



**EHESP**

---

**Elève Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

---

**De la contractualisation à la délégation de  
gestion : mise en œuvre effective de la  
Charte Nouvelle Gouvernance  
au Centre Hospitalier  
de Périgueux**

---

**Youness IDRISSI**

---

## Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Patrick MEDEE, chef d'Etablissement, pour l'accueil chaleureux qu'il m'a offert et pour ses précieux conseils sur mon futur métier.

Ma plus vive reconnaissance va également à Monsieur Serge CROCHET, mon maître de stage, pour sa grande disponibilité tout au long de ma présence au Centre Hospitalier de Périgueux, et par la richesse de son expérience qu'il a partagée avec bonne humeur.

Je tiens également à remercier l'ensemble des médecins et professionnels de l'établissement, à la fois pour leur accueil lors du premier stage en milieu hospitalier et pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer dans la réalisation de mes dossiers et de ce mémoire.

Un grand merci à ceux qui m'ont supporté et soutenu dans mes moments de doute, notamment lors des repas au restaurant du personnel.

J'exprime, enfin, toute ma gratitude à l'équipe de Direction du Centre Hospitalier, qui, en m'accueillant parmi elle comme collègue, a contribué à la réussite de ce stage et de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>5</b>
<b>1 LA DELEGATION DE GESTION COMME OUTIL D'OPTIMISATION DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Les spécificités de l'organisation hospitalière</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 Les jeux de pouvoirs hospitaliers créent un système associant centralisation, polyarchie et cloisonnement. ....	7
1.1.2 L'hôpital comme bureaucratie professionnelle .....	11
A) Mintzberg et la configuration structurelle .....	11
B) L'Hôpital, type d'organisation spécifique : la bureaucratie professionnelle.	13
1.1.3 Cinquante ans de réformes n'ont pu résoudre les difficultés de l'institution hospitalière induites par ce mode de fonctionnement .....	15
<b>1.2 La Nouvelle Gouvernance, ou comment moderniser l'organisation de l'Hôpital</b> .....	<b>19</b>
1.2.1 Objectifs et enjeux de la réforme .....	19
A) Le point de départ .....	19
B) Outils et conséquences espérées .....	21
1.2.2 Le rôle de la délégation de gestion dans ce dispositif .....	25
A) Les enjeux de la délégation de gestion .....	25
B) Le cadre formel de la délégation .....	26

## **2 LA DEMARCHE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX ....29**

### **2.1 La contractualisation comme priorité d'établissement ..... 29**

2.1.1 L'anticipation et l'intégration de ce processus au Centre Hospitalier de Périgueux.....	29
A) Contractualiser pour responsabiliser.....	29
B) Le Centre Hospitalier de Périgueux, établissement expérimentateur de la Nouvelle Gouvernance .....	31
C) Le contenu des contrats .....	34
D) Dynamiser la gestion de proximité en s'appuyant sur l'intéressement .....	35
2.1.2 Un mode d'organisation objectivé dans la Charte Nouvelle Gouvernance .	37
A) Le pôle comme échelon pertinent de prise de décision .....	37
B) Définir les modalités de l'intéressement.....	38
C) Etablir le champ de la délégation .....	39
D) Préserver la cohérence d'une logique institutionnelle .....	40

### **2.2 Faire évoluer les mentalités pour mieux affirmer la délégation sur le terrain. .... 43**

2.2.1 Les acteurs peinent à réaliser toutes les délégations permises par la Charte Nouvelle Gouvernance. ....	43
A) En pratique, la délégation reste peu effective. ....	43
B) Des blocages à dépasser .....	44
C) La résistance au changement.....	46
2.2.2 S'approprier et pérenniser la délégation de gestion. ....	49
A) Insister sur la pédagogie. ....	49
B) Donner au pôle les moyens d'être considéré comme outil de performance	50
C) Relancer la dynamique interne .....	52

## **CONCLUSION .....55**

## **BIBLIOGRAPHIE .....57**

## **LISTE DES ANNEXES ..... I**

Annexe 1 : Composition des pôles du Centre Hospitalier de Périgueux .....	3
Annexe 2 : Grille d'entretien. ....	7
Annexe 3 : Liste des entretiens .....	10
Annexe 4 : Contrat-type de pôle du Centre Hospitalier de Périgueux.....	12

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- CA** : Conseil d'Administration
- CAPL** : Commission Administrative Paritaire Locale
- CE** : Conseil Exécutif
- CHSCT** : Commission de l'Hygiène, de la Sécurité et des Conditions de Travail
- CH** : Centre Hospitalier
- CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- CREA** : Compte de Résultat Analytique
- CSP** : Code de la Santé Publique
- CSIMTR** : Commission des Soins Infirmiers, Médico-techniques et de Rééducation
- CTE** : Comité Technique d'Etablissement
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DIM** : Département de l'Information Médicale
- EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- EPS** : Etablissement Public de Santé
- JORF** : Journal Officiel de la République Française
- MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique
- MEAH** : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
- MT2A** : Mission Tarification à l'Activité
- PCME** : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- PH** : Praticien Hospitalier
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- HPST** : Hôpital, Patient, Santé et Territoires
- RAP** : Règlement d'Administration Publique
- SPH** : Service Public Hospitalier
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- T2A** : Tarification à l'Activité

**TCCM** : Tableau Coût Case Mix

## Introduction

*« Un État qui n'a pas les moyens de se réformer  
n'a pas les moyens de se maintenir. »<sup>1</sup>*

*Edmund BURKE*

*(1729-1797)*

Nombre de rapports, livres blancs ou simples organes de presse ont titré sur le « désenchantement », le « malaise » ou encore la « crise » de l'Hôpital public français, qui est pourtant la cheville ouvrière d'un des meilleurs systèmes de soins au monde.

Ainsi, un rapport parlementaire pouvait s'étonner et s'interroger en 2003 :

*« Jamais une organisation n'a aussi peu favorisé les adaptations, la réactivité, disons même... l'intelligence, et pourtant les compétences, les initiatives, les dévouements foisonnent, inventent, surmontent les obstacles et les difficultés pour que, tant bien que mal, les missions soient accomplies. Le sens du service public dont ont fait preuve la plupart des hospitaliers a retardé ou compensé les effets de la crise d'organisation et de pilotage ; mais il ne l'a pas réglée.*

*Oui, l'hôpital marche... mais pour combien de temps encore ?*

*(...) La crise de l'hôpital, généralement attribuée au manque de moyens, est due aussi aux défauts de l'organisation interne de l'hôpital et du système hospitalier dans son ensemble. Une meilleure organisation optimiserait les ressources disponibles et motiverait les personnels hospitaliers».<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Réflexions sur la Révolution de France, Paris, Hachette, 2004, 834 p.

<sup>2</sup> Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur l'organisation interne de l'hôpital. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003. Rapporteur : M. René COUANAU, Député. p.8

Depuis son apparition, l'hôpital moderne est à la recherche de l'efficacité ou du moins d'une organisation optimale. Commissions et réformes se succèdent pour tenter d'analyser et de corriger les dysfonctionnements d'un monde à part entière représentant plus d'un millier de structures, près d'un million de professionnels et une masse financière de 65 milliards d'euros.

A l'heure actuelle, les pouvoirs publics continuent à développer une vive réflexion, alimentée par les rapports des Commissions Larcher et Vallancien et des bouleversements sont à venir dans le contexte de la future loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » (HPST).

La réforme dite de la Nouvelle Gouvernance, lancée par le plan couramment dénommé « Hôpital 2007 », constitue la dernière tentative en date pour améliorer l'organisation des établissements de santé.

La Nouvelle Gouvernance repose principalement sur l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, parue au Journal Officiel de la République Française (JORF) du 3 mai 2005 et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 (JORF du 6 septembre) qui la modifie et la complète, toutes deux prises en vertu de l'habilitation prévue à l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004.

Les trois autres volets du plan Hôpital 2007 concernent :

- la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003) ;
- la réforme du financement des établissements, mettant notamment en place la Tarification à l'Activité (T2A) ;
- la relance de l'investissement hospitalier.

Les axes essentiels de la Nouvelle Gouvernance visent à impliquer le corps médical dans la gestion des établissements par la rénovation des instances, en redistribuant les compétences au profit d'un Conseil Exécutif (CE) nouvellement créé ; la réorganisation en pôles d'activité pour mieux mutualiser les moyens ; la contractualisation interne dans le but d'accroître la responsabilisation des acteurs.

C'est ce dernier point qui justifie le développement de la délégation de gestion. Celle-ci consiste à donner au responsable de pôle des marges de

manœuvre dans les actes de gestion courante en lui déléguant la capacité de décider dans des domaines relevant de l'autorité du chef d'Etablissement.

Cette démarche, qui doit rapprocher les décisions de ceux pour lesquelles elles sont prises - patients aussi bien que personnels – vise à assurer une meilleure adéquation des moyens et des besoins. Elle s'apparente au processus de déconcentration des services de l'Etat, selon le principe exprimé par le décret du 28 mars 1852 : « *On peut gouverner de loin mais on n'administre bien que de près* ». A l'Hôpital, on administre de loin, mais il faut gérer de près.

La démarche de contractualisation avec les services cliniques a été lancée au Centre Hospitalier de Périgueux dès l'année 2004. Si les pôles d'activité n'ont été définis qu'au premier trimestre 2007, la volonté de faire participer et de responsabiliser les équipes, notamment médicales, préexistait aux directives nationales puisque le Centre Hospitalier de Périgueux était site expérimentateur.

La délégation de gestion aux pôles a donc été théorisée, ses principes débattus puis arrêtés. Cette approche s'est accompagnée d'un effort porté sur le contrôle de gestion et le développement de la comptabilité analytique, avec le soutien de la Mission Nationale d' Expertise et d' Audit Hospitalier (MEAH).

Le Centre Hospitalier de Périgueux est donc bien avancé sur cette problématique. Cependant, beaucoup reste à faire pour finaliser et surtout ancrer dans les mentalités ce nouveau mode de fonctionnement.

Il s'agira d'analyser pourquoi la délégation de gestion est un outil au service d'une organisation hospitalière moins éclatée (I), avant de se pencher sur l'appropriation par les acteurs de cette réorganisation et sa mise en musique au sein du Centre Hospitalier de Périgueux (II).

## Méthodologie

La méthodologie d'élaboration de ce mémoire s'est articulée en trois phases.

La première étape a consisté en une revue de la littérature existant sur le sujet et sur l'hôpital tel que l'envisage la théorie des organisations. Ce travail de recherche documentaire m'a conduit à m'appuyer sur les données et analyses de nombreux ouvrages et sites internet, détaillés en bibliographie.

J'ai, dans un second temps, étudié les documents institutionnels du Centre Hospitalier de Périgueux. Notamment le document fondateur qui sert de base à l'application de la réforme au sein de la structure, la Charte Nouvelle Gouvernance, ainsi que les contrats de délégation<sup>3</sup> et les documents supports du chantier « anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière » de la MEAH.

Dans un dernier temps, après ce travail de recherche, j'ai rencontré 26 professionnels du Centre Hospitalier au cours de 18 entretiens d'une heure chacun : Médecins, Directeurs, encadrement soignant, représentants du personnel et agents membres de Conseils de pôle<sup>4</sup>.

Ces entretiens s'appuyaient sur une grille d'entretien<sup>5</sup> établie au préalable.

Ces rencontres avec chacun des intervenants de la délégation de gestion aux pôles m'ont permis d'avoir une vision globale de son fonctionnement au sein de l'institution, de cerner les difficultés rencontrées et de comprendre les axes d'amélioration qui leur semblaient indispensables à l'efficacité du système.

---

<sup>3</sup> Un contrat-type du Centre Hospitalier de Périgueux constitue l'annexe 4 de ce mémoire.

<sup>4</sup> La liste des personnes interrogées figure en annexe 2.

<sup>5</sup> La grille d'entretien est présentée en annexe 3.

# **1 La délégation de gestion comme outil d'optimisation de l'organisation hospitalière**

Les modes de (dys)fonctionnement des Etablissements Publics de Santé (EPS) font de l'hôpital une organisation typique des bureaucraties professionnelles. C'est pour remédier aux critiques récurrentes faites à ce système que, suite à de nombreuses réformes, la Nouvelle Gouvernance, comportant un important volet de contractualisation et de délégation de gestion, a été mise en œuvre.

## **1.1 Les spécificités de l'organisation hospitalière**

L'analyse de la répartition des pouvoirs au sein des établissements de santé conduit à les considérer comme des bureaucraties professionnelles, dont les lourdeurs ont été peu amendées par les nombreuses réformes engagées.

### **1.1.1 Les jeux de pouvoirs hospitaliers créent un système associant centralisation, polyarchie et cloisonnement.**

M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, affirme : *«les hôpitaux ne peuvent avoir qu'un seul patron»*<sup>6</sup>. Il s'agit bien évidemment, selon lui, du chef d'établissement, suivant l'adage « Qui est responsable décide ; qui décide est responsable ».

