

Le binôme médecin coordonnateur directeur : Harmoniser les contraires pour faire ensemble au service de l'utilisateur

Éric Garcia, Professeur associé

Laboratoire Graphos, Lyon 3

Christine Passerat Boulade, chercheur associé

Laboratoire Graphos, Lyon 3

Résumé : Dans un univers contraint par un encadrement juridique en perpétuelle turbulence, le binôme médico administratif des établissements de santé est un facteur clef du succès de l'agilité du système.

Voir le monde comme un médecin, c'est bénéficier d'une identité professionnelle forte basée sur la décision individuelle qui fait le lit de la culpabilité en cas d'échec.

Voir le monde comme un manager c'est transformer en permanence la contrainte en opportunité. C'est construire une vision partagée et maîtriser l'intégralité du système de management de l'établissement.

Doter le médecin du langage adéquat et des outils nécessaires concrétise l'avènement de « médecins managers » qui sont les relais indispensables pour une traduction médicale du management.

Celle-ci renforcera le « faire ensemble » au sein des équipes de direction tout en permettant au médecin de garder son identité professionnelle.

Mots-clés : Identité professionnelle, Management, Conduite de projet, Coopération.

INTRODUCTION

Comment agir dans les organisations de santé en s'accommodant des antagonismes ? le monde des établissements de santé est complexe. Il s'appuie sur une myriade d'acteurs différents aux profils variés et parfois spontanément jugés incompatibles : administratif, médecins, soignants, techniciens.... De plus l'univers est contraint par un encadrement juridique et des dispositions réglementaires en perpétuelle évolution. Les processus d'adaptation doivent être constamment activés. Ils doivent régulièrement s'accommoder d'injonctions paradoxales. Elles sont souvent facteurs d'inertie et de dysfonctionnements mais peuvent parfois révéler des dynamiques managériales adaptatives efficaces. Quoiqu'il en soit le binôme médico administratif est un facteur clef du succès. Comment le directeur et le médecin coordonnateur peuvent ils « faire ensemble » au service de l'utilisateur ? pour explorer les éléments constitutifs de ce pilier fondateur il convient de balayer plusieurs sujets. Quels sont les enjeux de l'environnement qui conduiront à considérer comment fonctionnent les deux parties du « couple ». Après avoir regardé le monde comme un médecin, puis comme un gestionnaire, il sera utile de glisser de la volonté au besoin. Considérer les risques et les défis du médecin-manager apportera les points clefs de la passerelle à tisser d'un monde à l'autre ; l'avènement de « médecins managers » est le vecteur nécessaire à la traduction médicale du management

Sous l'effet des contraintes financières et réglementaires de plus en plus fortes les établissements sanitaires doivent relever de nouveaux défis. Les exigences de performance en termes financiers, de qualité des soins et de l'accompagnement, de satisfaction de toutes les parties prenantes obligent tous les acteurs à se mobiliser. La maîtrise de ces exigences nécessite des compétences élargies en management, gestion de projet, qualité et gestion des risques. Les médecins exerçant des missions de coordination deviennent un pivot de la gestion de ce changement.

LE MONDE VU PAR LE MEDECIN

Un univers régulé par ses pairs

Le médecin évolue dans un environnement spécifique dont la régulation s'opère entre pairs. Cet univers est régi par un ordre professionnel. Devenir « docteur » c'est prêter le serment d'Hippocrate qui marque l'entrée dans la confrérie et l'autonomie dans la vie professionnelle. Cette dernière s'organise autour du code de déontologie qui donne les éléments constitutifs du respect du serment d'Hippocrate. La pratique doit se conformer à la production de sociétés savantes qui édictent des conduites à tenir et des bonnes pratiques. Il s'agit de faire acte d'allégeance à un « savoir formel élaboré en fonction de certaines normes imposées par une autorité formelle » (Philippe, 2004). En appliquant cette même analogie avec la transposition didactique utilisée en science de l'éducation on peut appuyer le propos en appliquant une perspective de lecture intéressante au mot « prescrire ». Il s'agit d'une norme, d'une obligation, autant dans le sens d'obligation que dans celui de modèle.

Un positionnement basé sur un titre

Le positionnement du médecin est basé sur un titre qui confère une expertise reconnue mais soumise à de fortes attentes et dont l'évaluation est spécifique.

