



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

Pérenniser les pôles d'activité :
Pratiques managériales et appropriation par les
acteurs

Julie LAIGRE

Remerciements

Je remercie sincèrement l'ensemble des professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Un grand merci aux membres de la direction de la qualité, de l'hospitalisation et de la communication de l'hôpital BEAUJON qui m'ont encouragée et accompagnée tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier plus particulièrement Dominique Champenois, coordinatrice générale des soins de l'hôpital BEAUJON pour ses réflexions riches et constructives, pour son soutien sans faille lors de mes moments de doutes, et aussi pour avoir accepté de « refaire » avec autant de brio son entretien !

L'élaboration de ce mémoire a été guidée par les conseils éclairés de mon encadrant mémoire, Monsieur Jérôme Sontag, directeur des ressources humaines de l'hôpital René Muret que je remercie ici pour sa collaboration et son indulgence ...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Une réforme qui bouleverse la culture hospitalière et ses pratiques managériales.....	5
1.1 L'organisation hospitalière a longtemps été un obstacle à une gestion efficace et intégrée.....	5
<i>1.1.1 Une « bureaucratie professionnelle ».....</i>	<i>5</i>
a) Cadre théorique.....	5
b) La prééminence des centres opérationnels se heurte à une gestion efficace	6
<i>1.1.2 Les tentatives de réforme pour remédier à cet état de fait ont été jusque là un échec.....</i>	<i>7</i>
a) L'expérience inachevée des départements et des fédérations.....	7
b) Les prémices de la contractualisation interne.....	8
<i>1.1.3 La nouvelle gouvernance : une démarche expérimentale.....</i>	<i>9</i>
1.2 Les changements induits par l'ordonnance du 2 mai 2005.....	12
<i>1.2.1 Une révolution culturelle et organisationnelle.....</i>	<i>12</i>
a) L'organisation en pôles d'activité et le dépassement des services.....	12
b) Le rapprochement des corps de métier via le triumvirat.....	14
c) Les outils de pilotage.....	

	1.2.2 Un contexte favorable au changement.....	16
16	a) Le levier de la T2A.....	
	b) La prise en charge optimale du patient.....	16
	1.2.3 La nouvelle gouvernance remet en question les modes de management traditionnels.....	17
	a) La gouvernance ou l'équilibre des pouvoirs.....	17
	b) Un management en pleine mutation.....	18
	2. Les pôles d'activité : une mise en œuvre difficile à concrétiser.....	
	19
	2.1 Présentation du terrain d'étude.....	19
	2.1.1 Eléments de contexte : Beaujon, un hôpital de l'AP-HP.....	19
	2.1.2 Le rôle du siège dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance.....	19
	2.1.3 Ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire.....	22
	a) Les étapes franchies.....	22
	b) La méthodologie de l'hôpital.....	24
	c) Les étapes qui restent à franchir.....	25
	2.2 Des difficultés qui perdurent.....	26
	2.2.1 Le personnel soignant, entre craintes et réalités.....	26
	a) La théorie de la résistance au changement.....	26
	b) Le point de vue du personnel soignant : incertitudes et manque de reconnaissance.....	28
	c) A l'origine de ces craintes : la pénurie de personnel plus que la mise en place des pôles.....	30
	2.2.2 De nouveaux métiers qui n'en demeurent pas moins nébuleux.....	31
	a) Malgré les fiches de poste, le flou demeure sur ces nouvelles fonctions.....	32
	b) L'adéquation des compétences.....	36

2.2.3 <i>Le difficile positionnement des acteurs et la définition de nouvelles articulations</i>	37
a) Une rénovation du positionnement des acteurs.....	37
b) L'articulation des membres du triumvirat (des territoires à partager).....	40
c) Le re positionnement de l'équipe de direction.....	41
3 Pérenniser la réforme et faciliter son appropriation par les acteurs de terrain.....	44
.....	
3.1 La posture du directeur : impulser, fédérer, communiquer, accompagner.....	44
3.1.1 <i>Donner sens la réforme</i>	44
a) Un positionnement stratégique.....	44
b) Instituer une relation de confiance avec les acteurs.....	45
3.1.2 <i>Créer une dynamique de projets</i>	45
3.1.3 <i>Communiquer : trouver un langage commun</i>	49
a) Un cloisonnement linguistique.....	49
b) Définir une politique de communication appropriée.....	51
3.2 Le management de et par les compétences : une ambition réaliste ?.....	52
3.2.1 <i>Qualification, compétences et professionnalisme</i>	53
3.2.2 <i>Parcours qualifiant – parcours de professionnalisation</i>	54
3.2.3 <i>Quelle est la faisabilité de ce projet ?</i>	54
3.3 Faire du pôle un outil de gestion par la performance.....	55
3.3.1 <i>La tarification à l'activité : la nécessaire connaissance des coûts</i>	55
a) La réforme de la T2A et ses conséquences en termes de gestion.....	55
.....	55
b) Mettre en place un contrôle de gestion : une nécessité pour l'hôpital.....	56
3.3.2 <i>Expérimenter de nouveaux outils : les tableaux de bord</i>	57
a) Les limites méthodologiques de l'approche par les coûts.....	57
b) Les tableaux de bord « quatre cadrans ».....	57

3.3.3 <i>L'intéressement aux résultats</i>	58
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES ANNEXES	
..67	

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CAH : Comptabilité Analytique Hospitalière
CCM : Comité Consultatif Médical
CEL : Comité Exécutif Local
CME : Commission médicale d'établissement
CR : centre de responsabilité
CHU : Centre hospitalier universitaire
CSP : Code de la Santé publique
CTLE : Comité Technique Local d'Etablissement
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DMS : Durée moyenne de séjour
DPM : Direction de la politique médicale
DRH : Direction des ressources humaines
ENC : Echelle Nationale des Coûts
GHU : Groupement hospitalier universitaire
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
PM : Personnel médical
PNM : Personnel non médical
T2A : Tarification à l'activité
UF : Unité fonctionnelle

INTRODUCTION

Depuis 1970, l'hôpital public a vécu au rythme des réformes et pourtant, les changements adoptés n'ont jamais fait l'unanimité auprès des professionnels.

De la loi de 1991 aux ordonnances de 1996, les réformes ont cherché à donner plus de souplesse à l'institution hospitalière, à améliorer la démocratie interne et à faire partager plus largement les responsabilités. Dans les faits néanmoins, l'hôpital est resté organisé sur un modèle ancien, basé sur le service, et ce, malgré ses contraintes économiques et budgétaires. De même, ses méthodes de management sont restées inchangées.

En 2003, la question de l'organisation hospitalière est de nouveau à l'ordre du jour. Plusieurs rapports émergent et les diagnostics sont assez pessimistes : le rapport DEBROSSE¹ soutient que « *l'organisation interne des hôpitaux est conservatrice et obsolète* ». Il rajoute que « *le manque de perspectives politiques à moyen terme a renforcé le sentiment d'un combat inutile des hospitaliers faute d'une lisibilité claire de leurs missions* ». De son côté, la mission d'information parlementaire relève que « *la dominante de la crise de l'hôpital public est d'ordre humain, moral et psychologique* »²

Ces rapports préconisent une rénovation en profondeur de la gouvernance hospitalière ainsi que la mise en place de pôles d'activité.

L'organisation en pôles d'activité est consacrée dans l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé. Cette organisation s'inscrit dans le cadre de la « nouvelle gouvernance » des hôpitaux et constitue la mesure phare du plan Hôpital 2007. Elle vise à décloisonner l'hôpital et à lutter contre ses rigidités internes. Les avantages inhérents à la mise en place des pôles sont la mutualisation des moyens, une meilleure coordination des acteurs pour une amélioration du service rendu au patient et une qualité de prise en charge efficiente.

Face au scepticisme des professionnels vis-à-vis d'une énième réforme hospitalière, les pouvoirs publics ont adopté une double stratégie :

- Favoriser l'expérimentation de la réforme par des sites pilotes et faire remonter les retours d'expérience

¹ DEBROSSE D., PERRIN A. ; VALLANCIEN G., Mission sur la modernisation de l'hôpital public et de sa gestion sociale, 2003.

² COUANAU R., Mission d'information sur l'organisation de l'hôpital. Le désenchantement hospitalier. Paris : le Kiosque de l'Assemblée, 2003.

- Coupler la « nouvelle gouvernance » à la réforme du financement des hôpitaux, qu'est la tarification à l'activité. Avec la T2A, la mise en place des pôles prend un tout autre aspect ; elle place les acteurs dans une logique d'objectifs et non plus de moyens. Le contrat et la délégation de gestion deviennent les éléments clés de cette réorganisation.

Les enjeux de la « nouvelle gouvernance » sont donc économiques et managériaux.

Malgré la mise en place définitive des pôles d'activité au 1^{er} janvier 2007, la réforme n'est pas achevée. Elle suppose des évolutions connexes : adoption des conseils de pôle, définition d'un parcours qualifiant pour le personnel soignant, contractualisation et management par objectifs. L'ensemble du personnel, quel que soit son corps de métier est concerné par ces retombées.

Dans ce contexte, le directeur d'hôpital joue un rôle de premier ordre : d'une part, il est le *destinataire* de cette réforme : Le management paritaire de l'hôpital et la délégation de gestion modifient son périmètre d'intervention et implique une réflexion sur son positionnement au sein de l'institution. D'autre part, il en est le *porte parole* et *l'instigateur* : face aux obstacles qui perdurent sur le terrain, il doit accompagner et pérenniser la mise en place des pôles.

En tant que futur directeur d'hôpital cette situation interroge : En quoi la mise en place des pôles impacte-t-elle la posture du directeur d'hôpital et ses pratiques managériales ? Comment, par son repositionnement, le directeur peut-il promouvoir cette réforme ?

Ce mémoire part de deux présupposés :

- La difficulté à réformer l'hôpital trouve son origine, non pas dans une mauvaise application des textes, mais plutôt dans la difficulté à associer les acteurs de terrain à des évolutions qu'ils n'ont pas souhaitées.

L'enjeu pour un directeur d'hôpital est donc moins de « mettre en œuvre » une nouvelle réglementation, que de la « faire vivre », c'est-à-dire, de donner aux hospitaliers les moyens de s'approprier le changement. Deux ans et demi après l'ordonnance de 2005, on peut constater que les interrogations sur la viabilité de cette organisation demeurent.

- Pour « faire vivre » la réforme, le directeur doit lui-même s'inscrire dans une perspective de changement. La nouvelle gouvernance impacte ses pratiques managériales, lesquelles conditionnent le devenir des pôles.

L'hôpital Beaujon, centre hospitalo-universitaire (CHU) dépendant de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris n' a pas été « site pilote » dans cette réforme. Néanmoins, la nouvelle gouvernance y avait largement été anticipée : les restructurations entre les hôpitaux du nord de l'AP-HP ont permis d'identifier sans difficultés les contours des futurs pôles d'activité ; en outre, le Comité de direction de l'hôpital avait, avant l'heure, ouvert ses portes au Président du Comité Consultatif Médical et à ses vices présidents, amorçant ainsi le futur Comité exécutif local.

Aujourd'hui, de nombreuses étapes restent à franchir et les acteurs hospitaliers ne parviennent pas toujours à accepter une réforme qu'ils ne maîtrisent pas.

Les propositions et les conclusions de ce mémoire sont le fruit d'une triple confrontation : La première étape a été d'analyser le cadre théorique de cette réforme, en s'appuyant sur la lecture de mémoires, d'articles ou d'ouvrages traitant de l'organisation interne de l'hôpital public.

Une deuxième exigence a été de consulter les professionnels de l'hôpital quel que soit leur corps de métier et leur position au sein de l'institution. Une dizaine d'entretiens d'une durée d'1h30 environ ont été menés à partir de questionnaires semi-directifs dont les modèles sont fournis en annexes. Les choix des personnes rencontrées ont été fonction des disponibilités et des positions « connues » des uns et des autres sur l'organisation en pôles, la diversité des points de vue ayant été privilégiée, afin de donner une « cartographie » assez précise des avis sur l'organisation polaire. Afin de compléter ce travail et de dégager des statistiques, un questionnaire à réponses multiples a été distribué à l'ensemble du personnel soignant d'un pôle dont les résultats ont permis de quantifier les argumentaires.

Enfin, la pratique quotidienne des enjeux liés à la nouvelle gouvernance sur mon terrain de stage ont permis d'aborder la troisième partie sous un angle pragmatique.

Ce mémoire est centré sur le fonctionnement des pôles d'activité. A ce titre, il ne développe pas d'autres aspects très importants de la nouvelle gouvernance comme le fonctionnement du Conseil exécutif local. En revanche, la contractualisation et la délégation de gestion impliquent d'approfondir la réforme de la tarification à l'activité et ses conséquences en termes de contrôle de gestion.

Ce mémoire s'articule en trois parties. La première s'attachera à montrer en quoi la mise en place des pôles bouleverse la culture hospitalière et ses pratiques managériales. La seconde partie, davantage centrée sur le terrain de stage, mettra en avant les avancées de l'hôpital Beaujon et ses difficultés à pérenniser la réforme. Enfin, la troisième partie analysera la posture du directeur d'hôpital, et son nécessaire engagement dans l'accompagnement de la réforme.

1 Une réforme qui bouleverse la culture hospitalière et ses pratiques managériales

1.1 L'organisation hospitalière a longtemps été un obstacle à une gestion efficace et intégrée

Depuis la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943, l'hôpital est organisé sur la base du service médical. Malgré de multiples tentatives de réforme, l'organisation hospitalière est restée cloisonnée et a fait l'objet de nombreuses critiques. La sociologie des organisations, assimile l'organisation hospitalière à une « bureaucratie professionnelle », composée de « centres opérationnels ». Autant de caractéristiques qui nuisent à une gestion efficace de ses ressources.

La nouvelle gouvernance, composante du plan « hôpital 2007 » est une réforme qui s'inscrit dans une démarche expérimentale et participative.

1.1.1 Une « bureaucratie professionnelle »

a) Cadre théorique

De manière traditionnelle, le modèle d'organisation considéré par de nombreux chercheurs en gestion hospitalière comme pertinent et riche d'enseignements pour décrire l'organisation hospitalière, et particulièrement la sphère médicale, est le modèle de la « bureaucratie professionnelle » de Mintzberg³ (1979).

Au sein de l'hôpital, contrairement à une entreprise industrielle, l'activité principale (la prise en charge médicale) n'est pas organisée par des ingénieurs rattachés à la Direction et qui conçoivent la chaîne de production en fonction des directives centrales, mais par des médecins qui répondent indépendamment de la Direction aux besoins de leurs patients. Ces derniers n'appliquent pas les règles définies par une technostucture interne à l'établissement, mais mettent en œuvre des connaissances acquises lors d'un long processus de formation qu'ils sont seuls ou très peu nombreux à maîtriser au sein de l'établissement. Cette spécificité donne une autonomie et un poids particuliers à ces

³ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Editions d'Organisation, 1982.
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

acteurs qui échappent de ce fait aux possibilités d'évaluation de leur propre activité et aux systèmes de contrôle conçus par la Direction au sein de l'établissement.

Ce type d'organisation repose ainsi sur l'autorité que donne à chacun des médecins sa propre compétence. Ce qui finalement amenuise les tentatives de planification et de hiérarchie locale sur les médecins. Une telle organisation n'incite pas les acteurs à se coordonner.

Ce modèle décrit par Mintzberg, s'il permet d'aborder le fonctionnement interne de l'hôpital est un « type pur » qui ne peut à lui seul refléter la complexité de l'organisation hospitalière. En effet, la plupart des organisations constituent des hybrides au sein desquels coexistent des caractéristiques de configurations différentes et l'hôpital n'échappe pas à cette tendance. Outre son assimilation à une « organisation professionnelle », l'hôpital a une configuration bureaucratique. En effet, les médecins ne sont pas l'unique composante du monde hospitalier. Le personnel, dit de support, comme le personnel infirmier, mais aussi les fonctions de nettoyage, de distribution des repas, d'aide technique, etc. doit souvent respecter une structure hiérarchique bien établie, parfois même de type autoritaire, notamment vis-à-vis des médecins. L'organisation du travail suit alors une logique hiérarchique. Le travail est réalisé dans le respect de règles et de procédures définies par les gestionnaires à l'instar des modèles dit bureaucratiques.

Au regard de son organisation, l'hôpital est en décalage avec les évolutions auxquelles il doit faire face. En effet, les hôpitaux français sont soumis à de fortes pressions concernant la maîtrise de leurs coûts et la qualité du service rendu. Ces exigences nécessitent une bonne coordination tout au long du processus de prise en charge, mais également des interactions entre la sphère médico-soignante et administrative, de manière à piloter l'activité efficacement. Autant d'éléments qui lui font défauts.

b) La prééminence des centres opérationnels se heurte à une gestion efficace

Une des originalités du modèle organisationnel de l'hôpital tient également au fait que les services médicaux ont une place déterminante. Les analyses de Mintzberg ou Cremadez montrent en effet que l'hôpital est caractérisé par la primauté du « centre opérationnel » que sont les services de soins. Cet état de fait, a été instauré par la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943 qui ont fait du service une donnée essentielle de l'organisation hospitalière. Spécialisé sur une base médicale, ce dernier est placé sous la responsabilité d'un médecin hospitalier nommé pour une durée de cinq par le ministre

chargé de la santé. Il génère un fort sentiment d'appartenance au sein de ses équipes (« mes lits, mes malades, mes infirmières »), et rend difficile de fait, un management hiérarchique et transversal de l'établissement.

La balkanisation excessive de l'organisation hospitalière a été pointée du doigt à plusieurs reprises. Le rapport COUANAU⁴, parmi d'autres, dénonçait en 2003 « *la multiplication des services, notamment au sein des grands établissements comme l'Assistance publique – hôpitaux de Paris qui compterait près de 750 services* ». Ce phénomène, précise-t-il, a pour effet de multiplier les centres de décisions favorisant davantage « *la concurrence que la complémentarité* ». L'organisation en services est réputée empêcher la synthèse de grandes orientations, la création d'économies d'échelles (via la mutualisation de lits et des plateaux techniques) et les coopérations internes et externes à l'établissement. « *L'hyperspécialisation est inadaptée à une prise en charge plus globale des cas lourds.* » précise le rapport COUANAU. A ces yeux, le lent développement de la chirurgie ambulatoire est une conséquence de ces cloisonnements. L'absence de transversalité constitue ainsi un des maux hospitaliers les plus sévères.

Compte tenu de ces critiques récurrentes, des idées de réforme ont émergé depuis le début des années 1980. Les nouveaux textes ont été perçus comme des avancées stratégiques mais sont restés lettres mortes pour les établissements. Peu d'entre eux se sont appropriés ces nouvelles possibilités d'organisation et de gestion interne.

