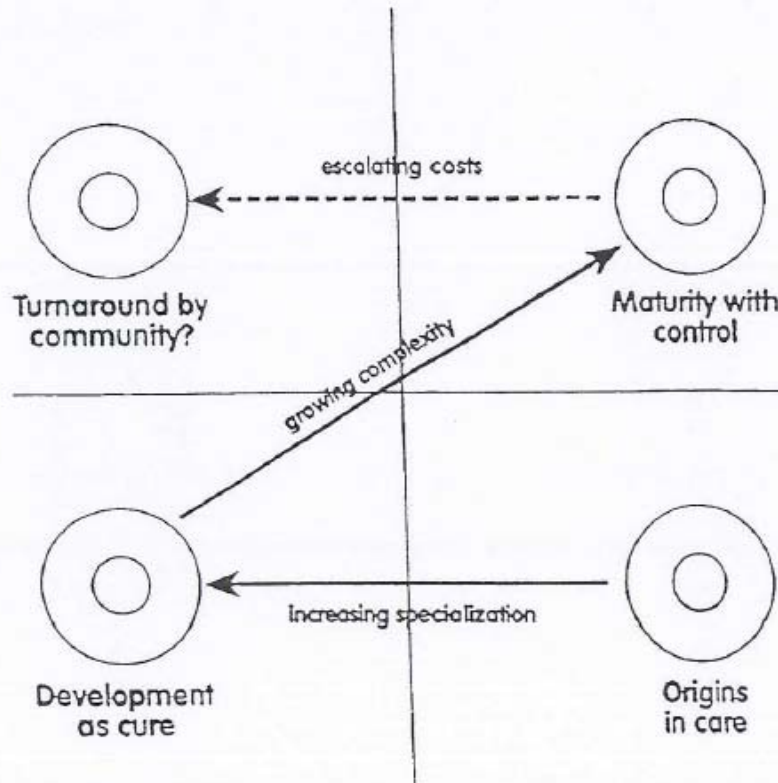


# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## Les relations entre les 4

L'évolution temporelle : Z



Il faut faire tomber les barrières :

+ le système se différencie par la spécialisation

+ il faut intégrer



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



## Les relations entre les 4

Beaucoup d'efforts :

UP's : changements organigrammes

strategic planning → mission statements

restructurations pour réduire les dépenses

Down's : chacun chez soi

total quality management par nursing

« soins centrés patients » sans les médecins

→ échecs



# III. La différenciation des tâches dans l'hôpital



Le changement est devenu continu, mais chacun chez soi.

Atouts :

- Le dévouement des acteurs à leurs objectifs – leur finalité

médecins – nurses – administratifs – CA

↳ Il faut le « Reconnaître »

- Désir partagé d'accroître ses connaissances

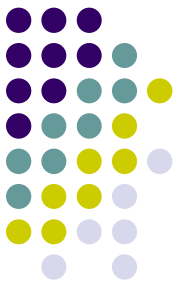
R&D

- Urgences → rassemblement

Mais une fois passée, retour à la fragmentation



## IV. L'intégration dans l'hôpital



La différenciation (spécialisation) caractérise le fonctionnement hospitalier, et est sa plus grande force.

Il faut, pour rééquilibrer différenciation – intégration, accroître l'intégration (coopération) des composantes.



# IV. L'intégration dans l'hôpital



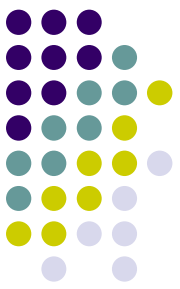
## Six mécanismes de base pour coordonner

1. Ajustement mutuel
2. Supervision directe  
= hiérarchie d'autorité  
« le boss »
3. Standardisation du travail : procédures
4. Standardisation des outputs : objectifs
5. Standardisation des habiletés et du savoir  
p.ex. chirurgie et anesthésie
6. Standardisation des normes  
valeurs communes

Hôpital : 5 + 1 et 6



## IV. L'intégration dans l'hôpital



### Coordination par spécialisation = habiletés et savoir

La médecine fonctionne comme cela :

pathologie patient → dans un pigeonhole = silo. Cookbook.

coordination aisée, automatique

Chacun est sensé savoir ce que fait et sait l'autre, et fait confiance.

Pas besoin de discuter longuement.