L'expertise est reconnue au point qu'elle est très peu contestée. Prescrire et ordonner les mots sont lourds de sens. La contestation est fort limitée, qu'elle émane des paramédicaux partenaires et exécuteurs de la prescription ou du patient. Le partenariat professionnelle autour du projet de soins d'un patient permet néanmoins la contestation de la part du praticien exécutant : les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes notamment ont réglementairement un droit de regard et d'autonomie sur la décision.

Le positionnement de « médecin » est soumis à de fortes attentes. Il est une forme de « super héros admirable » (Galam, 2012) qui sauve des vies. Il guérit, au minimum écoute et prend soin. Le concept de médecine parfaite associé au *primum non nocere* produit une logique d'inaffabilité.

Le médecin n'a pas par nature l'habitude du « rendre compte ». L'évaluation de sa pratique est réalisée par ses patients ou ses pairs. Dans les deux cas la liberté d'expression est limitée soit par asymétrie de l'information du côté du patient soit par difficulté à démontrer le défaut d'indépendance professionnelle ou l'insuffisance professionnelle au niveau ordinal.

Une identité professionnelle forte

L'identité professionnelle du médecin est forte et totalement au service du désir de bien faire. Elle repose sur des piliers principaux : la compétence du savoir, du savoir faire et du savoir être et l'éthique (Legault, 2003).

Pour cela il est équipé d'un bagage de savoirs et de compétences techniques. Ces derniers sont au service de prouesses médicales de plus en plus importantes. Ces résultats spectaculaires transforment l'obligation de moyens en obligations de résultats (Claveranne, 2004).

Le médecin évolue dans son propre système de valeurs comme tout un chacun. Pour se dédouaner de ce prisme de lecture personnel il est nécessaire de rentrer dans une démarche éthique. Elle permet de rester centré sur la relation d'aide avec humanité et compassion. L'écueil de la décision autocratique par paternalisme du médecin ou de son transfert total au patient (autodétermination totale) est ainsi évitée (De Broca, 2012). Et il s'agit bien de faire en sorte que « les pratiques ne soient pas des coquilles vides, pour réduire les écarts dissonants entre le discours et le geste responsable, pour aller de la prise de conscience généreuse à l'acte qui appauvrit. » (Legault 2003)

Ces aspects génèrent une culpabilité importante face aux échecs qui ne peut qu'induire de la souffrance.

Un exercice spécifique

L'exercice de la profession médicale est spécifique : il est individuel par le colloque singulier avec le patient, il est secret car soumis au secret médical et il est « asymétrique » de part le fait que le médecin détient le savoir.

De plus, le patient est en situation de vulnérabilité dans un état émotionnel instable. Il s'en remet à l'autorité du médecin sur le socle de la confiance qui forge le « contrat médical » (Jaunet, 2007). Cela reste encore présent bien que le patient ait accès aisément à l'information via « le village global sanitaire » qui regroupe l'ensemble des possibilités médiatiques d'accès à l'information médicale vulgarisée ou non (Claveranne, 2004). Le médecin reste l'élément clef de mise en perspective pertinente de la masse de vulgarisation scientifique.

L'exercice produit un effet rapidement mesurable. Il est aisé de connaître le délai au terme duquel une prescription peut être évaluée (ex. : 48h pour un antibiotique, 6 à 8 semaines pour un antidépresseur).

Néanmoins l'exercice est réalisé en équilibre instable. Le « vivant est complexe ». Il existe beaucoup d'incertitudes liées au patient, à l'émergence de maladies ; et pourtant il est très difficile de revendiquer l'incapacité de maîtrise totale (Galam,2012).

LE REGARD DU GESTIONNAIRE

A la différence du médecin, le manager approche l'établissement dans sa globalité, évoluant dans un environnement politique, économique et légale contraint et régit au gré des réformes qui se sont succédées ces 30 dernières années au rythme d'un réforme tous les 18 mois en moyenne.

La première dimension dans laquelle vit le manager est donc celle de la contrainte légale. La première tentation à éviter est de tomber dans la facilité et de suivre aveuglément ces orientations, contraignantes mais rassurantes, car prescrites et clairement énoncées.

Les pièges liés aux stratégies de droit divin

Ainsi, les pièges de cette stratégie de droit divin dictée par les tables de la loi du ministère de la santé sont de plusieurs ordres.

La myopie qui amène les managers à ne poursuivre prioritairement qu'un seul objectif restrictif. Il est la réponse aux obligations réglementaires, en s'autocensurant sur des orientations possibles mais non prescrites donc jugées non pertinentes.