1.1.2 Les tentatives de réforme pour remédier à cet état de fait ont été jusque là un échec

a) L'expérience inachevée des départements et des fédérations

La loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier supprime les services et crée les *départements médicaux*. Ces départements ont pour objectif de regrouper des activités médicales proches et notamment de mutualiser le personnel hospitalier. Le chef de département a un rôle de coordonnateur. Elu, il est également contrôlé par ses subordonnés, ce qui peut provoquer un blocage du système décisionnel.

En pratique, cette réforme n'a pas été suivie d'effets. C'est pourquoi la loi du 24 juillet 1987 redonne la primauté aux services et rend le département optionnel.

⁴ COUANAU R., *op. cit.*

Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

Il faut attendre la loi hospitalière du 31 juillet 1991 pour retrouver le concept du « département » : elle dispose qu'un établissement public de santé peut s'organiser en services ou en départements, ces derniers regroupant au moins trois unités fonctionnelles.

Mais cette loi va plus loin dans la transversalité et le découplage. Elle précise qu'il est désormais possible pour les services et les départements en accord avec les chefs de services ou de départements de se regrouper en *fédérations*. La mutualisation des moyens ou le rapprochement d'activités médicales complémentaires est ainsi encouragé. Les activités de la *fédération* sont alors placées sous la responsabilité d'un médecin, coordonnateur, assisté par un cadre de santé et un cadre administratif. La mise en place de conseils de département est destinée à favoriser la participation des personnels. On retrouve ici la volonté du législateur de développer la communication entre corps de métier distincts et d'associer les personnels à la gestion et à l'évolution de l'établissement.

Au delà de ces outils prédéfinis, la loi institue « l'amendement liberté », qui apparaît comme une dérogation aux dispositions précédentes, et laisse aux établissements toute la souplesse nécessaire pour définir leur organisation interne. Ainsi, le conseil d'administration peut désormais arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical, dans le cadre du projet d'établissement. Cette avancée doit permettre aux établissements volontaires de s'orienter vers des voies véritablement innovantes. Une possibilité à laquelle est toutefois peu rompue l'administration hospitalière française.

Avec cet amendement comme avec les outils précédents, le législateur n'est pas parvenu au terme de ses objectifs.

b) Les prémices de la contractualisation interne

L'ordonnance du 24 avril 1996 innove en matière d'organisation interne : elle propose la mise en place de *centres de responsabilité* et de systèmes de contractualisation interne.

La terminologie *centre de responsabilité* était jusqu'alors utilisée à l'hôpital dans une logique purement financière et comptable. Elle acquiert avec l'ordonnance une dimension médicale et ouvre à l'hôpital le champ de mise en œuvre du principe de subsidiarité. La création d'un centre de responsabilité est facultative, ce qui signifie qu'un établissement peut parfaitement jouer la carte de l'immobilisme.

L'ordonnance précise que les structures existantes ne sont pas remises en cause, mais ont vocation à se regrouper au sein du centre de responsabilité qui sera placé sous la

responsabilité d'un médecin, nommé par le chef d'établissement. Le centre de responsabilité est destiné à associer plus étroitement à la gestion de moyens, ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent, influencent directement l'évolution des coûts et des activités. En d'autres termes, il s'agit de déléguer aux centres de responsabilité la gestion de moyens humains, techniques et financiers. En application de l'ordonnance de 1996, le décret du 18 avril 1997 précise les modalités de cette délégation de gestion qui peut revêtir la forme d'une délégation de signature, laquelle n'est en aucun cas de droit et peut être à tous moment retirée. Cette dernière fait l'objet d'un contrat négocié entre le responsable médical et le directeur, qui explicite par ailleurs les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi du centre de responsabilité ; le but avoué de cette démarche étant de rapprocher le pouvoir décisionnel du terrain et de responsabiliser le corps médical.

Certains établissements comme Nantes, Rennes ou Toulouse ont eu recours aux *centres de responsabilité*. Néanmoins, la contractualisation ne concerne souvent qu'une activité spécifique. Au final, ils sont peu à s'engager dans cette voie. Essentiellement car le contexte budgétaire et financier ne s'y prêtent pas : gérer la pénurie n'intéresse personne. Le budget global n'est pas forcément incitatif pour consentir des délégations budgétaires et impliquer les médecins. De surcroît, les directeurs ne sont pas prêts à abandonner leur monopole en matière de gestion et à modifier leur positionnement. Comme le souligne M. CREMADEZ⁵, cela les amènerait à redéfinir leurs fonctions dans des domaines nécessitant des compétences de management plus large (animation stratégique, organisation des activités). Il s'agit d'une véritable révolution culturelle.

1.1.3 La nouvelle gouvernance : une démarche expérimentale

Le plan hôpital 2007 a été annoncé par M. Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé en novembre 2002. Il est présenté comme un « pacte de modernité avec l'hospitalisation »⁶ qui vise à « *redonner aux établissements hospitaliers publics (...) confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française* ». Il part du constat suivant : alors que l'hôpital a considérablement changé en termes techniques, son organisation interne n'a pas évolué au même rythme.

Signe du certain « malaise » qui règne dans les hôpitaux, plusieurs rapports publics sont commandés, et d'emblée le diagnostic est pessimiste :

⁵ CREMADEZ M., « Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions hospitalières*, nov 2003, n° 430 pp 7626 à 761

⁶ Discours de Jean-François MATTEI, « Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation », 20 novembre 2002, site du Ministère de la Santé
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

- La mission d'information parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital met en avant son carcan administratif et énumère les causes de ses symptômes : absence d'autorité, conflit de pouvoirs, cloisonnement excessif des services, médecins écartés des processus de décisions de la Direction.

- Le rapport de messieurs D. DEBROSSE, A PERRIN, G. VALLANCIEN⁷, évoque également « *la crise managériale qui secoue les hôpitaux* ». Il dénonce l'organisation hospitalière qualifiée de « *conservatrice* » et d' « *obsolète* ».

Les propositions de ce dernier rapport sont centrées sur le dépassement de l'organisation en services et l'instauration de pôles gestionnaires dotés de responsabilités. Par ailleurs, la mise en place d'un comité stratégique comprenant responsables de pôle et directeurs hospitaliers est mise en avant pour piloter l'établissement. Il en découle l'idée d'une responsabilité partagée et avec elle, d'une association étroite des médecins au management hospitalier.

Par ce biais, le chantier de la nouvelle gouvernance est lancé, même si l'ordonnance du 2 mai 2005 apportera quelques modifications aux solutions envisagées dans les rapports publics ; le credo de la nouvelle gouvernance complète les trois autres axes du plan hôpital 2007 : la relance de l'investissement, la simplification de la planification sanitaire et de la coopération entre établissements et la tarification à l'activité. La mise en place de la T2A permet de concrétiser le dispositif de contractualisation interne inhérent à l'organisation en pôle d'activités.

La circulaire du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière fait appel à des établissements volontaires pour expérimenter en amont de la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. A cette occasion le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées installe un Comité de suivi de la nouvelle gouvernance ayant pour mission de coordonner la réforme, de suivre et d'accompagner les établissements candidats. Ces derniers s'engagent à mettre en place une préfiguration du conseil exécutif paritaire et à organiser, au moins partiellement une structuration en pôles d'activité. Ils devront, en outre, initier une démarche de contractualisation interne sur la base d'une délégation de gestion et définir une politique d'intéressement. Chaque établissement anticipateur a reçu dans cette optique un crédit annuel de 80 000 euros

⁷ DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., *op.cit.*

utilisé pour des actions de formation, le recours à un cabinet de consultants, le recrutement de personnels ou l'acquisition d'outils informatique.

Les 103 établissements expérimentateurs ont fait l'objet d'un bilan d'étape au bout d'un an. Les résultats de cette enquête ont été ensuite diffusés par le biais d'une circulaire de la DHOS⁸ aux directeurs des établissements de santé :

- Cette enquête souligne que la majorité des conseils exécutifs mis en place à cette date compte entre 12 et 18 membres.

- 76% de ces instances ont bien une composition paritaire. Le directeur des soins y participe dans 80% des cas. Les établissements expérimentateurs soulignent que le travail collégial au sein du conseil exécutif permet de développer une culture commune médico-administrative, même si il manque à ce dernier une assise réglementaire pour asseoir sa légitimité. La nature même du rôle du Conseil exécutif est très ambivalente selon les établissements : certains y voient un organe de décision, d'autre un organe de réflexion.

- Concernant la mise en place des pôles, 16% des établissements sont, à cette date, organisés en pôles d'activité. Ils citent comme principes directeurs de leur démarche : le pragmatisme, le volontariat et l'existence d'un projet fédérateur, entre autres.

Le but est connu : parvenir à faire participer l'ensemble des professionnels hospitaliers à la stratégie institutionnelle, déconcentrer la gestion afin que les décisions soient prises au plus près du terrain, mutualiser les ressources et décloisonner les activités et les pratiques pour se réorganiser autour du patient. L'ordonnance du 2 mai 2005⁹ reprend en détails ces grandes lignes.

1.2 Les changements induits par l'ordonnance du 2 mai 2005

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé sera suivie de nombreux décrets d'application. Elle s'adresse à tous les établissements publics de santé mais de façon partielle aux hôpitaux locaux.

Les évolutions préconisées sont en soi, une révolution culturelle qui restera « *chimérique si les établissements de soins ne mettent pas en place les éléments indispensables au changement de mentalité opéré.* » souligne Michel CREMADEZ. De fait, au-delà d'une stricte application des textes, la nouvelle gouvernance suscite une remise en question

⁸ Circulaire DHOS/E1/ n° 499 du 4 avril 2005 sur le bilan d'état d'avancement de la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

⁹ Ordonnance n° 2003 – 850 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé. *Journal officielle de la République français*, n° 102 du 3 mai 2005.
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

plus globale du positionnement traditionnel des acteurs, notamment des directeurs et de leurs pratiques managériales.

1.2.1 Une révolution culturelle et organisationnelle

a) L'organisation en pôles d'activité et le dépassement des services

L'article 7 de l'ordonnance précise que « les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux doivent mettre en œuvre les pôles d'activité cliniques et médico-techniques au plus tard le 31 décembre 2006. »

Le pôle est constitué par un regroupement de structures internes, services et/ou unités médicales ou médico-techniques. Il est fondé sur un projet médical partagé et fait l'objet d'une allocation et d'une mutualisation de ressources communes. Il est également un lieu de fédération des volontés et des compétences. Le pôle d'activité peut être analysé selon deux approches :

- Une approche organisationnelle. Le pôle se présente alors comme un groupement de centres opérationnels disposant d'un projet et d'une allocation de ressources communes. Il vise la mutualisation des plateaux techniques, et des personnels.
- Une approche stratégique. Le pôle se définit dès lors comme une entité de gestion au service d'un objectif de qualité, d'activité et d'offre de soins. Il entraîne le rapprochement des métiers et dégage des synergies autour de projets communs.

Dans tous les cas, son objectif est de « *permettre le décloisonnement de l'hôpital et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire.* »¹⁰. Ce qui explique aussi que la constitution des pôles suive une certaine logique médicale, tenant compte des réalités géographiques, des segments particuliers de prise en charge, de regroupements de compétences ou d'équipements.

Les logiques retenues pour le découpage en pôles sont très variables selon les hôpitaux ; on peut les répertorier comme suit :

¹⁰ « Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005 – 406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ». *Journal Officiel de la République Française*, 3 mai 2005

- logique généraliste (pôle urgence, pôle médecine,...) ;
- logique d'organe (pôle neurologie, digestif,...) ;
- logique de filières de prises en charge (pôle mère-enfant, pôle gériatrie,...) ;
- logique médico-technique (pôle signal et image, biologie, pharmacie,...).

La réflexion se situe également sur la recherche de la taille critique adéquate : le pôle doit être constitué d'environ 300 personnes. M. P. Villeneuve – directeur adjoint des affaires juridiques à l'AP-HP – explique que « ... *le regroupement de trois à cinq services doit être vu comme un ordre de grandeur permettant une cohérence médicale ainsi qu'une conduite du pôle à taille humaine et fonctionnelle.* » Par ailleurs, plus le nombre de pôles augmentent plus l'ensemble de l'hôpital gagnera en hétérogénéité tout en perdant en cohérence. C'est pourquoi le rapport du projet hôpital 2007 réalisé par Mrs DEBROSSE – PERRIN – VALLENCIEN préconisaient un nombre de pôles inférieur à dix.

Le pôle est doté d'un *conseil de pôle*, composé de membres de droit et de membres élus pour une durée de 4 ans. Le règlement intérieur de l'établissement fixe les règles d'organisation et de fonctionnement de cette instance consultative. Il doit être mis en place pour chaque pôle, au plus tard au 30 juin 2007. Son rôle est proche de celui des conseils de services, à savoir participer à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, permettre l'expression des personnels, leur donner la possibilité de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, enfin, faciliter la communication et les échanges d'information. Il peut également comprendre un *bureau de pôle*. Cette formation restreinte pourra préparer les réunions du conseil de pôle.

b) Le rapprochement des corps de métier via le triumvirat

Le pilotage du pôle s'articule autour du triumvirat : responsable médical de pôle, cadre paramédical de pôle et cadre administratif de pôle.

Le *responsable médical de pôle*, appelé communément chef de pôle doit être un praticien titulaire, inscrit par le Ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger le pôle. Sa nomination (mandat de 3 à 5 ans) est effectuée par décision conjointe du directeur d'hôpital et du président de la CME , après avis du conseil de pôle et des conseils restreints de gestion des unités de formation dans les CHU. De par sa fonction, le responsable de pôle dispose, dans le respect de la responsabilité médicale, d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et

d'encadrement. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre ou un cadre de santé et par un cadre administratif

Le *cadre paramédical de pôle* est chargé de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences. L'ordonnance ne précise pas s'il s'agit d'un cadre supérieur de santé, mais les établissements expérimentateurs ont fait ce choix. Ce cadre est nommé par le directeur sur proposition du directeur des soins et sur l'avis du médecin responsable de pôle.

Le statut du *cadre administratif de pôle* est peu précisé dans l'ordonnance. Il joue un rôle d'assistant de gestion et peut disposer du grade d'Attaché de l'administration hospitalière, de directeur, être directeur ou encore contrôleur de gestion.

c) Les outils du pilotage.

Pour répondre à un objectif de souplesse et d'efficacité, l'ordonnance ne réforme pas uniquement pas l'organisation interne des hôpitaux, elle dote également les pôles d'outils de pilotage responsabilisant : projet de pôle, contrat, délégation de gestion. Ces outils sont destinés à orienter le corps médical vers une logique de gestion par la performance. Il sera ainsi fixé au triumvirat des objectifs dont il devra rendre compte chaque année.

Le *projet de pôle* est élaboré par le triumvirat avec le conseil de pôle et doit être approuvé par les chefs de service du pôle, puis par les instances de l'établissement. Essentiellement qualitatif, ce document synthétise les grandes orientations d'activité du pôle et ses projets tant médicaux que paramédicaux dans un cadre pluriannuel. Il sert d'appui au contrat de pôle qui y fait explicitement référence.

La réglementation (art. L. 6145-16 du CSP) fixe les contours du *contrat de pôle* qui a pour objectif de définir les droits, les obligations et les attentes de chacun des acteurs ainsi que leurs niveaux de responsabilité respectifs. Il établit, sur la base d'un diagnostic initial partagé résumé dans le projet de pôle, les objectifs assignés au pôle (objectifs d'activité, de qualité, financiers), les moyens qui lui sont dévolus et les indicateurs de suivi de sa gestion. Son souci est d'améliorer la qualité de la prise en charge et du service rendu au patient par une maîtrise médicalisée des ressources.

Malgré la rigidité du cadre, les cocontractants jouissent d'une grande latitude pour définir le contenu précis de ces contrats. Il leur est ainsi possible d'établir des contrats distincts par pôle tenant compte de leurs spécificités et des projets porteurs de chaque service. Cette liberté relative s'exerce cependant dans le respect du projet d'établissement,

document qui constitue l'axe commun à tous les contrats. Le contrat définit en outre, les conséquences en cas d'inexécution du contrat et de non atteinte des objectifs. Il est négocié puis cosigné par le directeur et le président de CME d'une part et le responsable de pôle d'autre part. La logique de contractualisation implique donc une certaine confiance réciproque. L'un des enjeux permanents de la contractualisation interne est également de favoriser au maximum les moments et lieux *d'échange* des différents acteurs de l'hôpital pour créer cette culture commune indispensable à la gestion de proximité. Au final, ce sera donc le conseil exécutif qui devra débattre des contrats de pôle et les approuver

M. CLEMENT, ancien directeur d'hôpital et juriste, s'interroge sur la valeur administrative du contrat et met en lumière le flou qui l'entoure. « *Le contrat de pôle n'a pas une valeur de droit privée mais ressemble davantage à un protocole d'accord interne sans véritable portée juridique.* »¹¹

L'adoption du contrat de pôle ne va pas sans l'attribution d'une plus grande marge de manœuvre accordée au responsable médical de pôle. Ce que consacre la *délégation de gestion* qui est l'application même du principe de subsidiarité. Ce processus permet de déconcentrer au plus près du terrain la prise de décision. La délégation de gestion peut être assortie d'une délégation de signature, le chef de pôle devenant ainsi l'ordonnateur secondaire sur des enveloppes précisées au préalable (enveloppe formation, enveloppe d'équipement...). Il engage ainsi certaines dépenses dans les limites fixées par la délégation.

1.2.2 Un contexte favorable au changement :

Le caractère innovant de l'ordonnance du 2 mai 2005 est moins à rechercher dans la forme que dans le fond. Les regroupements de service, la délégation de gestion et la contractualisation interne, nous l'avons vu, sont des formules qui ont déjà été proposées aux établissements lors de réformes législatives antérieures, et ce, sans grand succès.

Aujourd'hui, le contexte de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance a changé et ses pourquoi ses perspectives de réussite sont plus grandes.

a) Le levier de la T2A

¹¹ Cours fait à l'ENSP sur la CPOM et la contractualisation interne – avril 2006
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

Le lien avec une autre réforme prévue dans le plan Hôpital 2007 peut être clairement établi : la mise en place de la tarification à l'activité. Avec la T2A les recettes suivent l'activité qui est réalisée. Les hôpitaux doivent donc mettre en place des organisations qui leur permettent de s'organiser de manière efficace : le regroupement d'activités et la mutualisation des moyens et des compétences semblent nécessaires pour répondre aux enjeux de la réforme budgétaire. Cela constitue un argument supplémentaire pour inciter les établissements à créer et pérenniser des pôles d'activité, à leur confier des délégations de gestion, à les intéresser aux résultats, et à parvenir à un décloisonnement des pratiques et des professions.

b) La prise en charge optimale du patient

L'hyperspécialisation des services n'est plus adaptée au traitement des pathologies contemporaines. Le médecin est de plus en plus incité à considérer l'individu dans son environnement. Son action dépend de sa capacité à s'inscrire dans une démarche transversale, c'est-à-dire à construire une réelle solidarité entre les différents acteurs, soignants ou non de l'organisation hospitalière. Cette évolution est confirmée par le développement des réseaux de santé et des alternatives à l'hospitalisation qui poussent les médecins à se positionner non plus seulement par rapport à leur service, mais également par rapport aux possibilités offertes à l'extérieur de l'établissement.

