



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital
Promotion 2004

**VERS UN MANAGEMENT DE
PROXIMITÉ AU CENTRE HOSPITALIER
DE ROUBAIX :**

**Les directeurs de discipline,
l'expérimentation de la nouvelle
gouvernance.**

Hélène DE ROO

Remerciements

- ✚ Au Directeur général du Centre Hospitalier de Roubaix, M.MAURY, pour sa disponibilité, ses éclairages judicieux, son accueil attentif.

- ✚ A mon maître de stage, Directeur des établissements et de la qualité, M.POULAIN, pour son soutien constant, sa disponibilité, sa bonne humeur.

- ✚ A mon encadrant mémoire, M.Raphaël LIOGIER, pour ses idées lumineuses, ses discussions passionnées et ses suggestions toujours pertinentes.

- ✚ A l'équipe de direction pour sa transparence, son répondant qui m'ont guidé tout au long de ma démarche.

- ✚ Au Président de la CME, chefs de service et cadres de santé dont les témoignages ont grandement contribué à ma réflexion.

- ✚ A l'ensemble de l'équipe de la Direction des Etablissements et de la qualité pour leur accueil chaleureux et leur soutien.

- ✚ A mes amis pour leur présence et leur bonne humeur communicative.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. LA NECESSITE DE VALORISER LA TRANSVERSALITE DANS LE MANAGEMENT HOSPITALIER.	4
1.1 L'hôpital : un empire éclaté.....	4
1.1.1 Structuration de l'institution hospitalière.....	4
A) Description de la structure hospitalière.	4
B) Les particularités de l'organisation hospitalière.....	6
1.1.2 Une différenciation asphyxiante non compensée par l'intégration.....	7
A) Un processus de différenciation fort.	7
B) Une intégration insuffisante.	9
1.1.3 Une dynamique peu axée sur la stratégie.....	10
A) Des décisions et une stratégie réactives.....	10
B) Un repli sur l'institution sans sentiment d'appartenance.	11
1.2 Face à l'accroissement de la complexité hospitalière, la transversalité est un remède.....	13
1.2.1 Des évolutions problématiques.....	13
A) L'accroissement de la différenciation organisationnelle.....	13
a) <i>Une nouvelle opposition</i>	13
b) Une démarche qualité qui divise.	14
c) La position complexe du Directeur	14
B) Une force d'intégration insuffisante	15
a) <i>La révolution du projet d'établissement n'a pas encore eu lieu.</i>	15
b) <i>L'intégration sans hiérarchie</i>	16
c) <i>Les leçons à tirer de l'expérience des fédérations</i>	16
1.2.2 Des solutions basées sur le management et la transversalité.....	17
A) L'évolution du sommet stratégique.	17
a) <i>Un management stratégique.</i>	17
b) <i>un management de proximité.</i>	19
B) L'innovation managériale au service de la transversalité à l'hôpital.	21
a) <i>De nouvelles structures</i>	21
b) <i>De nouvelles fonctions.</i>	23
2. LA TRANSVERSALITE DANS LES FONCTIONS DE DIRECTION: LES DIRECTEURS DE DISCIPLINE AU CH DE ROUBAIX.....	27
2.1 Genèse et implantation du système des directeurs de discipline.....	27

2.1.1 Historique.....	28
A) Les spécificités roubaisiennes.....	28
a) <i>Un hôpital important dans un environnement spécifique.....</i>	28
b) <i>Un management marqué.....</i>	29
B) L'apport des acteurs.....	30
2.1.2 La mise en place des directeurs de discipline.....	31
A) Un directeur de discipline: qu'est ce que c'est ?	32
a) L'aboutissement d'une réflexion.....	33
b) Rôles et objectifs	34
B) L'instauration des directeurs de discipline à l'hôpital de Roubaix.....	36
a) Le contexte d'application.	36
b) Les premières réactions des directeurs.....	37
2.2 Un premier bilan mitigé.....	38
2.2.1 Un concept apprécié.....	39
A)Par les directeurs.....	39
a)Des directeurs plus proches du terrain.	39
b)Une autre façon de diriger.	40
B)Par les services.....	41
a)Une bonne connaissance du système.....	41
b)Le sentiment d'une meilleure écoute.	42
2.2.2 Un manque de lisibilité	42
A)Un rôle mal défini.	43
a)Un système trop homme dépendant.	43
b)Une marge de manœuvre ténue.	45
B)Des effets pervers déstabilisants.....	46
a)Une complexification du système.....	46
b)Des abus regrettables	47
3. L'EXPERIMENTATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE : UNE CHANCE POUR LES DIRECTEURS DE DISCIPLINE ?.....	49
3.1 La poursuite d'un changement dans le management au CH de Roubaix.....	49
3.1.1 Une construction de l'expérimentation propre au CH de Roubaix.....	50
A) La configuration de l'équipe de direction	50
a) Ambitions	50
b) Missions	50
c) Conséquences	51
B) La mise en place du Comité exécutif.....	51
a) Ambitions	51
b) Missions	52

c) Conséquences	52
C) Intégration des cadres de la nouvelle gouvernance.	52
a) Ambitions	52
b) Missions	52
c) Conséquences	53
D) La création de pôles médicaux.....	53
a) Ambitions	53
b) Missions	53
c) Conséquences	54
3.1.2 Des changements progressifs.....	55
A) L'évolution de la direction.	55
a) Premières réactions.....	56
b) Premières mesures.....	57
B) Evolution des autres acteurs.	59
a) Les médecins.....	59
b) Les autres acteurs.....	60
3.2 Une opportunité pour les directeurs de discipline.	61
3.2.1 Une meilleure définition de la fonction.....	61
A) Une contractualisation des relations.....	61
a) Des dossiers sont confiés par le DG au directeur délégué car c'est une question qui concerne directement le pôle.....	62
b) Les directions fonctionnelles interviennent directement en concertation avec le directeur délégué.	62
B) Un dialogue plus formel.	62
3.2.2 Clarification et approfondissement du système.	64
A) Une réorganisation des fonctions.....	64
B) De nouveaux rôles.....	66
a) Un rôle de pédagogue.	66
b) Un rôle de suivi	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE.....	71
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ASH : Agent des Services Hospitaliers
- CH : Centre Hospitalier
- CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CME : Commission Médical d'Etablissement
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- COMEX : Comité Exécutif
- CSSI : Commission des Services de Soins Infirmiers
- CTE : Comité Technique d'Etablissement
- DAF : Direction des Affaires Financières
- DG : Directeur général
- DRH : Direction des Ressources Humaines
- DSIO : Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation
- DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers
- ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
- ETP : Equivalent Temps plein
- HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- RMI : Revenu Minimum d'Insertion
- SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

INTRODUCTION

«L'hôpital est souffrant», «l'hôpital est malade du fait de sa complexité», de telles sentences condamnant l'institution hospitalière sont légions à l'heure actuelle. Il faut reconnaître que l'histoire de l'hôpital sur la période récente (de 1970 à aujourd'hui) fait état de trois facteurs principaux ayant bousculé ses fondations.

Après la période faste des décennies 1960 et 1970, l'hôpital est passé d'un rejet de son environnement à une attitude duale à l'égard de celui-ci. D'un côté les médecins gèrent individuellement leurs rapports avec leur environnement propre (patients, professionnels de santé), de l'autre les directeurs font de même avec les tutelles administratives, politiques, financières. D'autre part, la position de l'hôpital face à son environnement est souvent craintive. Le manque de ressources patent a construit une image d'un environnement agressif, hostile pour l'hôpital et le directeur général devient alors un défenseur de son institution. Afin d'être plus en harmonie avec cet environnement, un travail sur la stratégie est une bonne approche. La problématique de l'hôpital est que, du fait de sa complexité organisationnelle, il ne parvient pas à élaborer une stratégie globale donnant une vision cohérente de l'institution.

L'hôpital subit également souvent les évolutions technologiques. Sous les effets du progrès technique, la prise en charge du patient a fortement évolué. On assiste ainsi à une multiplication des modes et des processus de prise en charge: Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD), Hospitalisation à Domicile (HAD)..., mais aussi à la sophistication des plateaux techniques.

Enfin, cette inscription dans un environnement évolutif conjuguée à l'impact des évolutions technologiques, conduit à porter un regard nouveau sur la conception de l'organisation à l'hôpital. L'organisation hospitalière est maquée par une fragmentation extrême des unités combinée à une absence de ligne hiérarchique entre sommet stratégique (direction) et centres opérationnels (services de soins). Cette organisation stratifiée crée un manque de cohérence, de coordination, de communication entre les différents acteurs de l'hôpital. Afin de s'adapter à son environnement, aux évolutions de la science, l'institution hospitalière doit revoir son mode d'organisation et aller vers plus d'efficience.

Les réformes antérieures (fédérations, départements...) ont échoué sans doute parce qu'elles ne s'appuyaient pas assez sur le management.

Le management paraît être le seul levier à actionner afin de modifier durablement l'organisation hospitalière. Or, comme tout ce qui touche à l'humain, le management ne

peut être une science exacte, il reste dans le domaine du probable, de la statistique. Le management est à la fois art et science, faisant appel à des qualités innées, intuitives, personnelles, aussi bien qu'à un ensemble de connaissances théoriques. Il est alors possible de retenir comme définition: le management est l'art de diriger. Rappelant ainsi que le manager doit avant tout développer des qualités personnelles, sans lesquelles le recours aux méthodes et outils de management risquent fort de ne pas donner de grands résultats. Ainsi le verbe manager ou le terme **management** prennent-ils un sens plus vaste que simplement gestion, direction ou organisation.

Agir par le management c'est changer le mode de fonctionnement de l'hôpital jugé trop souvent administratif et par conséquent inadapté. L'administration est l'exécution des tâches techniques, "routinières" qui déroulent des procédures formalisées et réglementaires: paie, contrats, mouvements... On y associe la "bureaucratie", c'est à dire la connaissance des fonctions plutôt que la connaissance des individus.

La gestion des ressources humaines englobe la communication et le développement de la culture d'entreprise, la mise en oeuvre des moyens de motivation, d'évaluation. La gestion de la ressource humaine devrait s'attacher à connaître les individus (management de proximité), tant ceux-ci ont besoin d'identité et de reconnaissance.

La question qui se pose alors est : de quelle façon utiliser le management pour amener l'organisation hospitalière vers plus d'efficacité?

Afin d'établir la communication entre les différents acteurs qui composent l'hôpital, il paraît judicieux de mettre en place un management de proximité. C'est à dire d'agir au plus près des acteurs, de leurs intérêts, de leurs approches de l'hôpital. En effet, les modalités de prise de décisions paraissent trop éloignées du terrain.

Le Centre Hospitalier de Roubaix, 7ème CH de France, rencontre également des difficultés dues à la complexité organisationnelle propre aux hôpitaux. C'est pourquoi, le Directeur général, en accord avec son équipe et le Président de CME, a décidé de mettre en place, progressivement un management de proximité.

Ainsi, en 2000, l'introduction de transversalité au niveau du sommet stratégique a été réalisée par l'instauration de directeurs de discipline. D'autre part, le CH de Roubaix s'est engagé dans l'expérimentation de la nouvelle gouvernance proposée dans le cadre de la vaste réforme Hôpital 2007. Afin de mieux appréhender ces innovations managériales, une enquête a été menée auprès des chefs de service et des cadres de santé afin de connaître leur sentiment sur ces nouveautés: selon eux le management de proximité est la clé de la complexité organisationnelle? Des entretiens avec le Directeur général, le Président de la CME, l'équipe de direction, des chefs de service et des cadres de santé ont permis de mieux appréhender ces changements, leurs implications, leurs apports, leurs dérives.