Le mode d'organisation de l'hôpital découle d'une conception classique du service public, de type pyramidal. De manière révélatrice, la dénomination des fonctions faisait plus appel à un vocabulaire hiérarchique de type militaire (surveillants, chefs, agents de première ou de deuxième classe) qu'à des termes issus de la gestion des organisations.

---

<sup>6</sup> Discours du Président de la République prononcé à Bordeaux le 16 octobre 2007

L'hôpital est géré par un directeur nommé par le ministre chargé de la Santé. Une de ses missions consiste à faire appliquer la politique de l'Etat en matière de santé, sous le contrôle d'un organisme de tutelle, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Depuis la création de cette fonction en 1941, le pouvoir du directeur a constamment été renforcé au détriment du champ de compétences du Conseil d'Administration (CA). Néanmoins, les processus de décision sont multiples, complexes et peuvent de ce fait être à l'origine de dysfonctionnements. Sur le terrain, le pouvoir de décision est dispersé entre plusieurs acteurs dont les intérêts ne convergent pas nécessairement.

Les conseils d'administration des hôpitaux publics sont présidés depuis plus de deux siècles par le maire de la Commune, ou le président du Conseil Général s'il s'agit d'établissements psychiatriques. De ce fait, certaines des décisions du Conseil d'Administration de l'hôpital peuvent être influencées par leurs éventuelles répercussions sur l'économie locale, notamment en matière d'emplois, ou de choix d'investissements.

La décision stratégique prise par le Conseil d'Administration est ainsi, de fait, sous la double contrainte de la politique de l'Etat, déclinée localement par le contrat d'objectifs et de moyens, et de la politique des collectivités locales environnantes, tant en matière sanitaire que médico-sociale ou tout simplement économique.

La décision organisationnelle revient, en théorie, au directeur. Celui-ci assure certes la gestion et la conduite générale de l'établissement, mais son action est soumise à une triple contrainte.

Premièrement, il n'intervient pas dans l'organisation des soins médicaux et paramédicaux, domaine réservé des médecins et des soignants. Les médecins élisent en leur sein le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME), qui est l'interlocuteur privilégié du directeur de l'hôpital. La Commission Médicale d'Etablissement (CME) n'exerce pas sur ses confrères de responsabilités hiérarchiques, puisque c'est le ministre chargé de la Santé qui nomme également les médecins chefs de service. Le président de la CME

éprouve souvent des difficultés à faire émerger une position commune parmi les nombreux membres qui composent cette instance et reproduisent les clivages existant au sein de la communauté médicale de l'établissement.

Deuxièmement, le directeur d'hôpital n'est parfois qu'une simple courroie de transmission de décisions et réglementations produites par l'Administration Centrale, prises quelquefois sans concertation avec les responsables hospitaliers, alors qu'elles ont une incidence forte en matière de gestion, notamment de ressources humaines.

Troisièmement, le chef d'établissement est soumis à de nombreux contre-pouvoirs. Comme tout ordonnateur de dépense publique depuis 1822, le directeur d'hôpital relève, pour les paiements et les recettes, du contrôle d'un comptable du Trésor, fonctionnaire rattaché au ministère des Finances. De même, depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991, le directeur de l'hôpital ne peut affecter du personnel dans les services de soins sans un avis conforme du directeur des soins infirmiers qu'il a lui-même engagé. Ainsi, fait rarissime, cela se traduit par une inversion de la hiérarchie dans laquelle un subordonné peut interdire une décision à son supérieur hiérarchique.

Par ailleurs, le fonctionnement de l'hôpital public est soumis à celui de vingt-trois instances décisionnelles, consultatives ou de concertation différentes : Conseil d'Administration, Conseil Exécutif, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement (CTE), Commission des Soins Infirmiers, Médico-techniques et de Rééducation (CSIMTR), Commission de l'Hygiène, de la Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), etc...

A regarder la situation de plus près, on s'aperçoit que l'hôpital, tel un archipel, se compose de plusieurs îlots : le pouvoir politique, le pouvoir directorial, le pouvoir médical, le pouvoir soignant, le pouvoir syndical. Aucun ne dispose du pouvoir de faire seul. En revanche, chacun d'entre eux a les moyens d'empêcher pour les trois premiers, ou du moins de considérablement ralentir pour les deux autres.

L'ensemble des études sociologiques fait ressortir une nette séparation entre le monde administratif, garant de l'équilibre budgétaire, du respect des contraintes réglementaires et de la cohérence institutionnelle mais éloigné de la prise en charge du patient d'une part, et d'autre part un monde médical et soignant étranger aux préoccupations financières et replié sur des territoires, mais disposant de la puissance symbolique de l'acte de guérison.

Chacune de ces deux légitimités (gestionnaire et managériale d'un côté, technique et symbolique de l'autre) dispose d'informations propres. La prise de décision nécessite donc une coopération entre les deux, qui ne va pas nécessairement de soi.

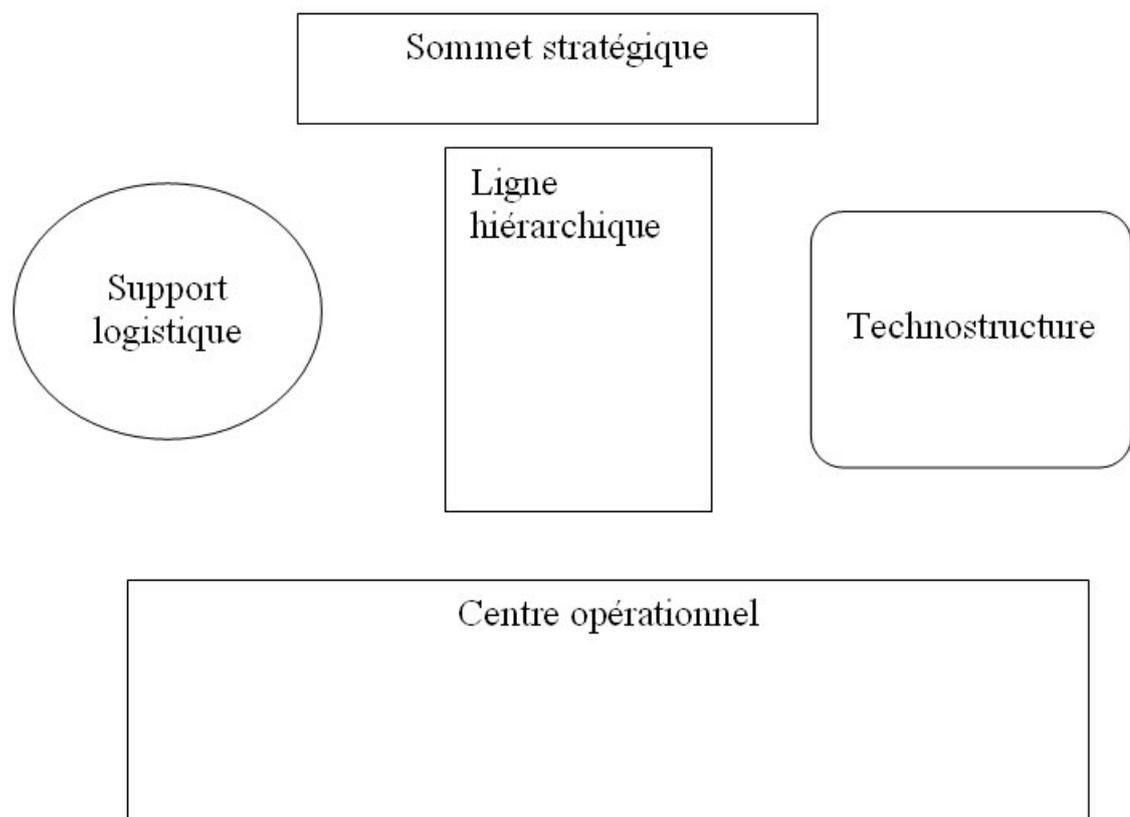
Ce mode de fonctionnement mêlant centralisation et éclatement du pouvoir de décision fait de l'Hôpital une structure typique de la bureaucratie professionnelle, telle que la définit la Théorie des organisations.

### 1.1.2 L'hôpital comme bureaucratie professionnelle

#### A) Mintzberg et la configuration structurelle

Si Henry Mintzberg est considéré comme le principal représentant de l'école de la contingence, courant de la sociologie des organisations, il est surtout à l'origine d'une typologie des organisations qui fait référence.

Pour lui, toute organisation se décompose en cinq éléments dont l'articulation, l'importance et les rapports de pouvoir caractérisent le type, et même l'idéal-type, auquel appartient cette organisation : centre opérationnel, sommet stratégique, ligne hiérarchique, technostucture et support logistique.



### **Le sommet stratégique**

Il doit s'assurer que l'entreprise remplit sa mission. Il sert les besoins de ceux qui la contrôlent, développe la stratégie, alloue des ressources, traite des perturbations, contrôle, anime, entretient les relations avec l'environnement. Dans l'organisation sur laquelle se base la réflexion de Mintzberg, c'est-à-dire une entreprise, il s'agit du Conseil d'administration ou encore du Président Directeur Général.

### **La ligne hiérarchique**

Elle est constituée des cadres qui ont une autorité sur les opérateurs et sont sous l'autorité du sommet stratégique. Ceux-ci collectent, transmettent des informations, traitent des problèmes au sein d'unités, coordonnent leurs activités avec celle des autres unités. Dans l'organisation d'une entreprise, ce peuvent être par exemple les directeurs d'usines, ou les responsables régionaux des ventes.

### **Le centre opérationnel**

Il regroupe les opérateurs dont le travail est lié à la production de biens et services : vendeurs, assembleurs, etc...

### **Le support logistique**

Ce sont des personnels ayant des tâches fonctionnelles, aidant les acteurs à réaliser leurs missions de base. Le but du support logistique est à la fois de permettre l'exécution des objectifs de l'organisation et de réduire l'incertitude : conseils juridiques, recherche-développement, acheteurs, etc...

### **La technostructure**

Elle existe pour permettre la standardisation des procédés de travail grâce aux spécialistes des méthodes, en préparant la planification et en contrôlant, les qualifications par le recrutement et la formation.

B) L'Hôpital, type d'organisation spécifique : la bureaucratie professionnelle.

D'après Mintzberg, on entend par bureaucratie professionnelle une organisation dotée d'une ligne hiérarchique limitée, d'un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs pour défendre ses options et d'une base opérationnelle pour tout ou partie dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de se dispenser de toute formalisation. En effet, grâce à leur haut niveau de compétence, les professionnels possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail.

L'hôpital, caractérisé par une césure nette entre non professionnels et professionnels et par un mode de fonctionnement où ces derniers tiennent une part éminente, est unanimement considéré comme l'un des exemples types de bureaucratie professionnelle. L'hôpital est donc un lieu où la détermination de l'appartenance est clairement définie et clairement exprimée. En particulier, le discours des professionnels, ou assimilés professionnels, s'oppose à celui des non professionnels quant aux impératifs et aux contraintes des établissements de santé. Le discours dominant est celui d'une dénonciation d'une bureaucratisation croissante des hôpitaux, du poids sans cesse plus important et plus étouffant de leur administration qui méconnaîtrait les véritables enjeux du soin.

L'affrontement se cristallisera le plus souvent sur l'organisation du travail, l'alourdissement de la charge et de l'intensité du travail étant expliqué par l'insuffisance des effectifs. Encore faut-il préciser qu'il s'agit là du personnel de soin : la plainte concernant le manque d'agents dans les services cliniques s'accompagne souvent de la dénonciation d'effectifs pléthoriques dans les autres secteurs des établissements de santé, en particulier au sein de leurs services administratifs.

La structure hospitalière se caractérise par une configuration particulière des cinq éléments de l'organisation. On peut ainsi souligner plusieurs paramètres tout à fait prégnants.

1. Un sommet stratégique handicapé par la triarchie Conseil d'Administration, Directeur, Commission Médicale d'Etablissement qui tend à limiter les prises de positions tranchées ou génératrices de conflits. La composition des CA où, nous l'avons vu, les acteurs qui y siègent défendent des intérêts autres que ceux de la structure, est bien entendu en cause. L'absence de pouvoir hiérarchique du Directeur sur l'ensemble des personnels, en particulier les Praticiens Hospitaliers (PH) y contribue fortement, ainsi que la puissance et l'impuissance combinées de la CME, qui en tant que collège des praticiens pèse fortement et légitimement sur les décisions, mais ne peut s'imposer à la corporation qu'elle représente.
2. Des lignes hiérarchiques brisées : entre Direction et médecins, entre soignants et non-soignants, mais aussi entre chefs de service et confrères.
3. La primauté du centre opérationnel : compte tenu de sa légitimité technique et professionnelle, le centre opérationnel ou plutôt les centres opérationnels d'un Centre Hospitalier, que l'on peut nommer services, unités médicales ou encore unités fonctionnelles, détiennent une large part du pouvoir.
4. La légèreté de la technostructure : du fait de l'emploi de professions réglementées la standardisation des procédés de travail et la production de normes se fait principalement au niveau national, s'imposant ainsi à la structure hospitalière.
5. L'importance du support logistique : corps administratifs et techniques encadrés par l'équipe de Direction, à l'autorité de laquelle échappe en réalité, comme nous l'avons dit, la plus grande part du personnel.