1.2.3 La nouvelle gouvernance remet en question les modes de management traditionnels

a) La gouvernance ou l'équilibre des pouvoirs

Le concept anglo-saxon de gouvernance est né dans le droit des entreprises. Parmi les auteurs de référence, Jean Scalais définit ainsi le *corporate governance* : « Règles de contrôle de la gestion des entreprises destinées à garantir le meilleur équilibre entre les intérêts de ses différentes composantes (...) Les principes en sont la présence d'administrateurs indépendants dans le conseil d'administration, l'obligation pour celui-ci d'agir en fonction de l'intérêt social, la création de comités spécialisés auprès du conseil d'administration, la publication d'informations permettant de rendre plus transparente la gestion de la société ».

On retrouve dans la nouvelle gouvernance hospitalière cette idée de rééquilibrage des pouvoirs entre les acteurs. Budet¹² la définit comme l'ensemble « des systèmes et pratiques qui permettent aux acteurs de développer, de connecter et d'implanter des

¹² Budet.J.M. « Les clés de la gouvernance hospitalière », *Gestions hospitalières*, nov 2003, n° 430, cahier 181, pp. 708-731

stratégies efficaces de changements et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité. La gouvernance se rapporte au design organisationnel du système de soins et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différentes entités qui le composent, aux systèmes et mécanismes de production et de diffusion des informations et aux modalités de financement des organisations et des professionnels ». La gouvernance hospitalière doit donc être une gouvernance stratégique, une gouvernance de projets et par conséquent associer les acteurs pertinents.

Transposée dans le secteur hospitalier, la *corporate governance* se manifeste par :

- La délimitation des zones de responsabilités entre les différents professionnels
- Les exigences de transparence et de qualité dans le reporting et la communication des informations en interne et en externe
- L'exercice collégial des responsabilités, notamment au sein du conseil exécutif, mais aussi du pôle.
- Le renforcement des relations de partenariat entre les directeurs et les médecins et une plus grande complémentarité des forces et des compétences dans la gestion quotidienne de l'établissement et de ses entités.

A titre d'illustration, la mise en place du *Comité exécutif* marque une avancée considérable en permettant un pilotage paritaire de l'hôpital. Cette instance, de nature décisionnelle, est composée à part égale de médecins et d'administratifs.

La nouvelle gouvernance inaugure une nouvelle façon d'envisager les relations entre le corps médical et le corps administratif : à la vision conflictuelle qui a longtemps prévalu, tente de se substituer une vision plus consensuelle.

b) Un management en pleine mutation

Dans une structuration en pôles d'activité, le centre de décision est déplacé au plus près du terrain. L'autorité trouve davantage de légitimité dans la capacité des leaders à mener à bien des actions transversales. Ainsi, le management sera d'autant plus efficace qu'il prendra une tournure stratégique et non pyramidale. Dans cette nouvelle configuration, le directeur a donc vocation à développer les coopérations et à diffuser une stratégie inter-pôle auprès des équipes.

Ces évolutions supposent le recentrage du directeur sur trois de ses fonctions majeures :

- l'animation stratégique de l'institution

- l'organisation des activités
- l'assistance aux opérationnels dans l'exercice de leur responsabilité gestionnaire (rôle de support et d'expertise auprès des membres administratifs et paramédicaux des triumvirats).

Le management par projet est requis selon M. CREMADEZ¹³ : « *déconcentration de la gestion et gestion par projets sont indissociables, et leur mise en œuvre est fondamentale pour orienter correctement les efforts d'intégration et de mobilisation des acteurs.* »

2 Les pôles d'activité : une mise en œuvre difficile à concrétiser

2.1 Présentation du terrain d'étude

L'approche réglementaire et l'analyse générale des textes attestent de l'ampleur des changements imposés. L'étude du terrain s'attache à confirmer ou infirmer ces éléments au regard de l'état des lieux d'un établissement. Elle permet d'appréhender, de comprendre la situation en présence et de mesurer les possibles écarts entre les ambitions de la réforme et les réalités du terrain.

2.1.1 Eléments de contexte : Beaujon, un hôpital de l'AP-HP

L'hôpital Beaujon est un établissement de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, Centre Hospitalier régional Universitaire de la région Ile-de-France. Conçu pour 1000 lits en 1935, il en compte aujourd'hui près de 542 lits de plus de 24h dont 219 lits de médecine, 220 lits de chirurgie, 52 lits de gynécologie obstétrique, 51 lits de réanimation et soins intensifs et 27 places et lits de jour.

Caractérisé par son expertise et sa haute technologie (18 blocs opératoires / centre de référence pour les transplantations hépatiques et les implants cochléaires entre autres),

¹³ CREMADEZ M., « Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions hospitalières*, nov. 2003, n° 430, pp 726 à 728.

l'hôpital Beaujon est également un lieu de proximité et d'urgence ouvert sur la ville de Clichy et les communes environnantes.

Dans le cadre du Groupe Hospitalier Université (GHU) Nord dont il fait partie, des réorganisations inter – hôpital ont eu lieu venant ainsi renforcer l'expertise de l'hôpital Beaujon : Certains lits ont été transférés en 2006 (réadaptation cardiaque vers l'hôpital Lariboisière / pneumologie, chirurgie thoracique et vasculaire vers l'hôpital Bichat), tandis que d'autres ont été créés en gastrologie (lits d'assistance nutritive), en chirurgie colorectale, et en cancérologie.

De nombreux projets informatiques sont lancés comme l'informatisation du dossier patient (DXcare), sur lequel Beaujon est site pilote.

L'hôpital Beaujon n'a pas été un établissement anticipateur de la nouvelle gouvernance. La mise en œuvre des pôles a débuté en 2005 selon le calendrier fixé par le siège de l'AP-HP. Aujourd'hui, les contrats de démarrage des pôles viennent d'être signés. De nombreuses étapes restent à franchir comme l'élaboration des contrats de pôle pluriannuels à partir de septembre 2007, la mise en place des conseils de pôle et la délégation de gestion. La Nouvelle gouvernance est donc un processus long et complexe qui demeure d'actualité à l'hôpital Beaujon.

2.1.2 Le rôle du siège dans la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance

Le siège de l'AP-HP a traditionnellement un rôle de support auprès des établissements. Il est chargé d'impulser une dynamique de changement et doit constituer, à cette fin, des outils et une méthodologie qui permettront aux hôpitaux de mettre en œuvre plus facilement des réformes gouvernementales ou législatives.

Cette démarche institutionnelle est destinée d'une part à maintenir une certaine cohérence entre les 39 hôpitaux de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et d'autre part, à leur apporter une expertise.

Le siège de l'AP-HP a encouragé dès le début de l'année 2004 les démarches expérimentales de quatre hôpitaux parisiens : Tenon, Lariboisière, Georges Pompidou et Paul Brousse. Dans cette démarche, chaque hôpital s'est concentré sur un point précis de la réforme :

- L'hôpital Lariboisière a travaillé sur le budget des pôles et les tableaux de bord.
- L'hôpital Tenon s'est chargé plus particulièrement de la réflexion sur les organisations en pôle.

- L'hôpital Européen Georges Pompidou a entamé des groupes de travail sur les missions du cadre administratif de pôle qui ont été nommés dès février 2005.
- L'hôpital Paul Brousse a mis en place un Comité exécutif local à partir de juin 2004 et a édité un journal relatif aux pôles intitulé « Pôle position ».

Le Comité de pilotage de la nouvelle gouvernance institué au niveau central s'est réuni mensuellement avec les représentants des quatre hôpitaux expérimentateurs pour produire un certain nombre de documents type (fiches de poste, contrat de pôle, délégation de gestion) et impulser une philosophie générale de la réforme :

De nombreuses interdictions ont été édictées afin de conserver une certaine homogénéité entre les établissements. Ces interdictions ont porté notamment sur les compétences et les qualifications requises pour les postes de cadre administratif de pôle, et de cadre paramédical de pôle : Alors qu'en province, certains hôpitaux ont mis en place des directeurs délégués par pôle, le siège a fait savoir que cette possibilité était exclue. La fonction de cadre administratif de pôle devait être intégrée dans chaque pôle et ne pouvait en aucun cas être occupée par des directeurs, mais uniquement par des attachés de l'administration hospitalière. De même, le grade de cadre supérieur de service était nécessaire pour occuper le poste de cadre paramédical de pôle. Un cadre de proximité faisant fonction de cadre supérieur n'aurait pu y accéder.

Parallèlement, des lignes directrices ont été adoptées, facilitant ainsi l'appropriation de la réforme au niveau local : Par exemple, il était préconisé que tous les praticiens hospitaliers soient rattachés à un pôle. C'est pourquoi le médecin DIM a été rattaché au pôle médecine malgré sa mission transversale.

Très rapidement, le siège s'est engagé dans une démarche de communication sur les différentes expériences des hôpitaux anticipateurs : Chaque hôpital a désigné un référent – pôle, lequel est a été intégré aux différents groupes de réflexion inter – hôpital organisés par le siège. Cette démarche d'échanges et de rencontres a permis de faire émerger un éventail de bonnes pratiques qui ont ensuite été restituées au niveau local.

Des séminaires d'information et de formation ont été organisés au niveau central. Au sein de chaque Groupement hospitalier universitaire, les membres des Comités de direction et les DIM se sont réunis pour préparer la contractualisation interne avec les pôles. Parallèlement, trois groupes de travail regroupant des représentants du siège, des exécutifs de pôles et des directeurs ont étudié les impacts de la réforme sur le positionnement des membres des équipes de direction par grande fonction. Leur mission

consistait à analyser les évolutions attendues et à ébaucher des perspectives d'action. D'autres démarches identiques ont eu lieu avec les chefs d'établissement, les Présidents de CCM et les coordonnateurs de soins.

Enfin, le Siègre s'est positionné en tant qu'organe de contrôle a priori sur l'ensemble des démarches entreprises par les hôpitaux, selon un calendrier fixé par lui.

Pour le découpage des pôles, le plan stratégique 2005-2009 validé par le Conseil d'administration en 2005 préconisait une organisation des hôpitaux en pôles d'activité d'ici le 31 décembre 2006. Chaque étape de mise en application des objectifs fixés par le siège a fait l'objet d'une validation préalable par les instances du Siègre. La DPM s'est notamment attachée à analyser a priori la pertinence médicale et organisationnelle des projets de découpage de tous les hôpitaux.

2.1.3 Ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire

a) Les étapes franchies

Le découpage de l'hôpital Beaujon en pôles d'activité a été la première étape franchie. Au cours de mes entretiens avec le corps médical, j'ai pu constater que cette réorganisation avait eu lieu sans grande difficulté. Les restructurations inter hospitalières au sein du GHU nord, avaient déjà impulsé une logique de regroupement des pathologies par hôpital ; ce qui facilitait l'identification de grandes thématiques de prise en charge. « *Je pense que l'on est un des hôpitaux de l'AP-HP où le découpage des pôles a généré le moins de discussions* », affirme aujourd'hui le président du CCM de l'hôpital. Les pôles d'activité médicale ont été formalisés au cours de l'année 2006. Ils sont au nombre de quatre :

- le pôle Urgences, Proximité, Maternité, Réanimation
- le pôle des Maladies de l'appareil digestif
- Le pôle Tête – Cou- Rachis
- Le pôle Médecine interne

S'y ajoute un pôle prestataire et transversal, le pôle médico-technique dit « pôle BIPP » (Biologie, Imagerie, Pathologies, Pharmacie).

Les débats du Comité Consultatif Médical ont porté à la marge sur la nécessité ou non de rattacher la pharmacie à un pôle alors même que son chef de service revendiquait une certaine indépendance ; de même s'est posée la question de l'intégration de l'unité de psychiatrie ou de l'unité de gériatrie au « pôle médecine » plutôt qu'au « pôle proximité ».

Le découpage des pôles a suivi une démarche institutionnelle très formalisée (groupes de travail, débats au CCM, validation par le siège, vote par la CME locale).

A l'inverse la constitution du trio de tête s'est faite au « coup par coup », sans procédure préétablie: les chefs de pôle ont ainsi été choisis de manière consensuelle. « *Ma désignation a été plus une cooptation amicale qu'une nomination en bonne et due forme* » précise un chef de pôle. Après avoir été pressentis au niveau local, la CME centrale a ensuite validé la désignation des chefs de pôle. Sur ce point, l'hôpital Beaujon se distingue nettement des autres hôpitaux de l'AP-HP. L'hôpital Lariboisière et l'HEGP par exemple, ont élaboré une marche à suivre très formalisée : un appel à candidature a été lancé au sein du pôle, puis une commission ad hoc a reçu l'ensemble des candidats, enfin, l'avis des conseils de service et du conseil exécutif provisoire ont été exigés avant la validation définitive du CCM et du siège.

C'est également dans un cadre informel qu'ont été désignés les cadres paramédicaux de pôle en fin d'année 2006. « *Il n'y a pas eu un réel respect des règles du jeu, avec une proposition des cadres supérieurs, un projet, une nomination par le responsable médical de pôle et une validation par le directeur.* » précisent les cadres paramédicaux lors des entretiens. Les nominations ont eu lieu oralement et ont davantage pris la forme d'une « désignation » institutionnelle que d'une « nomination ».

Malgré un appel à candidature interne, les postes de cadre administratif de pôle ont été principalement pourvus entre mai et décembre 2006 par des agents attachés de l'administration hospitalière extérieurs à l'établissement. Leur recrutement s'est fait en présence des chefs de pôle qui ont participé à la décision finale.

Une fois les chefs de pôle désignés, le conseil exécutif local s'est constitué. Sa première réunion s'est déroulée en octobre 2006. Auparavant, et pendant deux années consécutives, l'hôpital a été piloté par un comité de direction élargi au président du CCM et à ses deux vices présidents, faisant office de « *conseil exécutif local avant l'heure*¹⁴ ». Cette préfiguration du Conseil exécutif local a rendu plus aisée les discussions sur sa constitution finale. Celui-ci est composé à parité de 16 membres conformément au décret du 10 mai 2005¹⁵ :

- des membres de droit : la Directrice de l'établissement et les directeurs adjoints ainsi que la coordinatrice générale des soins et les trois ingénieurs, qui pour respecter la parité avec le corps médical siège selon un système de rotation.

¹⁴ Entretien réalisé le 27 juin 2006 avec le Président du Comité Consultatif Médical

¹⁵ Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs des pôles d'activité

- des représentants du corps médical : le président du CCM, le représentant du Doyen et les chefs de pôle. Pour respecter la parité, la chef de service de la Pharmacie à Usage Intérieur et la représentante de l'hôpital Beaujon à la CME de l'AP-HP ont également été conviées.

A travers cette instance, le management médico-administratif de l'hôpital est clairement affirmé: la présidence du CEL est assurée par la Directrice de l'hôpital, mais en cas d'empêchement de cette dernière, c'est le président du CCM et non un directeur adjoint qui la remplace. De même, en vertu de l'article 4 de son règlement, l'ordre du jour est établi d'un commun accord par la Présidente du CEL et le Président du CCM. Les décisions sont prises de manière consensuelle et en cas de désaccord, à la suite d'un vote. En pratique, le CEL connaît ses premiers balbutiements et ressemble davantage à un lieu d'échange et de partage qu'à une instance décisionnelle. Sa portée symbolique n'est pas amoindrie pour autant. Il est en effet perçu par les administratifs et les médecins comme un levier stratégique. *« Avec le CEL, ce qui est important, c'est que la communauté médicale soit toujours associée aux décisions stratégiques que l'hôpital peut être amené à prendre et qui constituent pour nous des petites révolutions locales »* précise le Président du CCM. De son côté, la directrice de l'établissement perçoit le Conseil exécutif local comme un outil de bonne gestion *« le conseil exécutif local a pour rôle d'impulser une stratégie et d'en suivre les résultats chaque mois »*, explique-t-elle. Il est prévu que les premiers votes du CEL aient lieu en septembre 2007 sur les projets de pôle et les contrats pluriannuels.

En parallèle des débats engagés dans les différents CEL, les trio de tête ont formalisé en fin d'année 2006 leur projet de pôle. Ils n'ont pas encore été validés par les instances locales, mais ont servi de base à la rédaction des contrats de pôle. A l'Assistance publique –Hôpitaux de Paris, le principe de pluriannualité a été retenu, mais il ne s'appliquera qu'à partir de 2008. Pour l'année 2007, ce sont des contrats dits « de démarrage » qui ont été signés. Ils ont été négociés pour une durée d'un an, lors des conférences de pôle et serviront de base aux prochains contrats pluriannuels. Ces contrats, loin d'être exhaustifs, sont davantage axés sur l'existant et les objectifs à atteindre. A l'inverse, les contrats pluriannuels de pôle dont les négociations commenceront à l'automne comprendront quand à eux des comptes d'exploitation par pôle et des objectifs permettant un réel suivi de l'activité.

b) La méthodologie de l'hôpital

L'équipe de direction a fait appel à un cabinet de conseil extérieur pour l'aider à mettre en œuvre les principes de la nouvelle gouvernance.

« Partager nos perceptions ! », « dégager une vision commune de ce vers quoi Beaujon doit aller dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance », « Identifier des principes d'action et des engagements pour les semaines à venir » etc. Tels étaient les objectifs affichés par le cabinet de conseil en début de séance. Cette approche avait pour objectif d'enclencher une logique de changement parmi les acteurs de terrain et de leur faire partager leurs craintes et leurs attentes. Par ce biais, la direction de l'hôpital a privilégié une démarche participative et d'intégration des différents corps de métier.

Parallèlement, l'hôpital a constitué des groupes de travail pluridisciplinaires: c'est dans ce cadre qu'ont été formalisées les fiches de poste des cadres paramédicaux de pôle, des cadres administratifs de pôle et des cadres de proximité en missions transversales.

c) Les étapes qui restent à franchir

Sur le plan institutionnel *les conseils de pôle* n'ont pas encore été concrétisés. Ils devront être composés de membres de droit et de membres élus pour une durée de quatre ans. Son rôle sera assimilé à celui des conseils de services. Il devra « participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques¹⁶ ». Son objectif est de « permettre l'expression des personnels, favoriser les échanges d'informations et faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissements des tableaux de service. ». Le Conseil de pôle doit être présidé par le chef de pôle. « *Le vote par le conseil de pôle donnera ou non une légitimité à nos projets* » explique un d'entre eux. Il est perçu comme un moyen d'asseoir la réforme auprès des personnels et de renforcer l'identité du pôle et de son triumvirat. Les conseils de pôle devraient être constitués à la fin de l'année 2007.