Nous nous efforcerons de montrer que ces expériences de management de proximité tendent à clarifier l'organisation hospitalière. Même si on ne peut décréter la communication, les outils mis en place au Centre Hospitalier de Roubaix méritent d'être étudiés.

Dans un premier temps, la complexité organisationnelle de l'hôpital sera définie, étudiée et des solutions basées sur le management et la transversalité proposées.

Puis, le système des directeurs de discipline mis en place au CH de Roubaix fera l'objet d'une explication et d'une étude approfondie s'appuyant sur les résultats de l'enquête menée.

Enfin l'expérimentation de la nouvelle gouvernance sera développée et notamment l'opportunité qu'elle représente pour l'implantation définitive des directeurs de discipline.

1. LA NECESSITE DE VALORISER LA TRANSVERSALITE DANS LE MANAGEMENT HOSPITALIER.

L'hôpital souffre d'une complexité organisationnelle qui ne permet pas d'avoir une vision stratégique partagée par les différents acteurs qui font vivre l'institution. La multiplication des pouvoirs (soignant, syndical, médical, administratif, des usagers), des circuits de décisions, des segmentations aboutit à un manque de lisibilité de l'hôpital et de sa stratégie.

L'hôpital reste figé sur une organisation de type Bureaucratie professionnelle telle que la définit Henry Mintzberg: « *La bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et spécialisés - des professionnels- pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail¹* ». Or aujourd'hui, toutes les organisations remettent en cause leur structuration du fait de mutations environnementales et recherchent un nouveau paradigme pour les guider. Dans le cas de l'institution hospitalière, l'organisation doit évoluer afin d'être plus proche du patient et de répondre plus rapidement à ses attentes. La transversalité est une approche qui devrait permettre cette évolution en valorisant la concertation, la communication entre les acteurs mais aussi en écrasant une pyramide du pouvoir trop stratifiée.

Il est important d'étudier dans un premier temps les défauts organisationnels de l'hôpital avant d'évoquer la nécessaire prescription de transversalité à une institution souffrant de trop de complexité et de différenciation.

1.1 L'hôpital : un empire éclaté.

La complexité organisationnelle de l'hôpital ne permet pas un management opérationnel ou transversal. Il existe un réel manque de proximité entre les acteurs de l'institution.

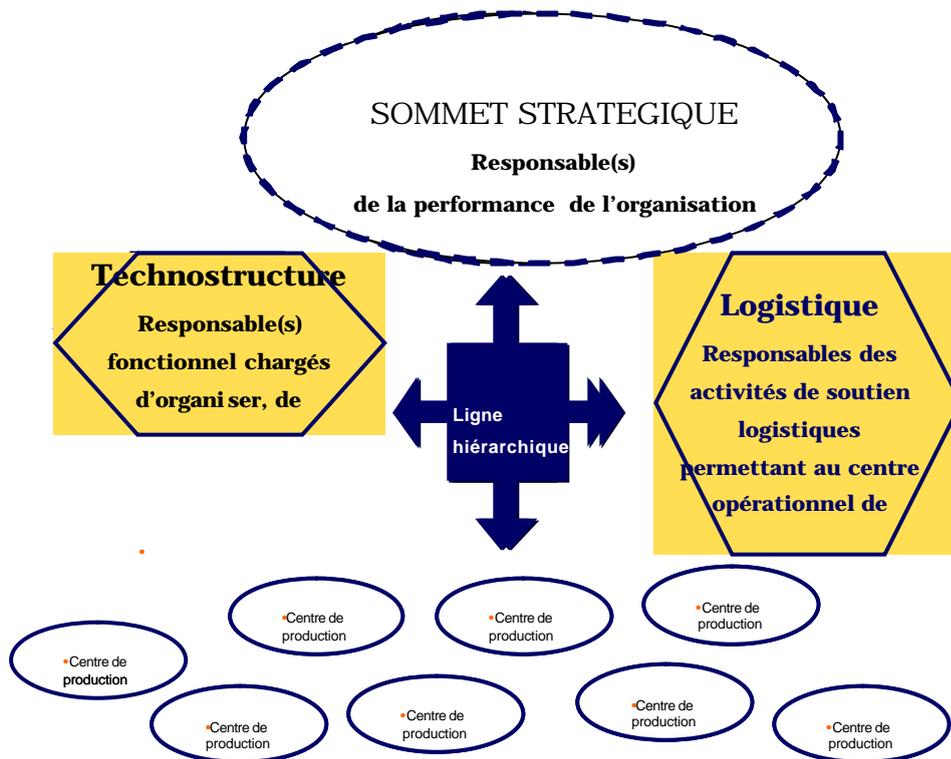
1.1.1 Structuration de l'institution hospitalière

A) Description de la structure hospitalière.

¹MINTZBERG. H, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 1982.

Le schéma suivant expose la configuration structurelle selon Mintzberg. Il indique 4 rôles communs à toutes les organisations (sommets stratégiques, centres opérationnels, technostructure et fonction logistique) ainsi que les relations existantes entre les différents acteurs internes occupant ces rôles.

La configuration structurelle selon Henry MINTZBERG



Cette configuration peut s'appliquer à l'hôpital en tenant compte de spécificités suivantes :

- *Primauté du centre opérationnel.*

Le centre opérationnel est constitué d'un certain nombre d'unités relativement autonomes: ce sont les services. Ceux-ci ont un dialogue direct avec leur « environnement client² ».

²CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n°266, pp 285-306.

- *Légèreté de la technostructure*

Dans l'hôpital, la technostructure se limite à la dimension économique et financière voir technique (Direction des soins). En effet l'importance de la standardisation des qualifications ne permet pas le développement d'autres formes de standardisation par les résultats ou les procédés par exemple. Cette technostructure est réduite et éclatée entre les différentes unités opérationnelles.

- *Importance de la logistique*

C'est la seule fonction qui soit directement contrôlée par la technostructure. Fonction annexe des soins, elle constitue une part importante des coûts générés par l'organisation. Il existe un réel manque de coordination entre le « médical » et le « logistique ». La logistique est le terrain pour une lutte de pouvoir entre les deux parties de l'organisation que sont le sommet stratégique et le centre opérationnel.

- *Ambiguïté du sommet stratégique*

Le Directeur général a souvent un rôle relationnel avec l'environnement de l'hôpital (tutelle, établissements voisins, assurance maladie..): « *le directeur d'un hôpital est supposé empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins³* ». Sa position statutaire est ambiguë puisqu'il est nommé par le Ministère de la santé mais responsable de sa gestion devant un Conseil d'Administration. Sa légitimité est liée à sa capacité de protéger le centre opérationnel contre les pressions de l'environnement.

Au delà de ces fonctions, l'organisation hospitalière a d'autres particularités.

B) Les particularités de l'organisation hospitalière.

- *Une ligne hiérarchique brisée*

Cette ligne hiérarchique est d'abord interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. En effet, le Directeur général n'a pas les possibilités de diriger les chefs des services médicaux.

³MINTZBERG.H, *op.cit.*

La légitimité du sommet stratégique est souvent contestée par le centre opérationnel car, la direction n'intervient pas directement sur l'objectif de base de l'hôpital: le soin.

La ligne est également brisée au sein même du centre opérationnel puisque le chef de service n'a aucun pouvoir sur ses collègues médecins travaillant dans son service.

Afin de pallier à ces cassures dans la ligne hiérarchique, des instances consultatives (CME, DSSI, CTE, CHSCT...) ont été mises en place afin de favoriser la concertation, mais globalement cela ajoute un nouvel échelon à l'organisation et opacifie le système.

- *La prépondérance du relationnel*

Cette prépondérance du relationnel est due à l'absence de ligne hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Deux mécanismes de coordination prévalent à l'hôpital avec chacun des côtés négatifs.

L'ajustement mutuel est un mode de régulation courant mais il est fragile car particulièrement « personne-dépendant ».

La standardisation des qualifications permet une coordination quasi automatique grâce à la formation et à la socialisation. Deux personnes ayant la même culture, le même apprentissage peuvent communiquer sans paroles. La difficulté est que les individus adoptent des réflexes corporatistes fragilisant ainsi l'unité de l'institution hospitalière.

L'hôpital est donc une organisation complexe dans laquelle la communication, la coopération sont souvent délicates ce qui pose alors des difficultés de fonctionnement non seulement au quotidien mais aussi à un niveau stratégique. D'autre part, l'hôpital est soumis à un fort processus de différenciation ce qui accentue le manque de coordination.

1.1.2 Une différenciation asphyxiante non compensée par l'intégration

A) Un processus de différenciation fort.

La notion de différenciation a été développée par LAWRENCE et LORSCH⁴ qui entendent ainsi rendre compte du fait que la structure même de l'hôpital induit pour chaque service des relations avec un sous environnement qui lui est propre (patient, sociétés savantes...) de même pour la technostucture (tutelles). Les

⁴LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation, 1973.

caractéristiques des relations avec le sous-environnement définissent des modes d'organisation spécifiques à chaque service.

La différenciation est nécessaire car elle est la traduction de la spécialisation des services et permet une véritable adéquation avec un environnement spécifique. Mais elle est aussi un obstacle à la communication et à la coopération au sein de l'institution qui s'en retrouve encore davantage fragmentée.

Il existe plusieurs types de différenciation à l'hôpital:

- *La différenciation monde administratif / monde médical*

Alors même que l'équilibre de l'institution dépend de la coopération entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, les antagonismes dominant trop souvent. C'est l'opposition entre d'un côté un monde professionnel qui a des objectifs qualitatifs, une déontologie et une grande liberté dans l'exercice des fonctions, et de l'autre côté un monde administratif qui a des objectifs quantitatifs et répond à un cadre réglementaire strict.

De plus, ces deux mondes ont une conception divergente de l'environnement. Ainsi, les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, les professionnels de santé extérieurs. Alors que les directeurs dans leurs relations avec la tutelle administrative, politique, les organismes de financement sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution.

Le groupe des médecins et celui des directeurs n'ont pas la possibilité d'affirmer l'un sur l'autre un leadership. Ils mènent alors des luttes d'influence dans laquelle les autres groupes d'acteurs constituent un enjeu.

D'ailleurs, les acteurs de ces deux groupes peuvent avoir une vision très critique de leurs «opposants». Ainsi, pour un chef de fédération du CH de Roubaix «*Le secteur administratif est trop compartimenté d'où son inefficacité. Les médecins connaissent le même problème il y a dix ans mais ils ont fait leur révolution culturelle. Le système est encore trop pyramidal*»⁵

Cette différenciation forte car culturelle est très défavorable à l'hôpital car elle ne permet pas l'unicité de l'institution, l'élaboration d'une stratégie globale, et provoque des dysfonctionnements quotidiens.

- *La différenciation services logistiques/opérationnels*

⁵Entretien en date du 20 juillet 2004.

Comme l'indique M.CREMADEZ⁶ « les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie...) appartiennent à l'univers administratif ». Ils se situent donc dans une dynamique de recherche de la rentabilité, ce qui les sépare des centres opérationnels, alors même qu'au quotidien des liens étroits sont nécessaires pour garantir une qualité optimale au patient.

Quant à la logistique technique (plateau technique), elle se situe au coeur des tensions nées de cette différenciation. En effet, ces services se situent dans le centre opérationnel et sont essentiels pour les médecins et le rayonnement de leur spécialité. Alors que pour la technostructure la logistique technique représente un investissement important et qu'elle se doit de contrôler. De plus en plus, le secteur logistique se heurte au secteur médical, qui avec le développement des nouvelles technologies, accroît sa demande d'équipements nouveaux.