### **1.1.3 Cinquante ans de réformes n'ont pu résoudre les difficultés de l'institution hospitalière induites par ce mode de fonctionnement**

La loi du 21 décembre 1941, complétée par le Règlement d'Administration Publique (RAP) du 17 avril 1943, jette les bases de l'organisation interne de l'hôpital, mais ce sont les ordonnances du 30 décembre 1958, créant le statut de praticien à temps plein et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui signe l'acte de naissance de l'hôpital public moderne et permet l'essor de la médecine hospitalière française.

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 introduit les notions de Service Public Hospitalier (SPH) et de planification sanitaire, consacrant l'hospitalocentrisme du système français.

Cherchant à contenir les dépenses hospitalières toujours plus élevées, le décret du 11 août 1983 fixe le principe du financement par la dotation globale, avec les effets pervers que nous lui connaissons : transfert des tensions budgétaires du niveau national au niveau des établissements, rentes de situations, réduction des investissements débouchant sur la vétusté croissante des installations, prime à l'inactivité. Au moment même de sa mise en place, le développement du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) prélude à son remplacement.

La loi n° 91-748 du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière vise à accroître l'autonomie des établissements et à encourager le dialogue social au sein des établissements.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée des agences régionales de l'hospitalisation, affirme les droits des patients et met en place la procédure d'accréditation. Les agences régionales commencent à mettre en place les restructurations indispensables de l'offre hospitalière, et la conclusion de protocoles salariaux revalorise de manière très significative les rémunérations. Entre 1978 et 1994, le nombre de Praticiens Hospitaliers a doublé.

Enfin, la loi n° 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé parachève l'édifice normatif en formalisant les droits des patients et en créant l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En vingt ans, l'hôpital public a donc connu dans les textes et dans la pratique des évolutions profondes qui ont fortement sollicité les capacités d'adaptation de ses dirigeants et de ses personnels. Le décalage frappant avec le sentiment d'immobilisme exprimé par les mêmes personnels est simple : ces multiples réformes n'ont su véritablement amender l'organisation même du « *mammoth* »<sup>7</sup> hospitalier.

A la veille de la réforme de la Nouvelle Gouvernance, les points de blocage de l'organisation-type de l'hôpital sont connus et les transformations indispensables sont soulignées.

- **L'absence de circulation de l'information** : le grand nombre d'instances, conçues pour y pallier et favoriser la concertation, ne font qu'alourdir et opacifier le système.
- L'existence de **lignes hiérarchiques parallèles**,
- Un sentiment d'**hypertrophie bureaucratique**,
- **Le cloisonnement**. La division en services trop petits a pour inconvénient de multiplier les centres de décisions. A l'intérieur de l'hôpital, elle favorise plus la concurrence que la complémentarité. De plus, elle empêche la synthèse de grandes orientations, la création d'économies d'échelles (via la mutualisation des lits et des plateaux techniques) et les coopérations internes et externes à l'établissement.

---

<sup>7</sup> Le 24 juin 1997, Claude Allègre, Ministre de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie du gouvernement de Lionel Jospin, prononce la phrase : « il faut dégraisser le mammoth » à propos de la réforme de l'institution scolaire.

Le diagnostic est clair : l'hôpital a besoin de réorganiser sa ligne décisionnelle, d'associer les équipes médicales et l'encadrement soignant au management de la structure, d'élargir la base des unités médicales, de déconcentrer les responsabilités et de raccourcir ses circuits pour rapprocher les décisions du terrain.

Enfin, cette organisation générant structurellement des tensions, la résolution des problèmes s'accomplissait la plupart du temps par un accroissement des moyens, que le budget global rendait de plus en plus problématique. Cette situation justifiait une réforme du financement des établissements de santé complémentaire de la réorganisation de leur structure de décision. Tels étaient les principaux buts de la Nouvelle Gouvernance couplée à la mise en place de la Tarification à l'Activité.

## **1.2 La Nouvelle Gouvernance, ou comment moderniser l'organisation de l'Hôpital**

Au seuil des années 2000, les problématiques de fond qui affaiblissent l'hôpital sont donc cernées. Compte tenu de l'état des finances publiques, en particulier des comptes sociaux, rationaliser l'organisation et le financement, non seulement des établissements hospitaliers publics, mais de l'ensemble de la carte sanitaire française, est devenu une priorité gouvernementale. Cette nécessité de réorganiser l'hôpital s'incarnera dans un plan, dit « Hôpital 2007 »<sup>8</sup>.

### **1.2.1 Objectifs et enjeux de la réforme**

#### A) Le point de départ

« Hôpital 2007 » a été conçu autour de quatre volets complémentaires devant permettre la rénovation de l'institution hospitalière dans le dessein d'améliorer la qualité et dans le même temps de maîtriser les dépenses de santé :

- le renforcement du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) comme outil de régulation et de planification sanitaire, avec annexes opposables.
- l'intensification de la procédure de certification afin de renforcer l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.
- le renversement du mode de financement des établissements de santé par la mise en place d'un mode de financement unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés en fondant l'allocation de ressources sur la nature et le volume de leur activité.

---

<sup>8</sup> Présenté par le Ministre chargé de la Santé, Monsieur Jean-François MATTEI dans son discours du 20 novembre 2002.

- la tentative d'améliorer l'efficacité de l'organisation interne des Etablissements Publics de Santé par la Nouvelle Gouvernance. L'ambition de la réforme de la gouvernance est notamment d'associer les praticiens à la définition des orientations stratégiques au sein du conseil exécutif, et de déconcentrer la gestion au niveau des pôles d'activité.

Les pouvoirs publics ont illustré ces axes forts dans un schéma, aujourd'hui bien connu des acteurs de la santé publique, surnommé la « marguerite ».



## B) Outils et conséquences espérées

L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, complétée et modifiée par l'ordonnance 2005-1112 du 1er septembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, a permis de concrétiser la somme de réflexions menées.

L'objectif est d'opérer une véritable révolution organisationnelle.

*« Par des modes renouvelés de concertation et de négociation, [la Nouvelle Gouvernance] permet de mobiliser et d'impliquer l'ensemble des personnels, médicaux, soignants, administratifs, techniques et ouvriers, de croiser les connaissances et les savoir-faire, de reconnaître et valoriser les atouts de la pluridisciplinarité et d'enrichir par là même le dialogue et la réflexion internes. Elle favorise ainsi le décloisonnement et le développement d'une culture collective.*

*En créant les conditions du dialogue préalable aux prises de décisions, en favorisant les délégations de gestion au plus près des professionnels hospitaliers, elle responsabilise l'ensemble des acteurs.*

*La réforme de la gouvernance promeut ainsi une démarche globale de management des établissements de santé, dont les effets attendus sont une meilleure lisibilité, une meilleure rationalisation et une optimisation de la gestion médicale et administrative. Elle n'a de sens que si elle aboutit à un renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, à une prise en charge plus efficiente des personnes hospitalisées et à une amélioration du service rendu à l'usager. »<sup>9</sup>*

---

<sup>9</sup> Interview d'Annick Van Herzele, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé.

<http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/interview-d-annick-van-herzele/>

La restructuration en pôles d'activité rappelle les centres de responsabilité, structures regroupant des services cliniques sur la base du volontariat<sup>10</sup>. Pour ne pas subir le même sort que les centres de responsabilités ou que les fédérations de services<sup>11</sup>, le principal atout des pôles, outre leur caractère obligatoire, repose sur un levier puissant, la T2A, qui doit ajouter une dynamique interne à la pression règlementaire.

**Avant la T2A** : les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente (dans la pratique, les moyens étaient donc déconnectés de l'évolution de l'activité). L'autorisation de dépenses conditionne les recettes attendues, qui encadrent les moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activité, ce niveau n'ayant aucune influence sur l'autorisation de dépenses de l'année suivante.

**Avec la T2A** : les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes. Le niveau d'activités génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes...

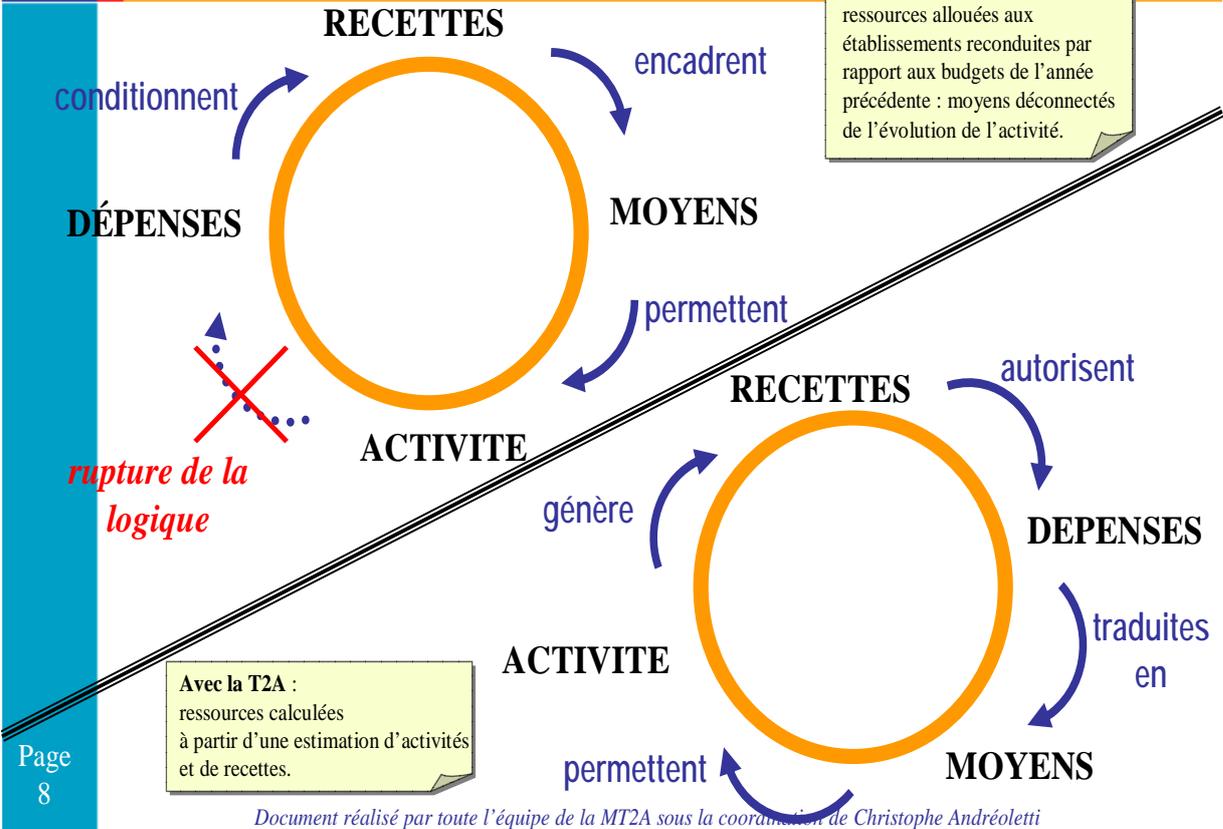
Ce principe est clairement illustré par le schéma suivant, produit par la Mission Tarification à l'Activité (MT2A).

---

<sup>10</sup> C'est le fameux « amendement liberté » laissant aux établissements le libre choix de leur organisation interne.

<sup>11</sup> Rendues possibles par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

# LES PRINCIPES DE BASE DE LA REFORME (2)



(Document pédagogique du Ministère de la santé<sup>12</sup>)

L'objectif premier est sans conteste de mettre fin à la « prime à l'inactivité » induite par le budget global. En effet, en pratique, en déconnectant totalement les ressources et l'activité, ce mode de financement incitait les équipes à modérer leur activité, et donc les dépenses variables. Tout projet, toute demande, quelle que soit sa pertinence ou sa cohérence représentait donc potentiellement une charge pour la structure.