Mais ✓ erreurs nombreuses, et incompréhensions

✓ trop confiance → crises

et crises → système inadapté

## IV. L'intégration dans l'hôpital



### Coordination par le management = par hiérarchie

#### a) Supervision directe

- ✓ manager donne rarement un ordre direct à un médecin
- ✓ mettre qqn en charge : unit manager

case manager

program manager

= solution papier – une case de plus organigramme

Réorganisation perpétuelle. Etudes et rapports.



## Coordination le management = par hiérarchie

b) Standardisation des outputs

Evidence Based Medicine

c) Standardisation du travail : process

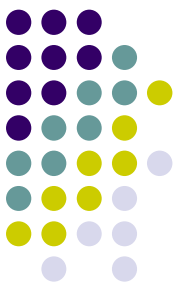
Itinéraires de soins

Le plus souvent pour contenir les dépenses

↪ échec parce que les bénéfices du process sont  
difficilement mesurables



## IV. L'intégration dans l'hôpital



### Coordination par ajustement mutuel = communication ouverte

Discussions informelles

Teams. Taskforces – Groupes de travail

En dehors de la hiérarchie

Très efficace : prise en compte des besoins et idées des pairs



## IV. L'intégration dans l'hôpital



### Standardisation des normes

Culture commune : remplace contrôle externe  
par attitudes internalisées

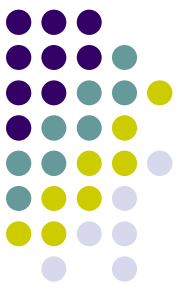
Hôpital ne manque pas de cultures communes

Il en faut une : coopération clinique  
institutionnelle

Compréhension et respect mutuels, confiance → bonne volonté



## IV. L'intégration dans l'hôpital



### Bonne pratique

↪ Normes partagées entre médecins – nurses – management ont gardé l'hôpital en fonctionnement.

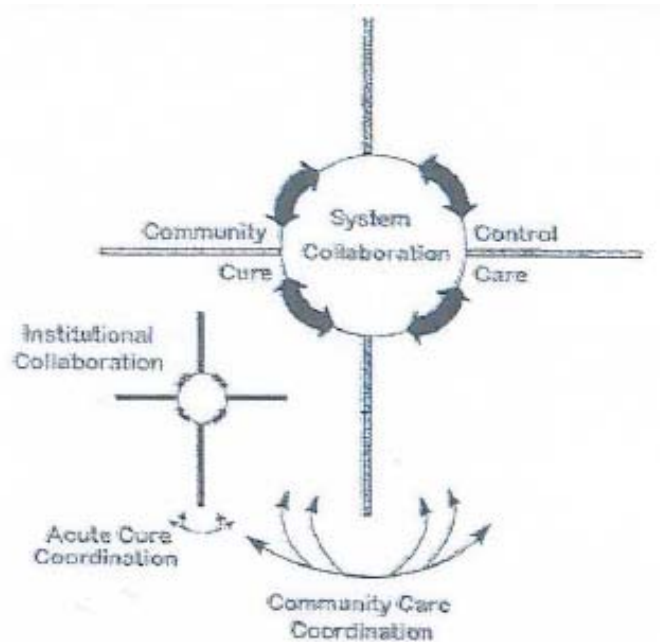
L'ajustement mutuel permet de faire face aux complications inattendues, médicales ou administratives.

# IV. L'intégration dans l'hôpital



Dans l'hôpital : 2 coordinations sont indispensables  
collaborations

## A. Aspects cliniques : coordination





# IV. L'intégration dans l'hôpital



## A. Aspects cliniques : coordination

- pas par interventions managériales (boss – administration – ...)
- management par les managés
- 3 modèles : selon les disciplines
  - chirurgie cataracte : programmée, standardisée, séquence précise. Pas besoin d'ajustement mutuel. Typiquement silo.
  - gériatrie : web = ajustement mutuel constant
  - entre les 2 : interniste = hub