- *La différenciation au sein du centre opérationnel*

Il s'agit surtout d'une différenciation entre le corps médical et paramédical. En effet, le rôle des soignants auprès des malades a pris de plus en plus d'importance. D'autre part, la hiérarchie soignante échappe souvent à l'autorité du chef de service. Ainsi, le cadre soignant prend des décisions pour l'organisation des soins avec le soutien de la Direction des soins.

B) Une intégration insuffisante.

Afin de réduire les effets néfastes d'un trop fort degré de différenciation, l'hôpital met en place des modalités d'intégration qui ont ainsi été énumérées par M.CREMADEZ⁷:

- *L'intégration par la voie hiérarchique*

Ce processus d'intégration ne s'applique qu'au sommet stratégique dans ses relations avec la technostructure et la logistique puisque entre ces rôles de véritables rapports hiérarchiques existent.

- *L'intégration par les procédures et les standards*

C'est à nouveau le sommet stratégique qui est concerné par ce mode d'intégration. En effet, le domaine des procédures s'applique particulièrement aux relations opérationnelles et notamment au niveau financier, comptable et gestion du personnel. Cependant, le développement de l'informatique médical ainsi que de la

⁶CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n°266, pp 285-306.

⁷CREMADEZ.M, GRATEAU.F, *Le management stratégique hospitalier*, Intereditions,1992.

démarche qualité permet un élargissement de cette intégration au niveau des services de soins surtout par l'intermédiaire du chef de service et du cadre de santé.

- *L'intégration par des ajustements mutuels.*

C'est le mode d'intégration le plus fréquent au sein du centre opérationnel. La difficulté réside dans le fait que rien ne soit formalisé et qu'ainsi aucune stratégie sur le long terme ne soit envisageable.

Les comités et commissions permanentes (Comité de direction, CME...) permettent aussi cette intégration en favorisant le dialogue entre les acteurs de l'organisation mais cela reste insuffisant pour contrebalancer le poids de la différenciation à l'hôpital.

L'organisation de l'hôpital subit donc de nombreuses forces centrifuges qui mettent en péril ses projets voir même l'élaboration d'une stratégie. Les caractéristiques explicitées jusqu'ici crée une certaine dynamique de l'organisation hospitalière que nous allons maintenant décrire.

1.1.3 Une dynamique peu axée sur la stratégie

Après avoir étudié les grands traits de l'organisation interne de l'hôpital, il est important d'en étudier les conséquences sur sa dynamique. Ceci permet de démontrer que la scission entre le sommet stratégique et les centres opérationnels ainsi que le fort degré de différenciation de la structure ont un impact négatif sur son dynamisme.

A) Des décisions et une stratégie réactives.

- *Une pratique décisionnelle de type incrémental*

A l'hôpital, les décisions prises ne sont que le résultat d'une coalition précaire. Les différenciations entre acteurs et en particulier entre directeurs et médecins ne permettent pas d'élaborer des décisions en fonction d'une stratégie établie, la décision n'est que le produit d'un équilibre momentané des forces en présence. Le directeur général, qui a ce pouvoir de décision, recherche avant tout un consensus à court terme afin de satisfaire les tutelles et le centre opérationnel. La manipulation est le maître mot dans cette pratique décisionnelle : il s'agit de faire pression de manière assez forte et convaincante afin d'obtenir une décision favorable à son unité. C'est une attitude réactive et non réflexive qui met en péril la cohésion globale de l'hôpital.

- *Un processus stratégique de type « émergent ».*

La stratégie de l'organisation hospitalière n'est pas voulue, elle est le fruit de décisions, d'allocations de ressources qui ont un but plus opérationnel que stratégique. La stratégie est dépréciée au profit d'une politique faite d'ajustements quotidiens et non de prospections sur le long terme.

B) Un repli sur l'institution sans sentiment d'appartenance.

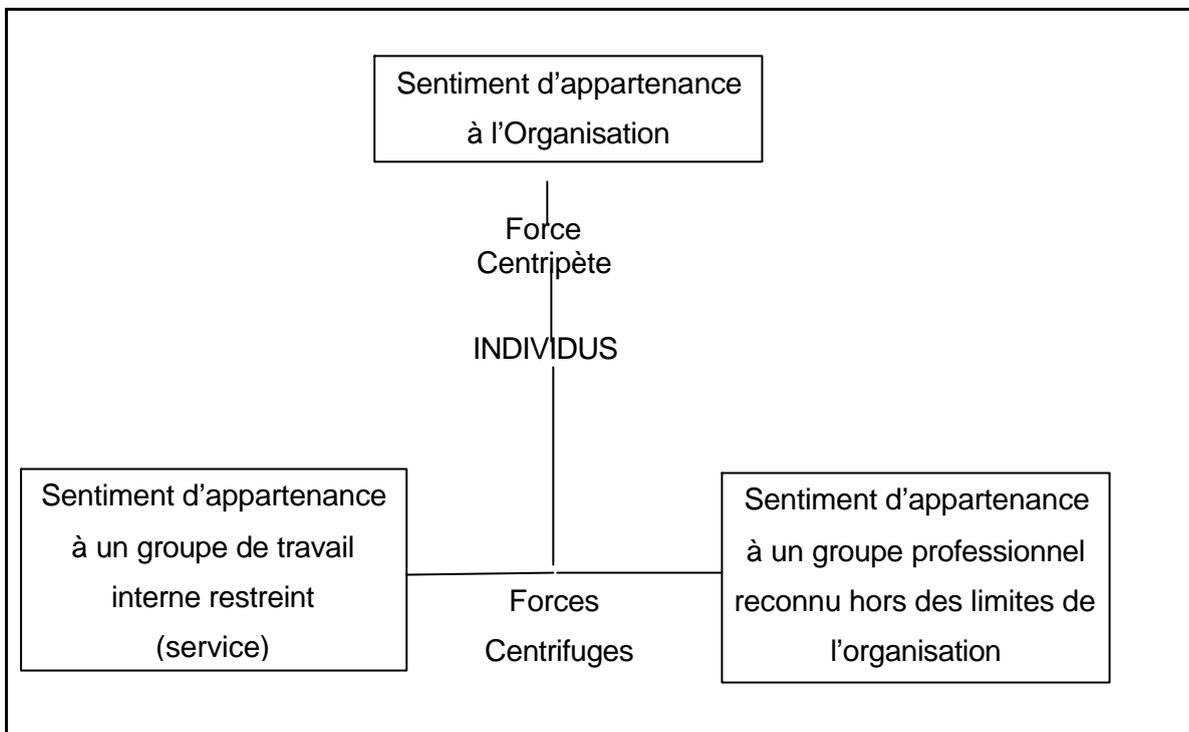
- *Une fermeture vis-à-vis de l'environnement*

L'hôpital a trop souvent tendance à considérer son environnement comme hostile. Par conséquent, il ne procède que rarement à une étude de son marché et lie peu de collaborations avec d'autres structures hospitalières. Cet enfermement a des conséquences importantes : une aggravation des conflits internes, une difficulté d'arbitrage du fait de la méconnaissance des solutions externes, une valorisation de l'efficacité interne et non de l'efficacité externe, une gestion « rétroviseur » qui s'appuie sur des constats passés et non sur une vision prévisionnelle. L'environnement est trop souvent considéré comme une contrainte, et les membres de l'organisation ont tendance à avoir à son encontre une attitude réactive. L'institution hospitalière est centrée sur elle-même. Le danger est alors une crise de légitimité due au divorce entre les attentes des usagers et les services offerts par l'hôpital. La différenciation entre le sommet stratégique et le centre opérationnel est principalement à l'origine de ce rejet de l'environnement.

- *Une appartenance insuffisante à l'organisation*

L'hôpital rencontre des forces centrifuges importantes qui ne permettent pas l'instauration d'un sentiment fort d'appartenance à l'institution. Le schéma suivant⁸ explicite les différents sentiments d'appartenance existants à l'intérieur d'une même institution.

⁸CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n°266, pp 285-306.



A l'hôpital, se développe essentiellement le sentiment d'appartenir à un service avec ses pratiques, sa hiérarchie ceci est notamment du à l'extrême décentralisation du centre opérationnel. Existe aussi le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel (médecins, infirmières...) revendiquant un leadership dans son domaine. Par conséquent « *l'autonomie permet non seulement à certains professionnels d'ignorer les besoins de leurs clients, elle encourage aussi beaucoup d'entre eux à ignorer les besoins de l'organisation.* »⁹

Cette absence de sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière augmente encore la complexité du rôle du Directeur car tout volonté d'unicité de l'organisation se heurte à ces sentiments différenciés.

L'hôpital est profondément marqué par une structure complexe et très stratifiée. Cette organisation est un poids au détriment de la mise en place d'une dynamique. Le descriptif de l'organisation hospitalière aboutit au diagnostic suivant: l'institution hospitalière a des difficultés au niveau quotidien et stratégique principalement du fait de la scission entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

Par conséquent, il apparaît important de revoir l'approche globale de l'institution hospitalière. Le management peut alors être utilisé comme outil afin de modifier les rapports entre les acteurs de l'hôpital.

⁹MINTZBERG.H, *op.cit.*

1.2 Face à l'accroissement de la complexité hospitalière, la transversalité est un remède.

Les solutions, pour remédier à la complexité hospitalière, passent par une évolution de la gouvernance c'est à dire la mise au point et le respect des règles qui guident et limitent la conduite de ceux qui agissent au nom de l'hôpital.

1.2.1 Des évolutions problématiques

Ces quinze dernières années, l'institution hospitalière a connu de nombreuses « secousses ». L'hôpital est soumis à un nombre important de pressions économiques, sociales, politiques. Or, la complexité de sa structure ne lui permet pas de s'adapter en conséquence. En effet, ses traits caractéristiques se sont encore davantage affirmés.

A) L'accroissement de la différenciation organisationnelle

A l'heure actuelle le processus de différenciation progresse à l'hôpital et ce pour plusieurs raisons.

a) Une nouvelle opposition

C'est tout d'abord le résultat de l'affirmation de son rôle propre par chacun des deux groupes du centre opérationnel (médecins/soignants). L'émergence d'un pouvoir soignant opacifie encore davantage une structure hospitalière déjà fort complexe. C'est la loi du 31 juillet 1991 qui a donné un rôle central au service infirmier en indiquant notamment « *Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction* ». La crainte que l'on peut alors exprimer et qui s'est réalisée est la création « *d'un service de plus comme il existe des chefferies médicales et des directions fonctionnelles, avec une logique administrative spécifique, une unicité organisationnelle ad hoc, une pyramide hiérarchique idoine, une masse bureaucratique dirimante* »¹⁰ D'autre part, on assiste à une multiplication des niveaux hiérarchiques chez les soignants (Quatre niveaux: Coordinateurs des soins/Directeur des soins/Cadre supérieur de santé/Cadre de santé) ce qui construit un système hiérarchique pyramidal contrairement aux médecins qui ont une organisation plutôt plate: ceci a pour conséquence des conflits de territoire. Le

¹⁰LEONARD.J.L, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*, TSA Editions, 1994.

titulaire de l'autorité est alors difficile à identifier. Pour exemple¹¹, cette ambiguïté est présente au coeur des rapports entre un médecin chef de service et un cadre de santé:

- le chef de service délègue et contrôle les activités du cadre de santé et de son équipe.
 - mais, le chef de service a également des liens de partenariat avec le cadre de santé.
- Ainsi, en ce qui concerne la définition du rôle propre du cadre de santé la responsabilité en revient au directeur de soins et non au chef de service.

b) Une démarche qualité qui divise.