Ce retournement de la logique de financement, passant d'une logique budgétaire à une logique économique, doit tendre à remobiliser le monde médical, mais aussi lui permettre de mener une véritable réflexion sur les

<sup>12</sup>[http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/t2a/pedagogie/documents/present\\_t2a\\_mai\\_2007.ppt](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/t2a/pedagogie/documents/present_t2a_mai_2007.ppt) . Diapositive 8.

dépenses et les recettes des pôles. A minima, les pouvoirs publics en espèrent une amélioration du recensement de l'activité des services cliniques.

Dans ce cadre rénové, la délégation de gestion joue un rôle non négligeable pour sensibiliser le monde médical et soignant à la dimension économique de leur pratique et aux préoccupations des établissements.

## 1.2.2 Le rôle de la délégation de gestion dans ce dispositif

### A) Les enjeux de la délégation de gestion

La nécessité de rapprocher la gestion des unités opérationnelles est au centre de nombre dispositifs de réforme de l'Etat.

Concernant l'hôpital, elle était déjà l'objet du décret n°83-744 du 11 avril 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

L'article L 6145-16 du Code de la Santé Publique (CSP) relatif aux centres de responsabilité, issu de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, l'affirmait également : « *Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne. Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur* » de l'Etablissement Public de Santé (EPS). Mais cette opportunité offerte aux établissements, tout comme la possibilité de se regrouper en unités plus importantes que les services, est restée lettre morte, butant sur la résistance au changement et l'absence d'incitation à adopter ce nouveau mode de pensée.

En rendant la contractualisation obligatoire, en l'appuyant sur des pôles permettant de mutualiser et rationaliser les ressources, en la liant à une incitation à s'intéresser à son activité, les pouvoirs publics se sont donné les moyens de rendre la délégation de compétences enfin opérationnelle.

La délégation de gestion a pour but de déconcentrer la gestion hospitalière en application du principe de « subsidiarité », c'est-à-dire des décisions prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent pour assurer une meilleure adéquation des moyens et des besoins.

Elle permet de désengorger le sommet hiérarchique pour le recentrer sur ses missions stratégiques dans des structures hospitalières de grande taille, aux nombreux acteurs obéissant à des logiques différentes.

En supprimant des strates intermédiaires, elle doit réduire les délais et les coûts de gestion.

Cette délégation doit ouvrir une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière.

Le développement de la contractualisation interne est une nécessité pour la modernisation des établissements publics de santé et la mise en œuvre d'une méthode de gestion de qualité et participative en associant les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital et déconcentrant le plus possible les procédures internes.

Décliner, pour chaque unité clinique, les objectifs de qualité de soins ainsi que les engagements des suivis d'activité dans des contrats de délégation devrait permettre une meilleure utilisation des moyens humains, matériels et financiers. De plus, la fixation d'objectifs contractuels doit susciter la prise de responsabilité de chaque acteur, ainsi qu'un véritable dialogue entre la Direction et les équipes médicales et paramédicales.

## B) Le cadre formel de la délégation

La délégation de gestion induit une délégation de compétence. Les textes législatifs et réglementaires français définissent deux types de délégation : la délégation de pouvoir, qui est accordée au délégataire selon ses fonctions (délégation impersonnelle), réalise un transfert de pouvoir à une autorité inférieure et dessaisit l'autorité délégante. Elle diffère de la délégation de signature, accordée personnellement, qui transfère seulement une signature à une personne qui devient son fondé de pouvoir.

En ce qui concerne les EPS, la législation n'autorise pas de délégations de pouvoir.

Les délégations de gestion ne peuvent porter que sur des matières qui relèvent des pouvoirs propres du directeur et n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle.

Elles prennent ou non la forme de délégation de signature. Dans le premier cas, le directeur peut déléguer ses compétences aux responsables de pôle sur des matières entrant dans la compétence de ces pôles (recrutement de personnel de remplacement, changement d'affectation des agents au sein du pôle...) hors décisions nécessitant consultation d'une instance d'établissement, décisions relatives à la politique générale des ressources humaines (recrutement d'agents permanents, organisation du travail, affectations d'agents inter-pôles) et les décisions relatives aux marchés publics.

Une délégation de gestion revêtant la forme d'une délégation de signature doit être autorisée par un texte réglementaire, doit être accordée par décision explicite et expresse indiquant l'identité du délégataire et l'étendue de la délégation, doit faire l'objet de mesures de publicité (notification, affichage, communication au CA, transmission au comptable) et doit être partielle, le délégant ne pouvant déléguer qu'une partie de ses compétences.

Toute délégation de signature peut être retirée à tout moment.

En l'absence de délégation de signature formalisée et publiée, la réglementation ne précise pas la portée ou le contenu de la délégation, le directeur attribuant les délégations convenant à la réalisation des objectifs du contrat et s'engageant à respecter les demandes des pôles dans la limite des enveloppes définies.

Un simple contrat avec le pôle est donc suffisant pour revêtir la forme d'une délégation de gestion, sans passer par le formalisme d'une délégation de signature. C'est la voie choisie par le Centre Hospitalier de Périgueux lorsqu'il s'est engagé dans une logique de contractualisation et de délégation.



## **2 La démarche du Centre Hospitalier de Périgueux**

Le tournant de la contractualisation et de la délégation aux pôles a été pris précocement par le Centre Hospitalier de Périgueux, qui en a fait un axe fort de sa politique, tout en ayant conscience de la nécessité de dépasser les réticences au changement organisationnel.

### **2.1 La contractualisation comme priorité d'établissement**

En s'engageant de façon anticipée dans la contractualisation et la délégation, le Centre Hospitalier de Périgueux s'est donné le temps et les moyens de réfléchir à cette nouvelle orientation puis de formaliser les principes vers lesquels il souhaitait s'engager.

#### **2.1.1 L'anticipation et l'intégration de ce processus au Centre Hospitalier de Périgueux**

##### **A) Contractualiser pour responsabiliser**

A son arrivée au Centre Hospitalier de Périgueux en 2004, la priorité du nouveau chef d'Etablissement, monsieur Patrick MEDEE, en collaboration avec monsieur le Docteur Jean-Marie CAZAURAN, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, est d'amorcer la contractualisation avec les unités de soins pour les associer à la gestion et mieux leur faire apparaître les problématiques et les contraintes de l'institution.

L'analyse du Docteur CAZAURAN est sans appel : *« il nous semblait que commencer par le découpage en pôles était voué à l'échec. Nous avons voulu nous inscrire dans une marche en avant pour laisser aux acteurs le temps de mieux comprendre ce qu'on leur demandait. D'abord les contrats, puis la délégation, puis le rassemblement en pôles »*. Les termes choisis sont révélateurs : une démarche de contractualisation pour éviter le *« découpage »*

de l'établissement et favoriser à la fois une dynamique de « *rassemblement* » des unités en pôles d'activité cohérents et l'appropriation de cette logique.

Pour enclencher une dynamique vertueuse, le Directeur et le Président de la CME signent avec trois unités cliniques<sup>13</sup> volontaires<sup>14</sup> des contrats comportant des objectifs d'activité, de consommations et de qualité. Ces contrats préfigurent les contrats de pôle généralisés à partir de 2007 en s'appuyant sur cette expérience.

Le Docteur Philippe JARNIER, chef du service Cardiologie<sup>15</sup>, explique les raisons qui l'ont poussé à se porter volontaire pour expérimenter la formule : *« Nous contractualisons depuis 2004. L'idée de départ constituait un changement radical pour les services : c'était l'occasion de sortir du rôle passif de demandeur de moyens, de bénéficier d'une vision plus globale, plus stratégique, plus rationnelle. En conciliant trois visions différentes, le trinôme<sup>16</sup> permet à l'encadrement médical et soignant de comprendre les préoccupations de la Direction, de connaître l'impact stratégique et financier de ses demandes et de les prioriser, de mieux saisir la nécessité de s'inscrire dans le SROS, d'évaluer ses coûts et ses recettes, de rapprocher les décisions du terrain. Cela imposait un changement radical des mentalités à tous les niveaux. Tel était l'état d'esprit au moment de la signature du premier contrat ».*

---

<sup>13</sup> Ainsi qu'avec l'unité centrale de production alimentaire.

<sup>14</sup> Le service de Cardiologie, le Département de Médecine et le Département « Tête et cou »

<sup>15</sup> Le Docteur JARNIER a également été élu responsable du pôle Cardiologie-Dermatologie-Pneumologie par ses pairs en juillet 2007.

<sup>16</sup> Constitué du médecin responsable de pôle, du Cadre Supérieur de pôle et du Directeur référent.

La procédure de contractualisation interne avec les pôles leur permet de bénéficier de délégations de gestion de la part du directeur avec signature du Président de la CME.

Le contrat décrit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et indicateurs de suivi des pôles, les modalités de leur intéressement aux résultats de gestion et les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Après sa généralisation à l'ensemble des pôles, la signature annuelle de contrats de délégation permet d'assurer l'insertion de l'organisation du pôle dans la politique générale de l'institution, ainsi qu'une meilleure lisibilité des objectifs et des moyens.

A l'heure actuelle, sur les neuf pôles cliniques et médico-techniques du Centre Hospitalier de Périgueux<sup>17</sup>, huit se sont engagés à respecter des objectifs dans cette démarche de contractualisation<sup>18</sup>.

B) Le Centre Hospitalier de Périgueux, établissement expérimentateur de la Nouvelle Gouvernance

Une démarche d'anticipation de la réforme a été proposée aux établissements de santé<sup>19</sup>, les dispositions législatives en vigueur autorisant une organisation

---

<sup>17</sup> La liste des pôles du Centre Hospitalier de Périgueux est jointe en annexe 1.

<sup>18</sup> Le cas du neuvième étant particulier puisque ce pôle rassemble les deux Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) rattachés au Centre Hospitalier. La Convention Tripartite signée avec le Conseil Général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour la période 2005-2010 comporte donc déjà à la fois des objectifs de qualité et de respect des budgets et des engagements de mise à disposition de moyens.

<sup>19</sup>La circulaire DHOS/E1 n°2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière a sollicité la participation d'établissements publics de santé volontaires pour s'engager dans cette démarche de changement.

proche de celle prévue par la réforme. Ainsi, 103 établissements hospitaliers<sup>20</sup> se sont engagés à mettre en place une préfiguration du conseil exécutif et une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne.

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) a été chargée de suivre ces actions d'anticipation et d'assurer la mutualisation des retours d'expérience des établissements déjà engagés. Le Centre Hospitalier de Périgueux a présenté sa candidature le 23 février 2004<sup>21</sup>. Chaque établissement retenu a bénéficié d'un crédit de 80000 € pour couvrir les frais de recrutement d'un chargé de mission pour la conduite du projet, le recours à des consultants ou encore des études spécialisées.

Les établissements pilotes se sont par ailleurs engagés à faire parvenir au comité de suivi des rapports d'étape réguliers et à organiser des réunions d'information à destination des autres établissements publics de santé de leur Région, en lien avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Localement, un comité de pilotage - composé du Chef d'Etablissement, des Président et Vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement, du médecin responsable du DIM, de deux cadres de direction et d'un cadre de santé - s'est réuni mensuellement entre mars et octobre 2004 pour élaborer une maquette de contrat interne portant délégation de gestion sur les produits pharmaceutiques et autres fournitures médicales, les examens d'imagerie et de laboratoire réalisés en externe et les fournitures de bureau ; réfléchir à des

---

<sup>20</sup> 17 Centres Hospitaliers Universitaires dont l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (sur 4 sites), 76 Centres Hospitaliers et 7 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).

<sup>21</sup> La candidature du Centre Hospitalier de Périgueux ayant été retenue par le ministère de la Santé et de la Protection Sociale, le Conseil d'Administration a confirmé cet engagement par la délibération du 7 mai 2004, après avis du Comité Technique d'Etablissement dans sa séance du 29 avril 2004 et de la Commission Médicale d'Etablissement dans sa séance du 4 mai 2004.

tableaux de bord et structurer les nouvelles instances. L'objectif était de démarrer la contractualisation interne au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### C) Le contenu des contrats

Les contrats proposés aux services volontaires, puis à l'ensemble des pôles, prévoient des objectifs d'activité, de qualité et financiers : objectifs organisationnels et médicaux, mise en œuvre des Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), accueil et information des usagers, démarches qualité et gestion des risques, suivi et maîtrise des dépenses du pôle, suivi et exhaustivité du codage.

L'hôpital s'engage de son côté sur les moyens dont dispose le pôle pour atteindre ses objectifs, sur lesquels le pôle agit par délégation de gestion.

Le contrat fixe des indicateurs de suivi correspondant à toute action contractualisée avec le pôle et accompagnant tout objectif. Ces tableaux de bord sont fournis au responsable et au Cadre Supérieur de pôle par la cellule contrôle de gestion. Un contrôleur de gestion est engagé par contrat le 29 mai 2006<sup>22</sup> pour asseoir le fonctionnement du système. L'équipe s'est étoffée au 1<sup>er</sup> juin 2008 d'un assistant de gestion.