La théorie, système parfait sur le papier mais qui s'avère inopérant car trop éloigné de la réalité et de la particularité de chaque établissement.

La bureaucratie, présente sous la forme de la cathédrale documentaire est existante mais connue de peu de professionnels dans les faits (Benamouzig, 2014)

L'illusion de maîtrise de l'organisation induit la production de documents décrivant le moindre détail. Cela se nourrit de la croyance que seules les règles permettent aux organisations de fonctionner. Nous savons que ce sont les compromis entre professionnels qui permettent le bon fonctionnement de l'organisation (Amblard,2005).

La désillusion, nourrie par l'espoir sans cesse renouvelé d'un système de management qui pourrait être livré clé en mains. Cela est appuyé par le discours des sociétés de conseil promouvant des principes et des méthodes venues d'autres secteurs d'activité et

garantissant leur pertinence sans adaptation majeure, à l'instar du Lean management aujourd'hui (Bourdoulon, 2011).

L'isolement correspond à un système conçu, piloté et supporté par les seuls représentants de la Direction, dans leur tour d'ivoire.

La perte du sens et l'oubli de la mission de l'établissement qui est de répondre aux besoins et de la satisfaction des usagers et des autres parties prenantes à partir de la formalisation du projet stratégique de l'établissement.

Penser territoire et transformer la contrainte en opportunité

Bien entendu la fonction de manager implique d'engager des réflexions. L'enjeu est de transformer la contrainte légale, prégnante mais identique pour tous, en opportunité de développement. Il s'agit d'aboutir à une intégration et une appropriation de celle-ci dans des délais plus courts que les autres établissements du secteur.

Ce principe se traduit par la prise en compte au sein du projet stratégique de l'établissement des orientations de la loi HPST de 2009 que nous pouvons résumer comme suit :

« Répondre aux besoins de l'utilisateur en tous points du territoire de santé à partir de 3 engagements :

- Le respect des droits de l'utilisateur associant l'accessibilité, en favorisant l'ouverture de l'établissement sur l'environnement, le libre choix, et la dignité
- Une prise en charge associant Qualité et Sécurité par la maîtrise du service rendu
- Dans un contexte de recherche d'efficience, en réduisant les contre-performances, selon la maxime formulée par Jean Pierre Claveranne (2000), « *Le juste accompagnement réalisé par le juste acteur au juste coût* »

En deux mots, il faut « penser territoire » pour le manager, que ce soit lors de la construction du projet du groupe ou de l'établissement. Afficher les valeurs et la mission de l'institution permet de rédiger le projet d'établissement en déclinant les missions en prestations opérationnelles. Ces projets collectifs doivent se réaliser en associant les professionnels et en mobilisant les outils d'animation des équipes, d'organisation et de gestion de projet (Staines, 2008).

A partir de cette dimension stratégique, cette vision partagée sera de même une exigence incontournable dans la mise en place du système de management. Il aura pour but de construire l'animation, l'organisation et la gestion de l'établissement en impliquant les professionnels. Ces derniers font cohabiter des approches très différentes en fonction de leur position dans l'organisation et de leur métier.

Les opérationnels vivent l'organisation dans une dimension technique. Ils réalisent des actes de soins, d'accompagnement ou des activités logistiques et administratives.

Les responsables de service et les managers de proximité évoluent dans une dimension organisationnelle, coordonnent les ressources humaines et matérielles.

Les administratifs agissent dans une dimension juridique, comptable et financière.

La résilience de l'organisation réside dans l'élaboration et le maintien de la cohérence entre ces différentes dimensions.

Adossé sur ces prérequis, la mission du manager comprend la maîtrise des risques au sein de l'établissement. La sécurité de l'utilisateur ou du patient tout au long de son parcours d'accompagnement en est l'objectif principal. Comme l'a déjà démontré Deming depuis de nombreuses années, 80% des risques, obstacles ou dysfonctionnements se situent dans les zones d'interface entre les métiers et les secteurs d'activité dans les organisations. La maîtrise de ces zones d'interface nécessite l'instauration d'une vision et d'une action partagées. En s'appuyant sur des groupes de travail pluridisciplinaires et interservices, les processus prioritaires de l'organisation doivent être formalisés. Il s'agit de démarches projets dédiées au management par les processus.

Les processus d'accompagnements des usagers et des patients sont tout à la fois porteur de sens et générateurs de risques. Il revient à la Direction et aux managers de répondre à ces deux défis. Se focaliser sur la maîtrise du cœur de métier des établissements, le projet médical et de soins personnalisé ne permet pas d'avoir une analyse des risques globale.