Le conseil de pôle peut comprendre un *bureau de pôle*. Cette formation restreinte au triumvirat, aux chefs de service et aux cadres du pôle a pour fonction de préparer les conseils de pôle et de faciliter la communication entre les corps de métier du pôle. Certains pôles d'activité ont commencé à formaliser cette instance, mais il y a trop peu de recul pour mesurer son impact sur le pôle

¹⁶ Décret 2005 – 1656 du 26 décembre 2005

Enfin, *La délégation de gestion* reste le chantier le plus important. Aucune enveloppe n'a encore été déléguée. Le siège de l'AP-HP a fixé la fin de l'année 2007 comme horizon de mise en œuvre de la délégation de gestion. Le degré de délégation et les domaines délégués restent à la discrétion de l'hôpital. L'AP-HP a rédigé un guide de la délégation de gestion, recensant l'ensemble des domaines pouvant être délégués parmi lesquels se trouvent la notation du personnel non médical, son évaluation, la répartition de la prime de service, le plan de formation etc...A l'hôpital Beaujon, les domaines retenus sont les suivants :

- L'enveloppe Congrès du plan de formation
- La surprime de service
- La notation

2.2 Des difficultés qui perdurent.

Alors que l'application de la réforme en est à ses premiers balbutiements, il est déjà possible d'identifier et d'analyser les déceptions et les difficultés intrinsèques aux changements organisationnels et managériaux impulsés par la mise en place des pôles. Outre une résistance au changement plus ou moins active et plus ou moins consciente de la part des agents, la réforme pâtit d'un manque de clarté qui ne rend pas toujours évidente son appropriation par les acteurs.

2.2.1 Le personnel soignant, entre craintes et réalité

a) La théorie de la résistance au changement

Le changement se définit comme une rupture avec un équilibre pour en atteindre un nouveau. Si les différents membres d'une organisation s'accordent sur la nécessité du changement, leur adhésion est moins évidente car le changement insécurise du fait de sa part d'inconnu. Dans une organisation, il provoque souvent une opposition de la part des acteurs concernés, un frein, appelé résistance au changement.

Un grand nombre de postulats du management repose sur l'idée que la résistance au changement des agents est à l'origine des difficultés de mise en œuvre des réformes, dans l'administration comme ailleurs. Ce paradigme est hérité des premiers cheminements de la sociologie des organisations.

Le concept de résistance au changement a été initialement forgé par LEWIN, puis étudié par COCH et FRENCH (1948) en milieu industrie. L'opposition des personnels à

l'évolution de leur environnement résulte tant de l'émergence de l'anxiété et de l'angoisse générées que de la perte de pouvoir liée à la refonte des zones d'incertitude. Cette approche sera enrichie par celle de Kurt LEWIN(1951) qui s'intéresse davantage à la dynamique des groupes. Ce dernier met en évidence le fait que la résistance au changement provient de l'attachement des individus aux normes du groupe et conclut sur la nécessité de travailler sur ces normes et de les faire évoluer pour autoriser des changements « collectifs ».

KOTTER et SCHLESINGER (1979) identifient trois *causes individuelles* à cette résistance au changement :

- le manque de confiance et la méconnaissance des intentions de changement en liaison avec leur expérience passée du changement.
- la peur de ne pas être capable de développer les compétences et les comportements nouveaux attendus
- le décalage d'évaluation du processus de changement avec les initiateurs du projet ou le responsable hiérarchique

Pour les partisans de l'approche systémique tel que Michel CROZIER, le changement est assimilé à une génération d'incertitudes, à une perte de maîtrise des informations, donc de pouvoir des membres de l'organisation. Le jeu des acteurs s'en trouve limité, et partant, augmente leur volonté stratégique individuelle de résistance. Le changement est perçu comme une sorte d'abus de pouvoir de la Direction.

Il semble que des *causes organisationnelles* soient également à l'origine de la résistance au changement , à savoir, les structures, la culture, l'existence de valeurs, les normes sociales, les système de référence, les stratégies existantes. Tous ces éléments contribuent à fixer l'organisation et induisent une résistance, institutionnelle, au changement. HANNAN et FREEMAN (1984) partent du postulat que les individus ont une préférence pour les institutions stables, les routines standardisées et l'institutionnalisation des buts. C'est ce qui induit une résistance organisationnelle au changement.

CARTON (« Eloge du changement » - 1997) présente quatre formes principales de résistance au changement :

- L'inertie qui implique une fausse acceptation du changement dont on repousse au maximum la survenance, au nom de la prudence et de la recherche de consensus
- L'argumentation qui implique une négociation sur l'ensemble des aspects du changement de forme et de fond

- La révolte qui survient lorsque le changement n'est plus négociable comme ultime recours afin de l'empêcher, le faire édulcorer ou reporter. Toute une cohorte de moyens peuvent ainsi être mis en œuvre : l'action syndicale, les demandes de mutation, les recours hiérarchiques, les menaces de démission...
- Le sabotage qui implique de manière pernicieuse et sournoise des attitudes tendant à prouver que le changement n'est pas justifié et mettre en difficulté son initiateur, par exemple par l'excès de zèle, le dénigrement, la fourniture de données erronées etc.

A l'hôpital, la résistance au changement est venue principalement des syndicats du personnel non médical. Lors de la validation des différentes étapes de la réforme par les instances hospitalières, les syndicats se sont positionnés « contre ». Que ce soit sur le découpage des pôles lors de la Commission de surveillance de février 2006 ou le pilotage par l'activité, les syndicats se font quotidiennement les portes paroles des inquiétudes du personnel soignant. Plus encore, ils se sentent menacés en tant que « groupe représentatif » : l'avènement des conseils de pôle et surtout l'élection de leurs membres en dehors de toute référence aux représentants syndicaux est perçu comme une perte de pouvoir. Cette instance vient, à leurs yeux, concurrencer le CTE qui détenait jusqu'alors le monopole de la représentativité et marque ainsi un recul de la « démocratie syndicale » à l'hôpital. Outre les contestations syndicales, le déni collectif peut s'apparenter à une forme de résistance au changement : les cadres paramédicaux de pôle et les cadres de santé affirment avoir présenté régulièrement les avancées de la réforme lors de réunions de service en 2006. Pour autant 60% du personnel interrogé¹⁷ s'accordent à dire qu'ils n'ont pas été informés sur la réforme. Les soignants sont-ils sincères, ou refusent-ils par ce biais de reconnaître l'avènement de cette réforme ?

Cependant, analyser la résistance au changement uniquement en termes de stratégie et de jeux des acteurs peut paraître réducteur, c'est pourquoi il convient également d'aborder les notions d'identité et de culture.

- b) Le point de vue du personnel soignant : incertitudes et manque de reconnaissance.

La crainte principale exprimée par les soignants concerne la mobilité au sein des pôles. L'idée d'être mobile d'un service à un autre, sans concertation ni organisation, provoque un sentiment d'insécurité et de « désaveu » chez le personnel paramédical.

¹⁷ Enquête réalisée sur la base d'un questionnaire distribué au personnel médical du pôle Tête – Cou- Rachis de l'hôpital Beaujon. Le taux de retour des questionnaires a été de 88%.
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

Déplacer une infirmière au gré des besoins, c'est ne pas reconnaître sa spécificité et ses compétences sur une spécialité donnée ; ce que la directrice des soins de l'établissement déplore : « *Quand on me dit : les pôles vont permettre de mutualiser le personnel. Je réponds : non. Car une infirmière n'équivaut pas à une infirmière. Les responsables administratifs et médicaux, croient qu'une infirmière de neurochirurgie peut aller en gastroentérologie, en revanche, personne ne demandera à un neurochirurgien de remplacer son collègue pour les consultations de gastroentérologie. Non pas, par manque de compétences, mais parce que ce n'est pas son domaine d'expertise. Pour les infirmières, c'est pareil et pourtant on refuse de leur reconnaître une expertise. Aujourd'hui, quand une infirmière refuse de changer de service, c'est son incapacité qui est mise en avant* ».

80% des agents interrogés lors de l'enquête estiment qu'en l'absence d'organisation et de formation préalables, la mise en place des pôles conduira à une diminution de la qualité des soins délivrés aux patients. La spécialisation des infirmières sur une discipline (et qui inclut également la maîtrise des pratiques du service et des exigences des médecins) ne leur permet pas d'être aussi compétentes dans d'autres services que le leur. La méconnaissance des autres pathologies du pôle et le parachutage dans une nouvelle équipe de travail font que le personnel soignant ne se sent pas « à la hauteur » des exigences requises par leur profession.

Dans cette perspective, la mise en place des pôles est à l'origine de deux biais : une diminution de la qualité des soins offerts aux patients et une dégradation des conditions de travail du personnel. En effet, seuls 12% des interrogés disent n'avoir ressenti aucun changement dans leur quotidien mais ont des craintes pour l'avenir, alors que 88% d'entre eux affirment que cette réforme a eu des répercussions négatives sur leur quotidien à l'hôpital.

Au delà de ces changements qualitatifs, le personnel soignant dénonce les discours institutionnels sur la polyvalence qui sont perçue comme un leurre : « *la profession est déjà difficile. Pourquoi en rajouter en nous faisant croire que c'est valorisant pour nous ?* ». La mutualisation des ressources humaines est à leurs yeux un moyen de pallier les difficultés de recrutement des paramédicaux. Dans cette réforme, les soignants s'identifient à « *des pions facilement déplaçables au gré des besoins de l'encadrement* ».

Malgré une certaine homogénéité des réponses apportées par le personnel soignant dans les questionnaires, la résistance au changement ne s'opère plus à un niveau collectif mais davantage à un niveau individuel : c'est le cas notamment lorsque les infirmières refusent

de changer de service au pied levé pour aider le service voisin en sous effectif. Ce comportement reflète bien le manque d'identification des agents au pôle, la solidarité jouant davantage à l'intérieur des services : si 100% des interrogés affirment connaître le nom de l'ensemble des services composant le pôle, 79% d'entre eux ont encore le sentiment d'appartenir à un service plutôt qu'à un pôle.

- c) A l'origine de ces craintes : la pénurie de personnel plus que la mise en place des pôles.

La crainte du personnel soignant « d'être ballotté » d'un service à l'autre ne trouve pas tant son origine dans la mise en place des pôles que dans la pénurie de personnel.

Les difficultés de recrutement du personnel infirmier à l'hôpital public sont prégnantes. Pourtant à Beaujon, seuls 17 postes d'infirmières budgétés ne sont pas pourvus, ce qui est faible par rapport aux autres hôpitaux de l'AP-HP.

A ce manque quotidien de main-d'œuvre s'ajoute un fort taux de rotation du personnel (12%) qui empêche de fidéliser les infirmières et de tirer profit de leurs compétences acquises sur le terrain. Les cadres soignants sont également une catégorie de personnel en sous effectif. On compte aujourd'hui 400 postes de cadres vacants au sein de l'AP-HP. Pour y remédier, il est fait le plus souvent appel à des faisant – fonctions (18 faisant – fonctions de cadres sont présents à l'hôpital Beaujon) choisis parmi le personnel infirmier lequel se trouve par conséquent « vidé » de ses meilleurs éléments.

Bien avant la mise en place des pôles d'activité, cette pénurie rend déjà la mobilité du personnel soignant inéluctable. Mais cette mobilité était davantage présentée comme une condition de maintien des lits ouverts et comme un acte de solidarité entre soignants, que comme un choix délibéré des pouvoirs publics de rationaliser la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Elle était informelle et par conséquent mieux acceptée par les paramédicaux.

Par ailleurs, ces difficultés de recrutement ont des répercussions sur le niveau de compétences des infirmiers et les cadres. Dans un tel contexte, le degré d'exigence de l'institution est nécessairement moindre alors même que la mise en place des pôles demande au personnel soignant davantage d'expertise. Ce paradoxe rend difficile l'appropriation par les acteurs d'une réforme qui, en amont, ne les a pas associés à sa mise en œuvre, et en aval exige d'eux davantage de discipline et d'engagement.

2.2.2 De nouveaux métiers qui n'en demeurent pas moins nébuleux

Les interrogations des acteurs portent sur les missions des cadres administratifs de pôle, des cadres de proximité en missions transversales, des cadres supérieurs qu'ils soient ou non à la tête d'un pôle et des chefs de pôle. Tous s'accordent à dire qu'il s'agit de nouveaux métiers.

- a) Malgré les fiches de poste, le flou demeure sur ces nouvelles fonctions

Le cadre administratif de pôle

La fiche de poste du cadre administratif de pôle a été rédigée par un groupe de travail constitué de cadres paramédicaux et de directeurs adjoints. Ce groupe de travail s'est appuyé sur la fiche de poste type élaborée par le siège de l'AP-HP. On peut y lire que « le cadre administratif développe une coopération forte avec le responsable médical et le cadre supérieur paramédical du pôle pour la gestion optimale des différentes ressources allouées au pôle au regard de l'activité médicale ». La fiche de poste est clairement orientée vers des compétences en gestion financière et en contrôle de gestion :

« Le cadre administratif de pôle assure le suivi de l'exécution budgétaire au sein du pôle. Il prépare les conférences budgétaires du pôle. Il formalise des outils d'aide à la décision, réalise des analyses financières nécessaires aux projections d'activité envisagées par le pôle. ». La fiche de poste semble affirmée, qu'excepté le suivi de tableau des emplois du personnel non médical, le cadre administratif n'a aucune compétences en ressources humaines. C'est ce que confirme un des cadres administratifs de pôle de l'hôpital Beaujon, lors d'un entretien : « *je gère le budget, je fais du contrôle de gestion, le suivi des dépenses et le suivi de l'activité.* »

Le cadre administratif n'a aucune liaison hiérarchique avec le personnel administratif du pôle. Il est rattaché au directeur de l'établissement, mais ne constitue en aucun cas un « directeur délégué ». De la même manière, les relations existantes entre le chef de pôle et le cadre paramédical de pôle sont uniquement d'ordre fonctionnel. La fiche de poste ne mentionne aucune ascendance hiérarchique du responsable médical de pôle sur le cadre administratif au sein du triumvirat.

Malgré l'existence de fiches de poste qui ont vocation à déterminer les domaines d'intervention des cadres administratifs, la difficulté pour ses derniers est d'identifier l'étendue et la portée de leur mission. « *Il serait nécessaire de mieux définir les frontières*

du poste » déclare un des cadres administratifs de pôle de l'hôpital. « *Au sein de l'AP-HP, les profils de poste ne sont pas tous identiques. Dans d'autres hôpitaux, le cadre administratif de pôle fait surtout du contrôle de gestion. Ici, la Direction ne voit pas notre mission de la même manière : on doit être polyvalent et faire un peu de qualité, un peu de ressources humaines, un peu de gestion, un peu de finances...* », poursuit-il. Conséquence de ces incertitudes, l'hétérogénéité des pratiques : il n'existe pas encore d'outils communs et de documents partagés entre les cadres administratifs de pôles.

Lors de mes entretiens avec les partenaires des cadres administratifs de pôle, j'ai pu constater que les missions et la fonction de cadre administratif de pôle restaient floues dans les esprits : les cadres paramédicaux estiment manquer d'information à ce propos. Certains ont proposé aux cadres administratifs de pôle de formaliser une répartition des compétences par écrit afin de désamorcer tout conflit futur, d'autres, font le choix de se répartir les tâches au fil de l'eau, en fonction des projets du trio de tête.

Le cadre paramédical de pôle

La structuration en pôles donne un nouveau souffle et surtout un contenu à l'encadrement dit « intermédiaire » (à mi chemin entre l'encadrement « stratégique » du directeur des soins et l'encadrement « opérationnel » du cadre de proximité¹⁸). Le positionnement de ces cadres à côté des responsables de pôle induit à la fois une fonction de régulation (contrôle et arbitrage des unités) et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle. A l'évidence, il s'agit d'un métier plus intégré à la politique de l'établissement et au suivi des démarches transversales (réunions inter pôles...).

Il est intéressant de comparer le contenu de ses missions permanentes avec celles des missions permanentes d'un cadre supérieur de santé. On se rend compte que les différences sont minimes et tiennent principalement au changement de périmètre du territoire d'intervention. « *Le fait de passer de cadre supérieur à cadre paramédical de pôle, cela ne change pas grand chose pour moi si ce n'est que, désormais, je dois mener un projet de pôle et donc répondre à un contrat* » explique un cadre paramédical de pôle.

Pour la directrice des soins, c'est davantage l'introduction d'un cadre administratif qui vient modifier le fonctionnement du cadre paramédical de pôle : « *Pour les cadres*

¹⁸ COUDRAY M-A., BARTHES R., « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, janvier 2006, p.19
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

paramédicaux de pôle, ce qui est difficile, c'est d'apprendre à travailler avec un cadre administratif de pôle, donc d'accepter de partager l'information, d'abandonner la gestion financière ou économique du pôle et de se recentrer sur la qualité des soins, sur l'organisation de la prise en charge du patient et sur le management des ressources humaines. »

La première qualité d'un cadre paramédical de pôle est sa capacité à animer l'équipe d'encadrement du pôle : c'est-à-dire, à la fois impulser des projets entre les cadres propres aux pôles et leur permettre de s'autonomiser dans leur gestion quotidienne.

Pour les cadres paramédicaux de pôle, la plus – value est toutefois à tempérer car dans leur esprit les choses ne sont pas claires ; ils craignent que « *la réforme échoue si les pôles ne deviennent qu'un amalgame de services* ». Ils ne veulent pas non plus se retrouver au milieu de plusieurs médecins expliquant jusqu'alors qu'ils n'avaient qu'un ou deux chefs de service et que dorénavant ils en auraient plusieurs. Ils y perçoivent un renforcement du pouvoir des médecins.

Le cadre de proximité en missions transversales

Dans le domaine des soins, le management de proximité est celui de l'opérationnel, de la gestion d'une unité ou d'un service, avec des personnels, des équipements, des malades-clients, des ressources économiques et techniques, bref, un management « de terrain » au sens le plus noble du terme. L'horizon des décisions est celui du court terme : organiser la visite médicale, modifier un planning, préparer le départ d'un patient... la finalité est bien de produire une prestation de soins en temps, qualité et coût optimaux.

La structuration en pôle voit apparaître un nouveau type d'encadrement : l'encadrement de proximité dit « transversal ». A l'hôpital Beaujon, deux fiches de poste ont été élaborées. Le choix a été fait de maintenir ces cadres à 50% sur la gestion de leur service et de les déléguer à 50 % sur des missions transversales au sein du pôle sous la responsabilité du cadre paramédical de pôle. Ces missions transversales sont centrées entre autres sur, l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels dans le cadre de la mise en place d'un parcours qualifiant au sein du pôle, le plan de formation continue, l'accueil et le tutorat des cadres stagiaires au sein du pôle , la gestion des risques... etc. Cette nouvelle fonction est perçue par les personnes concernées comme « *une marche supplémentaire pour le déroulement de carrière* ». Le développement des missions transversales est en effet une opportunité pour des cadres de proximité qui projettent de suivre un master et de présenter à terme le concours de cadre supérieur de santé. Les

missions transversales leur permettent de renforcer leurs compétences en management et en conduite de projet. « *Le cadre de proximité en missions transversales doit être un manager de projet et devenir en quelque sorte l'adjoint du cadre paramédical de pôle.* » précise un cadre paramédical de pôle. Il doit fédérer l'ensemble des cadres de proximité avec lesquels il se retrouve dans une relation fonctionnelle et non hiérarchique.