connection avec consultants multiples

Web est le plus adaptable, le plus coopératif, et s'auto-organise



# IV. L'intégration dans l'hôpital



## A. Aspects cliniques : coordination

### Qui coordonne ?

- Médecin : souvent absent → personne

Nurses ? pas l'autorité

Autres : pas la connaissance

- Web avec plus de présence médicale

C'est la condition pour un ajustement mutuel

Médecins passeraient de BAS et DEHORS à BAS et DEDANS

# IV. L'intégration dans l'hôpital



## B. Collaboration de l'ensemble hospitalier

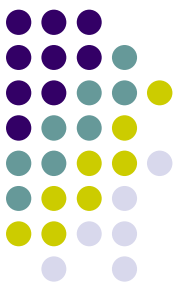


### Manager quoi ?

- 1) Faciliter self management de l'activité clinique  
= culture + ajustement mutuel  
p. ex. architecture : beaucoup + fort outil que réorganisation de l'organigramme
- 2) Up et out = légitimer l'Institution à l'extérieur
- 3) Décisions concernant tout l'hôpital : investissements  
Facilitations. Aide à décision des acteurs.



# IV. L'intégration dans l'hôpital



## B. Coordination de l'ensemble hospitalier

Solution systémique globale aux problèmes

p.ex. investissements équipement : ensemble en coopération  
entre management, financiers et médecins, infirmières

Management { agressif à l'extérieur, politique  
↓ { conciliateur à l'intérieur

chez le même CEO ?

clivage haut et bas

→ management collaboratif, + collectif



# IV. L'intégration dans l'hôpital



## B. Coordination de l'ensemble hospitalier

### Manager ? Comment ?

Collaborer

2 autres styles de management, mauvais :

1) le boss contrôle et sait tout

le plus ancien modèle

2) le professionnel : bardé de diplômes MBA ...

pas compatible avec le modèle professionnel basé sur standardisation des savoirs

le contrôle se fait à distance, sur rapports de performance et indicateurs

si problème : retour à la case Boss



# IV. L'intégration dans l'hôpital



## B. Coordination de l'ensemble hospitalier

### **D'où le manager artisanal**

- Inspirer, convaincre, faciliter  
construire des ponts (ajustement mutuel), construire la culture commune
- Pas distribuer du pouvoir aux médecins ou infirmières, mais les aider, les encourager