Le manager-directeur d'établissement doit aussi veiller à ce que les engagements et les prestations actés dans le projet d'établissement soient adaptés à la singularité de chaque de chaque usager. Cette adaptation ne peut être garantie que par la construction d'un

projet « personnalisé » à chaque personne accompagnée. Il convient donc d'instaurer le management par projet. Ce système de pilotage répond bien aux organisations dont le cœur de métier est de gérer de multiples projets simultanément.

En définitive, dans les différents niveaux d'analyse de son domaine de compétence, le manager et Directeur d'établissement a pour mission de donner un cadre, des méthodes et des moyens. Il s'agit de permettre aux professionnels de s'impliquer et de faire ensemble au service des patients et des usagers.

LES RISQUES ET LES DEFIS DU MEDECIN MANAGER

L'accès des médecins aux fonctions de managers et de direction (coordinateur, chef de pôle, président de Commission Médicale d'Etablissement...) se réalisent concrètement par la légitimité clinique (De Pourville,2010) ou la consolidation de réseaux voire la logique de clan (Vinot,2014).

Les compétences managériales ne sont pas prises en compte. Il s'agit bien pour ces médecins d'acquérir un vocabulaire managérial et des compétences transversales sans crainte de perdre leur identité professionnelle. Donner aux médecins des clefs de communication pour échanger sereinement et efficacement avec la direction est la clef de voute de cette évolution. Ils doivent se doter des connaissances techniques et des compétences en management leur permettant de mettre en œuvre les exigences réglementaires de leur fonction. Mettre leur expérience métier au service du « faire ensemble » et du pilotage des projets de management est incontournable.

Positionné en tant que manager ou au sein de l'équipe de direction, le médecin peut être tenté d'appliquer au management ce qu'il juge être du bon sens en s'appuyant sur ses outils de pratique médicale. Ce passage de la clinique à la pratique du management comporte des risques :

Prescrire et ordonner : le risque du portage individuel de la décision à l'échelle de l'organisation

Prescrire et ordonner, c'est faire appliquer par d'autres acteurs une décision prise individuellement et dont la responsabilité reste centrée sur l'émetteur.

De façon simpliste il serait dangereux de penser que l'acte de prescription se rapproche du principe de gestion suivant -« manager, c'est faire faire » - même s'il est effectivement le point commun du management transversal avec les autres formes de management. Mais le manager transversal a pour mission de « faire faire » à des acteurs pour atteindre les résultats attendus et formalisés. Il doit responsabiliser les contributeurs de la mission, les rendre immédiatement acteurs et leur laisser des marges de manœuvre (Dicecca, 2013). Développer un pouvoir de manager transverse équivaut donc à déployer une autorité inscrite dans une relation de partenariat et non d'obéissance (Barthe, 1999). Cette relation de légitimité et de partenariat est à acquérir et à entretenir de façon continue. Ce concept est à rebours de la tacite légitimité reconnue sans détour au médecin dans son statut de praticien clinicien.

Les risques de rester sur le portage individuel de la décision se situent également dans le fait de ne pas transformer l'invention en innovation, ou plus exactement dans notre propos, de ne pas transformer l'intention managériale en action collective. L'invention est le fait d'un seul homme, la diffusion de cette nouveauté avec appropriation par l'organisation est l'innovation. Il convient de ne pas voir l'innovation uniquement sous l'angle de la conception. « Une bonne idée est une idée qui est devenue bonne au terme d'un processus où elle fait l'épreuve de la réalité, en étant progressivement transformée et parfois transgressée » (Alter, 2000).

Vouloir guérir et prendre soin de l'institution

Le médecin est formaté pour guérir et prendre soin. Il ne peut qu'être enclin à exprimer cette tendance dans ce qu'il juge être une pratique managériale adaptée. Cela passera par l'élaboration d'un « diagnostic » du fonctionnement de l'institution avant de « prescrire » des éléments de solution. Sans outils ni méthodes adéquats issus des sciences de gestion, le diagnostic et la prescription peuvent se révéler non pertinents ou bien erronés.