La démarche qualité mise en place ces dernières années, notamment dans le cadre de la procédure d'accréditation, est également un terrain d'affrontement du groupe des médecins et de celui des soignants. En effet, il est possible de remarquer que les soignants se sont massivement investis dans cette démarche par l'élaboration de protocoles de soins, la participation aux groupes d'auto évaluation, la formation... Ce qui n'est pas le cas des médecins (voir même des directeurs) qui sont peu préoccupés par le processus de l'accréditation et remettent peu en cause leurs pratiques. (La notion d'évaluation est peu développée dans le corps médical contrairement aux soignants).

c) La position complexe du Directeur

Le directeur essaye de limiter les effets de la différenciation en établissant de nouveaux liens avec les acteurs.

Face au pouvoir croissant des soignants, le Directeur (général et adjoint) tente d'instaurer avec ce groupe un dialogue afin de restaurer un lien réel entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Cette tentative a notamment lieu grâce à la commission des soins infirmiers, mais aussi par l'intermédiaire du directeur de soins appartenant à l'équipe de direction. Néanmoins, cette pratique est encore trop timide et ne permet pas de contrer l'important niveau de différenciation existant dans l'organisation hospitalière. Il s'agit ici, comme l'indique Michel CREMADEZ, de susciter «*une évolution de la conception du métier et une réorientation des ressources du corps des directeurs*¹² ». L'expérimentation des nouveaux rôles des directeurs au Centre hospitalier de Roubaix peut, comme nous le verrons, faciliter leur positionnement et aboutir à cette nécessaire évolution.

Evidemment, l'affirmation des différences de chaque profession est importante afin que la reconnaissance existe pour tous. Il faut cependant que cette différenciation se

¹¹NIZARD.G, *L'hôpital en turbulence*, Privat, 1995.

¹²CREMADEZ.M, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?* Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2003, n°490,pp.42-49.

fasse dans un cadre intégratif afin de favoriser la coordination et la coopération entre les acteurs de l'hôpital. Mais, les capacités d'intégration de l'hôpital demeurent trop faibles.

B) Une force d'intégration insuffisante

Malgré des innovations réelles les processus d'intégration ne sont pas assez forts pour maîtriser le niveau de différenciation de l'hôpital. Le projet d'établissement, la coopération non hiérarchique ne sont pas encore assez ancrés dans la culture hospitalière. Il faut alors tirer les leçons des expérimentations passées afin de créer une dynamique de dialogue luttant contre la complexité hospitalière.

a) *La révolution du projet d'établissement n'a pas encore eu lieu.*

La loi du 31 juillet 1991 a prévu l'élaboration de projets d'établissements par les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. Ces projets, dont l'adoption est obligatoire, déterminent les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont les établissements doivent disposer pour réaliser leurs objectifs. Ainsi, ils sont subordonnés aux orientations médicales. Cette démarche oblige les établissements à réfléchir sur leur évolution à moyen terme en impliquant et motivant les différentes catégories de personnels. Cette réforme suppose une approche globale, stratégique et collective de l'institution hospitalière. Le temps de réflexion nécessaire à l'élaboration des différents projets (projet social, médical, paramédical...) composants le projet d'établissement est rassembleur car des objectifs communs doivent être définis. Le projet d'établissement est une chance de rétablir une collaboration, un dialogue entre les différentes catégories d'acteurs, en effet « *cette idée simple (faire un projet) porte, en elle, la clef de la complexité à l'hôpital*¹³ ».

Mais, « *le passage de la réflexion à l'action reste toujours difficile*¹⁴ ». Tout d'abord, tous les hôpitaux ne se sont pas appropriés la démarche du projet d'établissement. Selon une enquête effectuée auprès des ARH, moins de la moitié (45 %) des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1er janvier 2002. Cette moyenne recouvre des écarts importants entre régions : ils sont 21 % en Basse-Normandie, 81 % dans le Nord-Pas-de-Calais. Les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes confirment l'absence, dix ans après la loi qui les a rendus obligatoires, de projets dans de nombreux hôpitaux¹⁵.

¹³ LEONARD.J.L, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*, TSA Editions, 1994.

¹⁴ CREMADEZ.M, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?* Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2003, n°490, pp.42-49.

¹⁵ In www.vie-publique.fr

D'autre part, on peut observer qu'une fois le travail de concertation effectué, il n'y a pas d'application ni d'évaluation communes aux acteurs, la différenciation est à nouveau à l'oeuvre.

b) L'intégration sans hiérarchie.

Comme nous l'avons vu l'intégration de type « classique » par la hiérarchie n'est pas possible à l'hôpital puisque la ligne hiérarchique entre le centre opérationnel et le sommet stratégique est brisée. Des voies de coopération institutionnelle doivent alors se développer entre les acteurs hospitaliers sans qu'elles reposent sur la hiérarchie. D'où l'importance du dialogue entre toutes ces catégories professionnelles. La coopération au sommet entre le Directeur général, le Président de la CME et le Directeur du service des soins infirmiers doit être exemplaire et drainer dans l'ensemble de l'établissement l'image d'un dialogue nécessaire et constructif. La difficulté est que ce processus est très dépendant de la personnalité de chacun et de l'entente des acteurs.

c) Les leçons à tirer de l'expérience des fédérations.

Pour faire face à cette complexité organisationnelle endémique de l'hôpital, les pouvoirs publics ont donné la possibilité, dans les années 80, de regroupement de services en départements ou en fédérations. Le but de cette réforme était donc de favoriser une mutualisation des moyens, des compétences afin de lutter contre les forces centrifuges qui dominaient l'organisation hospitalière. Ces regroupements n'ont pas véritablement suscité un engouement cependant cette expérience permet de tirer des leçons essentielles afin d'ancrer davantage l'intégration à l'hôpital¹⁶.

- L'intégration doit passer par une appropriation d'une dimension stratégique de l'établissement par un groupe d'acteurs.
- Les structures de concertation formelles (conseil de département, de fédération) ont du mal à exister et à aborder des dimensions stratégiques.
- Les structures de coopération (type fédération ou département) ont un cycle de vie court: une fois que les acteurs les composants ont assimilé les enjeux et les modes de fonctionnement, ils se désintéressent de la structure elle même.

Ces quelques leçons sont particulièrement pertinentes notamment dans le cadre de la mise en place d'un nouveau mode de regroupement et de coopération que sont les pôles médicaux. Ces pôles devront donc avant tout contenir une dimension stratégique.

¹⁶CREMADEZ.M, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?* Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2003, n°490,pp.42-49.

La complexité de l'hôpital ne cesse donc de croître et les remèdes jusqu'alors administrés se sont révélés inefficaces puisque ne créant pas de coopération entre sommet stratégique et centre opérationnel. Cet échec est sans doute du au fait que les bons outils ne sont pas mis en oeuvre. Agir par le management et introduire de la transversalité pourraient être des solutions salvatrices.

1.2.2 Des solutions basées sur le management et la transversalité.

Afin de remédier au manque de coopération et de communication existant au sein de l'institution hospitalière, un renforcement du management de celle-ci est une possibilité. A l'heure actuelle du fait de la complexité organisationnelle de l'hôpital, est en place « *un management en creux, induisant, subséquent, de l'immobilisme, de la rigidité, du repliement sur soi, de la gestion au rétroviseur (...)*¹⁷ ».

Comme l'écrit Georges NIZARD « *l'hôpital manque de souplesse, il est sous-managé*¹⁸ ». Dans ce cadre, l'évolution du sommet stratégique par l'introduction de transversalité, mais aussi par un management permettant à chacun de découvrir le domaine d'action de l'autre et de partager des problématiques est essentielle.

A) L'évolution du sommet stratégique.

Pour atténuer la complexité organisationnelle, il paraît judicieux que le sommet stratégique donne l'exemple en empruntant la voie du changement et notamment de la transversalité, comme l'indique Marilou Follez-Leighton « *L'évolution actuelle appelle à davantage de transversalité et de complémentarité*¹⁹ ». La communication, la coopération, l'efficacité constituent des buts à atteindre et peuvent l'être par le sommet stratégique grâce à une participation accrue à la construction de la stratégie de l'établissement mais aussi à une approche de proximité.

a) *Un management stratégique.*

Il faut valoriser le fait que le Directeur ait un rôle stratégique de fond qui est « *d'accomplir les missions de santé publique dans le cadre du projet d'établissement*²⁰ ».

Il est important que les directeurs mettent en avant la stratégie et en fassent un outil de coopération intra institutionnelle. La stratégie est avant tout l'art d'organiser les relations de la structure avec son environnement.

¹⁷ LEONARD.J.L, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*, TSA Editions, 1994.

¹⁸ G.NIZARD, *Techniques de management: « il faut de l'inédit! »*, Hospimédia, 28 juin 2004.

¹⁹ FOLLEZ-LEIGHTON.M, *Management à l'hôpital : davantage de transversalité et de complémentarité*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.14.

²⁰ Entretien avec le Directeur Général du CH de Roubaix en date du 8 avril 2004.

La construction stratégique peut avoir le sommet stratégique pour origine car celui-ci a une bonne connaissance de l'environnement. Mais, cela implique également une concertation des acteurs hospitaliers concernés car eux disposent d'une connaissance du terrain. La stratégie doit être le produit de la rencontre des expertises du sommet stratégique et du centre opérationnel. Ici encore la problématique de la coopération entre les différentes strates va se poser, mais la dynamique même de la stratégie et de la construction de projets permet de susciter un véritable dialogue. Le développement d'une stratégie à l'hôpital permet un changement de logiques en effet, « *elle combine les stratégies individuelles dans une stratégie d'ensemble, et déplace l'attention des attributions aux contributions*²¹ ». L'intérêt principal de la stratégie est qu'il s'agit d'une approche globale et **transversale** qui permet ainsi de surmonter les clivages qui séparent les acteurs de l'organisation. En effet, « *l'appropriation de la dimension stratégique par les hospitaliers rend possible l'institution d'un management de proximité au plus proche des activités permettant de remédier à l'éclatement, l'atomisation traditionnelle de celle-ci* ²²»

Dès lors, la difficulté est de passer de l'individuel au collectif: tous les acteurs doivent apprendre à se rassembler autour d'un projet. Il revient au directeur d'instaurer cette dynamique de collaboration autour d'un projet : « *Le directeur a un rôle de médiation, de facilitateur. Son rôle est d'aider les acteurs à trouver une solution. Cette capacité d'animation est l'expression d'un leadership*²³ ». Pour l'avenir de l'institution, il est important que les directeurs s'engagent dans la réflexion stratégique. Il faut qu'ils développent un rôle d'animateur stratégique de l'institution. « *Il est du rôle des directeurs d'accompagner les grands objectifs stratégiques de l'établissement, le corps médical n'étant pas prêt à assumer cette fonction*²⁴ ». Il apparaît essentiel de réconcilier les compétences fonctionnelles et celles de manager (stratégie). Le directeur doit davantage se recentrer sur ce rôle stratégique et abandonner les domaines opérationnels qui sont alors remis à des spécialistes²⁵. Comme le note M.CREMADEZ «*Le directeur à un rôle d'impulsion, d'accompagnement de la stratégie et de mise en correspondance des acteurs de cette stratégie. Il faut veiller à ne pas introduire dans la stratégie la complexité des directions fonctionnelles*²⁶ ».

Aujourd'hui, le management de l'hôpital relève de la capacité à réunir les compétences scientifiques, médicales, techniques, soignantes et managériales. Le

²¹ ANDRE-LANDINAT Camille, *Pour un autre management hospitalier*, Gestions hospitalières, juin-juillet 1995, n°347, pp.456-460.