# IV. L'intégration dans l'hôpital



## B. Coordination de l'ensemble hospitalier

### Qui manage ?

Hôpital = médecins + managers professionnels + nurses

Qui dirige ? = mauvaise question

→ donne lieu à zigzags

Toute solution avec un type d'acteur replace le jeu dans une des 4 cases

Or, ce sont les 4 cases séparées qui sont le problème

Management n'est pas une profession

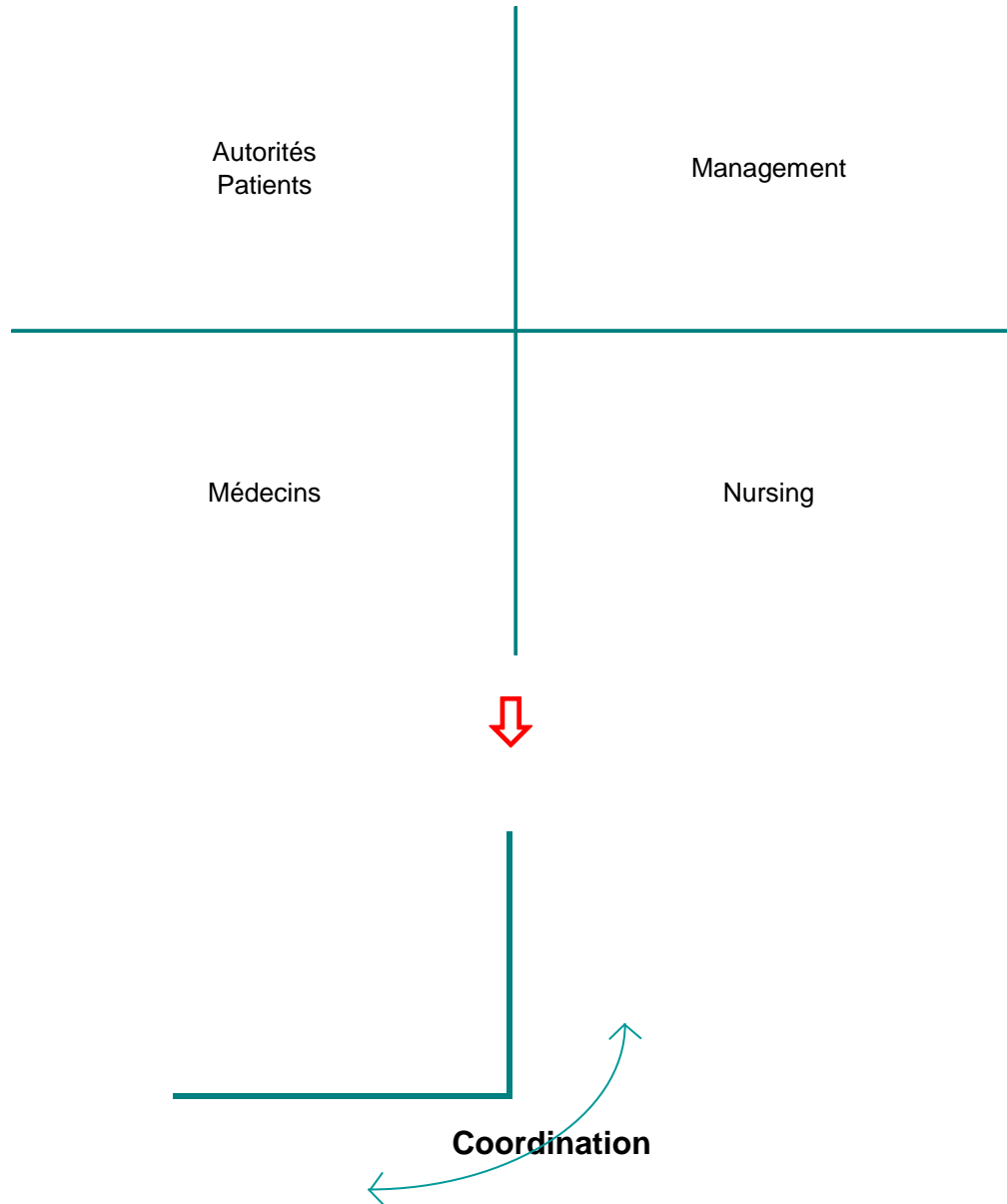
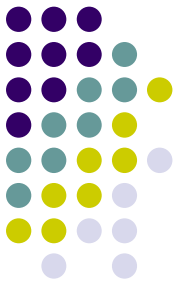
Médecins ? Cure – interventionniste