Il est difficile de sortir de l'habitude de la gestion du risque médical individuel. Cette individualité s'exprime souvent par la reproduction du colloque singulier avec le personnel comme cela sera traité dans le paragraphe suivant. Jouer uniquement sur l'amélioration de la prise en charge médicale est important, nécessaire mais pas suffisant. Conduire des actions centrées par exemple sur les médicaments, le matériel,

les procédures apportent une progression de la qualité des soins. Cependant il faut aussi améliorer le management pour un impact plus important sur la santé du patient (Baret, 2008). Ce dernier indicateur est un élément de mesure de performance induisant une forte satisfaction chez le personnel soignant.

Le médecin en situation de management se trouve alors confronté à la difficulté de rester congruent. La congruence est définie comme un alignement cohérent entre ce que nous ressentons et les actions que nous menons, les idées que nous avons et les paroles que nous formulons. Nous pouvons résumer cette mission par « dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit » ou l'envisager comme une cohérence entre l'interne (la vie intérieure) et l'externe (ce que nous montrons à l'extérieur). La congruence est simple à appliquer dans le « rôle médical » mais la recherche de l'articulation parfaite avec les différentes dimensions de l'exercice managérial est plus compliquée. Nous pouvons apporter un éclairage complémentaire en précisant que l'état de congruence est atteint quand l'équilibre est parfait entre la prise de conscience et l'expérience (Travis, 2013). Dans ce cadre, nous percevons bien les difficultés que le médecin peut rencontrer pour rentrer dans son rôle de manager en restant sur un état interne habitué à fonctionner dans un environnement purement médical

Mettre l'écoute et la relation d'aide en contradiction avec les besoins de coordination et de coopération de l'organisation

Le contexte hospitalier de rationalisation bureaucratique, segmentation du travail en soignants/non soignants, démultiplication d'actes sophistiqués et spécialisés dans une technologie quasi systématique, tarification à l'activité cloisonne l'organisation. Cette transformation qualitative et quantitative de la prise en charge du patient induit de profonds changements dans la pratique des soignants. Cette dernière est en décalage avec le modèle de « l'idéal soignant » créant un malaise important facile à verbaliser auprès du médecin (Baret, 2008).

Le médecin est par nature enclin auprès du patient au colloque singulier dans lequel il peut déployer sa relation d'aide par l'écoute attentive. Démocratiser cette aptitude en relation individuelle avec les membres du personnel soignant et non soignant correspond à l'instauration de « l'ajustement mutuel » comme système de coordination au sein de l'organisation (Mintzberg, 1989).

Cette situation encourage les individualités et peut aussi contribuer à affaiblir le positionnement du cadre de proximité qui porte la « supervision directe » des équipes. Entériner implicitement ou explicitement quelques initiatives individuelles amène à s'éloigner de la ligne hiérarchique et stratégique. S'il est établi que « l'ajustement mutuel » est le levier de coordination incontournable de toutes les missions transverses et notamment en gestion de projet. La maîtrise de l'organisation et des zones d'interface nécessite le recours à des systèmes de pilotage et de coordination différents comme maîtrise des processus, en fonction du contexte, des enjeux et des missions du manager en lien avec la politique et la stratégie définies (Claveranne, 2004).

Le management transversal exige de tisser une relation tripartite entre le manager transversal, les acteurs et leur ligne hiérarchique. Son succès repose sur l'équilibre de l'équipe. Si cet équilibre est touché, les mêmes règles ne sont pas appliquées à tous, la responsabilité n'est plus partagée par tous, l'information ne circule plus en créant du lien (Barthe, 1999).

CONCLUSION : L'AVENEMENT NECESSAIRE DE « MEDECINS MANAGERS »

Afin de poursuivre et renforcer les évolutions initiées dans les organisations des établissements, l'enjeu actuel est d'associer les médecins pour permettre au système d'évoluer. En effet, les médecins sont des acteurs stratégiques. Ce sont eux qui ont le pouvoir d'engager ou de désengager les ressources opérationnelles en validant la prise en charge d'une personne en établissement ou en autorisant sa sortie.

De plus, concernant la pratique médicale ils peuvent s'abriter derrière une caution scientifique qui les met en autorité de position vis à vis d'un directeur en incapacité de contredire (Pascal, 2003).

Il est donc impératif de créer un langage commun entre la direction et les médecins. Le médecin manager exerçant des fonctions de coordination doit être le vecteur de cette traduction médicale. La pratique médicale ne représente que 15% des activités réalisées dans les fonctions de coordination assurées par les médecins coordonnateurs selon le décret définissant leurs fonctions en EHPAD (Morel,2015). Ce chiffre transposable au secteur sanitaire correspond de façon fidèle aux définitions de fonctions énoncées pour finaliser le rôle des cadres (Mintzberg, 1989).