Enfin, les contrats signés avec les unités expérimentatrices, puis avec la totalité des pôles d'activité prévoient les modalités d'intéressement aux résultats. Le Centre Hospitalier s'est refusé à prévoir un d'intéressement individuel, qui n'était pas dans la logique de sa démarche. D'ailleurs, si cette possibilité a pu être évoquée lors de la préparation de la réforme, l'état actuel de la réglementation n'y fait pas allusion<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Prévue sur le budget de l'année 2005, cette embauche n'a pu avoir lieu qu'après une année de recherche infructueuse de candidats correspondant aux attentes de l'établissement.

<sup>23</sup> La rémunération des responsables de pôle est prévue par les textes : arrêté ministériel du 20 août 2008 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction aux responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique s'appuyant sur le décret n°2008-805, publié le même jour, fixant les conditions de désignation des responsables de pôle d'activité clinique et médico-

#### D) Dynamiser la gestion de proximité en s'appuyant sur l'intéressement

Il s'agit donc de mettre en œuvre des procédés de contractualisation interne afin de mieux répondre au principe de subsidiarité dans la prise de décision (« au plus proche du terrain »). Entre chaque pôle et la direction de l'établissement, des contrats de pôles ont été élaborés, qui définissent le périmètre de la délégation accordée, les objectifs du pôle en divers domaines, notamment en terme d'activité de soins, mais aussi de qualité, d'évaluation des pratiques professionnelles, de respect des enveloppes budgétaires allouées... et les moyens attribués par l'établissement pour que le pôle réalise les missions qui sont les siennes.

Les pouvoirs publics ont indiqué que l'élaboration de ces contrats peut être l'occasion pour les établissements de mettre en œuvre une politique d'intéressement, sans laquelle toute contractualisation est dépourvue d'intérêt.

Un rapide historique tend à montrer que cette volonté d'intéressement n'est pas neuve. La circulaire Rocard de février 1989 relative au renouveau du service public définit le cadre de la reconnaissance de la performance au sein de la fonction publique par une politique d'intéressement dit « collectif ».

Appliqué à l'hôpital, nécessité fût déjà faite de définir des projets de service qui fixent des objectifs, de créer des « Centres de responsabilité » expérimentaux où pouvaient être mis en œuvre de façon contractuelle des formes d'autonomie administrative. L'objectif était très clairement de rationaliser la dépense, les économies ainsi réalisées étant en partie retournées au Centre de responsabilité sous forme d'intéressement.

---

technique. Cependant il s'agit d'une compensation forfaitaire pour le temps et les responsabilités que cette charge constitue. Elle n'est en aucun cas fonction du résultat du pôle d'activité ou du respect des engagements figurant dans le contrat signé par le responsable de pôle d'activité. A ce titre, elle ne constitue en rien un outil d'intéressement individuel.

La loi du 31 juillet 1991 introduit la possibilité d'instaurer une politique d'intéressement.

L'article L.714-13 du Code la Santé Publique autorise ainsi les responsables des services à l'hôpital à « *suivre la gestion des moyens budgétaires et la réalisation des objectifs de la structure dont ils ont la responsabilité et à faire bénéficier, le cas échéant, cette structure ou ce service des résultats de cette gestion* ».

La possibilité de mettre en œuvre des mesures d'intéressement collectif à l'hôpital n'est donc pas nouvelle, mais elle ne prend son sens qu'en application d'une vraie logique contractualiste, un contrat sans intéressement perdant sa raison d'être. Là réside la modification apportée par la réforme de la gouvernance hospitalière. L'intéressement doit constituer un vecteur de motivation et donc un outil de management participatif. Il permet de s'assurer de la réalisation des objectifs fixés pour le directeur et de la restitution d'une partie des économies réalisées pour le pôle qui peut utiliser cette enveloppe comme il l'entend, dans la limite des conditions posées par le Conseil Exécutif et le Conseil d'Administration dans la Charte Nouvelle Gouvernance.

## **2.1.2 Un mode d'organisation objectivé dans la Charte Nouvelle Gouvernance**

Par sa délibération n° 4886 du 20 avril 2007, le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Périgueux a adopté sa Charte Nouvelle Gouvernance, définissant ainsi les règles du jeu du nouveau découpage de l'établissement et de la contractualisation entre ces pôles d'activités et la structure.

### A) Le pôle comme échelon pertinent de prise de décision

Le pôle représente une structure permettant la mutualisation des moyens des services qui le composent. La taille du pôle permet d'atteindre un seuil à partir duquel une gestion réelle est possible : c'est au niveau de chaque pôle que pourra être pris et mis en œuvre un ensemble de décisions, qui peuvent concerner, par exemple, les ressources humaines, les achats de matériels ou le recours à des prestations internes à l'établissement. L'échelle du pôle est également pertinente pour mettre en œuvre un réel management des équipes médicales et soignantes.

Le principe de subsidiarité s'affirme comme fondement de la démarche, dans le but de rapprocher la décision « du terrain », de donner à tous les acteurs une plus grande proximité avec le décideur. Ce principe est mis en œuvre au Centre Hospitalier de Périgueux à travers la démarche de contractualisation. Au regard des priorités et des projets que chaque pôle définit et hiérarchise, un contrat est négocié avec le Directeur et le Président de la CME. Ce contrat, discuté et élaboré par le Conseil de pôle, précise à la fois les objectifs et les moyens du pôle pour l'année considérée.

Dans ce cadre, chaque pôle bénéficie de la délégation de gestion, qui est la déclinaison du principe de subsidiarité dans l'établissement : le pôle est libre

de décider de ses priorités<sup>24</sup>, de son organisation et de l'utilisation qu'il fait des moyens qui lui sont alloués pour l'année considérée, en respectant les objectifs et principes de fonctionnement de l'ensemble de l'établissement. Les crédits qui sont délégués au pôle sont ainsi fongibles entre eux. Cette démarche doit aussi permettre de simplifier les procédures et les pratiques en cours dans l'établissement.

#### B) Définir les modalités de l'intéressement

Décider d'un intéressement donne lieu à débat entre logique de pôle et logique de solidarité institutionnelle et soulève de multiples questions : il est en effet légitime de penser que les pôles d'activité reçoivent un intéressement soit en cas d'excédent de toute la structure, soit en cas d'excédent du seul pôle concerné. Dans ce cas de figure, qu'en est-il de l'intéressement financier des pôles déficitaires ? Quelle forme prendra alors cet intéressement ? S'agira-t-il de crédits attribués une fois pour toutes ou permettant d'inscrire dans la durée les développements d'activité ? Ce choix s'inscrirait alors dans une logique conforme à la T2A, tout en risquant de rogner sur les priorités institutionnelles. Quelles seraient les conséquences en cas d'inexécution du contrat ? Si l'on opte pour des sanctions financières, doit-on assumer de diminuer les ressources d'un pôle d'activité alors qu'il est déjà en déséquilibre financier, et ce quelles que soient les raisons de ce déficit ?

Si cette option est choisie, quel lien établir entre la non-atteinte des objectifs qualitatifs et organisationnels et une éventuelle baisse des crédits d'exploitation ou d'investissement ?

Pour concilier tous ces paramètres, la solution retenue a été d'intéresser les pôles à la fois aux objectifs du contrat qu'ils ont eux-mêmes signé et à la bonne santé financière du Centre Hospitalier.

---

<sup>24</sup> À la fois dans le cadre des domaines de compétences délégués et en accord avec les décisions institutionnelles qui s'imposent à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Ainsi, le système d'intéressement mis en place, compte deux volets :

- un intéressement « non reconductible » lié aux objectifs figurant au contrat interne. sous la forme d'un crédit annuel d'investissement ou d'exploitation mis à disposition dès la clôture de l'exercice budgétaire aux pôles d'activité qui ont satisfait aux critères définis. Cette enveloppe à répartir est limitée à 150 000 € par exercice budgétaire.
- un intéressement « pérenne », basé sur les résultats budgétaires généraux de l'établissement et fonction de celui du pôle d'activité.

En cas de dépassement constaté de l'enveloppe de crédits sur laquelle le service s'était engagé, les pénalités suivantes pourront être appliquées :

- réduction du budget de service de l'année suivante,
- réduction du budget d'investissement attribué au service pour des opérations non stratégiques.

### C) Etablir le champ de la délégation

La gestion des remplacements du personnel médical et de la formation médicale continue est déléguée aux pôles d'activité.

Il n'existe pas de délégation pour ce qui concerne la gestion des crédits de personnel non médical<sup>25</sup>. Les responsables de pôle sont cependant associés à l'affectation des personnels et cadres de santé de leur pôle.

La définition et la mise en œuvre des organisations de travail, l'organisation horaire, la définition des postes de travail sont du ressort du responsable et du cadre supérieur de santé, après avis du Conseil de Pôle. Ces organisations sont toutefois conformes aux modalités prévues dans le règlement intérieur du

---

<sup>25</sup> En-dehors d'une part des crédits de formation. Cf. infra.

Centre Hospitalier. Les changements importants dans l'organisation sont présentés par le responsable du pôle ou le cadre supérieur au CTE.

L'enveloppe de formation continue du personnel non-médical, déduction faite du budget de la promotion professionnelle est répartie au niveau du pôle en fonction du nombre d'agents. Une partie de l'enveloppe formation (25 %) est déléguée au pôle. Après avis du conseil de pôle, le responsable et le cadre supérieur proposent alors un projet de formation propre au pôle, qui s'intégrera dans le Plan de Formation institutionnel élaboré par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins.

La délégation de gestion concerne uniquement les dépenses médicales hôtelières et générales directes. Les autres dépenses de fonctionnement ne peuvent pas faire l'objet de délégation de gestion, dans la mesure où elles ne sont pas directement maîtrisables par le pôle.

#### D) Préserver la cohérence d'une logique institutionnelle

Pour cela, les investissements ne sont en aucun cas délégués aux pôles<sup>26</sup>, sauf dans le cadre de leurs dépenses d'intéressement. Les demandes de pôle sont exprimées dans le cadre de la procédure budgétaire interne.

Les choix d'investissement sont arrêtés par le Conseil Exécutif, après avis de la sous-commission d'investissement médical de la Commission Médicale d'Etablissement.

Aujourd'hui, la logique contractualisatrice, pivot de la stratégie de réorganisation de l'établissement, est donc institutionnalisée. Ses principes

---

<sup>26</sup> Exception faite de l'équipement mobilier. La procédure est alors la suivante. Les demandes sont exprimées dans le cadre de la procédure budgétaire interne. Après analyse, le Directeur des Affaires Economiques arrête le montant des crédits consacrés à chaque pôle. Le pôle dispose d'un délai d'un mois pour arrêter la liste définitive des équipements à inscrire au budget. Cette proposition est validée par le conseil de pôle.

sont clairement énoncés dans la Charte, diffusée à l'ensemble des médecins, des cadres, des syndicats et des membres de Conseils de pôle.

Pourtant, l'effectivité de la délégation reste limitée par le poids des habitudes ou des résistances actives. La Direction en a conscience, qui consacre un des groupes de travail du Projet d'Etablissement<sup>27</sup> au thème « Contractualisation, Délégation, Contrôle de Gestion ».

---

<sup>27</sup> Le Projet d'Etablissement pour la période 2009-2013, actuellement en cours d'élaboration, doit être adopté par les instances du Centre Hospitalier qui se réuniront en décembre 2008.

## **2.2 Faire évoluer les mentalités pour mieux affirmer la délégation sur le terrain.**

L'application de la délégation de gestion est confrontée aux résistances de la structure hospitalière, mais aussi d'une partie des hospitaliers. Les réticences d'acteurs de tous niveaux expliquent donc l'écart entre des principes de délégation ambitieux et une pratique qui s'en éloigne parfois. L'équipe dirigeante du Centre Hospitalier a conscience que la réussite de la délégation est conditionnée à la poursuite de son engagement et au lancement d'actions concrètes complémentaires.

### **2.2.1 Les acteurs peinent à réaliser toutes les délégations permises par la Charte Nouvelle Gouvernance.**

A) En pratique, la délégation reste peu effective.

Les pôles et leurs compétences ont été présentés aux instances de l'établissement, notamment en CME et en CTE, ainsi qu'en réunion de Cadres, puis au sein de chaque pôle. Après son adoption par le Conseil d'Administration, la Charte Nouvelle Gouvernance a été diffusée à plusieurs centaines d'exemplaires. Pourtant, la délégation, ses contours, ses objectifs et ses conséquences demeurent méconnus. Médecins et personnels disent regretter de ne pas s'être sentis suffisamment associés à la rédaction de la Charte. Trop souvent, ils ne connaissent toujours pas la définition et les domaines d'action de cette délégation.