Nurses ? Le plus évident. Mais : médecin refuse

Leaders : individus, peu importe l'origine

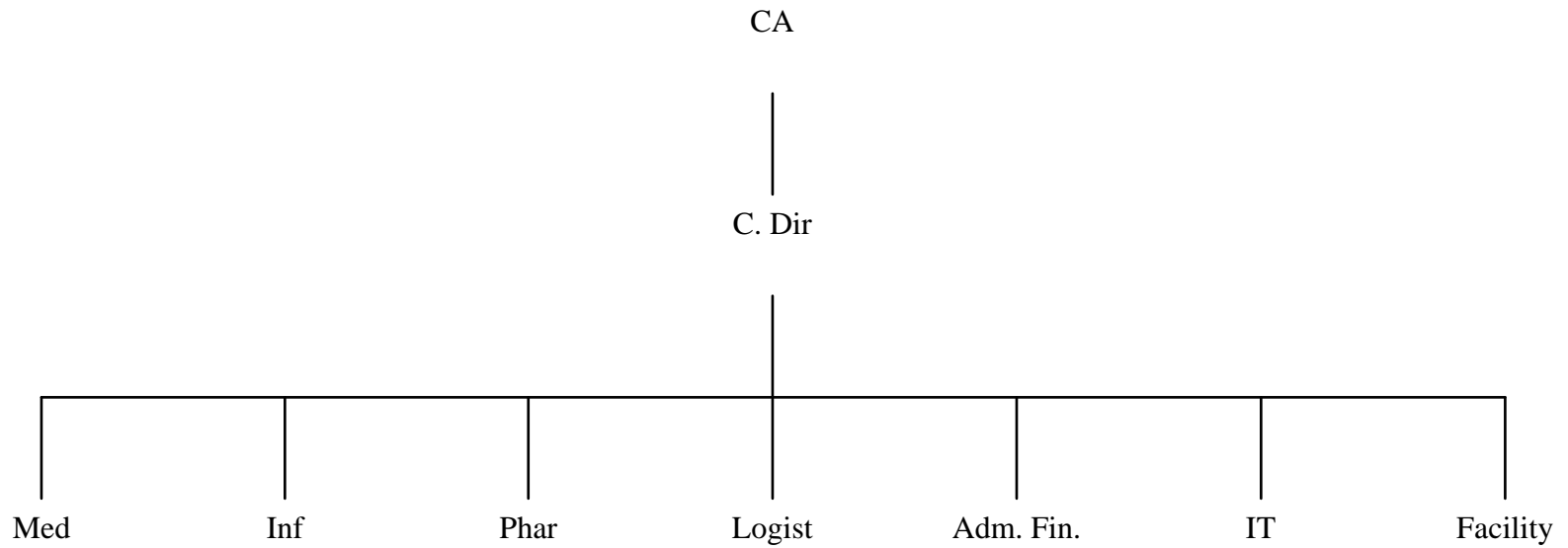
↪ style - énergie

# V. A suivre

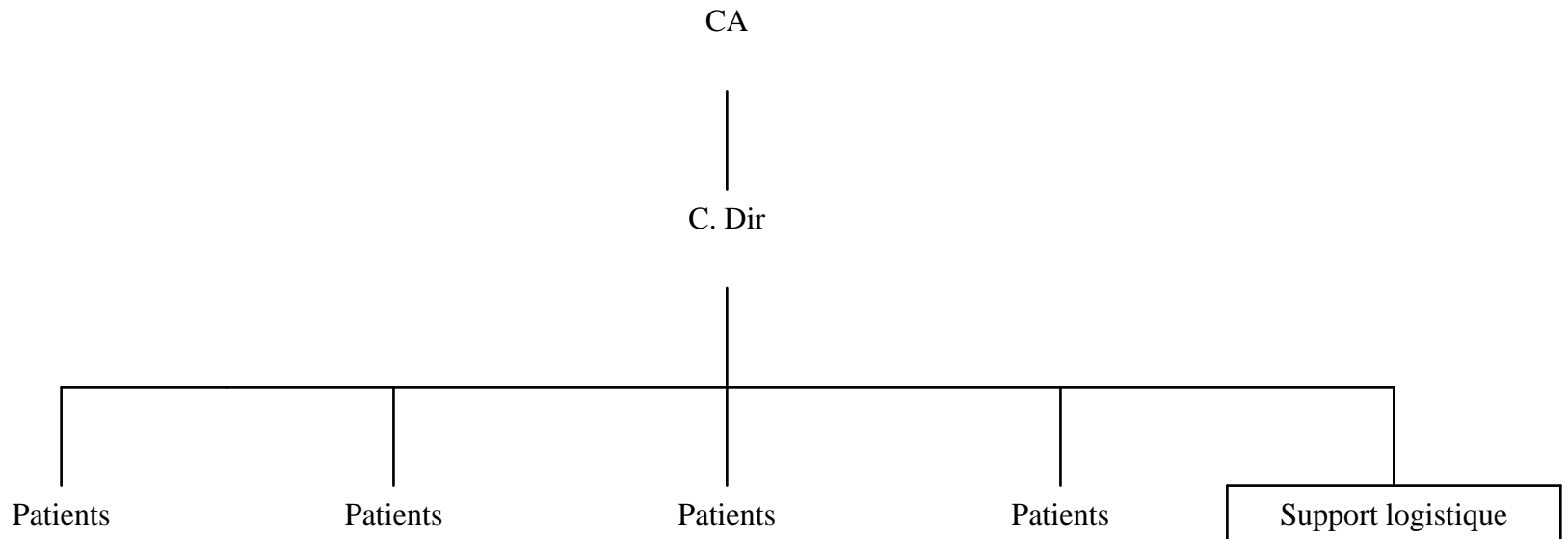




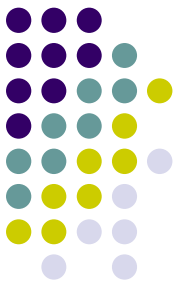
# V. A suivre



# V. A suivre



# Composition du Conseil d'Administration



## 11 Administrateurs Médecins :

- Président du Conseil d'Administration
- 3 Vice-Présidents
- 7 Administrateurs

## 3 Administrateurs Extérieurs Indépendants

## 3 Invités permanents :

- Directeur Général Médical
- Directeur Général Administratif et Financier
- Président du Conseil Médical

# Organigramme



Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell  
Organigramme au 1er janvier 2011