²² CAUVIN.C, CREMADEZ.M, *Quelles structures pour les hôpitaux?*, Gestions Hospitalières, août-septembre 2001, n°167, pp.591-609.

²³ Entretien avec Michel CREMADEZ, Professeur de stratégie et politique d'entreprise, en date du 27 mai 2004.

²⁴ Entretien avec le Directeur général du CH de Roubaix en date du 8 avril 2004.

²⁵ CREMADEZ.M, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?* Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2003, n°490, pp.42-49.

²⁶ Entretien avec Michel CREMADEZ, Professeur de stratégie et politique d'entreprise, en date du 27 mai 2004.

directeur de par sa formation et sa position dans l'institution paraît être le mieux placé pour remplir ce rôle. Ce repositionnement des directeurs « *leur ouvre l'accès à des rôles de manager adaptés à leur expérience grâce, notamment, à l'identification et l'attribution de responsabilités de gestion de projets au sein de l'hôpital*²⁷ ». Dans ce cadre, le rôle du directeur est de combiner les stratégies individuelles dans une stratégie d'ensemble. Il s'agit de fédérer les forces vives de l'institution au service d'un projet stratégique. La transversalité est donc bien au coeur de toute stratégie mise en place. La formation des directeurs doit alors valoriser ce rôle de manager de projets et ses spécificités dans le monde hospitalier.

Le directeur est désormais un guide pour les acteurs dans l'élaboration d'une stratégie de l'institution. Afin de renforcer la coopération avec les acteurs de l'institution un rapprochement du terrain est également pertinent.

b) un management de proximité.

Il est très souvent reproché aux directeurs d'être trop éloigné du terrain et de méconnaître les difficultés et les besoins des services de soins.

Pour les agents de terrain, les directeurs sont dans des tours d'ivoire et méconnaissent les « irritants » du quotidien: « *les directeurs sont trop souvent enfermés dans des bunkers*²⁸ ». Il en découle une véritable méconnaissance de l'organisation du sommet stratégique, de la répartition des compétences entre directeurs et de leurs capacités d'action. Dès lors les problématiques récurrentes sont peu résolues « *Quand il faut plusieurs signatures et 48 heures pour changer une ampoule cassée ou obtenir une boîte de trombones, il est temps de se poser des questions*²⁹. » Du fait de son éloignement du terrain, l'administration, et par conséquent les directeurs, n'ont pas de procédures de décision adaptées au centre opérationnel.

Dès lors les relations entre le sommet stratégique et le centre opérationnel sont mauvaises, les unités estimant que les directeurs ne sont pas au fait de leurs problématiques quotidiennes. Les rapports avec l'administration sont considérés comme étant difficiles par un quart des chefs de service et même mauvais par 8% d'entre eux³⁰.

Cet éloignement des directeurs est fortement ressenti dans le quotidien des services de soins : « *Nombre de problème concrets paraissent peu intéresser les*

²⁷CREMADEZ.M, *Evolution de la gouvernance. Un enjeu capital pour l'hôpital*, Gestions hospitalières, Novembre 2003, pp726-731.

²⁸Entretien avec un Directeur de soins du CH de Roubaix en date du 21 avril 2004.

²⁹G.NIZARD, *Techniques de management: « il faut de l'inédit! »*, Hospimédia, 28 juin 2004.

³⁰GABILLA T.C, *Hôpitaux: les médecins veulent plus de pouvoir*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.16.

directeurs telles que les difficultés du personnel de base (ASH, Agent d'entretien, secrétaire...) souvent peu reconnus et démotivés³¹ ».

C'est dans ce cadre que peut se développer le concept de transversalité au sein du centre opérationnel: le directeur ne se limite pas à l'élaboration de la stratégie de son service, à l'exercice de ses compétences fonctionnelles... il se rapproche également du centre opérationnel afin de l'aider dans son quotidien.

La stratégie est certes essentielle mais l'attente première du centre opérationnelle est une réponse rapide aux dysfonctionnements qui pèse sur leur activité et sur la prestation qu'ils offrent aux patients. Ainsi, « *Si un service rencontre de nombreux irritants du quotidien, sa stratégie sur le long terme n'est pas une priorité. Le directeur ne peut faire fi du quotidien³².* » Certes il n'est pas du rôle premier du directeur de régler concrètement un problème de repas, de linge, de fuites... mais il est de sa responsabilité d'organiser une réponse satisfaisante fourni par ses collaborateurs (attachés d'administration, adjoints des cadres...). « *Les directeurs se doivent de répondre aux demandes réelles des unités (positivement ou négativement) et donc aux vrais problèmes de terrain. L'autarcie décisionnelle ne peut fonctionner sans une certaine forme de « tour d'ivoire »³³.* »

Même si le directeur n'élabore pas lui même toutes les solutions qui sont apportées aux « irritants » rencontrés par les services de soins, il est important qu'il affirme son rôle d'interlocuteur auprès de ces services et en particulier auprès du chef de service et du cadre de santé « *Le directeur doit être présent dans les moments qui structurent une activité. Puis des rencontres régulières avec l'équipe soignante doivent avoir lieu pour faire le point et élaborer des actions correctrices éventuelles³⁴.* »

A travers des projets, des contacts réguliers, les directeurs doivent se montrer présents et attentifs à l'égard du centre opérationnel ainsi « *le médecin a besoin d'une référence au niveau de la direction³⁵.* »

C'est sur ce terrain de la transversalité que les directeurs ont le plus à démontrer. Cette proximité si elle s'instaure véritablement permet d'établir une organisation moins complexe, plus plate dans laquelle le dialogue institutionnel est réel. C'est une solution alternative à la hiérarchie qui n'est pas pertinente dans le cadre de l'organisation hospitalière, en effet « *l'application du principe hiérarchique (un subordonné= un chef et un seul) est de plus en plus anachronique³⁶.* »

³¹Entretien avec le chef de service de pédiatrie en date du 19 juillet 2004.

³²Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

³³Entretien avec un Directeur de soins du CH de Roubaix en date du 22 juin 2004.

³⁴Entretien avec Michel CREMADEZ, Professeur de stratégie et politique d'entreprise, en date du 27 mai 2004.

³⁵Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

³⁶CREMADEZ.M, *Evolution de la gouvernance. Un enjeu capital pour l'hôpital*, Gestions hospitalières, Novembre 2003, pp726-731.

L'administration de transversalité grâce à la stratégie mais aussi à un management de proximité est un remède qui paraît efficace contre la complexité hospitalière « *l'appropriation de la dimension stratégique par les hospitaliers rend possible l'institution d'un management de proximité au plus proche des activités, permettant de remédier à l'éclatement, l'atomisation traditionnels de celles-ci*³⁷. ». Maintenant que la nécessaire évolution du sommet stratégique vers plus de transversalité est démontrée, il faut étudier plus en détail les outils concrets permettant d'en instaurer davantage.

B) L'innovation managériale au service de la transversalité à l'hôpital.

Les circuits de décision, les relations de pouvoir sont particulièrement complexes à l'hôpital ne permettant pas une gestion concertée. Afin de sortir de l'impasse que l'institution hospitalière rencontre, les structures comme les acteurs doivent évoluer et innover. Comme l'indique Georges Nizard « *Il faut innover, inventer, il faut de l'inédit*³⁸. » Nombre de propositions ont été faites et parfois expérimentées depuis nombre d'années et relancées pour certaines par le plan Hôpital 2007.

a) De nouvelles structures.

Les structures qui ont déjà pu être mises en place (fédérations, départements...) ainsi que les instances existantes ne sont pas suffisantes pour établir un dialogue constructif. Il est alors possible de faire des propositions innovantes reposant essentiellement sur une démarche stratégique et participative intégrant les logiques et les compétences des différents acteurs hospitaliers.

- Vers un directoire?

Pour disposer d'une direction efficiente, il s'agit d'instituer une direction participative par les objectifs. Dès lors, les programmes, les projets, les politiques sont élaborés par le directeur mais également par des collaborateurs proches spécialistes et des médecins associés à la décision. Cette nouvelle structure constitue un directoire permettant une déconcentration des responsabilités. Constituer un comité de direction intégrant des médecins doit permettre de renforcer la cohésion, d'améliorer la pertinence des décisions et de faciliter leur mise en oeuvre. Ce directoire serait notamment un lieu de partage de l'information et d'échange de points de vue: la communication entre sommet

³⁷CAUVIN.C,CREMADEZ.M, *Quelles structures pour les hôpitaux?*,Gestions Hospitalières, août-septembre 2001, n°167,pp.591-609.

³⁸G.NIZARD, *Techniques de management: « il faut de l'inédit! »*,Hospimédia, 28 juin 2004.

stratégique et centre opérationnel serait ainsi meilleure. Cette base théorique est forte intéressante mais en pratique tout va dépendre des capacités managériales du directeur.

Afin d'éloigner les notions de pouvoir propre, de territoire, qui nuiraient à cette nouvelle approche, il peut être pertinent de favoriser la coordination de façon institutionnelle en mettant en place, par exemple, un comité stratégique composé du directeur, du président de la CME et du directeur du service de soins infirmiers comme dans les pays anglo-saxons. Ce type de structure permet de dépasser la dichotomie administratif/ soignant et d'apprendre à décider ensemble.

L'idée d'une instance de préparation à la décision composée de médecins et de directeurs est reprise dans le plan de réforme de la gouvernance hospitalière avec l'instauration d'un comité exécutif.

Ce type de structure paraît pertinent, car il permet, non pas une décision collective, mais une collégialité, une rationalité dans les procédures d'élaboration de la décision.

- *Les pôles médicaux.*

Le regroupement des services appartenant au centre opérationnel a toujours été une idée avancée pour remédier à la complexité de l'hôpital et garantir l'efficacité. Après les expériences décevantes des fédérations et des départements, l'idée de pôles médicaux est valorisée et posée dans le plan Hôpital 2007.

Afin que les médecins participent davantage au processus de prise de décision à l'hôpital, il faut faire émerger au niveau du centre opérationnel une responsabilité stratégique, car les politiques stratégiques, les grandes décisions, ne peuvent être définies sans le regroupement de plusieurs unités fonctionnelles. Le critère stratégique apparaît être le plus pertinent pour procéder à la constitution de pôles médicaux.

A la tête de ces pôles un responsable médical est l'interlocuteur privilégié de la direction en terme de stratégie, de politique.

L'intérêt principal des pôles est qu'ils peuvent constituer un lieu d'intégration entre les unités de base et le sommet stratégique. Le pôle permet d'établir le lien manquant entre direction et corps médical, c'est une véritable évolution du mode de gouvernance. Les relations entre les pôles et la direction sont normalisées sur la base d'une contractualisation définissant les objectifs poursuivis par les pôles et les moyens qui leur sont dévolus. Cette contractualisation permet de garantir la transparence et la cohérence entre les projets et les moyens impartis aux pôles.

L'organisation en pôles d'activités médicales paraît être une solution adaptée à l'hôpital afin d'aller vers plus de concertation et de cohérence entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

b) De nouvelles fonctions.

Les structures évoluant, les acteurs doivent également définir leurs nouveaux rôles. L'idée est d'ouvrir les domaines d'action de chacun pour qu'il y ait une rencontre entre les acteurs, une compréhension mutuelle des problématiques de chacun.

- Des médecins plus impliqués dans la gestion.