Les agents des services disent entendre beaucoup de rumeurs sur le thème de la délégation, mais ont l'impression de recevoir peu d'informations factuelles sur le contenu des débats en Conseil Exécutif, mais aussi en Bureau et Conseil de pôle. Les personnels identifient peu la délégation aux pôles, y compris les membres des Conseils de pôle, qui ne connaissent pas toujours le pourquoi de leur présence, leur rôle. Ils ne se sentent donc pas en capacité d'être force de proposition. Le personnel n'avait pas pris la mesure de cette nouvelle

organisation avant l'élection des membres des conseils de pôle. « *Il fallait d'abord en faire partie pour savoir ce qui s'y passe* », confie un agent élu dans un de ces conseils. De même l'information du personnel par les membres des Conseils de pôle reste très informelle, et varie donc non seulement selon les pôles, mais selon les services.

Est-ce dû à un déficit de communication sur les nouvelles règles, ou à un certain manque d'intérêt des personnes concernées ? La problématique ne semble en effet pas limitée à ce sujet. Une représentante du personnel regrette ainsi : « *Les agents ont peu de connaissances sur la vie de l'institution* ».

De même, un responsable de pôle déplore que « *dans la pratique, le lancement de la délégation [se soit] fait dans le brouillard. Nous avons bénéficié de deux journées d'information intéressantes, ensuite il a fallu beaucoup de travail personnel. Pourtant, la délégation de gestion, un médecin ou un soignant ne sait pas ce que c'est, on part de zéro.*»

Le bilan semble sévère. Si l'idée de la délégation leur paraît bonne, basée sur des constats justes et son développement nécessaire, la plupart des acteurs interrogés n'en voient pas l'application à leur niveau. Après plus de quatre ans de contractualisation pour certaines unités, et un an de généralisation, la délégation réelle est encore loin des principes définis au niveau institutionnel. Un responsable de pôle va dans ce sens : « *Aujourd'hui, dans la pratique, presque rien n'est véritablement délégué. Les pôles ne sont pas vraiment acteurs de leur organisation : si la seule délégation c'est de savoir combien coûte le pôle, l'intérêt est limité* ».

## B) Des blocages à dépasser

### 1. Une motivation inégale au sein du corps médical.

Si des membres du corps médical se sont impliqués dans la réorganisation en pôles, d'autres la regardent avec suspicion. Un Praticien Hospitalier explique : « *Cette réforme devait donner davantage de pouvoir aux médecins. Pour le moment, je ne vois pas vraiment de changement, si ce n'est plus de réunions*

*pour les responsables de pôle, au détriment du temps consacré à leur pratique médicale. Les médecins ont toujours eu le pouvoir : aucune Direction ne peut aller à l'encontre de la volonté d'une équipe médicale ».*

## 2. Un nouveau positionnement à trouver pour l'encadrement soignant.

L'un des principaux points d'achoppement qui réduisent l'effectivité de la délégation de gestion est sans conteste la lourdeur des hiérarchies dans la gestion des personnels et l'organisation du travail. Les entretiens menés soulignent que le peu de clarté des liens entre Direction des Ressources Humaines et Direction des Soins est un obstacle au bon fonctionnement du système... Il est vrai que la hiérarchie soignante, très verrouillée, paraît souffrir d'une grande inertie sur cette question. Une partie de l'encadrement soignant ressent la délégation comme une agression, une remise en cause de sa compétence et de sa justification. Les entretiens menés font ressortir clairement la peur de perdre ce qui est considéré comme un contre-pouvoir efficace et protecteur face au monde médical. A l'inverse, les responsables de pôle regrettent que la Direction des Soins centralise l'ensemble de la gestion du personnel alors que le Cadre Supérieur de Pôle pourrait travailler sur l'absentéisme, la fidélisation, la reconnaissance, l'organisation du travail, tout cela au niveau du pôle.

## 3. Un changement de culture douloureux pour l'Administration.

Le Centre Hospitalier de Périgueux a connu une longue période de centralisation des décisions de gestion. Les délégations nouvelles ont donc suscité de légitimes appréhensions, dans une partie de l'équipe de Direction et des agents de l'administration, sur l'évolution du rôle des directions fonctionnelles. De nombreuses informations restent ainsi bloquées à chaque niveau hiérarchique ; or, partagées avec l'encadrement médical et soignant des pôles d'activité, elles ne pourraient que faciliter les convergences de vue, et donc le fonctionnement du système dans son ensemble.

Sur ce point, Patrick MEDEE est pourtant extrêmement clair : *« Il existe maintenant une règle du jeu, qui a été discutée et adoptée par les instances. Si un responsable ou un Cadre Supérieur de pôle est confronté à des difficultés*

*parce qu'une Direction fonctionnelle ou la Direction des Soins ne la respecte pas, il doit m'en faire part. S'il faut passer en force pour dépasser les réticences de l'Administration, ce sera fait ».*

### C) La résistance au changement

La résistance au changement est un incontournable dans l'étude des réactions humaines au changement, traduisant implicitement des synonymes de craintes, de peurs, d'appréhensions, d'hostilité, d'intrigue, de polarisation, de conflits ou d'impatience.

Un nombre impressionnant de travaux, recherches, études et publications y sont consacrées. Des milliers d'articles ont été publiés au sujet de la résistance au changement.

La terminologie « résistance au changement » remonte aux auteurs Coch et French, qui en 1947, publiaient un article dans la revue *Human Relations*, devenu un classique en la matière. Il s'intitulait « *Overcoming resistance to change* ». Deux questions étaient adressées : pourquoi les gens résistent-ils si fortement au changement et qu'est-ce qui peut être fait pour surmonter cette résistance?

Depuis, nombre d'auteurs ont traité de ces questions dont Lawrence<sup>28</sup> dans un article de la prestigieuse revue *Harvard Business Review*. Dès lors, le terme « résistance au changement » était lancé, galvaudé, étudié et repris maintes et maintes fois.

La résistance au changement organisationnel se définit comme « *l'expression implicite ou explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement* »<sup>29</sup>, « *l'attitude individuelle ou collective, consciente ou*

---

<sup>28</sup> LAWRENCE, P.R. How to deal with resistance to change, *Harvard Business Review*, 1969, p. 4-12.

<sup>29</sup> COLLERETTE, P., G. DELISLE et R. PERRON. *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997, 173 p.

*inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail »<sup>30</sup>, ou encore « des forces qui s'opposent à la réorganisation des conduites et à l'acquisition des nouvelles compétences ou, en d'autres mots, à des forces restrictives »<sup>31</sup>.*

La résistance au changement est donc une réaction foncièrement négative à l'égard du changement, un phénomène inévitable dû au fait que les intérêts des employés diffèrent fondamentalement de ceux des dirigeants. Leurs réactions négatives à l'égard du changement s'expliquent par le fait qu'ils doivent quitter leur zone de confort et s'aventurer vers de nouvelles voies, souvent empreintes d'incertitudes. Ils doivent s'adapter au nouveau contexte, à de nouvelles tâches et responsabilités, apprendre de nouveaux comportements, adopter de nouvelles attitudes et surtout, abandonner leurs habitudes qui faisaient partie de leur quotidien.

Dans un premier temps, le Centre Hospitalier va devoir digérer le regroupement en pôles d'activité, développer un projet médical et une stratégie de pôle, gérer effectivement les équipes médicales au niveau du pôle, avant d'accentuer la délégation. Aujourd'hui, si toutes les personnes interrogées, quels que soient leur statut et leur implication dans le fonctionnement des pôles d'activité, leurs reconnaissent une véritable valeur ajoutée en terme d'information, de communication entre unités médicales et de compréhension des logiques des autres intervenants, ils avouent également se reconnaître davantage dans les services que dans les pôles naissants.

---

<sup>30</sup> DOLAN, S.L., G. LAMOUREUX, G. et É. GOSSELIN. *Psychologie du travail et des organisations*, Montréal, Gaëtan Morin, 1996, 500 p.

<sup>31</sup> MORIN, E. M. *Psychologies au travail*, Montréal, Gaëtan Morin, 1996, 535 p.

### 2.2.2 S'appropriier et pérenniser la délégation de gestion.

A) Insister sur la pédagogie.

Le rythme des réformes, l'instabilité de la réglementation, constituent de véritables poids pour l'institution hospitalière et des obstacles objectifs à la réussite de la réforme et à son appropriation par les hospitaliers. Nombreuses sont les personnes interrogées qui remarquent que nul ne sait vers quoi les pouvoirs publics dirigent l'hôpital. Il est alors difficile, en interne, de mobiliser et motiver le personnel et les médecins sur des projets de réorganisation souvent difficiles, et dont l'application est peu claire.

*« L'exemple de la T2A est parlant. Voilà une réforme majeure et intelligente qui, sur le papier, devait améliorer les choses. Aujourd'hui, son application est devenue illisible et défavorise les vertueux. Comment expliquer à un responsable de pôle qu'il faut être plus productif quand les établissements en équilibre ou en excédent ne sont pas récompensés ? »* se demande Patrick MEDEE. *« La délégation ne peut compenser un système de planification et de financement déséquilibrés ».*

Il insiste cependant sur un point : *« les acteurs ne pourront s'approprier la délégation de gestion qu'avec du temps et de la pédagogie ».*

A l'image de l'enveloppe de la formation continue des personnels, ou de l'organisation du travail au sein du pôle, de nombreuses décisions restent centralisées malgré les principes définis par la Charte. Le blocage ne vient pas seulement des directions qui craignent pour leurs prérogatives, *« ceux qui devaient bénéficier de la délégation ne la prennent pas, tout en regrettant qu'il n'y en ait pas plus. Il est vrai que l'ancien système, moins responsabilisant, était plus confortable ».*

Pour augmenter ses chances de s'imposer réellement, le principal défi de la délégation sera de dépasser l'héritage d'une longue période centralisatrice. Source d'une culture du secret, celle-ci entraîne en effet des difficultés à obtenir et à partager les informations.

La réflexion se structure autour de quelques axes simples mais permettant de réellement améliorer la pratique de la délégation :

- Faire preuve de pédagogie et clarifier les objectifs pour dépasser les réticences.
- Améliorer l'information et la connaissance par les acteurs de leurs nouvelles marges de manœuvre. Pour cela, et face au constat que le contenu de la Charte Nouvelle Gouvernance reste assez méconnu, il est envisagé d'en diffuser une version simplifiée visant les différentes catégories de personnel.
- Mieux informer les médecins sur tous les sujets pour les impliquer et les faire participer aux choix stratégiques.

B) Donner au pôle les moyens d'être considéré comme outil de performance

La rédaction et la signature des contrats 2008 avec l'ensemble des pôles d'activité cliniques ont pris plus de temps que prévu mais ont permis à la Direction et aux responsables de pôles de se mettre d'accord sur la définition des objectifs, des besoins, de bases de discussion communes.

Des tableaux de bord sont élaborés afin de suivre la réalisation des objectifs et la consommation des moyens attribués au pôle.

Ce tableau comporte des indications concernant la structure du pôle, l'activité (données administratives et médicales), la consommation des crédits alloués au pôle, ainsi que des indicateurs de qualité s'il y a lieu. Hormis les mensualités de remplacement, ils indiquent la situation des effectifs du pôle pour information. Ils sont détaillés selon la plus ou moins grande homogénéité du pôle.

La Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion fournit à la demande du pôle des documents complémentaires permettant de détailler les dépenses engagées. Tous les deux mois, une réunion était prévue afin de

procéder à l'analyse des tableaux de bord et de faire le point sur la réalisation des objectifs. Les tableaux de bord sont produits mensuellement et annuellement pour ce qui concerne les données d'activité médicales.

Annuellement le Département de l'Information Médicale (DIM) fournit à chaque pôle d'activité un rapport relatif à son activité et la Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion fournit à chaque pôle d'activité, un état relatif à ses dépenses et recettes, un compte de résultat analytique (CREA), un Tableau Coût Case Mix (TCCM).

Les deux parties sont d'accord aujourd'hui sur le manque de fiabilité des Tableaux de Bord dont le Centre Hospitalier dispose. Ainsi, le pôle «Cardiologie-Dermatologie-Pneumologie » se constitue des micro-indicateurs pour travailler, analyser, prendre des décisions, car son bureau considère que les Tableaux de Bord actuels ne sont pas toujours utilisables pour la gestion mensuelle des objectifs au vu des items existants. Parfois trop globaux, ils détaillent certaines consommations au prorata de la taille du pôle, car le système ne peut distinguer toutes les dépenses du pôle. Sur ces points, les objectifs sont alors peu maîtrisables par celui-ci<sup>32</sup>.