Pour autant, les cadres de santé en missions transversales se font essentiellement l'écho de deux types d'inquiétude :

- le mauvais fonctionnement du trio de pôle qui pourrait se répercuter sur la conduite des projets à mener
- la pénurie des cadres de proximité qui, de fait, gagneront en autonomie et devront prendre seuls davantage de décisions.

Par ailleurs, les soignants ne perçoivent pas toujours l'intérêt de ces nouveaux cadres en missions transversales. Certains y voient la mise en place d'une strate décisionnelle supplémentaire nuisant à la lisibilité de la fonction managériale. D'autres en font totalement abstraction et continuent à s'adresser à leur cadre à temps plein sans se soucier de leurs nouvelles missions. Les deux cadres de proximité en missions transversales sur l'hôpital ont ainsi certaines difficultés à s'extraire de leurs services pour mener à bien les projets qui leur sont impartis. « *Les soignants ont du mal à sentir que je ne suis plus uniquement cadre de proximité, car je reste proche d'eux.* » confirme un des cadres de proximité en missions transversales.

Comme les cadres paramédicaux de pôle, les cadres de proximité en missions transversales se forgent progressivement une identité au sein de leur pôle. Aujourd'hui, nous manquons de recul pour analyser l'impact de ces nouveaux métiers sur les personnes directement concernées et sur les agents. « *Là, on écrit l'histoire et ce ne sont que des balbutiements* » rappelle un cadre de proximité.

Le chef de pôle

Aucune fiche de poste n'a été produite, mais certaines qualités essentielles sont attendues d'un chef de pôle : « *capacité à motiver les équipes, rigueur et sens de l'organisation, leadership*¹⁹ ». Les contours de la fonction de chef de pôle sont détaillés dans les textes. Ce dernier :

- « met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président

¹⁹ FAURE A. « Nouvelle Gouvernance : inquiétudes et espoirs des futurs acteurs ». *Gestions hospitalières*. Janvier 2006, pp.26
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

de la Commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle

- organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.

- élabore avec le Conseil de pôle, un projet de pôle qui prévoit notamment les orientations d'activité, les actions à mettre en œuvre²⁰. »

La principale inquiétude exprimée par les praticiens hospitaliers a trait à la raréfaction du temps médical disponible. En effet, dans le contexte actuel de démographie médicale, il semble difficile d'espérer une implication accrue des leaders du Comité médical d'établissement dans la stratégie (conseil exécutif local) et dans la gestion opérationnelle (pôles d'activité) d'un établissement. Cet argument du manque de temps médical disponible va de pair avec un reproche de fond fait à la réforme et qui concerne la nature même du travail du médecin hospitalier : faire le choix d'exercer la médecine en établissement public de santé suppose dans bien des cas une volonté de s'affranchir de contraintes gestionnaires ou administratives. La nouvelle gouvernance est vécue en ce sens comme une bureaucratisation accrue du rôle du praticien, après la mise en œuvre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la démarche qualité. Et il n'est pas toujours aisé de justifier la nécessité pour un établissement d'optimiser sa gestion en consommant un temps médical qui ne sera pas de fait consacré à produire des actes tarifés...Même sur notre terrain d'étude où la réforme est accueillie par le corps médical sans réticences excessives vis-à-vis du principe de participation médicale au pilotage de l'hôpital, la question du temps et du comment reste posée.

En termes de missions, les compétences requises pour être chef de pôle (Art. L. 6136-6 du Code de la Santé Publique) correspondent à quelques différences près à celles exigées par la fonction de chef de service. Ainsi, l'ordonnance du 2 mai enregistre une passation de pouvoirs entre le chef de service et le responsable de pôle. Et les chefs de pôle interrogés s'accordent à dire que le passage du service au pôle n'est pour eux qu'un « *changement de périmètre de discussion* ». L'objectif du pôle est en effet de prioriser des projets et de les accompagner avec la force de frappe que représente le pôle. Ce dernier apparaît donc comme une plus-value du fait de son poids et de sa représentativité dans l'organisation hospitalière.

Dans cette réforme, la question de la légitimité du responsable de pôle est également posée : dans les pôles importants et qui réunissent des spécialités diverses, un praticien

²⁰ Art. L. 6146-6 du Code de la Santé Publique

d'une spécialité différente de celle du responsable de pôle se tournera-t-il immédiatement vers ce dernier ? Rien n'est moins sûr tant le fonctionnement actuel repose sur l'appartenance à une école de formation et à une spécialité.

b) L'adéquation des compétences

Le point commun entre les différents acteurs de cette réforme est la nouveauté de leurs missions. C'est pourquoi la question de l'adéquation des compétences se pose. Des accompagnements théoriques ont été organisés par le siège de l'AP-HP et par l'hôpital pour les membres du triumvirat. Pour autant, à la question « pensez-vous avoir les compétences requises pour remplir vos nouvelles missions ? », les réponses sont mitigées. Lors des entretiens, un besoin de formation est apparu, même si chacun affirme que c'est sur le terrain et avec l'expérience qu'ils acquerront la méthodologie et les connaissances adéquates.

Les chefs de pôle doivent acquérir certains réflexes de gestion. L'Ecole de Management pour les Médecins Hospitaliers (EMAMH) est à même de leur proposer une formation complémentaire. Cette école est née d'un partenariat entre l'université Paris VII, l'Ecole des mines et l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, et permet aux praticiens d'acquérir les outils nécessaires au pilotage de leur service. Cette formation dure 180 heures réparties sur un ou deux ans et est ouverte à tous les praticiens désireux de se former à condition de réorganiser son temps de travail en conséquence. Elle est principalement suivie par des chefs de service, ce qui fait dire au Président du Comité consultatif médical que les chefs de service devenus chefs de pôle disposent, dès lors qu'ils ont suivi cette formation toutes les compétences nécessaires pour remplir leur nouvelle fonction. « *Un chef de service un peu rodé, n'aura pas trop de difficultés pour être chef de pôle si il a du doigté et si il a le sens de la négociation et des relations. Je pense que la question est plus celle de la formation des chefs de service : il ne faut pas les lâcher dans le grand bain tant qu'on ne leur a pas appris à nager* ». Les chefs de pôle n'ayant suivi aucune formation en management misent davantage sur leur expérience de terrain pour endosser leur nouvelle casquette. Dans les pôles médico-techniques qui regroupent des services très divers, les chefs de pôles ressentent le besoin de renforcer leurs connaissances, non pas de gestion, mais des différentes spécialités en présence : « *j'ai besoin d'étendre mes compétences pour accompagner l'ensemble des projets du pôle.* » précise l'un d'eux.

La question de l'adéquation des compétences se pose également pour les deux autres membres du triumvirat : il a été souligné lors des entretiens que l'accompagnement avait été exclusivement d'ordre théorique. Un cadre administratif de pôle souligne que les formations du trio de pôle étaient surtout centrées sur les textes de la nouvelle gouvernance et n'apportaient aucune connaissance sur l'aspect fonctionnel du poste, laissant ainsi aux acteurs de terrain une certaine liberté d'action. Une véritable demande d'encadrement et d'accompagnement existe de la part des cadres administratifs de pôle, notamment dans la perspective de la délégation de gestion.

Pour les Cadres paramédicaux de pôle, les formations suivies relève d'une démarche personnelle et répondent à un besoin individuel : un des cadres paramédical de pôle a suivi une formation sur la gestion des conflits et sur la conduite d'entretien.etc.

Au terme de cette réflexion, il semble difficile de recenser les besoins de formation compte tenu de la difficulté que l'on a aujourd'hui à s'accorder sur la délimitation de ces nouveaux métiers. Une mise à niveau des acteurs est sûrement nécessaire, mais elle ne pourra avoir lieu qu'après l'identification de difficultés respectives. Aujourd'hui, outre les besoins de formation, les acteurs de terrain sont en demande de clarification de leur positionnement, chacun ayant des difficultés à « trouver sa place » dans cette nouvelle organisation.

2.2.3 Le difficile positionnement des acteurs et la définition de nouvelles articulations

- a) Une rénovation du positionnement des acteurs :

Chefs de service/chef de pôle

La cohabitation des chefs de service et du chef de pôle est au cœur des interrogations des praticiens hospitaliers.

Les textes relatifs à la nouvelle gouvernance ne font à aucun moment référence aux services : l'article L. 6146-5-1 du code de la santé publique précise que « les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 (sur les chefs de service) et L. 6146-5 (sur les responsables d'unités fonctionnelles) assurent la mise en œuvre des missions assignées

à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. » La formule éclaire peu, mais l'on peut toutefois noter que le service n'y est pas mentionné en tant que tel. Englobé dans le concept de « structures » internes, le service est mis sur le même pied d'égalité que l'unité fonctionnelle. Cela signifie-t-il pour autant que le devenir du chef de service soit mis en cause ? L'ensemble des médecins rencontrés répondent par la négative, quel que soit leur statut au sein du pôle. « *On est très attachés aux services et aux prérogatives des chefs de service* » affirme un chef de pôle.

Reste que la délimitation entre les responsabilités du chef de service et du chef de pôle n'est pas clairement définie. « *Une inquiétude continue à s'exprimer. La dernière révision des effectifs des praticiens hospitaliers a été signée par les chefs de pôle, ce qui est symboliquement fort et mal accepté par la communauté médicale. Un réel problème de légitimité existe* » explique un chef de service. Au-delà du conflit de légitimité, se pose la question de la logique médicale : l'organisation des études médicales et plus particulièrement du troisième cycle, qui se déroule essentiellement en milieu hospitalier, est articulée autour de la notion de service. Ce sont les services qui sont agréés pour recevoir les internes et seuls les services dotés d'un chef de service peuvent obtenir un agrément. Il n'existe pas encore de procédure d'agrément d'unité fonctionnelle ou de pôle (et la Conférence des doyens a d'ailleurs exprimé les plus vives réserves concernant l'éventualité d'un agrément par pôle). Or, on sait à quel point l'accueil et la formation des futurs praticiens constituent un élément structurant de l'activité hospitalière. Il en est de même pour les effectifs et l'organisation du service. « *le chef de pôle n'a pas vocation, de par son statut, à aller dire au chef de service si il peut ou non modifier l'organisation de sa salle d'opération ou si le recrutement d'un praticien hospitalier lui paraît opportun ou non.* » soutient un chef de service. « *Il y a des domaines qui resteront éternellement une prérogative du chef de service* », continue-t-il.

Au final, même si le chef de pôle ne possède aucun pouvoir hiérarchique sur le chef de service et que la raison d'être de ce dernier n'est pas remise en question, il a désormais un droit de regard sur l'activité des chefs de service auquel il pourra demander des comptes en cas de non respect des objectifs fixés. Cette superposition des niveaux d'influence ou de décision au sein de la communauté médicale génère des craintes et risque de susciter à terme des conflits de pouvoir.

Directeur des soins/ Cadre paramédical de pôle/ cadre supérieur de service

Le directeur des soins a vu, avec la mise en place des pôles, son positionnement évoluer : « *Ce qui change pour moi, c'est l'encadrement. Avec cette réforme, la place de chacun est amené à bouger* ». La direction des soins doit se repositionner dans une logique de contributions plus que dans une logique de fonctionnement hiérarchique. C'est ce que confirment les cadres paramédicaux lors des entretiens : « *la directrice des soins a un rôle d'accompagnement et d'écoute lorsqu'il y a des difficultés.* » Son expertise et sa mission d'arbitrage sont mises en avant : « *elle doit nous coacher et nous aider à construire ce nouveau métier de cadre paramédical de pôle.* ». L'ensemble des acteurs souhaitent davantage d'échanges et de dialogue. « *Les cadres paramédicaux de pôle sont demandeurs d'une plus grande proximité avec la Direction des soins. Ils sont demandeurs de réunions régulières afin de discuter ensemble des problématiques de management qu'ils rencontrent. Ils sont, pour la plupart dans le rendre compte et dans la communication en temps réel par rapport à la prévention de situations de crise ou d'accidents.* » précise la directrice des soins.

Les cadres paramédicaux de pôle ont également vu leur positionnement évoluer : ils ne sont plus rattachés à un ou deux services comme avant et doivent désormais prendre de la hauteur pour mener à bien les missions qui leur sont imparties. Or c'est là toute la difficulté à laquelle ils doivent faire face aujourd'hui : « *les cadres de proximité ne parviennent pas à comprendre que je ne m'occupe plus de leur service, ni de leur quotidien. J'aimerais réussir à m'extirper de ce bureau qui, parce qu'il est implanté dans mon service d'origine, m'empêche de me consacrer pleinement à ma nouvelle mission. Aujourd'hui, je suis le pompier de service et je suis faisant fonction de cadre dans les services en sous effectifs. Dans ces conditions, comment voulez-vous que je m'investisse dans ma fonction de cadre paramédical du pôle ?* », explique un cadre paramédical de pôle.

Les cadres supérieurs de service qui n'ont pas été nommés cadre paramédical de pôle se considèrent lésés par cette réforme. « *Les cadres supérieurs de service se sont vus du jour au lendemain déchés de leurs responsabilités* » explique un cadre paramédical de pôle. Dans le contexte de la mise en place des pôles, l'encadrement se recentre sur trois postes clés : le cadre de proximité (qui gère un service ou une unité), le cadre de proximité en missions transversales et le cadre paramédical de pôle. Même s'il n'existe aucune relation hiérarchique entre les cadres paramédicaux de pôle et les cadres supérieurs de service, ces derniers doivent se repositionner sur des missions transversales au sein du pôle. « *le cadre supérieur de service tel qu'on l'a connu vit ses*

dernières heures. Aujourd'hui, le but de la réforme est de diminuer les strates décisionnelles. Or, pour fluidifier les décisions, il est nécessaire de réduire le nombre de cadres supérieurs. Ce grade servira uniquement de tremplin pour la fonction de cadre paramédical de pôle et ne sera plus identifier à un poste» précise un cadre de proximité.

Il n'est pas simple pour des cadres dont les missions étaient avant tout managériales, de se réorienter vers des missions de qualité ou de gestion des risques. *« Quand un cadre passe le concours de cadre supérieur ce n'est certainement pas pour avoir des missions transversales. Sinon, il aurait fait « cadre expert » »* précise un cadre paramédical de pôle. Les cadres supérieurs de service qui n'ont pas été nommés cadre paramédical de pôle vivent cette évolution comme *« une perte, un deuil, un renoncement »* explique la directrice des soins.

b) L'articulation des membres du triumvirat (des territoires à partager)

Les trios de pôle sont institués depuis sept mois. Nous disposons donc de peu de recul pour mesurer leur impact et surtout évaluer leur fonctionnement interne. Les entretiens ont fait apparaître une grande hétérogénéité des pratiques : pour certains, le degré de partenariat semble quasi nul alors que pour d'autres c'est une réelle relation de confiance qui s'est instaurée. La synergie au sein du trio de pôle dépend de la volonté des acteurs de s'impliquer dans la réforme, mais aussi *« des personnalités en présence »* comme le fait remarquer à juste titre un cadre paramédical de pôle.

Sur notre terrain d'étude, les expériences sont multiples et certains trios sont plus *« opérationnels »* que d'autres. La plupart du temps, des rencontres régulières ont été formalisées entre les membres du triumvirat, en moyenne toutes les semaines pour les plus avancés. A cette occasion, les difficultés sont abordées et gérées à trois. *« On ne fait rien si on n'est pas tous les trois »* précise un chef de pôle. Des objectifs sont fixés et le travail est ensuite réparti entre les membres du triumvirat. Ce type de fonctionnement est en perpétuelle évolution ; un des chefs de pôle interviewé a pour ambition de renforcer la transparence de ces rencontres au sein du pôle : *« A la rentrée, on formalisera davantage nos réunions avec un ordre du jour et des comptes rendus qui seront ensuite diffusés à tout le pôle via intranet. »*. *« Il faut prendre l'habitude de faire des copies des documents importants pour les chefs de service et les cadres. Il nous manque encore quelques automatismes »* précise le cadre administratif du même pôle.

A ces rencontres régulières, s'ajoutent des ébauches de *« bureaux exécutifs élargis »*, qui regroupent les chefs de service, les cadres supérieurs kinésithérapeutes, les cadres

de pôle et le cadre paramédical de pôle. Un ordre du jour est défini et la réunion permet de faire circuler l'information et de communiquer sur les projets du pôle; à terme, l'objectif est de réunir les bureaux exécutifs élargis tous les deux mois.

Les décisions sont prises dans le meilleur des cas par consensus. Les chefs de pôle ne semblent pas avoir pris l'ascendance au sein des trios, mais se positionnent davantage comme des « animateurs responsables » faisant remonter au cours des réunions l'information relative à l'activité ou aux difficultés médicales.

Si certains triumvirats ont déjà pris leurs marques d'autres peinent à se mettre en marche. Un trinôme est toujours plus difficile à faire vivre qu'un binôme. Il n'est pas rare, dans la pratique, que les exécutifs de pôle se construisent en excluant un de leurs membres. Dans ces conditions, les prises de décisions et les projets ne reflètent pas les intérêts du pôle mais font primer une vision partielle de celui-ci. Enfin, certains trios de pôle ne parviennent pas à définir leurs règles du jeu. La question du partage de territoire est alors au centre des interrogations : « *il est indispensable de travailler au positionnement des membres du triumvirat sur les domaines communs sinon on arrivera vite à des situations de conflit.* » précise un cadre paramédical de pôle.

c) Le re positionnement de l'équipe de direction

Bâtir un partenariat avec les membres de la communauté médicale

Compte tenu des objectifs d'activité fixés aux médecins et de leur participation au Conseil exécutif de l'hôpital, le directeur doit constamment rechercher l'assentiment du corps médical, qu'il s'agisse des chefs de pôle ou des chefs de service. Toute la difficulté réside dans la capacité du chef d'établissement à gérer les interfaces avec les médecins. « *Pour entraîner un groupe, il faut communiquer avec ce groupe et comprendre sa culture.* », précise le chef d'établissement. Le pôle est cependant un frein à cette démarche. « *J'hésite à passer en intra pôle car je ne veux pas vexer le chef de pôle, mais pour autant, je dois garder contact avec les chefs de service* ». Chaque médecin quel que soit son statut doit être impliqué par le directeur. Il est de son devoir de leur faire prendre conscience de l'intérêt du pilotage par l'activité et du désir de la Direction de travailler en bonne intelligence avec le corps médical.