Pour un meilleur fonctionnement quotidien, une partie des médecins a la conviction qu'une meilleure intégration entre les logiques médicales et gestionnaires est indispensable³⁹. En effet, nombre de médecins estime qu'ils ne participent pas assez à l'élaboration des décisions. Seul 53% des médecins participent à la plupart des décisions administratives concernant leur service. Ce chiffre n'est plus que de 16,3% quant aux décisions concernant l'institution hospitalière⁴⁰. Dans le cadre d'une évolution de la gouvernance hospitalière, les médecins participeraient davantage à la prise de décision mais ne deviendraient pas pour autant des gestionnaires: « *Les médecins eux se sont familiarisés avec les budgets, les groupes de dépense, la comptabilité analytique. Mais nous ne sommes pas des gestionnaires*⁴¹ ». Avec la constitution de pôles d'activités on assistera à une plus grande responsabilisation du corps médical puisqu'il sera désormais associé au processus de décision.

Cependant certains médecins s'opposent à cette évolution estimant que leur formation ne les invite pas à participer à la gestion, que cela ne relève pas de leurs fonctions « *Je ne suis pas favorable à la notion de pôles, estimant que les médecins ne doivent pas gérer les finances*⁴² ». De plus, pour certains praticiens, la création de pôles ne va que renforcer le pouvoir de certains médecins et non favoriser une coopération entre acteurs « *Le rôle des médecins, c'est de soigner, pas de gérer les équipes et les budgets. Cela ne donnera pas le pouvoir aux médecins, mais juste à quelques mandarins qui auront le pouvoir de partager un gâteau déjà minuscule*⁴³. » La pratique médicale dans un établissement public entraîne un minimum de connaissances en gestion, organisation... « *Le médecin, qu'il assume ou non une responsabilité de chef de service,*

³⁹RENAULT.C, *Pour une gouvernance qui associe médecins et gestionnaires*, Gestions hospitalières, novembre 2003, pp.723-725.

⁴⁰GABILLAT.C, *Hôpitaux: les médecins veulent plus de pouvoir*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.16.

⁴¹Pr GUY cité par BARRESI.V, *Faut-il changer le management à l'hôpital*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.12-13.

⁴²Entretien avec le chef de service de pédiatrie du CH de Roubaix en date du 19 juillet 2004.

⁴³Dr Rachel BOCHER, Présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers citée dans *Qui dirige l'hôpital ?*, Viva, avril 2004, pp 26-28.

est contraint de s'intéresser à des domaines qui ne sont pas strictement médicaux et appartiennent à l'univers de la gestion⁴⁴ ».

Même si des désaccords existent un certain nombre de praticiens sont prêts à s'engager dans cette voie et à tenter de convaincre leurs collègues.

- *Des directeurs plus proches des services.*

Grâce aux pôles mais aussi au directoire, les directeurs seront plus proches des services médicaux et devront aider les médecins dans leurs nouveaux rôles *« Avec les médecins, il faut parler vrai, établir une confiance. Le directeur peut faciliter les projets du médecin ce qui peut établir une réelle connivence. Le directeur doit aider les médecins à gérer des organisations très administratives⁴⁵ ».*

Ils peuvent être plus à l'écoute dans leur pratique quotidienne en élargissant leur domaine d'action et en ne se cantonnant plus uniquement à leurs compétences fonctionnelles. C'est ainsi que certains établissements expérimentent un organigramme de direction matriciel.

L'évolution d'un organigramme de direction peut être considérée comme un acte de management essentiel et volontariste. L'organigramme matriciel est un compromis entre un organigramme de type fonctionnel (découpage en fonction des tâches DRH, DAF...) et un organigramme divisionnel (départementalisation sur la base des produits...). L'organigramme matriciel combine une logique de fonctions et une logique de domaine d'activités, de projets ou de programmes. Chaque individu (directeur) doit répondre à ces deux logiques dans son fonctionnement quotidien. Pour que cela fonctionne correctement, il faut une définition claire des rôles de chacun, un système de planifications multiples et articulés, des personnes dotées de fortes compétences relationnelles. Comme l'écrit Henry MINTZBERG *« La structure matricielle est faite pour les organisations adultes⁴⁶ ».*

⁴⁴CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n°266, pp 285-306.

⁴⁵Entretien avec M.CREMADEZ en date du 27 mai 2004.

⁴⁶MINTZBERG.H, *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, 1982.

Direction

Fonctions Projets Programmes	D		D	D
	R		S	A
	H		I	F
Moteur A320			O	
Moteur A330				
Moteur A340				

Organigramme matriciel

Au niveau hospitalier, un organigramme matriciel a pour objectif principal de provoquer un rapprochement entre sommet stratégique et centre opérationnel. Ce système a notamment été mis en place au CH de Lourdes⁴⁷: les directeurs sont chargés à la fois de responsabilités fonctionnelles et de responsabilités opérationnelles. Pour ce faire, ils se rapprochent des acteurs concernés par le(s) secteur(s) d'activité dont ils ont la charge. Au CHU de Dijon un dispositif semblable est mis en place «*Des directeurs délégués auprès des pôles ont été créés, ils servent de relais, de facilitateur. (...) Pour les directeurs fonctionnels, cette dualité est l'occasion de se rapprocher du terrain*⁴⁸. » De même, comme nous le verrons en deuxième partie, le CH de Roubaix a mis en place une organisation similaire en créant des directeurs de discipline. Ce type d'organisation est récente (en 1997 au CH de Lourdes et en 2000 au CHU de Dijon) et demande à être évaluée mais elle apparaît comme une possibilité concrète de rapprochement entre les directeurs et le centre opérationnel.

La complexité de l'organisation hospitalière est réelle et se manifeste quotidiennement par un manque de concertation, de coordination entre les composantes de l'institution. L'hôpital est difficilement lisible. Or s'il veut faire face aux nombreux défis

⁴⁷BRUGERON.J-M,DANOS J-P, *L'organigramme de direction, outil privilégié d'un management rénové? La mise en place d'un organigramme matriciel au centre hospitalier de Lourdes*, Gestions hospitalières, février 1998, n°373, pp 99-104.

⁴⁸Entretien avec Alain LALIE Secrétaire général du CHU de Dijon en date du 17 mai 2004.

qui l'attendent une évolution est impérative. Agir par le management et introduire de la transversalité paraissent être des solutions pour réconcilier les acteurs d'une organisation fragmentée.

Le CH de Roubaix en mettant en place un organigramme matriciel a décidé d'adopter ce type de management. Il s'agit d'en étudier l'implantation et d'en faire une évaluation.

2. LA TRANSVERSALITE DANS LES FONCTIONS DE DIRECTION: LES DIRECTEURS DE DISCIPLINE AU CH DE ROUBAIX.

Le Centre Hospitalier de Roubaix, huitième Centre Hospitalier de France, est un hôpital de 1711 lits et places, doté d'un budget d'environ 170 millions d'Euros disposant d'une pluralité de services médicaux ainsi que de structures complémentaires importantes (Maison de Santé, Centre d'Education pour le Traitement du Diabète et des Maladies de la Nutrition, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce...).

Cette structure importante rencontre comme nombre d'hôpitaux, des difficultés d'organisation: rupture entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, absence de stratégie globale, forces centrifuges pesantes... Afin de remédier à ces dysfonctionnements, le choix de l'innovation est fait : un organigramme de type matriciel est expérimenté depuis trois ans dans le but de rapprocher les acteurs et de leur permettre ainsi d'élaborer des projets cohérents.

Il est important de décrire le processus de « création » de ce nouveau système ainsi que ses modalités de fonctionnement. Puis une première évaluation peut être ébauchée grâce à une enquête et des entretiens menés auprès des directeurs, des chefs de service et des cadres de santé.

2.1 Genèse et implantation du système des directeurs de discipline.

En retraçant le processus de création et de mise en place de ce nouveau type d'organisation à l'hôpital de Roubaix, on est amené à étudier un système qui a pour objet d'être une réponse à la complexité hospitalière et en particulier à la scission existant entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur de discipline est la manifestation concrète de la construction d'un organigramme matriciel puisqu'il est chargé de ses missions fonctionnelles classiques mais a aussi une responsabilité directe auprès des services qui lui ont été attribués. Dans un premier temps, retracer brièvement l'histoire institutionnelle de l'hôpital de Roubaix permet de mieux comprendre les impératifs de changement existants. Puis, le système des directeurs de discipline fera l'objet d'un exposé quant à sa création, son instauration, son rôle.

2.1.1 Historique.

L'hôpital de Roubaix connaissant certains dysfonctionnements, il était impératif de faire évoluer le mode de management pour moderniser la structure et le circuit de décision. Nombre d'acteurs institutionnels ont alors contribué à mettre en place un nouveau système.

A) Les spécificités roubaisiennes.

L'histoire de l'hôpital de Roubaix explique les difficultés managériales existant dans cette structure, le passé y est toujours prégnant.

a) Un hôpital important dans un environnement spécifique.

L'hôpital de Roubaix est une institution de poids du bassin nord est de la métropole lilloise. Sa population de référence (de 300 000 à 500 000 habitants selon les spécialités), l'éventail de ses savoir-faire (plus de quarante disciplines présentes) et sa taille (1500 lits installés, 3000 salariés) en font naturellement un établissement de "bassin", interface logique entre les autres structures de soins du secteur et le CHRU de Lille à l'instar de Lens ou de Valenciennes, par exemple. Mais la proximité de ce même CHRU, celle des établissements hospitaliers de la Faculté Catholique, ainsi que la présence d'un réseau serré de cliniques privées fortement concurrentes complexifient le système de recours sanitaire hiérarchisé qui se met en place progressivement dans les autres bassins.

Quelques chiffres éclairent l'activité de l'établissement:

-167 médecins (ETP)

-2 700 agents

Un ensemble cohérent de près de 1700 lits, assurant en moyenne, par an :

- 44 000 entrées + 12 000 séances de dialyse

- 62 000 passages aux Urgences

- 3 035 sorties des véhicules SMUR

- 180 000 consultations

- 2 500 naissances

L'état sanitaire des hommes et des femmes du Nord-Pas-de-Calais, est nettement plus défavorable que celui de la moyenne nationale. Au sein de cette région déjà défavorisée à ce titre, certains secteurs présentent encore une sur morbidité ajoutée. Le Nord-Est de la Métropole Lilloise en fait clairement partie. La ville de Roubaix a une population particulièrement jeune puisque 33% des roubaisiens a entre 0 et 19 ans. De

plus cette population est défavorisée: 22,4% est au chômage, 7%⁴⁹ touche le RMI et 49%⁵⁰ bénéficie de la CMU. L'hôpital de Roubaix doit s'adapter aux spécificités de la population, ce qu'il a pu faire en mettant en place la maison de santé.

L'hôpital de Roubaix doit donc faire face à un environnement concurrentiel mais aussi à une population précarisée. De plus, son histoire pèse fortement sur son management.

b) Un management marqué.

Pendant longtemps, l'organisation propre au CH de Roubaix est demeurée archaïque s'adaptant peu aux contraintes de son environnement. En effet, la région du Nord est très marquée par son passé de fleuron de l'industrie textile. Cette industrie avait un mode de fonctionnement très paternaliste dans lequel les ouvriers étaient protégés par leur patron. L'hôpital de Roubaix est marqué par cette histoire puisque l'un des hôpitaux qui le constitue a été construit grâce aux souscriptions des habitants (majoritairement des ouvriers) car la ville n'avait pas les moyens suffisants. Cet hôpital longtemps site principal, a été baptisé La Fraternité en souvenir de cet élan de générosité. Le management de l'hôpital s'est longtemps réduit à la transposition de la gouvernance de l'industrie textile: le directeur général était un « patron » pour les agents et la gestion était celle d'un bon père de famille laissant peu de place à la stratégie. Dès lors les relations entre les différents groupes de l'institution étaient rares et la scission forte. L'équipe de direction avait peu le droit à l'initiative et appliquait les décisions prises par le directeur, les contacts avec les services de soins étaient alors quasiment inexistantes. Ainsi un directeur adjoint présent à cette époque note « *Tout était organisé pour que tout passe par la Direction générale*⁵¹ ». Les contacts entre le centre opérationnel et le sommet stratégique étaient houleux : « *Il n'y avait aucune négociation, c'était uniquement un management par le conflit, «à prendre ou à laisser*⁵² ». L'arrivée, en 1999 d'un nouveau directeur général a modifié progressivement cet état des lieux. Comme il l'indique « *Quand j'ai pris la direction du CH de Roubaix, cet établissement souffrait d'un déficit stratégique fort*⁵³ ». Afin de combler les manques, notamment au niveau managérial et organisationnel, certains acteurs s'appuient sur leurs pratiques pour construire des solutions innovantes.