Le constat a été posé : avec un système d'information défaillant, les acteurs ont parfois du mal à obtenir des chiffres. Par manque d'outils, la délégation est peu effective car peu contrôlable. Un meilleur suivi des enveloppes déléguées au cours de l'année est indispensable pour concrétiser cette délégation. Consciente de cette situation, la Direction a décidé de s'orienter vers une nouvelle présentation et l'ajout de données au sein d'un nouveau logiciel, dont la mise en production sera bientôt testée au Centre Hospitalier, appelé « Portail Décisionnel<sup>33</sup> ».

---

<sup>32</sup> Cette absence de détail peut aussi être le résultat d'un choix d'établissement. Ainsi, certaines demandes des pôles peuvent concerner des enveloppes non déléguées ou dont le respect ne fait pas partie des objectifs du contrat.

<sup>33</sup> Développé par la société McKesson France en association avec la société CLIC Tech.

En s'appuyant sur ces nouveaux tableaux de bord plus lisibles par le corps médical, apportant chiffres, graphiques, données, et en préparant les futurs contrats plus en amont, le Centre Hospitalier ne peut que bénéficier d'une délégation plus effective et mieux maîtrisée.

### C) Relancer la dynamique interne

Si l'institution a senti une impulsion forte et un véritable effet d'entraînement au commencement de la réforme, la dynamique commence à s'essouffler. Pour y remédier, il sera probablement nécessaire de repenser le découpage en pôles. Aujourd'hui, ceux qui fonctionnent le mieux, qui se sont le plus emparé des outils de la délégation, sont ceux qui possèdent une véritable cohérence. Il est vrai que certains pôles d'activité de l'établissement sont par trop disparates, ou associent des individualités source de conflits. *« A force de se concentrer sur la contractualisation et le responsabilisation - qui reste une dimension indispensable – on ne s'est pas assez intéressé à l'homogénéité des pôles d'activité »* concède le Directeur.

Mais c'est également au sein des pôles que le besoin d'évolutions se fait sentir. A la lumière des blocages qui se sont fait jour, le chef d'Etablissement envisage de placer sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle des Cadres Administratifs. A la fois en tant qu'assistants de gestion pour mieux appréhender les aspects techniques et financiers de la délégation, mais aussi pour permettre au pôle de prendre son autonomie face aux Directions fonctionnelles et à la Direction des soins, pour analyser le fonctionnement du pôle et envisager les réorganisations éventuelles.

Patrick MEDEE constate: *« Au moment de la mise en place des pôles d'activité je pensais qu'un cadre administratif de pôle n'était pas nécessaire, les Directeurs référents assurant aussi la pédagogie. Mais avec du recul, je me rends compte que dans la plupart des cas, ni les Directeurs référents ni les Cadres Supérieurs de pôle n'ont pleinement joué leur rôle. Il n'y a pas de logique de réflexion interne d'appropriation d'une quelconque autonomie sur l'organisation.*

*Or la vraie délégation, ce n'est pas seulement une vision économique, c'est la liberté de s'organiser de la manière que l'on conçoit comme la meilleure pour assurer le fonctionnement du pôle ».*

Le Docteur Michel REBUFY, responsable du pôle « BAC<sup>34</sup> » ajoute même :  
*« Puisque le pôle est censé prendre les décisions nécessaires à sa survie et à son développement, les Directions devraient se contenter sur ces points de mettre en adéquation les volontés du pôle avec la réglementation et la législation [Ainsi qu'avec la politique institutionnelle définie par les instances de l'établissement]. Aujourd'hui la Direction des Soins et les Directions fonctionnelles s'y refusent ».*

---

<sup>34</sup> « Bloc - Anesthésie - Chirurgie »

## Conclusion

*« Dès que les gens s'intéressent à une consommation, la dépense diminue automatiquement. Le fait de dire qu'on délègue suffit, sans action réelle. C'était peut-être en fin de compte le principal objectif ».* Cette remarque non dénuée d'amertume d'un responsable de pôle illustre les tensions nées de l'introduction d'une part de délégation dans la gestion des unités médicales.

En effet, si certaines équipes responsables de pôle ont très vite pris la mesure de leurs nouvelles marges de manœuvre, ce n'est pas le cas de l'ensemble d'entre elles : par scepticisme vis-à-vis de l'orientation même de la réforme, à cause de dissensions au sein de l'encadrement médical ou soignant du pôle, ou d'un dimensionnement inadapté du découpage lui-même. Ces différences ont créé un vrai fossé entre ceux qui voudraient que le changement aille plus loin et plus vite et les acteurs qui découvrent encore la nouvelle organisation.

De plus, cette appropriation est ralentie et compliquée par la résistance « passive » du support logistique des unités de soins, qui craint de perdre ce qui est aujourd'hui sa prérogative.

Pour faire le point sur l'état d'avancement de cette nouvelle organisation et vaincre ces réticences, il est nécessaire de convaincre que la délégation, non seulement améliore et fluidifie le système, mais est indispensable à la survie des établissements de santé.

Conscient de ces difficultés, le Centre Hospitalier mène une réflexion sur les moyens de mieux faire appliquer et de développer la délégation. Il se dirige vers un renouvellement de l'effort de communication et de pédagogie sur les objectifs et les enjeux de la prise d'autonomie des pôles d'activité.

La Charte Nouvelle Gouvernance autorise de nouvelles marges de manœuvre, mais, pour les rendre effectives, la Direction envisage de recruter des cadres administratifs indépendants des directions fonctionnelles. L'objectif qui leur sera fixé : que les pôles s'approprient réellement cette autonomie.

Le Docteur CAZAURAN conclut : « *Pour mettre en place cette réforme, changer les esprits et la faire entrer dans les mœurs, il faudra dix ans. Si on jette le système à l'eau tous les trois ans, aucune organisation, aussi vertueuse soit-elle, ne pourra réformer l'hôpital. La Nouvelle Gouvernance peut faire bouger les lignes, mais aujourd'hui, l'établissement est au milieu du gué* ».

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

ABBAD J. (2001), Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris.

ARBUZ G., DEBROSSE D. (1996), Réussir le changement de l'hôpital, Inter Editions, Paris.

BURKE E. (2004), Réflexions sur la Révolution de France, Hachette, Paris.

KERVASDOUÉ de J. (2005), L'Hôpital, PUF, Paris.

CLÉMENT J. M. (1995), Les pouvoirs à l'hôpital, Berger-Levrault, Paris.

CLÉMENT J. M. (2004), Réflexion pour l'hôpital. Proximité, coopération, pouvoir, Les Etudes hospitalières, Bordeaux.

CROZIER M. (1963), Le phénomène bureaucratique, Editions du Seuil, Paris.

MINTZBERG H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Editions d'organisation, Paris.

ENSP MEAH, 2006, Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C. (2005), Droit Hospitalier, 5ème édition, Dalloz, Paris

### Thèse :

HOLCMAN R., (2006), L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital, Thèse pour le Doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des Arts et Métiers.

## **Support de cours :**

MÉDÉE P., La délégation de gestion au CH de Périgueux, ENSP, Février 2008.

## **Sites Internet :**

[www.adh-asso.org](http://www.adh-asso.org)

[www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)

[www.creer-hopitaux.fr](http://www.creer-hopitaux.fr)

[www.elysee.fr](http://www.elysee.fr)

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

[www.hopital.fr](http://www.hopital.fr)

[www.hospidroit.net](http://www.hospidroit.net)

[www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.mainh.sante.gouv.fr](http://www.mainh.sante.gouv.fr)

[www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

[www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)

[www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr)

[www.senat.fr](http://www.senat.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Les pôles d'activité du Centre Hospitalier de Périgueux

**Annexe 2** : Liste des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire

**Annexe 3** : Grille d'entretien

**Annexe 4** : La Charte Nouvelle Gouvernance du Centre Hospitalier de Périgueux

**Annexe 1 : Composition des pôles du Centre Hospitalier de Périgueux**



Centre Hospitalier Périgueux

DAF - SC/FL

Périgueux, le 1<sup>er</sup> juillet 2007

<b>NOTE DE SERVICE N° 2007/92</b>
-----------------------------------

**Objet : Pôles d'activité**

- . Vu le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L.6143-1 et L.6146.1,
- . Vu l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
- . Vu la délibération n°4886 du 20 avril 2007 relative au projet de regroupement en pôles et charte d'organisation et de fonctionnement des pôles,

A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, le Centre Hospitalier de Périgueux est organisé en pôles d'activité.

Chaque pôle comprend un responsable, un ou plusieurs responsables adjoints, un cadre supérieur de santé et un directeur référent.

Les pôles et leurs responsables sont les suivants :

**. Pôle Médecine - SSR :**

Responsable :	Dr Martine ROQUES
Responsable adjoint :	Dr Luc RIVIERE
Cadre supérieur de santé :	Nadine JOMAA
Directeur référent :	Bruno ANCEAU

**. Pôle Cardiologie – Pneumologie – Dermatologie – HJ Oncologie – UCSA - CDAG :**

Responsable :	Dr Philippe JARNIER
---------------	---------------------

Responsable adjoint : Dr Serge LACROIX  
Cadre supérieur de santé : Marie-Josée MAZIERES  
Directeur référent : Muriel POUMEROULIE

**. Pôle Bloc opératoire - Anesthésie – Chirurgie :**

Responsable : Dr Michel REBUFY  
Responsable adjoint : Dr Romain NIEUVIARTS  
Cadre supérieur de santé : Monique BOURNAZEL  
Directeur référent : Serge CROCHET

**. Pôle Pédiatrie – Obstétrique - Gynécologie :**

Responsable : Dr Jean-Marie CAZAURAN  
Responsable adjoint : Dr Alexandre DARWICHE  
Cadre supérieur de santé : Sylvie MONDON  
Directeur référent : Serge CROCHET

**. Pôle Réanimation – SAMU-SMUR - Urgences :**

Responsable : Dr Yannick MONSEAU  
Responsables adjoints : Dr Pierre-Henri DESSALLES  
Dr Michel GAUTRON  
Cadre supérieur de santé : Dominique JERVAISE  
Directeur référent : Bruno ANCEAU

**. Pôle Psychiatrie :**

Responsable : Dr Jean-Marie LARIVIERE  
Responsables adjoints : Dr Christine ANCEAU  
Dr Pascale PAUILLAC  
Cadre supérieur de santé : Dominique GOMEZ MARTIN  
Directeur référent : Anne-Marie ROUMAGNAC

**. Pôle EHPAD :**

Responsable : Dr Frédéric WONE

Responsable adjoint : Dr Hélène ACREMENT  
Cadre supérieur de santé : Catherine BORDES  
Directeur référent : François ESTIVAL

**. Pôle Laboratoire – Pharmacie - Hygiène :**

Responsable : Dr Antoine MARTIN  
Responsable adjoint : Dr Michel SOUSSELIER  
Cadre supérieur de santé : Anne-Marie MELON  
Directeur référent : Muriel POUMEROULIE

**. Pôle Imagerie :**

Responsable : Dr Aude MAGONTIER  
Responsable adjoint : Dr Agnès PETROU  
Cadre supérieur de santé : Anne-Marie MELON  
Directeur référent : Anne-Marie ROUMAGNAC

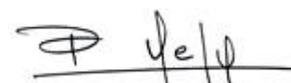
Chaque pôle est doté d'un conseil de pôle dont la mise en place sera effective au cours du mois de septembre 2007. Il appartient au responsable de pôle de constituer le bureau de pôle.

**LE PRESIDENT DE LA CME,  
DIRECTEUR,**



**J.M. CAZAURAN**

**LE**

  
**P. MEDEE**

**DIFFUSION :**

- . M. Le Directeur,
- . Cadres de direction,
- . Tous services

## **Annexe 2 : Grille d'entretien.**

Cette grille ne constitue qu'un canevas général et a été adaptée en fonction des personnes interrogées.

## **De la contractualisation à la délégation de gestion : mise en œuvre effective de la Charte Nouvelle Gouvernance au CH de Périgueux**

### **1. Mise en place de la délégation**

Quels enjeux et objectifs de départ ?

Ou Avez-vous été informés des objectifs de la réforme ? Par quels moyens ?

Comment le champ des délégations a-t-il été défini? Sur quels fondements ?  
Qui a effectué les arbitrages ?

Quelles sont les modalités de la délégation ?

La gestion du personnel médical est-elle impactée ?

Le médecin coordonnateur et les cadres du pôle ont-ils été formés et accompagnés pour les délégations nouvelles ? (exple : formations en 2 parties, sur le management et sur le thème "délégation, contrat et outil de gestion")

### **2. L'impact sur les acteurs**

Quels changements pour le chef d'établissement ? Pour le directeur fonctionnel ? Pour le PH ? Le chef de service ? Le CS ?

Et pour le responsable de pôle ?

Comment Responsable de pôle, Cadre Supérieur et Directeur référent travaillent-ils ensemble?

Les acteurs identifient-ils ce qui est maintenant délégué aux pôles? Pouvez-vous définir les contours de la délégation nouvelle ? Par rapport à ce qui n'avait jamais été délégué avant la mise en place des pôles.