Or, le partenariat entre médecins et administratifs est par nature précaire ; la signature des contrats de pôle en fut un exemple : au cours des négociations, les médecins ont reproché à la Direction d'avoir rédigé un contrat « à son avantage », lequel insistait plus sur les devoirs de l'exécutif de pôle que les devoirs de la Direction à son égard. Le

président du Comité Consultatif Médical, porte-parole de la communauté médicale, en a dénoncé la « *tournure administrative, en total décalage avec les réalités de terrain*²¹ ». Pour trouver un commun accord, les contrats ont fait « la navette » entre médecins et administratifs avant d'être officiellement signés en juin.

Le dialogue entre le directeur informatique et le corps médical est également problématique : les chefs de pôle reprochent à l'administration l'obsolescence du système informatique alors même que cet outil doit les aider à valoriser leur activité. Toute la difficulté provient du fonctionnement déconcentré de l'AP-HP : l'hôpital instruit les nouveaux projets, mais ne peut trancher sur l'achat et le déploiement de logiciels spécifiques dans ses services. Cette centralisation est, à l'heure de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité une aberration pour le corps médical. Le système de gestion des laboratoires (SGL) nous en donne un exemple : ce logiciel fait remonter dans la base GILDA (une base d'identité à laquelle sont rattachés les actes) les « B » (unités de biologie) et les « BHN » (les unités hors nomenclatures), mais de manière non exhaustive. Le chef de service souhaiterait acquérir un logiciel plus performant. Le directeur informatique ne peut accéder à sa demande en raison de l'existence d'un appel d'offre central. Le choix s'est porté sur le logiciel MIPS dont les caractéristiques ne semblent pas répondre aux attentes du chef de service. Le directeur adjoint est alors un intermédiaire entre les besoins des pôles et la logique institutionnelle. Dans cette logique, Il doit s'inscrire dans une démarche d'intégration des médecins aux projets informatiques, notamment en favorisant la participation des agents des services cliniques et médico-techniques au paramétrage des produits informatiques.

Multiplier et gérer les interfaces entre pôles

Avec la mise en place des pôles, l'équipe de direction doit se recentrer sur le champ de la coordination et multiplier les interfaces avec les membres du pôle.

Les CAP sont réunis tous les mois par le chef d'établissement et le directeur des finances « *A cette occasion, nous faisons un point précis sur la gestion de chaque pôle ; je leur donne ensuite des missions précises dont ils me soumettront les résultats le mois suivant lors de la prochaine réunion* », explique le chef d'établissement. La difficulté aujourd'hui pour le chef d'établissement est d'aider les cadres administratifs à se construire une identité dans le pôle et donc à s'autonomiser sur leur mission, tout en maintenant un certain contrôle à leur égard afin qu'ils s'inscrivent dans une logique de stratégie globale. « *Il faut que le CAP soit totalement fondu dans la synergie du pôle. Mais, en même temps, il ne doit pas oublier qu'il est le bras armé de l'administration dans le pôle.* ».

²¹ Entretien avec le Président du Comité Consultatif Médical de l'hôpital, le 27 juin 2007
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

L'objectif est donc d'encourager au quotidien cet équilibre : par exemple, lorsqu'un chef de pôle saisit le chef d'établissement d'une difficulté dans la gestion de ses lits, ce dernier n'apportera aucune réponse mais renverra le médecin vers « son » cadre administratif. En sens inverse, le chef d'établissement attend du cadre qu'il lui fasse remonter régulièrement un bilan sur la gestion de son pôle. « *Pour moi, le CAP est pro actif. Il est une force de proposition et doit me dire chaque mois ce qui fonctionne bien ou ce qui dérive au sein du pôle. Il doit être un appui direct à la politique que j'entends mener sur l'hôpital* », poursuit le chef d'établissement.

Cette évolution vaut également pour le directeur de soins. Sa situation en dehors des pôles lui donne les moyens de se positionner en interface entre les pôles : il peut ainsi veiller à ce que les efforts des diverses entités s'inscrivent dans une stratégie institutionnelle. « *Je réunis régulièrement l'ensemble des cadres paramédicaux de pôle pour que l'on discute ensemble des différentes problématiques de management qu'ils sont amenés à rencontrer.* » précise-t-il. A la bonne gestion des interfaces s'ajoute également une mission d'expertise et d'arbitrage, ce qui explique que le directeur des soins ait une connaissance approfondie du terrain : « *les cadres paramédicaux de pôle sont demandeurs de soutien sur des situations complexes ou difficiles. Ils sont, pour la plupart dans le « rendre compte » et dans la communication en temps réel par rapport à la prévention de situations de crise ou d'accidents* ». Ce va-et-vient entre prise de hauteur et connaissance du terrain renforce son rôle stratégique dans l'institution.

Le directeur adjoint : un positionnement fonctionnel

Le repositionnement du directeur adjoint est plus complexe. La mise en place des pôles renforce son expertise et l'inscrit d'emblée dans une relation « client fournisseur » vis-à-vis des pôles. « *Il prend toujours en charge les projets stratégiques de l'hôpital, mais doit désormais répondre aux besoins des pôles* » précise le chef d'établissement. Alors que le directeur adjoint s'inscrivait dans une relation hiérarchique vis-à-vis de son service et des agents administratifs, il est aujourd'hui amené à se mettre dans une position fonctionnelle et transversale. Ce qui ne satisfait pas l'ensemble des directeurs adjoints, qui avec la délégation de gestion se voit déposséder d'une partie de leurs compétences et ne parviennent pas à se recentrer sur des missions de coordination stratégique ou d'accompagnement du pôle.

3 Pérenniser la réforme et faciliter son appropriation par les acteurs de terrain

Les perspectives d'action qui suivent sont centrées sur le positionnement du directeur et les modalités de mise en œuvre d'un management par projets. Dans cette démarche, trois volets seront plus précisément développés: la politique de communication, la gestion des ressources humaines, et la gestion financière d'autre part, dont la bonne marche constitue une condition de réussite de la mise en place des pôles.

Dans cette dernière partie, il semble important de mettre en exergue le rôle du directeur, lequel intervient comme un fil conducteur sur l'établissement et doit, à chaque niveau, accompagner le changement qu'il impulse.

3.1 La posture du directeur : impulser, fédérer, communiquer, accompagner

La conduite du changement est une responsabilité qui appartient en propre au manager. Les recherches et les analyses précédentes témoignent du nécessaire engagement des directeurs dans cette réforme qui doit s'adapter aux caractéristiques, au contexte et aux besoins de l'établissement.

3.1.1 Donner sens à la réforme

a) Un positionnement stratégique

Le directeur²² est un stratège. Sa situation en dehors des pôles et sa connaissance globale des centres opérationnels lui donnent les moyens d'initier le mouvement et de faire naître les conditions du changement : en stimulant l'encadrement (en particulier administratif et paramédical), il le fait évoluer dans une direction nouvelle, jouant ainsi un rôle de "leader".

Avec la nouvelle structuration en pôles d'activité, la transversalité devient la règle managériale. Le directeur est à la fois une personne ressource et un arbitre qui donne sens aux réformes en cours.

Il offre, en outre, un savoir-faire méthodologique. Pour la mise en place de la délégation de l'évaluation, c'est lui qui a défini la " philosophie" de la réforme ainsi que ses

²² *Directeur* est un terme générique qui renvoie tant au *chef d'établissement* qu'au *directeur-adjoint*
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

orientations stratégiques, lesquelles ont servi de base aux recherches du groupe de travail. animateur et arbitre, il récapitule les pistes d'investigation envisagées et distribue des missions claires facilement évaluables au cours des réunions ultérieures. A travers cette démarche, est organisé un suivi collectif des dossiers dont le directeur est lui-même dépendant : sans l'information et les compétences des acteurs de terrain, il serait difficile, voire impossible d'élaborer un projet viable et acceptable par tous.

Ce management participatif permet par ailleurs de valoriser le savoir-faire du personnel : les participants fournissent des données dont ils ont la maîtrise, valorisant ainsi leur expérience professionnelle auprès de leurs collègues et de leur hiérarchie.

b) Instituer une relation de confiance avec les acteurs

Le succès d'une réforme repose principalement sur la capacité du directeur à instituer une relation de confiance avec ses partenaires, et en particulier avec le corps médical : cette dernière naît tant du respect des engagements de la direction et des rencontres suscitées entre corps de métier, que de la politique de communication. Les lieux d'échange, tel que les journées thématiques (« journée qualité », « journée pôle »...) et les instances au sein desquelles différentes catégories professionnelles interviennent sont de bons outils de mesure du niveau de confiance accordée à la Direction.

3.1.2 Créer une dynamique de projets

Nous avons constaté au cours de notre enquête que la délégation de gestion, en raison de son caractère innovant, interrogeait l'ensemble des professionnels. Aujourd'hui, sa mise en œuvre n'est pas encore précisée. A l'hôpital Beaujon, la Direction des ressources humaines envisage de déléguer l'enveloppe formation " Congrès - Colloques". L'expérience en cours sert d'illustration pour cette sous-partie.

La démarche définie est la suivante :

► Impulser et fédérer.

La gouvernance hospitalière doit être une gouvernance stratégique, une gouvernance de projets, et par conséquent associer les acteurs pertinents. Pour autant, il revient à la Direction d'effectuer au préalable une réflexion stratégique au sein de son équipe sur les choix et les options envisageables (dans notre cas précis : le périmètre de l'enveloppe

budgétaire, les critères de répartition de l'enveloppe entre les pôles). Un dossier documentaire doit être réalisé. Cette première étape dessine grossièrement les lignes de partage des responsabilités attendant des professionnels qu'il l'amende et l'enrichisse de connaissances pratiques.

Le groupe de travail a ensuite pour objectif d'apporter des précisions sur les interventions de chaque acteur dans le processus de demande de formation. Les zones d'interface (DRH- DS- Pôles- Bureau de la formation) seront également mises en évidence. La priorité sera de répondre à la question *qui fait quoi, quand, où, comment, pourquoi, avec qui ?* En fin de séance, le directeur fixera les objectifs, les échéances, les délais et les missions.

Dans les faits, les premiers débats et les difficultés mis en exergue confirment la nécessité de tracer collectivement un nouveau processus décisionnel.

► Expertise et coaching

Dans ce groupe de travail, la Direction des ressources humaines effectue une veille permanente et adapte sa stratégie : elle détecte les opportunités et les menaces inhérentes à cette réforme (mauvais suivi de l'enveloppe, sous- consommation des crédits par les pôles, dépassements des frais de mission), ce qui lui permet d'améliorer sa réactivité ou d'orienter ses décisions (fixer un taux de consommation de l'enveloppe, instituer un doublon pour le suivi budgétaire).

Sa vision globale des catégories professionnelles et sa connaissance précise du positionnement des acteurs assurera une répartition des tâches "au plus juste". Il s'agit notamment d'aider les cadres paramédicaux de pôle et les cadres administratifs de pôle à s'insérer dans la réforme et à définir leur nouvelle fonction : qui aura le dernier mot pour accorder la formation sachant que le suivi budgétaire est assuré par le cadre administratif, mais que le contrôle d'opportunité demeure entre les mains du cadre paramédical ?

En outre, le directeur mettra en œuvre une démarche de type benchmarking. Celle-ci consiste à comparer dans un même domaine d'activité les méthodes et les résultats des autres hôpitaux. Cette démarche, très courante à l'hôpital, facilite l'amélioration continue des méthodes de travail.

► Formaliser

Le directeur devra aider à formaliser le processus arrêté. Son objectif sera d'aboutir à la réalisation d'un logigramme sur la délégation de la formation. Cet outil permettra de visualiser des points essentiels comme :

- le périmètre de l'action avec le début et la fin,
- les règles de fonctionnements (Qui fait quoi ?)
- les zones de maîtrise des acteurs impliqués : les avis et les accords préalables au suivi des formations, le suivi du budget, l'enregistrement des inscriptions, le contrôle de légalité
- le passage des délégations (L'enveloppe « Congrès-Colloques » et l'enveloppe « frais de mission »)
- les liens entre les acteurs (Cadre administratif de pôle, Cadre paramédical de pôle, Directeur des soins, Directeur des ressources humaines)

Un nouveau formulaire de demande de formation sera rédigé par le groupe de travail afin de faire apparaître les différentes responsabilités entre la Direction et le pôle, ainsi que les règles à respecter (délai d'inscription, avis préalables)

► Accompagnement et suivi

Il existe une réelle demande d'accompagnement de la part des acteurs concernés. Au cours des entretiens réalisés avec l'encadrement, qu'il soit paramédical ou administratif, nous avons pu observer que la crainte de se retrouver avec une enveloppe sans autres formes de soutien était largement répandue. En aval de la délégation, un accompagnement pédagogique s'impose. Des réunions thématiques ouvertes aux cadres des pôles, au Bureau de la formation et à la Direction des soins seront organisées tous les quatre mois, afin d'aider les nouveaux gestionnaires à élaborer des indicateurs de suivi et des projets de développement des compétences. Ces rencontres permettront ensuite de partager les expériences de chaque pôle, de valoriser les performances et le travail de chacun des acteurs.

► Evaluer

Il est indéniable que la Direction s'engage à tâtons dans la délégation de gestion et attend l'évaluation de ces premières expériences pour poursuivre le processus. L'enveloppe " Congrès - Colloques" ne correspond qu'à 15% du budget total de la formation, soit une somme de 17 000 euros environ. La part hors pôle constituant près de 20% et la Direction souhaitant, par précaution, conserver une réserve de dépassement de 5% de l'enveloppe, seule, 75% de cette enveloppe seront finalement délégués. Il s'agit donc

d'une délégation d'ordre expérimental, laquelle, si elle fonctionne préfigure d'autres délégations budgétaires dans le domaine de la formation.

L'évaluation de cette phase expérimentale apparaît comme une condition sine qua none de poursuite de la réforme : les indicateurs de suivi qui seront élaborer, ainsi que les objectifs fixés par la Direction des ressources humaines serviront de base à cette évaluation. L'évaluation concernera exclusivement les processus et le suivi budgétaire, le contrôle d'opportunité de la formation étant de fait décentralisé.

► Une difficulté pour le directeur : laisser les agents s'approprier la réforme

L'accompagnement pédagogique, s'il est nécessaire, ne doit pas se transformer en une quelconque ingérence dans le pôle. C'est là, toute l'ambiguïté du positionnement du directeur. La frontière entre « encadrement » et « délégation » fait l'objet d'une polémique au sein du Comité de direction : d'un côté, se trouvent les partisans d'un encadrement scrupuleux et plus rigide (*"Le directeur se doit de définir pour chaque pôle un tableau et des indicateurs de suivi, car les cadres ne pourront pas gérer efficacement l'enveloppe"*), de l'autre les partisans d'une délégation responsable (*"Déléguer, c'est responsabiliser les agents et les laisser en assumer les conséquences"*).

On se heurte ici à la philosophie de la délégation de gestion voulue par la nouvelle gouvernance, selon laquelle le directeur doit laisser une plus grande autonomie aux pôles. Ne pas fixer d'indicateurs –type, ni de schéma préétabli pour le suivi des enveloppes sont autant de moyens d'assurer une plus grande légitimité au projet.

Une démarche d'appropriation est déjà à l'œuvre au sein des pôles. Certains triumvirat ont élaboré, indépendamment des demandes de la Direction, des outils de suivi budgétaire et des outils de communication efficace : c'est le cas notamment du pôle BIPP²³ qui souhaite, via intranet, communiquer en temps réel au sein du pôle sur les réunions du triumvirat et qui a élaboré un tableau « quatre cadrans », comprenant des indicateurs pour chaque domaine d'intervention du trio de tête, à l'image de celui fixé par le siège de l'AP-HP pour son Conseil exécutif.

3.1.3 Communiquer : trouver un langage commun

a) Un cloisonnement linguistique

²³ Pôle Biologie, Imagerie, Pathologie, Pharmacie
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

L'environnement hospitalier est constitué de frontières, à la fois entre services, mais surtout entre catégories de personnels, lesquelles de par leur formation et leur culture ne poursuivent pas les mêmes objectifs et ne partagent pas le même vocabulaire.

A la question " quel est votre rôle à l'hôpital ?", les interrogés²⁴ (soignants, médecins, administratifs) ont tous répondu en mentionnant le patient ou l'utilisateur. Les corps de métier qui cohabitent dans l'enceinte hospitalière convergent donc vers un seul et même but : une prise en charge efficace et de qualité. Mais ce sont au niveau des moyens et des modalités que les divergences réapparaissent. Le vocabulaire employé par chacune des catégories professionnelles en témoigne : au delà des mots et des expressions, nous avons pu remarquer que les entretiens réalisés étaient " typés" et reflétaient essentiellement une logique de métier peu propice au développement d'une identité commune.

Le logiciel ALCESTE nous permet de tester cet argument en analysant automatiquement des données textuelles. Il trouve ses applications en sociologie, psychologie, traitement d'enquêtes, analyse de discours, conseils en marketing, publicité, journalisme, linguistique, analyse de presse ...etc, des domaines dans lesquels on trouve une grande quantité de texte à traiter. L'objectif de ce logiciel est de quantifier un texte pour en extraire les structures signifiantes les plus fortes, afin de dégager l'information essentielle contenue dans les données textuelles. Les recherches ont montré (J.P.Benzecri, M.Reinert) que ces structures sont étroitement liées à la distribution des mots dans un texte et que cette distribution se faisant rarement au hasard. Décrire, classer, assimiler, synthétiser automatiquement un texte, tel est l'intérêt présent du logiciel ALCESTE.

En terme de méthode, ALCESTE procède par fractionnements successifs du texte : il repère les oppositions les plus fortes entre les mots du texte et extrait ensuite des classes d'énoncés représentatifs. Pour en arriver à ce résultat, le logiciel part de la totalité du texte (dans notre cas, ALCESTE a "mouliné" l'ensemble des entretiens, chacun identifié par trois caractéristiques : *un corps de métier* (médecin, soignant, administratif), *une fonction* (directeur, cadre soignant, chef de service-chef de pôle), *un positionnement* (membres de l'exécutif, non membres de l'exécutif)) et le découpe en unités textuelles à partir desquelles il identifie des groupes ou classes d'énoncés stables. Les caractéristiques retenues pour chaque entretien permettent surtout de recouper les classes lexicales et les corps de métier : avec ce logiciel, il est donc possible de vérifier si tous les interrogés appartenant au même corps de métier utilisent le même type de vocabulaire et s'il existe une culture lexicale commune entre médecins, administratifs et soignants. Le logiciel opère également des calculs complémentaires pour mettre en

²⁴ Dix entretiens ont été réalisés à l'hôpital Beaujon entre juin et juillet 2007

évidence les " segments répétés", c'est-à-dire les groupes de mots présents au moins deux fois dans le texte.