Au delà du volet purement technique, le médecin manager doit acquérir des compétences. Elles lui permettront d'évoluer du « singulier », le projet de soins personnalisé au « général », le projet stratégique.

En premier lieu, il lui faut s'approprier les méthodes et les outils de conduite de projet. En effet il doit piloter et coordonner les professionnels autour des projets individuels des usagers. De plus, il participe activement aux projets à vocation organisationnels et stratégiques comme le projet médical de l'établissement ou le projet d'établissement.

De même, les médecins, bien que souvent volontaires sont démunis en termes de compétences notamment sur les méthodes de gestion des risques (Moll, 2008). La maîtrise de la gestion des risques fait appel à deux autres méthodes de gestion de production : le management par les processus et les méthodologies de résolution de problème orientées sur la prise en compte de situations cliniques précises.

Les médecins sont accessibles à la logique de la démarche processus. Cette dernière peut être mise en œuvre en étapes combinatoires définissant les points critiques (Pascal, 2003). Cela laisse la latitude aux médecins de décider de l'ordre des facteurs à activer en fonction du patient (Dicecca, 2013).

Les compétences des médecins-managers sont attendues dans différents domaines : gestion de projet, démarche qualité, gestion des risques, gestion des partenariats de la filière de soins, animation des équipes, organisation des services et des professionnels, gestion et suivi de l'activité. Elles doivent faire l'objet d'une professionnalisation à la hauteur des enjeux et des défis à relever par les équipes de direction des établissements. Formés au management, ces médecins seront en capacité de parler le même langage que la direction. Lié par une vision et un vocabulaire commun, le binôme médecin coordonnateur directeur pourra faire ensemble au service de l'utilisateur efficacement et durablement.

BIBLIOGRAPHIE

Alter, N.(2000),*L'innovation ordinaire*, Presses Universitaires de France, 278 p

Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G.,Livian, YF. (2005), *Les Nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, 300 p

Baret, C., Vinot, D., Dumas, F. (2008), *La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : une proposition de modèle de recherche*, Graphos, Université Lyon 3

Barthe, B., Queinnec, Y. (1999), *Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie*, L'année psychologique, 99 (4), 663-686

Benamouzig, D., Robelet, M. (2014), *Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital*, Liepp Working Paper, mars 2014 (20), 32p

Bourboulon I. (2011), *Le Livre noir du management*, Bayard, 282 p

Claveranne JP, (2000), « Coûts et Subsidiarité à l'hôpital », Actes du colloque SNPHAR, Djerba, 1-3 novembre 2000

Claveranne, JP., Pascal. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital*, Médica Editions, 262 p

Claveranne, JP, Vinot, D. (2004), *L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis*, Revue Générale de Droit Médical, 04 (13), 17-25

De Broca, A. (2012), *La démarche éthique en clinique-guide pour la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en éthique*, Revue Ethique et Santé, 9 (1), 14-21

De Pourville, G. (2010), *La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital*, Le journal de l'école de Paris du management, 86, 22-29

Dicecca, V., De Buchet, P. (2013), *Les cinq clés du management transversal*, Dunod, 96 p

Galam, E. (2012), *L'erreur médicale, le burn out et le soignant*, Springer, 340 p

Jaunait, A. (2007), *La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient* Sciences sociales et santé, 2 (25), 67-72

Legault, G. (2003), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Presse de l'Université du Québec, 185 p

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

Mintzberg, H. (1989), *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, 704 p

Moll, M., Caillat, JF (2008), *Management des risques et gouvernance*, Techniques Hospitalières, 712, 30-38

Morel, C. (2015), *Directeur et médecin coordonnateur : faire ensemble face aux enjeux de demain*, communication colloque IFROSS, Lyon, 9 juin 2015

Pascal, C. (2003), *La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur*, Revue Française de Gestion, 5 (146), 191-204

Philippe, J. (2004), *La transposition didactique en question : pratiques et traduction*, Revue Française de Pédagogie, 149, 29-36

Staines, A. (2008), *Des collectifs au service de la sécurité des patients*, *Compétence*, 9, 25-25

Travis,C.,Wade, C. (2013), *Introduction à la psychologie : les grandes perspectives*, Erpi, 400 p

Vinot, D. (2014), *Transforming hospital : the new role of clinical managers in french public hospitals*, *International Journal of Public Sector Management*, 27,406- 416