Contractualisation et gestion déconcentrée ont-elles fait naître de la démocratie interne au sein du pôle et une meilleure compréhension des logiques de chaque acteur ( par les discussions en réunion de pôle entre médecins, gestionnaires, CS...) ?

Les médecins se sentent-ils impliqués dans la gestion du pôle. si oui, plus qu'avant ? et quels médecins ? Le responsable de pôle, les autres ?

### **3. Eléments de bilan**

Quel est l'élément moteur de la délégation de gestion aujourd'hui ?  
Dynamique interne ou pression externe ?

L'ensemble du personnel du pôle sait-il bien que la gestion du pôle a changé ?  
A-t-il perçu un changement qualitatif ? Lequel, plus de proximité, d'expertise ?

Le Conseil de pôle joue-t-il son rôle d'aide à l'appropriation de la réforme par l'ensemble des agents ?

Les contrats de délégation sont-ils opérationnels ?

La partie " délégation de gestion "existe-elle dans les contrats de pôle ? Par qui est-elle connue ?

L'intéressement est-il pris en compte dans le fonctionnement du service/pôle ? Joue-t-il son rôle d'incitation à maîtriser les dépenses et respecter les objectifs ?

Quelles conséquences pour la cohérence institutionnelle ?

Les limites de la délégation de gestion ? Quelle prise en compte des caractéristiques du pôle ?

Evaluation des délégations de gestion : indicateurs et outils de contrôle mis en place ?

Finalement, cela représente-t-il un grand changement dans la gestion du pôle ?de l'hôpital ? Qu'est-ce que ça change pour vous et selon vous ? Quelle est la valeur ajoutée de la nouvelle organisation? Les ressources humaines sont-elles mieux utilisées ? Quels sont les bénéfices pour le pôle ?

#### **4. perspectives et solutions aux difficultés**

Comment impliquer davantage les médecins et les agents dans ce type de mécanismes ? Comment dépasser les éventuelles réticences culturelles ?

Quels seraient les demandes actuellement non couvertes par la délégation et pouvant contribuer à un meilleur fonctionnement du système ?

Ce qui fonctionne bien et pourquoi ?

Ce qui ne fonctionne pas bien et pourquoi ? Les difficultés.

Quels sont les éléments de blocage qui éloignent le fonctionnement réel des principes écrits ? Un cadre administratif sous l'autorité fonctionnelle du responsable de pôle améliorerait-il les choses ?

Comment améliorer la délégation de gestion ? Si vous aviez trois axes d'amélioration à définir pour 2009, quels seraient-ils ?

### **Annexe 3 : Liste des entretiens**

#### Chef d'Etablissement

- M. Patrick MEDEE

#### Président de la CME :

- Dr Jean-Marie Cazauran

#### Responsables de pôle seuls

- Dr Antoine Martin, pôle BAPH
- Dr Yannick Monseau, pôle SUR
- Dr Martine Roques, pôle Médecine SSR

#### Responsable de pôle et Cadre Supérieur de pôle

- Dr Philippe Jarnier et Mme Mazières Marie-Josée

#### Bureau de pôle

- Dr Michel Rebufy et Romain Nieuviarts, M. Serge Crochet (DAF), Mlle Monique Bournazel (CSS).

#### Praticiens Hospitaliers

- Dr Laurent Pradeaux, chef du service Pédiatrie
- Dr Serge Lacroix, chef du service Pneumologie
- Dr Jean-François Pichon, chirurgie viscérale et digestive

#### Représentants syndicaux

- Mme Monique EYMET, CFDT
- Mme Patricia BRAJON, CGT
- M. Gilles BOUCHENY et Mme Sylvie MONDON, CFE-GCG
- Mme Marie-Claude LE MOIL, FO

#### Cadre de santé :

- Mme Chapoul Odile

#### Directeurs fonctionnels

- M. Bruno Anceau, Directeur des travaux et du patrimoine
- Mme Jocelyne Metenier, Directrice des soins

#### Agents membres de Conseils de Pôle

- Mme M. BAILLY, Secrétaire Médicale
- Mme A. PLESSIS, IDE
- Mme C. MASSENAT, AS
- Mme F. JULLY, AS

**Annexe 4 : Contrat-type de pôle du Centre Hospitalier de Périgueux**

## **CONTRAT TYPE DE POLE**

Vu l'article L.6145-16 du Code de la Santé Publique,

Vu la circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997, relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé,

Vu les textes législatifs et réglementaires applicables aux établissements publics de santé,

Sur proposition du Conseil Exécutif, dans sa séance du

Vu la délibération du Conseil d'Administration n°

### **IL EST CONVENU CE QUI SUIT**

#### **ENTRE**

⇒ Le Pôle  
Représenté par

#### **D'UNE PART ET**

⇒ LE CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX,  
Représenté par Monsieur Patrick MEDEE, Directeur,  
par Monsieur Jean-Marie CAZAURAN, Président de la Commission Médicale  
d'Etablissement,

#### **D'AUTRE PART.**

Le contrat de pôle s'inscrit dans le cadre de la charte nouvelle gouvernance adoptée le 20 avril 2007. Il est constitué des dispositions figurant ci-après ainsi que les quatre annexes auxquelles, il est fait expressément référence.

## **CHAPITRE 1 : OBJECTIFS DU POLE D'ACTIVITE :**

### **1.1 OBJECTIFS D'ACTIVITE :**

Les objectifs du pôle d'activité sont ceux définis lors de la procédure budgétaire.

Hospitalisation :

	(objectifs) N-2	(réalisé) N-2	(objectifs) N-1	(réalisé) 1 <sup>er</sup> semestre N-1	(réalisé) Estimation N-1	(objectifs) N
ENTREES						
Dont dir.						
D.M.S.						
om						

Actes et activité externe :

ACTES	(réalisé) N.2	(réalisé) au 1 <sup>er</sup> octobre N.1	(objectifs) N
CS			
ICR			
ACTES			
ACTES			

### **1.2 OBJECTIFS DE CONSOMMATION D'ACTES ET SERVICES LOGISTIQUES :**

#### **1.2.1 Objectifs de consommation d'actes :**

Les objectifs de consommation du pôle sont arrêtés ainsi qu'il suit :

Producteurs	Consommation N-2	Objectif N-1	Ratio Conso / entrée N-2	Ratio Conso / entrée N-1	Objectif Ratio N
Laboratoire (B)					
Radiologie					
TCR					

### 1.2.2 Objectifs de consommation de services logistiques :

	Consommation N-2	Objectifs N-1	Réalisé 1 <sup>er</sup> semestre N-1	Réalisé Estimation 2004 N-1	Objectifs N
Nombre de repas / journée					
Nombre Kg					
Linge / patient					

### 1.3 OBJECTIFS DE QUALITE :

#### 1.3.1 Objectifs fixés au niveau de l'établissement :

- Nombre de réunions du conseil de pôle
- Transmission des tableaux de service.
- PMSI :  
  - . recul de l'activité : exhaustivité 100 %

. qualité du codage : taux d'erreur

- Procédure d'accréditation :

. EPP

. mise en œuvre DPU

### **1.3.2 Objectifs fixés par le pôle :**

Le pôle définit les objectifs spécifiques de qualité ci-dessous et s'engage à les mettre en place.

## **CHAPITRE 2 : MODALITES DE DELEGATION DE GESTION :**

### **2.1 Gestion des dépenses :**

Aux conditions et selon les modalités définies dans le présent contrat, et dans le cadre des chapitres III et IV de la charte nouvelle gouvernance, le pôle d'activité bénéficie d'une autonomie de décision, confiée au responsable du pôle désigné conformément aux règles en vigueur, dans la gestion des moyens prévus au chapitre 3, afin d'en optimiser l'utilisation.

A ce titre, la Direction de l'établissement s'engage à honorer les demandes du pôle, qui s'inscrivent dans le cadre du budget défini au chapitre 3 du présent contrat et à mettre en œuvre les procédures internes et réglementaires de nature à favoriser l'exécution de la décision concernée.

### **2.2 Gestion du personnel :**

Application des règles définies dans le cadre de la charte nouvelle gouvernance.

## **CHAPITRE 3 : MOYENS ATTRIBUES AU POLE D'ACTIVITE :**

Un budget annuel est attribué au pôle d'activité afin de réaliser l'activité prévue.

La gestion de ce budget est décentralisée au niveau du responsable du pôle dans les conditions fixées au chapitre 2 du présent contrat.

Le budget alloué à chaque pôle dépendant des résultats du PMSI et de la comptabilité analytique, ne fera jamais, par principe, l'objet d'une reconduction automatique d'une année sur l'autre.

### **3.1 Les effectifs en personnel non médical :**

### **3.2 Les effectifs en personnel médical :**

3.3 Les travaux d'entretien :

3.4 L'équipement médical :

3.5 L'équipement mobilier :

3.6 Le budget délégué :

COMPTES	INTITULES	STATUT	10 %	MONTANT
	<b><u>Groupe 1 : charges d'exploitation relatives au personnel</u></b>			
	<b><u>Personnel non médical</u></b>			
64	Charges de personnel			
6415	Rémunérations personnel de remplacement			
	<b><u>Personnel médical</u></b>			
64	Charges de personnel			
64211	Médecins temps plein			
64221	Médecins temps partiel			
64228	Personnel contractuel			
64231	Attachés			
6424	Internes et étudiants			
6425	Gardes médicales			
64254	Gardes internes			
	<b><u>Groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical</u></b>			
6021	Produits pharmaceutiques			
60211	Spécialités pharmaceutiques avec AMM			
60212	Spécialités pharmaceutiques importées			
60215	Produits sanguins			

60216	Fluides et gaz médicaux
60217	Produits de base
602180	Autres spécialités pharmaceutiques
602181	Lait maternel
6022	Fournitures et produits à usage médical
60221	Ligatures, sondes
60222	Petit matériel médical chirurgical non stérile
60223	Matériel médical chirurgical à usage unique
60224	Fournitures pour laboratoires
60225	Fourniture d'imagerie médicale
602260	Appareils, fournitures prothèses orthopédiques
602261	Fournitures prothèses orthopédiques stériles
602262	Fournitures stimulateurs cardiaques
602263	Prothèses vasculaires
602264	Prothèses ORL –OPH
602265	Angioplastie coronaire facturable
602266	Appareils pour enfants IMC
602267	Fournitures angioplastie coronaire
602268	Fournitures stimulation cardiaque
602269	Fournitures angioplastie périphérique
60227	Pansements
602280	Fournitures médicales chirurgicales non stériles à usage unique
602281	Consommables équipements biomédicaux
602282	Attelles immobilisations
602288	Autres fournitures médicales

## **CHAPITRE 4 : SUIVI ET EVALUATION**

Des tableaux de bord sont élaborés afin de suivre la réalisation des objectifs et la consommation des moyens attribués au pôle.

### **4.1 Tableaux de bord :**

Ce tableau comporte des indications concernant la structure du pôle, l'activité (données administratives et médicales), la consommation des crédits alloués au pôle ainsi que des indicateurs de qualité s'il y a lieu.

Hormis les mensualités de remplacement, ils indiquent la situation des effectifs du pôle pour information.

Ils sont détaillés selon la plus ou moins grande homogénéité du pôle.

### **4.2 Modalités d'évaluation :**

#### **4.2-1 Evaluation des résultats :**

Les résultats sont analysés conformément aux règles définies dans le chapitre V de la charte nouvelle gouvernance.

#### **4.2.2 Intéressement et pénalisation :**

Un bilan annuel du contrat est établi par le responsable du pôle d'activité. Ce bilan est présenté devant le Conseil Exécutif qui apprécie les résultats en termes d'objectifs généraux et de délégation de gestion.

Chaque année, un bilan global de la contractualisation interne dressé par le Conseil Exécutif est présenté aux instances de l'établissement.

### **4-3 Durée et révision du contrat :**

#### **4-3-1 Durée du contrat :**

Le présent contrat et ses annexes prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier . Il prend fin au 31 janvier (fin de la journée complémentaire). Il est renouvelé pour un an au vu du bilan évoqué au paragraphe 4.2.2.

Il est notifié aux différentes directions.

En cas de départ du Centre Hospitalier de PERIGUEUX de l'un des trois co-signataires du présent contrat, il devient caduc de droit et donne lieu à renégociation.

#### **4.3.2 Révision du contrat :**

En cas de difficultés graves constatées en cours d'année (au niveau du pôle ou de l'établissement), le contrat peut être suspendu à tout moment par le Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, après avis conforme du Conseil Exécutif.

Périgueux, le

LE RESPONSABLE DU POLE,

LE DIRECTEUR,

LE PRESIDENT  
DE LA CME,

-----

Patrick MEDEE

Jean-Marie  
CAZAURAN