L'analyse statistique des entretiens réalisés a permis de dégager quatre classes de vocabulaire, chacune plus ou moins corrélée à une catégorie professionnelle :

- la première classe d'énoncés renvoie au vocabulaire de la prise en charge. On y retrouve des termes tels que "proximité", "qualité", "ressources", "soins", "patient", "humain", "projet", "attentif". Ces mots apparaissent de manière répétée et abondante dans les trois entretiens réalisés avec les cadres soignants.

- la troisième classe d'énoncés renvoie aux entretiens réalisés avec le corps médical. On y retrouve principalement le champ lexical de la compétence et de la prise de décision avec des termes tels que "capable", "envisager", "expliquer", "compétent", "pouvoir", "délégation".

- la quatrième classe d'énoncés ne mentionne que les entretiens réalisés avec le personnel administratif (cadre administratif de pôle et directeurs). Son vocabulaire dominant est celui de la réforme : "changement", "questionnement", "réforme", "résultat", "sens", "acquérir".

Au regard de cette classification, on constate que le vocabulaire n'est pas neutre et reflète une logique de pensée et une culture propre à chaque corps de métier. Il ne s'agit pas de mettre en évidence une quelconque opposition de nature entre catégories professionnelles, ce qui serait erroné et peu constructif, mais plutôt d'évoquer la réelle difficulté à établir une politique de communication globale au sein d'une organisation si hétérogène. Ces langages propres montrent surtout que les attentes, en terme professionnel et par conséquent en terme de communication sont variables et ne peuvent être satisfaites de la même manière.

Il est intéressant cependant d'observer que les recouvrements de vocabulaires entre corps de métier sont possibles dès lors que ces derniers sont amenés à élaborer des méthodes de travail communes : à titre d'exemple, la seconde classe d'énoncés renvoie au champ lexical de la gestion, et rapproche tous les entretiens réalisés avec les membres du conseil exécutif local, qu'ils soient médecins ou directeurs. On y trouve des termes tels que " chiffres", " contrat", "coût", "données", " étapes", " action", " gouvernance". Les rapprochements initiés par la nouvelle gouvernance permettent peu à peu de forger une identité commune et une logique d'action partagée. Il n'en demeure pas moins que la politique de communication reste sensible et difficile à définir dans ce contexte.

b) Définir une politique de communication appropriée

« Les acteurs n'acceptent les changements imposés que dans la mesure où ils en comprennent la logique, où ces changements permettent de donner du sens à leur travail et où ils peuvent en partie les négocier et les modifier » précise P. Bernoux dans son ouvrage Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations. A l'hôpital Beaujon, toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que la politique de communication autour de la réforme de la mise en place des pôles a été lacunaire.

A titre d'exemple, les cadres administratifs et les chefs de pôle déplorent le manque de communication autour de la délégation de gestion. Tous savent qu'elle fait partie intégrante de la réforme et pourtant personne ne peut expliquer clairement sur quel domaine la Direction souhaite déléguer ses compétences. De même, le personnel infirmier a le sentiment d'avoir été soumis à une réforme sur laquelle il manquait d'information. Il est vrai que la communication s'est principalement faite à travers les instances, ou le journal trimestriel de l'hôpital. Par conséquent, l'information arrive au sein des services avec un certain décalage dans le temps, ce qui a pu donner au personnel le sentiment de ne pas avoir été impliqué dans la réforme.

C'est bien une communication en temps réel qui est exigée aujourd'hui et qui est difficile à mettre en œuvre pour la direction. Pour ce faire, il a été décidé de multiplier les "points d'information" sur les pôles lors de toutes rencontres pluridisciplinaires quelle qu'elles soient (réunion de cadre, réunion de service, intégration des nouveaux arrivants, stage infirmier des étudiants en médecine etc.).

L'hôpital projette de rénover d'ici la fin de l'année 2007 ses sites internet/intranet. Leur actualisation restera centralisée au niveau de la Direction de la communication afin que tout les professionnels de Beaujon (grâce à un code et donc de n'importe quel poste informatique) puissent obtenir une information mise à jour sur les réformes en cours.

Pour autant, l'abondance ne fait pas la qualité. Le choix des propos et des mots est une autre difficulté rencontrée dans la définition d'une politique de communication adéquate. Or, nous l'avons vu, une communication adéquate implique qu'elle s'adresse à l'ensemble des cultures de métier présentes à l'hôpital. Le corps médical peut largement s'offusquer d'une photo (ou de l'absence d'une photo), d'un titre alors même que l'objet de l'article est destiné à mettre en valeur son activité, générant ainsi un conflit difficile à contenir. Pour y faire face, la Direction de la communication de l'hôpital met en place un " comité rédactionnel" comprenant tant des membres du corps administratif (tous grades confondus), que des membres du corps paramédical et médical. Le journal trimestriel est donc " multiculturel" et s'adresse par la diversité des sujets abordés et des articles à l'ensemble des catégories professionnelles.

Sur le fond, la communication doit également s'atteler à développer des symboles ou des repérages visuels en relation avec les réformes en cours : par exemple, une journée « pôles » devra être organisée afin de permettre à tous les personnels d'un pôle de se rencontrer et de recevoir une information identique sur les projets et les avancées de ce dernier ; à cette occasion, la Direction de la communication pourrait mettre en œuvre une communication spécifique par pôle, ce qui aiderait les pôles à devenir un vecteur d'identification pour le personnel. Des logos de pôle accolés aux têtes de lettre, aux livrets d'accueil de chaque service du pôle et aux affiches annonciatrices d'événements au sein du pôle, contribueraient à accroître le sentiment d'appartenance des acteurs de terrain.

Sur la forme, la décentralisation de la politique de communication est par ailleurs encouragée par le directeur. Les cadres de proximité sont amenés à communiquer directement sur les projets de leur pôle ou sur leur participation à des groupes de travail en relation avec la réforme de la nouvelle gouvernance. La communication ne doit pas être le monopole de l'administration.

3.2 Le management de et par les compétences : une ambition réaliste ?

Comme le souligne R. Barthès et Marie-Ange Coudray, respectivement directeur d'hôpital chargé de mission emploi/formation à la DHOS et Directrice des soins²⁵, la compétence est aujourd'hui de plus en plus discriminante entre les établissements. Avoir telle ou telle compétence permet de développer tel ou tel type d'activité. Si l'on observe la restructuration du système de santé en cours, on voit qu'elle se fait d'abord par les compétences, médicales bien évidemment, mais de plus en plus sur des secteurs d'intervention très "chargés en compétences", soit liés au "cœur de métier" - les unités de soins- soit, de plus en plus, aux fonctions supports : plateau technique, système d'information, contrôle de gestion... Il semble à ces auteurs, que les établissements qui sauront donner une valeur stratégique à la gestion de leurs compétences seront ceux qui se positionneront le mieux dans le paysage hospitalier de demain.

3.2.1 Qualification, compétences et professionnalisme

²⁵ M-A COUDRAY et R. BARTHES, *op.cit.*
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

Guy le Boterf²⁶ distingue trois notions permettant de comprendre l'importance de ce qu'il nomme " la navigation professionnelle" au sein d'une organisation : la notion de *qualification*, la notion de *compétence* et celle de *professionnalisme*.

La *qualification* est acquise par une formation et est généralement sanctionnée par un diplôme. Par exemple, les formations qui conduisent aux diplômes paramédicaux sont des formations en alternance permettant aux stagiaires de construire une identité commune, de partager des normes et des valeurs, et d'acquérir des connaissances. Le diplôme acquis ne signifie pas pour autant que la personne sache agir avec compétence. Cela signifie plutôt qu'elle dispose de certaines ressources avec lesquelles elle peut construire des compétences.

La *compétence*, est selon Guy le Boterf, la mobilisation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés. Ces savoirs sont théoriques, procéduraux, expérimentiels, cognitifs...etc. Ainsi, la compétence professionnelle ne réside pas dans les ressources (connaissances préalables) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ces ressources. Ce sont l'exercice professionnel et l'expérience qui permettent au jeune diplômé de transformer sa qualification en compétence, laquelle se définit davantage comme un "savoir-agir".

Guy le Boterf va cependant plus loin dans son analyse : selon lui, la compétence " en miettes" n'est plus la compétence. Savoir rouler à vélo suppose de savoir freiner, de savoir pédaler, et d'avoir au préalable accéléré...etc. Or, la compétence globale ne se réduit pas à cette addition. Il existe davantage une dynamique interactionnelle entre ces diverses composantes. Cette métaphore permet à l'auteur de montrer que seule la *combinaison singulière* de compétences témoigne du *professionnalisme* d'un individu.

Dans cette réflexion, l'auteur montre que la *navigation professionnelle* doit permettre à chaque individu de devenir entrepreneur de sa professionnalisation, tout en tenant compte des exigences de l'entreprise. Par conséquent, il appartient au manager de savoir piloter son organisation et de veiller à la qualité non pas seulement de la formation, mais de l'ensemble du dispositif de professionnalisation.

2.2.2 Parcours qualifiant - parcours de professionnalisation

²⁶ LE BOTERF G., De la compétence à la navigation professionnelle. Paris, Les Editions d'organisation, 1997

L'organisation en pôles d'activité permet aujourd'hui de favoriser la " navigation professionnelle" du personnel paramédical, au sens où Guy le Boterf l'entend. La logique médicale sous jacente à chaque pôle constitue une opportunité pour construire et offrir des projets professionnels individuels.

La direction de l'hôpital Beaujon s'est engagée à définir des parcours qualifiants au sein des pôles.

Le parcours qualifiant favorisera l'acquisition par les infirmières, de compétences spécifiques à un service, en plus du socle de compétences génériques transposables d'une unité de soins à une autre. Elle ne sera plus une infirmière du *service de chirurgie colorectale*, mais une infirmière du *Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif* avec une bivalence en *chirurgie colorectale* et, par exemple, en *gastro-entérologie* : cela signifie qu'elle aura acquis les spécificités de deux services du pôle et pourra y travailler sans craindre d'y méconnaître les pratiques médicales et soignantes.

Le groupe de travail chargé de la définition des parcours qualifiants se compose principalement de la directrice des soins, de cadres paramédicaux et de personnels soignants : la réalisation de ce projet suppose au préalable d'identifier les compétences génériques et les compétences spécifiques de toutes les spécialités du pôle. Ce sont les livrets d'accueil de chaque pôle qui retraceront les parcours qualifiants envisageables au sein du pôle. Ce parcours pourra être proposé ou construit lors de l'entretien annuel ou après une formation spécifique.

2.2.3 Quelle est la faisabilité de ce projet ?

Le parcours qualifiant exige la mise en place d'un système de tutorat afin que l'intégration des infirmières dans d'autres services que le leur soit facilitée. Mais la pénurie actuelle du personnel infirmier inquiète certains cadres quant à la bonne marche de ce projet.

Aujourd'hui, le parcours qualifiant est surtout perçu par la direction comme un outil d'attractivité lors de prochains recrutements : les infirmières pourront à Beaujon acquérir une double expertise qui sera valorisée dans un CV. Le parcours qualifiant est aussi un moyen de fidéliser un personnel enclin au changement. Surtout, il permettra aux IDE en place de ne plus craindre la méconnaissance des services du pôle lors d'un remplacement, et d'assurer en toute sécurité la prise en charge d'un groupe de patients.

Pour résumer, cette "navigation professionnelle" favorisera d'une part la valorisation des compétences infirmières et de l'autre facilitera le management du personnel par pôle, à

condition bien sûr, de communiquer suffisamment autour du parcours qualifiant pour qu'il soit accepté comme tel par le personnel soignant.

3.3 Faire du pôle un outil de gestion par la performance

3.3.1 La tarification à l'activité : la nécessaire connaissance des coûts

a) La réforme de la T2A et ses conséquences en termes de gestion

La réforme du mode de financement des hôpitaux entraîne en effet deux conséquences : d'une part, une partie des ressources des établissements publics est liée à l'activité réalisée donc à un *effet volume*. Il reviendra par conséquent aux établissements de suivre l'évolution de leur activité, mais surtout de la maintenir à son niveau actuel, voire de l'enrichir. Les pôles devront s'inscrire dans cette démarche. D'autre part, ces ressources variables sont fixées en fonction des tarifs (*effet prix*) déterminés au niveau national, sur la base de l'Etude Nationale des Coûts à laquelle sont apportés des ajustements (incorporation des frais de structure, des mesures de santé publique, des mesures nouvelles et éventuellement des dispositifs de rattrapage budgétaire). Les établissements sont ainsi placés en situation de « price takers », c'est-à-dire que leurs prix s'imposent à eux (contrairement aux entreprises). Ils ne peuvent donc jouer que sur leurs coûts.

La connaissance et l'analyse des coûts deviennent ainsi des éléments clés permettant aux hôpitaux de se positionner par rapport au prix fixé et ainsi d'élaborer des plans d'action : plan de réduction des coûts, modification des processus et des modes de prise en charge (en développant l'ambulatoire par exemple), voire abandon des activités déficitaires. Les établissements doivent donc optimiser l'emploi des ressources en produisant au coût le plus raisonnable.

Cette réforme place la connaissance des coûts au premier rang : cette dernière doit être tant « globale », que « polaire ». C'est pourquoi, les directeurs devront disposer d'outils leur permettant de suivre ces informations par pôle. La connaissance des coûts n'est donc plus l'unique affaire des directeurs financiers, mais également celle des triumvirats, et par conséquent des praticiens hospitaliers.

b) Mettre en place un contrôle de gestion : une nécessité pour l'hôpital

La mise en place *officielle* d'un contrôle de gestion à l'hôpital est nécessaire pour deux raisons :

- L'analyse des coûts au niveau de l'hôpital n'est pas évidente. « *A l'heure actuelle, nous n'avons pas les outils permettant d'avoir un état des consommations en temps réel* » précise la directrice de l'établissement. Les pôles doivent par conséquent s'inscrire dans cette démarche et développer des outils de connaissance des coûts : par exemple, adopter des comptes d'exploitation par service, réaliser des études ciblées (coût des consommables, frais de personnel etc.) , ou encore produire des analyses sur des durées moyennes de séjour. Dans cet esprit, le chef d'établissement a tout intérêt à se positionner et à communiquer au sein des instances sur l'utilité de ce type de suivi par pôle.

- Un contrôle de gestion permanent permettra à l'hôpital d'élaborer des plans d'action opérationnels. Il permettra d'exploiter les données produites, de les restituer aux acteurs et de faciliter l'adoption de mesures correctives : par un processus de « feedback », le contrôle de gestion assure l'amélioration continue des décisions stratégiques.

Pour résumer, la notion de contrôle de gestion a deux aspects et ne se limite pas à son versant instrumental qu'est l'analyse des coûts. Le contrôle de gestion a surtout pour vocation de promouvoir un management par la performance et de faire passer l'hôpital d'une logique de contrôle à priori à une logique de contrôle a posteriori.

En outre, le contrôle de gestion est indissociable de la réforme de la Nouvelle Gouvernance : « *Il n'y a pas de bonnes délégations de gestion si il n'y a pas de contrôle de gestion* », précise la Directrice de l'établissement. En effet, la délégation de gestion ne peut se concevoir sans qu'auparavant les dirigeants ne s'assurent qu'ils ont en leur possession des outils de *reporting* leur permettant de suivre l'activité du pôle. Ce constat fait du contrôle de gestion, l'attribut essentiel de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance.

3.3.2 Expérimenter de nouveaux outils : les tableaux de bord.

- a) Les limites méthodologiques de l'approche par les coûts²⁷.

²⁷ Ce paragraphe suit l'analyse de PAGES C., Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital. Mémoire ENSP EDH Promotion 2006
Julie LAIGRE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2007

L'analyse des coûts ne renseigne pas sur les générateurs du résultat et n'apporte pas assez d'informations pour guider les actions à conduire. Il semble donc nécessaire d'aller plus loin, en analysant les générateurs de performance (situés en amont). On le sait, les critères financiers ne traduisent pas l'ensemble des objectifs de l'hôpital, lequel assure en premier lieu une mission de service public visant à promouvoir la santé ; les critères financiers ne sont que des indicateurs parmi d'autres.

Ainsi apparaît la nécessité de dépasser l'approche par les coûts même si elle constitue un socle. D'autres méthodes et outils doivent donc être mis en place

b) Les tableaux de bord « quatre cadrans »

Les tableaux de bord prospectifs défendus par Kaplan et Norton en économie préconisent d'associer aux données financières des informations en matière d'organisation, de ressources humaines et matérielles et de démarche qualité. Ces tableaux de bord « équilibrés » permettent de comprendre des résultats budgétaires à partir de données non financières. Ces dernières ne fournissent pas, on l'a déjà dit, les explications à un déficit ou à un excédent : on sait de quel domaine vient le déficit, mais on ne sait pas pourquoi. C'est à partir de la combinaison d'indicateurs dans chacun de ces 4 domaines que des décisions peuvent être utilement prises. D'autant qu'avec la T2A, organisation, activité, ressources et dépenses sont intimement liées.

Le siège de l'AP-HP a mis en place un tableau de bord dit « quatre cadrans » (activité/ attractivité – qualité-risques / efficience/ projets) pour son comité exécutif. Ce tableau de bord sert de modèle à l'adoption au niveau local de tableaux de bord appropriés. Chaque hôpital de l'AP-HP est donc aujourd'hui impliqué dans cette démarche et doit définir son propre tableau « quatre cadrans ». La difficulté n'est pas tant de trouver les indicateurs que de déterminer parmi tous ceux qui sont demandés les plus pertinents et les plus efficaces pour avoir une vue globale de l'établissement. Chaque indicateur doit être assorti d'une cible chiffrée.

Une fois que le tableau de bord « hôpital » aura été produit, il sera intéressant de démarrer l'élaboration des tableaux de bord « pôle ». La réflexion au niveau du choix des indicateurs devra suivre la même logique qu'au niveau de l'établissement. Le cadre administratif sera le principal acteur de la démarche. Le choix des indicateurs devra se faire en étroite liaison avec le contrat de pôle. Les exécutifs du pôle devront déterminer au préalable les objectifs prioritaires. Les premiers hôpitaux expérimentateurs ont montré qu'à ce niveau, la difficulté est de décrire globalement le pôle et de ne pas descendre au

niveau du service. Les questions à se poser sont surtout liées au domaine de responsabilité du pôle : le triumvirat aura-t-il les moyens de faire évoluer l'indicateur au sein même du pôle ou bien la cible à atteindre dépend-elle aussi d'autres services ? Par exemple, diminuer le nombre de B par séjour dépend de la prescription des services cliniques, et la seule responsabilité du service de biologie consiste à signaler aux services cliniques les doublons dans les prescriptions éventuelles.

Après cette première phase, il pourra être utile de décrire les liens entre les pôles par des indicateurs évaluant les objectifs d'amélioration de filières, de délais de rendez-vous, de délais d'obtention de compte-rendus etc. Autant d'outils permettant de mesurer la fluidité de la prise en charge. Il conviendra ensuite de réfléchir à la diffusion des tableaux de bord, éventuellement d'expliquer la démarche sur le site intranet de l'hôpital, avec la définition des indicateurs retenus.