⁴⁹ Au 1er mai 2004, chiffre fourni par la mairie de Roubaix.

⁵⁰ Au 31 mai 2004, chiffre fourni par la CPAM de Roubaix.

⁵¹ Entretien avec un directeur adjoint en date du 5 août 2004.

⁵² Entretien avec un directeur adjoint en date du 5 août 2004.

⁵³ Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

B) L'apport des acteurs.

Dans la construction du système des directeurs de discipline, l'expérience des acteurs, en particulier celles du directeur général et du président de la CME, a été déterminante.

Le directeur général a des préoccupations d'ordre organisationnel mais aussi concernant la fonction même de directeur adjoint.

Le nouveau directeur vient du CHU de Lille dans lequel il dirigeait le pôle mère-enfant. Dans cette structure, il a voulu valoriser une démarche stratégique commune et donc une vraie collaboration entre médecins et direction. *« Pour comprendre (le système des directeurs de discipline), il faut remonter dix ans en arrière , à l'époque où je préparais l'ouverture de Jeanne de Flandres au CHU de Lille. Ce nouvel établissement regroupait des structures de 7 sites et allait devenir un pôle mère enfant. A l'époque, la vision de prise en charge globale du patient me paraissait capitale. Le rêve de départ étant de mettre les médecins au lit du patient et non que ce soit celui-ci qui bouge.⁵⁴ »*

Pour ce faire une analyse de la place des médecins dans l'organisation hospitalière est menée et les constats suivants sont faits: Petit à petit, deux nécessités opérationnelles se sont dégagées du rôle des médecins :

- ils portent l'évolution de leur discipline
- ils participent à l'organisation de la prise en charge du patient

La difficulté étant que ces deux opérationnalités sont assumées par le chef de service, ce qui ne paraît pas fonctionnel. Il fallait alors inventer un mode d'organisation dissociant les deux missions :

- un médecin chargé de sa discipline
- un médecin en charge de la gestion de l'organisation de la prise en charge du patient, d'où l'idée de pôles médicaux avec des responsables médicaux.

Deux choses devaient alors être ajustées :

- la coordination pôles /spécialités : la création de cliniques avec des représentants des spécialités médicales et des pôles l'a permise.
- L'autonomie de fonctionnement nécessitait cependant la présence de la représentation institutionnelle. *« Les deux directeurs adjoints présents pour cet établissement devenaient alors les interlocuteurs privilégiés des responsables de spécialités ⁵⁵»*. C'est ici l'ébauche de l'idée des directeurs de discipline.

Les directeurs doivent ainsi accompagner une discipline et aider les chefs de services à construire une stratégie, à développer un projet médical. Le directeur est également présent afin d'apporter des réponses que les services n'arrivent pas à obtenir du fait de la complexité organisationnelle de l'hôpital. Il est important d'aller vers plus de concertation

⁵⁴Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁵⁵Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

entre les acteurs de l'établissement car le directeur, face à la complexité hospitalière, « ne peut rester seul gestionnaire face à un émiettement de l'activité entre des structures indépendantes⁵⁶. »

D'autre part, le directeur général tient à défendre une certaine conception du métier de directeur « Une autre raison de fond correspond à une conviction idéologique: l'avenir du métier de directeur ne se situe pas dans un rôle de gestionnaire pur⁵⁷ ». Afin de se démarquer de la concurrence, les directeurs formés à l'ENSP doivent valoriser leur formation et leurs spécificités, notamment leurs connaissances en santé publique, en stratégie. « Si le directeur reste un gestionnaire pur, les spécificités de la fonction disparaissent, il s'agit de la « dignité » de notre métier⁵⁸ ». Les directeurs adjoints ne doivent pas se cantonner à un secteur spécialisé tel que les ressources humaines, les affaires financières mais s'ouvrir à l'ensemble de l'hôpital et en particulier créer un dialogue constructif avec le centre opérationnel. Comme l'indique Michel CREMADEZ « Le rôle du directeur devient important là où il y a des interfaces à gérer (projets globaux, structurants...)⁵⁹. » Le directeur n'est pas en charge du quotidien mais il peut être saisi d'un problème par un service et doit être alors capable d'enclencher les processus nécessaires pour une réponse efficace.

Le Président de la CME présent depuis plusieurs années au CH de Roubaix a, en observant les dysfonctionnements quotidiens, imaginé des méthodes en vue d'une meilleure collaboration entre sommet stratégique et centre opérationnel. « Le médecin a besoin d'une référence au niveau de la direction⁶⁰. »

Expliciter les spécificités propres à l'hôpital et à son environnement permet de mesurer la nécessité d'une réforme organisationnelle. Comprendre les apports de deux acteurs essentiels permet de comprendre l'orientation donnée à l'innovation managériale.

Il nous faut maintenant étudier précisément les modalités d'instauration des directeurs de discipline, leurs compétences ainsi que les conséquences institutionnelles en découlant.

2.1.2 La mise en place des directeurs de discipline.

⁵⁶ MAURY.F, *L'hôpital change. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière*, Gestions hospitalières, juin-juillet 1997, pp 414-420.

⁵⁷ Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁵⁸ Entretien avec le Directeur général en date du 8 avril 2004.

⁵⁹ Entretien avec M.CREMADEZ en date du 27 mai 2004.

⁶⁰ Entretien avec Mr le Président de la CME en date du 15 juillet 2004.

Le système des directeurs de discipline est une solution proposée pour mettre fin à la scission entre sommet stratégique et centre opérationnel et par conséquent pour valoriser l'élaboration d'une stratégie commune. La définition du rôle des directeurs de discipline témoigne de cette volonté. Puis l'étude du contexte de cette instauration et des premières réactions suscitées explicite les conséquences organisationnelles du système.

A) Un directeur de discipline: qu'est ce que c'est ?

Le système des directeurs de discipline, et par conséquent la mise en place d'un organigramme matriciel, sont le fruit d'une réflexion menée sur la nécessaire évolution de l'organisation hospitalière. Afin de mieux appréhender cette instauration d'un organigramme matriciel, il est important de définir le rôle et d'explicitier les compétences d'un directeur de discipline.

Direction

Fonctions	D R H	D S I O	D A F
Responsable de discipline			
Service de pneumologie			
Service de médecine interne			
Service de pédiatrie			

**Organigramme matriciel au Centre hospitalier de
Roubaix**

a) L'aboutissement d'une réflexion

L'idée de directeur de discipline a émergé d'un processus de réflexion qui s'est adapté au terrain roubaisien.

Lors de son arrivée au CH de Roubaix, le Directeur général a déjà mené une réflexion sur une meilleure coordination entre sommet stratégique et centre opérationnel. Il va alors adapter ce raisonnement à l'hôpital de Roubaix. Il part du constat suivant: « *Il existe 40 services, je ne peux suivre l'évolution de chacun d'entre eux*⁶¹ ».

Dès lors, dans sa réflexion des points majeurs le guident :

- Il existe toujours la double opérationnalité médicale à résoudre (évolution discipline / prise en charge du patient)
- Il faut poursuivre la mise en fédérations des services.
- Il faut amener l'équipe de direction à une situation objectivée avec un responsable afin d'aller vers un résultat.

La seule solution paraît être une présence de niveau direction qui accompagne chacune de ces disciplines dans la problématique du projet médical et de l'organisation interne des Services. S'impose alors l'idée d'un organigramme matriciel qui permet une décentralisation du sommet stratégique: les directeurs doivent établir un lien direct avec le centre opérationnel. Cette idée d'une collaboration plus soutenue est partagée par tous: « *Il est important pour un médecin d'avoir un interlocuteur unique sous réserve que celui-ci maîtrise parfaitement la ou les spécialités. Celui-ci doit assurer la liaison avec le reste de la Direction (directeur de soins y compris). La connaissance de la spécialité prend en compte l'environnement, les éventuels créneaux et les obstacles. Elle s'assure de la faisabilité en terme de moyens humains et matériels et de la cohérence au niveau établissement ainsi que de l'impact sur les autres pôles notamment prestataire*⁶² ».

Il faut donc « *associer efficacement sur le terrain, les acteurs médicaux, soignants et administratifs ce qui suppose une organisation de gestion des moyens en rupture avec la balkanisation liée aux services et avec le jeu des intérêts catégoriels, tout en respectant les missions de chacun*⁶³ ». Un homme providentiel va tenter de remplir ce rôle : le directeur de discipline. Mais, quelles sont concrètement ses missions?

⁶¹Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁶²Entretien avec le Directeur des soins en date du 22 juin 2004.

⁶³MAURY.F, *L'hôpital change. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière*, Gestions hospitalières, juin-juillet 1997, pp 414-420.

b) Rôles et objectifs

La fonction de directeur de discipline a pour objectif principal de rétablir le dialogue entre sommet stratégique et centre opérationnel. Comme l'indique le coordonnateur des blocs opératoires: « *jusque là cohabitaient deux hiérarchies verticales (médicales et administratives), le système des directeurs de discipline permet d'instaurer en théorie une communication horizontale⁶⁴* ».

En tant que médecin, le but pour lui est que « *l'on change le sens du contact: le directeur doit, dans certains cas, savoir se rapprocher des médecins et du service⁶⁵* ».

L'objectif principal pour la fonction de directeur de discipline est le suivant: « *Le directeur de discipline se doit d'accompagner les équipes dans leur réflexions et leur vie quotidienne⁶⁶* ».

Dans le cadre de la mise en place d'un organigramme matriciel, chaque directeur adjoint s'est vu attribué un certain nombre de services de soins pour lesquels il est, au delà de son domaine fonctionnel, directeur de discipline.

Le directeur de discipline intervient sur deux plans: le quotidien et la stratégie.

En ce qui concerne le quotidien, le directeur de discipline est une personne ressource qui aide le service à trouver les solutions de problèmes récurrents. Comme le précise Michel CREMADEZ « *Les problèmes qui fâchent le plus sur le terrain sont souvent un tas de petites « conneries » qui ne sont pas réglés car on ne sait pas à qui s'adresser⁶⁷* ». Il est vrai que confrontés à la complexité organisationnelle de l'hôpital, les services de soins ne savent pas toujours quel interlocuteur saisir en vue de résoudre un problème donné. Une des missions du directeur de discipline est par conséquent d'orienter correctement les demandes des services et d'assurer un suivi. « *Cette fonction a été créée au départ pour que les services obtiennent des réponses aux questions qu'ils se posent au quotidien⁶⁸* ».

Dans cette mission d'aide à la gestion du quotidien, le directeur adjoint est confronté à des problématiques variées ce qui peut être particulièrement enrichissant. Le directeur des systèmes d'information définit ainsi ce rôle: « *J'interviens en tant que recours pour des problématiques spécifiques (travaux, informatique, personnel, projet stratégique...) après une impossibilité constatée de répondre aux problèmes par la voie traditionnelle⁶⁹* ».