3.3.3 L'intéressement aux résultats

Le contrôle de gestion a un but essentiel : faire en sorte que les objectifs d'une organisation soient atteints. Les tableaux de bord en ont un autre : assurer le suivi des objectifs et comprendre les résultats.

Les deux démarches nécessitent une implication forte des acteurs. Or, si ces derniers ne « jouent pas le jeu » en essayant d'atteindre les cibles fixées dans les tableaux de bord, le contrôle de gestion se limitera à la production d'outils stériles. C'est pourquoi la mise en place de mécanismes d'intéressement aux résultats sont souhaitables : ils permettront de « récompenser » les bons résultats et de « sanctionner » les écarts qui perdurent. Quoique cette démarche nécessite la définition d'une politique préalable : l'intéressement ne peut pas uniquement porter sur les résultats financiers, mais également sur l'amélioration continue de la performance et la mise en œuvre d'actions correctives décidées.

Aujourd'hui, la mise en place des mécanismes d'intéressement au sein des hôpitaux de l'AP-HP est quasiment inexistante ou se résume à des initiatives individuelles. Il n'existe pas de « politique » ou de « ligne directrice » concernant ce domaine. L'hôpital Beaujon ne s'est pas engagé dans cette démarche qui nécessite au préalable que les tableaux de bord et le contrôle de gestion soient assurés en interne. Toutefois, les premières réflexions sur le sujet ont été lancées : quelle forme pourrait prendre l'intéressement ? Une allocation de moyens supplémentaires pour les pôles / services ?

Il ne s'agit pas de s'installer dans une démarche continue de récompenses (qui serait inflationniste), mais bien de faire de l'intéressement une intervention ponctuelle. A l'inverse, de mauvais résultats pourraient conduire à une diminution de moyens alloués mais en particulier en termes de ressources humaines.

Conclusion

L'organisation en pôles d'activité s'appuie sur un projet médical et de soins centré sur la prise en charge du patient et construit en concertation. Fondé sur la contractualisation interne associée à une délégation de gestion, cette réforme exige une redéfinition du rôle et des compétences de chaque professionnel hospitalier. Cette évolution, à la fois structurelle et organisationnelle pousse chacun des acteurs à redessiner son champ de responsabilité et ses domaines d'intervention. De nouvelles relations de travail s'instaurent.

Adoptée en 2005, la réforme n'est toujours pas parvenue à son terme. Son application nécessite une longue phase d'apprentissage pour les hospitaliers et favorise le dialogue et le rapprochement des corps de métier.

Dans ce contexte, des incertitudes demeurent : les professionnels de santé, qui ont vu une succession de réformes inabouties, sont parfois sceptiques. Ainsi, les chefs de service s'inquiètent de l'avènement des chefs de pôle. De même, les cadres supérieurs de santé craignent pour leur positionnement et leur nombre. Enfin, le personnel soignant ne parvient toujours pas à s'identifier à un pôle et résiste au changement.

Les directeurs eux-mêmes, doivent s'inscrire dans une perspective de changement et s'interroger sur les moyens d'accompagner et de pérenniser les pôles.

Cette réforme, couplée à celle de la tarification des établissements de santé ne peut faire l'objet d'un modèle unique. Le directeur joue donc un rôle de premier ordre dans sa mise en oeuvre : il doit impulser et pérenniser les pôles en tenant compte des spécificités et des caractéristiques de l'hôpital. En d'autres termes, il devra s'approprier la réforme avant d'aider les acteurs de terrain à s'engager dans cette voie.

Cette réorganisation prendra du temps, mais apparaît au terme de cette analyse comme une plus-value pour l'ensemble des personnels hospitaliers.

Bibliographie

Ouvrages Généraux :

BERNOUX P., Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations. Paris : Editions du Seuil, 2004. 307p.

CLEMENT J. M., La crise de confiance hospitalière. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières Editions, 2003. Le constat, pp 9-67

CROZIER M, FRIEDBERG E., L'acteur et le Système. Paris : Seuil, 1977

LE BOTERF G, De la compétence à la navigation professionnelle. Paris, Les Editions d'organisation, 1997

MINTZBERG H. Structure et dynamique des organisations. Paris : Editions d'Organisation, 1982.

Articles et périodiques :

BUDET.J. M, « *Les clés de la gouvernance hospitalière* », Gestions Hospitalières, n° 430, novembre 2003, cahier 181, pp. 708-731.

CAILLET R., CRIE D., « *Organisation par pôles de l'hôpital public réflexions pour l'hôpital 2007* ». Gestions hospitalières, octobre 2004, pp. 596-602

COFFIGNOT B., « *La contractualisation interne* ». Gestions hospitalières, février 2007, n°463, pp121-124

COUDRAY M. A, BARTHES R., « *Le management hospitalier à la croisée des chemins* ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp 18-26

CREMADEZ M. « *Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital* ». Gestions Hospitalières, novembre 2003, N° 430, pp 726 à 731

FAURE A., « *Nouvelle gouvernance inquiétudes et espoirs des futurs acteurs* ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp29-32

LUTZ S., « Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité, Quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ? », CEDREA - les cahiers d'étude des dynamiques sociales et de la recherche-action, avril 2006.

Mémoires :

LANCREROT C., « L'encadrement des pôles d'activités au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal ». Mémoire filière directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 58p.

PAGES C., « Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital : la mise en oeuvre d'un management par la performance au Centre Hospitalier d'Orsay ». Mémoire filière directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2006, 65p.

SONTAG J., « La communication interne des hôpitaux : un enjeu stratégique pour le directeur ». Mémoire filière directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 55p

Rapports :

COUANAU R. Rapport d'information « l'organisation interne de l'hôpital » - Assemblée Nationale, 19 mars 2003

DEBROSSE D, PERRIN A, VALLENCIEN G, Projet HOPITAL 2007 – Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003

MEAH/ CNEH. Anticipation de la « nouvelle gouvernance » synthèse des entretiens téléphoniques réalisés – Paris, 21 juin 2004.

Textes législatifs et réglementaires :

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004.- Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit. *Journal Officiel de la République Française*, n° 287 du 10 décembre 2004, art. 73.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1991.- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 179 du 2 août 1991.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Ordonnance n° 2003-850 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé. *Journal officiel de la République Française*, n° 102 du 3 mai 2005.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. – Ordonnance n°96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, n°98 du 25 avril 1996.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2005.- Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel de la République Française*, n° .301 du 28 décembre 2005.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 ? – Décret n°2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-techniques. *Journal officiel de la République Française*, n° 108 du 11 mai 2005

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2005.- Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal Officiel de la République Française*, n° 104 du 5 mai 2005

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Circulaire DHOS/E1 n° 499 du 4 avril 2005 relative au bilan d'avancement de la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. *Bulletin officiel de la République Française*, n° 2004-11 du 8 au 14 mars 2004.

Site Internet :

Site du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Liste des entretiens effectués pour la réalisation du mémoire
- **Annexe 2** : Guides d'entretien
- **Annexe 3** : Questionnaire distribué au personnel infirmier du pôle Tête-Cou-rachis et résultats obtenus

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire :

Christine WELTY, Directrice de l'hôpital BEAUJON

Laetitia FLENDER : Directrice des ressources humaines de l'hôpital BEAUJON

Dominique CHAMPENOIS : Coordonnateur général des soins de l'hôpital BEAUJON

Philippe RUSZNIEWSKI : Président du Comité Consultatif Médical et Chef du service de Gastro-entérologie de l'hôpital BEAUJON

Michel VIDAUD : Responsable médical du pôle Biologie- Imagerie- Pathologies- Pharmacie (dit BIPP) de l'hôpital BEAUJON

Noël BENDERSKI : Médecin responsable du Département de l'information médicale (DIM) de l'hôpital BEAUJON

Pascale GERARD : Cadre paramédical du pôle Tête-Cou-Rachis de l'hôpital BEAUJON

Elisabeth DUFOUR : Cadre paramédical du pôle Biologie- Imagerie – Pathologies- Pharmacie de l'hôpital BEAUJON

Florence BOUDVILLAIN : Cadre de santé en missions transversales du pôle Tête-Cou-Rachis de l'hôpital BEAUJON

Simon MAISONNEUVE : Cadre administratif du pôle Biologie-Imagerie-Pathologies- Pharmacie de l'hôpital BEAUJON

Annexe 2 : Guides d'entretien

Guide d'entretien « directeurs »

1/ Pour vous, quel est le sens / la philosophie de la mise en place des pôles ? Qu'en attendez-vous ?

2/ En quoi cette réforme fait-elle évoluer les modes de management du directeur d'hôpital?

3/ Qu'est-ce que la mise en place des pôles a modifié dans votre relation avec le corps médical ?

4/ Quelles ont été les difficultés soulevées par cette réforme? Devez-vous faire face à une résistance au changement ou pensez vous que les acteurs se soient appropriés cette réforme ?

5/ Quelles sont les étapes qui restent à franchir pour pérenniser cette réforme ? Quels sont vos objectifs ? La méthode que vous suivrez ?

6 / Avez-vous des craintes quant à l'avenir des pôles ?

7/ Comment aidez-vous les Cadres administratifs de pôle à s'approprier leur mission ? Que font-ils aujourd'hui, quelle autonomie ont-ils ? Quel serait pour vous le CAP idéal ?

8/ Pensez-vous que les chefs de pôle aient les compétences adéquates pour assumer ce que la réglementation exige d'eux (suivi d'activité, gestion...) ?

9/ Quelle est la posture du directeur dans cette réforme ?

10/ Que pouvez-vous apporter aux pôles ? Encadrement, accompagnement, expertise, coopération ou autonomie, indépendance...etc?

11/ Quelles sont les conditions de réussite de la délégation de gestion ? Jusqu'où aller ?

12/ Le pôle, peut-il devenir un outil de gestion par la performance ?

13/ Quelles seraient les évolutions souhaitables dans l'organisation actuelle ?

Guide d'entretien « médecins » / « Chef de pôle »

1/ Quelles ont été les grandes étapes de la nouvelle gouvernance et de la mise en place des pôles à l'hôpital Beaujon (Conseil exécutif, pôles, nomination des chefs de pôle...)?

2/ Quelle logique a été retenue pour la constitution des pôles ?

3/ En quoi la mise en place des pôles, constitue-t-elle une révolution culturelle à l'hôpital ? (fin des services, responsabilisation du corps médical...)

4/ Quel est le sentiment du corps médical sur la mise en place des pôles ?

5/ Dans les faits, la mise en place des pôles a-t-elle induit des changements dans vos relations avec la direction (ex : les pôles contractualisent avec la direction) ? si oui, dans quel sens ?

6/ Quelles sont les difficultés actuelles et comment pensez-vous que l'établissement puisse les résoudre ?

7/ Qu'attendez-vous de cette réforme ?

8/ Qu'attendez-vous de la direction pour la suite du processus ?

9/ fonction de chef de pôle exige-t-elle des compétences autres que celles exigées par la fonction de chef de service ?

10/ Comment se sont organisées les relations entre chefs de service et chef de pôle ? Est-ce difficile à gérer quand on est passé du statut de chef de service à celui de chef de pôle ?

11/ Comment les décisions sont-elles prises au sein du trio de tête ? Existe-t-il un réel partenariat entre vous trois, ou chacun est-il cantonné à son domaine d'intervention ?

12/ Trouvez-vous ce trio performant ? A-t-il des difficultés de fonctionnement ? A terme, comment envisagez-vous le trio de tête idéal ? Comment faire pour que cela marche ?

13/ Voyez-vous des inconvénients à la délégation de gestion (formation, prime de service, suivi de l'activité) ?

14/ Avez-vous commencé à suivre l'activité du pôle et à utiliser des tableaux de bord ?

Guide d'entretien « cadre paramédical de pôle »

1/ Depuis quand êtes-vous « cadre supérieure de pôle » ?

2/ Pouvez-vous me définir, en termes de missions et de positionnement les fonctions de :

- cadre de proximité
- cadre supérieure de service
- cadre supérieure de pôle

3/ La fonction de cadre paramédical de pôle est nouvelle : quelle est son utilité et sa spécificité par rapport à la fonction de cadre supérieure de service ?

4/ Quel est votre positionnement par rapport à la direction des soins et aux cadres de proximité ? Quelles sont vos relations de travail ?

5/ Dans cette nouvelle configuration, quelle doivent être, selon vous, les missions de la direction des soins, qu'attendez-vous du directeur des soins ?

6/ Lorsque vous avez été nommée « cadre supérieure de pôle », une formation a-t-elle été organisée ? Auriez-vous souhaité davantage d'accompagnement dans la prise de cette nouvelle fonction ?

7/ Qu'attendez-vous de ce poste ? Quelles sont vos craintes à ce sujet ?

8/ Comment avez-vous été associée à la mise en place des pôles en amont de votre nomination ? Et en aval ?

11/ A terme, voyez-vous une difficulté potentielle prévisible concernant les pôles ?

12/ Depuis quand le trio de tête est-il officiellement constitué ?

13 / Quelle est la répartition des compétences entre vous-même, le Cadre administratif de pôle et le chef de pôle ?

14/ Trouvez-vous ce trio performant ? A-t-il des difficultés de fonctionnement ?

15/ Le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée vous semble-t-il adéquat ?

16/ Comment avez-vous informé vos équipes sur la mise en place des pôles ?

17/ Comment le personnel réagit-il à la mise en place des pôles ? A-t-il été un moteur ou plutôt un frein dans ce processus ?

18/ Quel est votre rôle dans l'accompagnement de ce changement auprès du personnel ? Comment les aider à s'approprier cette nouvelle organisation ? Comment la valoriser ?

Guide d'entretien « Cadre administratif de pôle »

1/ Depuis quand êtes-vous « cadre administratif de pôle » ?

2/ Quel a été votre parcours pour arriver jusqu'ici ?

3/ La fonction de cadre administratif de pôle est nouvelle : quelle est son utilité et sa spécificité par rapport à celle de directeur ? Le partage de compétences est-il clair ?

4/ Quel est votre positionnement par rapport à l'équipe de direction ? Quelles sont vos relations de travail avec elle ?

5/ A terme, quel type de partenariat aimeriez-vous développer ?

6/- Au sein du pôle, votre présence, est-elle bien acceptée ? Votre légitimité est-elle reconnue dans les services ?

7/- Lorsque vous avez pris votre poste, est-ce qu'une formation pour l'ensemble des CAP a été organisée ? Si oui, l'avez-vous suivie ? Si non, pensez-vous que cela manque ?

8/ Quelles sont vos relations avec les autres CAP ? Développez-vous des projets transversaux ?

10/ Qu'attendez-vous de ce poste ? Quelles sont vos craintes à ce sujet ?

11/ Comment les décisions sont-elles prises au sein du trio de tête ? Existe-t-il un réel partenariat entre vous ?

12/ Quelles relations entretenez-vous avec le cadre paramédical ?

13/ Avez – vous des réunions à trois régulièrement ?

14/ Comment avez-vous été associé à la mise en place des pôles ?

15/ Selon vous, quel est le sens de cette réforme ? Quel est son intérêt ?

16/ A terme, voyez-vous une difficulté potentielle prévisible à la mise en place des pôles ?

17/ Le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée vous semble-t-il adéquat ?

18/ Avez-vous commencé à suivre l'activité et à utiliser des tableaux de bord ?

Annexe 3 : Questionnaire distribué au personnel infirmier du pôle Tête – Cou- Rachis

Pôle Tête – Cou- Rachis

Questionnaire anonyme à remplir par le personnel infirmier et les aides-soignants

Les résultats de cette enquête sont destinés à argumenter un mémoire professionnel.
Une fois rempli, vous pouvez le remettre au cadre de votre service.

1- Avez-vous été informé sur les différentes étapes de la mise en place des pôles ?

Oui

Non

2- Si oui, comment ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses)

Au cours de réunions de service, par les cadres

Par le journal de l'hôpital

Par une diffusion internet interne à l'hôpital

Par des collègues

Autres

3- Avez-vous été associé de quelque manière que ce soit à la mise en place des pôles (participation à un groupe de réflexion, à un groupe de travail, à un projet transversal...) ?

Oui

Non

4- Si vous avez répondu « non » à la question précédente, auriez-vous aimé être davantage associé à la mise en place de cette réforme ?

Oui

Non

Vous pouvez commenter votre réponse :

5- La mise en place des pôles a-t-elle eu des répercussions sur vos conditions de travail ?

Oui

Non

6- Si oui, ces répercussions sont-elles positives ou négatives ?

Répercussions positives

Répercussions négatives

Vous pouvez développer si vous le souhaitez :

7- Connaissez-vous les noms de tous les services du pôle auquel vous êtes rattaché ?

Oui

Non

8- Depuis la mise en place des pôles, avez-vous le sentiment d'appartenir davantage à un pôle qu'à un service ?

Oui

Non

9 - Avez-vous déjà travaillé dans un autre service de ce pôle ?

Oui

Non

10- Si vous avez répondu « non » à la question précédente, le souhaiteriez – vous ?

Oui

Non

11- Aimeriez-vous acquérir les compétences nécessaires pour travailler occasionnellement dans les autres services du pôle ?

Oui

Non

12- Trouvez-vous la réforme de la mise en place des pôles satisfaisante pour le personnel soignant ?

Oui

Non

13- Pourquoi ?

14- Pensez-vous que cette réforme améliorera, à terme, le service rendu au patient ?

Oui

Non

Résultats de l'enquête

- 60% du personnel soignant ayant participé à l'enquête, affirment ne pas avoir été informés sur les différentes étapes de la mise en place des pôles.
Pour les 40% restant, l'information a circulé lors de réunions de services (60% des interrogés affirmant avoir été informés) ou via le journal interne à l'hôpital (40% des personnes)
- 100% des interrogés disent ne pas avoir été associés à la mise en place des pôles. 58% d'entre eux le déplorent.
- 72% des répondants estiment que cette réforme a des répercussions sur leurs conditions de travail.

- 12% n'ont ressenti aucun changement dans leur quotidien, mais ont des craintes pour l'avenir. 85% affirment que ces répercussions sont négatives.
- 100% des répondants connaissent le nom de tous les services présents dans le pôle. 79% d'entre eux ont le sentiment d'appartenir à un service plutôt qu'à leur pôle de rattachement.
- 56% des interrogés ont déjà travaillé dans un autre service que le leur. Parmi les 44% restants, seuls 30% aimeraient être mobiles.
- 86% des interrogés estiment que la mise en place des pôles n'est pas satisfaisante pour le personnel soignant :
- 80% des interrogés estiment qu'en l'absence de formations, la mise en place des pôles conduira à une diminution de la qualité des soins délivrés aux patients
- 66% des interrogés souhaiteraient acquérir les compétences nécessaires pour travailler occasionnellement dans les autres services du pôle