Pour les médecins ce type d'organisation rend plus lisible et efficace les circuits de décisions. Comme le précise le Président de CME c'est en quelque sorte une réponse au

⁶⁴Entretien avec le coordonnateur des blocs opératoires du CH de Roubaix en date du 5 août 2004.

⁶⁵Entretien avec le coordonnateur des blocs opératoires du CH de Roubaix en date du 5 août 2004.

⁶⁶Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁶⁷Entretien avec Michel CREMADEZ en date du 27 mai 2004.

⁶⁸Entretien avec un directeur adjoint en date du

⁶⁹Entretien avec le DSIO en date du 15 juillet 2004.

« *fantasme du guichet unique*⁷⁰ ». En effet, les médecins soucieux de la prise en charge du patient considère souvent que tenter de solutionner une difficulté est une perte de temps car il est difficile de savoir à qui s'adresser. Ce système permet d'éviter une multiplicité de démarches. En théorie, donc, cette mission du directeur de discipline paraît bien adaptée aux particularités de l'hôpital: « *Cela permet de bien faire comprendre que l'hôpital est unique dans son mode d'approche*⁷¹. »

Au delà de cette mission, le directeur de discipline constitue également une aide pour les services dans l'élaboration de leur stratégie. Le directeur général met particulièrement l'accent sur cet aspect de la fonction « *les directeurs de discipline ont avant tout des préoccupations stratégiques*⁷² ». Face à un environnement en mutation, les médecins ne maîtrisent pas toujours certains paramètres : coûts, tutelles... Le directeur de discipline constitue alors un appui pédagogique pour que chaque service élabore un projet, une stratégie en prévoyant des objectifs, des moyens... Ce système de coopération autour d'un projet permet la création d'une communauté de vue sur le long terme. Les jeux différentiels des acteurs sont atténués car ils se situent dans un processus de construction d'une stratégie avec une méthodologie commune. Le directeur de discipline apporte ses connaissances stratégiques, économiques, en santé publique; le médecin apporte ses connaissances scientifiques, sa vision de la discipline : « *L'idée est aussi d'aider à l'évolution culturelle des médecins afin qu'ils intègrent mieux les enjeux de santé publique*⁷³. » On est alors dans une dynamique globale où l'expertise de chacun est requise, reconnue, complémentaire. Un directeur adjoint explicite par un exemple concret ce rôle de niveau stratégique : « *J'ai pu intervenir dans le montage d'une fédération inter hospitalière en gastroentérologie entre les CH de Roubaix, Tourcoing, Wattrelos. J'ai été associé aux réunions « administratives », nous avons construit le projet ensemble*⁷⁴. ». Il s'agit véritablement de la constitution d'un binôme en vue de l'élaboration d'un projet pour un service, ainsi pour le Président de la CME : « *Le directeur de discipline doit donc, au delà du quotidien, accompagner un chef de service dans un projet*⁷⁵. ». Les directeurs de discipline constituent des interlocuteurs privilégiés pour mettre en place, avec les chefs de service et les cadres de santé, des projets spécifiques d'ordre stratégique.

La fonction de directeur de discipline est donc une fonction très complète comme le note une directrice adjointe « *j'interviens à trois niveaux: pour des problèmes d'organisation interne, pour des problèmes institutionnels, pour accompagner des*

⁷⁰Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

⁷¹Entretien avec le chef de la fédération médico-chirurgicale des pathologies de l'appareil digestif en date du 20 juillet 2004.

⁷²Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

⁷³Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁷⁴Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004.

⁷⁵Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

*projets*⁷⁶ ». Elle permet au directeur de sortir de leur domaine fonctionnel et de se rapprocher des services de soins instaurant ainsi une coopération, un dialogue jusque là inexistant. Il est intéressant maintenant d'expliciter les conditions d'application de ce nouvel organigramme.

B) L'instauration des directeurs de discipline à l'hôpital de Roubaix.

Une fois le rôle des directeurs de discipline défini, le contexte dans lequel le système a définitivement été installé doit être explicité. Enfin, les premiers pas des directeurs de discipline seront retracés.

a) *Le contexte d'application.*

Tout d'abord ce système n'a pas été mis en place de façon autoritaire. Le Directeur général a voulu laisser les directeurs de discipline, les chefs de service et les cadres de santé trouver leurs marques, c'est pourquoi il a choisi l'expérimentation « *C'est quelque chose qui ne pouvait se décréter, il fallait l'expérimenter progressivement*⁷⁷. » Etant donné que cette nouvelle organisation est avant tout basé sur du relationnel, il fallait laisser le temps aux acteurs concernés de s'approprier. L'expérimentation⁷⁸ a comme avantage de faire avancer la réflexion et d'aboutir ensuite à une comparaison: les directeurs de discipline permettent-ils de rétablir le contact entre centre opérationnel et sommet stratégique? Cette expérience doit s'étendre sur la durée car, ainsi que nous l'avons dit ce système dépend essentiellement des relations humaines.

D'autre part, cette idée a été appliquée dans l'institution en s'appuyant sur la dynamique du projet d'établissement. En 2000, les acteurs sont appelés à se rassembler afin de construire le projet d'établissement et les différents projets qui le composent. Or, comme l'écrit Michel CREMADEZ, « *La loi hospitalière, en instituant un travail en commun des personnels autour des projets médicaux et des projets d'établissement, a peu à peu provoqué une diffusion de la préoccupation stratégique, induisant une profonde transformation des mentalités*⁷⁹ ». C'est à dire que l'élaboration du projet d'établissement a tendance à rassembler les acteurs autour de la stratégie de l'hôpital, moment propice par conséquent pour commencer à tester le système des directeurs de discipline. « *Chaque service a dû élaborer son projet médical et pour l'y aider un directeur dit référent lui a été attribué ainsi qu'un référent médical appartenant au bureau de la CME. Il fallait un leader administratif afin d'accompagner ces médecins dans la construction pas*

⁷⁶Entretien avec une directrice adjointe en date du 13 juillet 2004.

⁷⁷Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁷⁸ESPER.C, *Propositions d'expérimentation pour l'hôpital public, 1994.*

⁷⁹CAUVIN.C,CREMADEZ.M, *Quelles structures pour les hôpitaux?*, Gestions Hospitalières, août-septembre 2001, n°167, pp.591-609.

toujours évidente d'un projet de service, médical. C'est ainsi que s'est faite la première répartition des directeurs référents⁸⁰ ». La construction des projets médicaux des différents services est apparue comme un moment propice à la mise en place des directeurs de discipline: les chefs de services avaient alors besoin d'une aide stratégique pour formaliser au mieux leurs idées concernant leurs spécialités.

Une fois les projets médicaux écrits le système est pérennisé puisqu'il est même évoqué dans le projet d'établissement pour 2001-2005. En effet, l'axe 3⁸¹ de ce projet s'intitule « *La réussite d'un projet repose sur sa préparation et sa conduite* ». Au coeur de cet axe deux idées témoignent de l'importance de la nouvelle organisation.

- *En termes de conduite d'une structure, cette problématique (élaboration de projets, de stratégie) nécessite le travail d'une équipe d'acteurs responsables nombreuse, formée, motivée et unie. En tout premier lieu une responsabilité pèse sur l'encadrement soignant, technique ou administratif, sur le corps médical, et bien entendu sur l'équipe de direction. Il leur appartient ensemble de réussir l'évolution de leur Hôpital, chacun dans leur domaine de compétence mais unis dans leur mission commune de "cadres" pour l'Institution.*
- *L'équipe de direction, doit revoir son mode de fonctionnement, pour dépasser la logique unique de la responsabilité par domaine fonctionnel et s'élargir au management par projet et au suivi stratégique des disciplines.* Ce paragraphe, sans le citer, évoque directement le système des directeurs de discipline.

Il s'agit donc d'un système en phase d'expérimentation, mis en place lors de l'élaboration du projet d'établissement afin de profiter de cette dynamique. Les réactions des directeurs concernés ont été variées.

b) Les premières réactions des directeurs.

Le système des directeurs de discipline⁸² modifie la conception première du métier de directeur adjoint. A l'époque, la majorité des membres de l'équipe de direction se cantonnait à l'exercice de compétences délimitées par un domaine fonctionnel, comme en témoigne un directeur adjoint: « *En tant que directeur fonctionnel je ne connaissais pas le quotidien d'un service, je n'avais qu'une vision globale des services*⁸³ ».

L'annonce de l'expérimentation de ce nouveau système est faite en réunion de direction par le Directeur général, les réactions sont mitigées comme il l'explique : « *L'installation a été problématique. L'équipe de direction avait des niveaux d'acceptabilité différents et parfois des difficultés de compréhension du concept. Pour les plus jeunes*

⁸⁰Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004.

⁸¹ Cf Annexe 5.

⁸² Cf tableau de répartition en Annexe 1.

⁸³Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004.

d'entre eux cela s'est révélé plus facile. Il a fallu aboutir à une conception maïeutique du système, il leur fallait aller dans les services pour construire ce rôle nouveau. L'équipe se trouvait déstabilisée face à des médecins interrogatifs quant à ce nouveau fonctionnement et préférant en avoir une vision concrète (toilettes bouchées...). Il fallait laisser du temps, la vision était volontairement floue⁸⁴. » C'est pour les plus anciens que l'application a été délicate. Ils avaient en effet « l'habitude » de ne pas bouleverser la traditionnelle scission entre sommet stratégique et centre opérationnel, ils doivent désormais adopter une démarche volontariste auprès des services qui leur sont confiés. En effet, le directeur de discipline peut être certes saisi par le service mais il doit également rencontrer les acteurs et se rendre dans les services pour des réunions, des mises au point, des rencontres informelles avec le chef de service ou le cadre de santé.

Afin de garantir l'efficacité du système, la répartition des services entre les directeurs adjoints s'est faite en tenant compte des affinités et des inimitiés. Il s'agit ici de rétablir un dialogue entre la direction et les services en vue d'élaborer une stratégie globale et non de favoriser des batailles d'ego.

A l'origine, le système mis en place par le Directeur général avait pour appellation directeur référent de spécialités, mais les directeurs adjoints ont tenu à la modifier : « *A l'origine, le terme employé était directeur référent de spécialités, mais une partie de l'équipe de direction a préféré directeur de discipline ce qui est significatif de la déstabilisation de celle-ci à l'époque⁸⁵.* » Les plus anciens membres de l'équipe de direction ont préféré un terme évoquant certes les spécialités médicales mais aussi une certaine « obéissance ».

Le système des directeurs de discipline est une expérience qui a pour objet de modifier profondément l'organisation hospitalière classique. Désormais, en instituant une fonction de directeur de discipline, un lien est établi entre la direction et les services.

Il est désormais important de mesurer l'impact de ce système pour connaître l'effectivité de la coopération.

2.2 Un premier bilan mitigé.

Afin de mieux appréhender l'application de ce nouveau système, deux types d'outils ont été utilisés :

- Un questionnaire directif⁸⁶ composé de 5 items a été envoyé à tous les chefs de services (soit 37 personnes), cadre supérieur de santé et cadre de santé (soit 64 personnes). Ce

⁸⁴Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁸⁵Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁸⁶ Cf Annexe 2.

questionnaire a pour but d'interroger les cadres sur leur pratique du nouveau système. Le taux de retour a été bon puisqu'il est de 65% pour les cadres de santé et de 62% pour les chefs de services. Les leçons que nous pouvons en tirer sont par conséquent communes à une grande majorité de ces acteurs.

- Ensuite des entretiens⁸⁷ semi directifs ont été menés auprès du Directeur général, du président de la CME, des directeurs adjoints, des directeurs de soins, de quatre chefs de service et de deux cadres. Des grilles de questionnaires ont été construites en fonction du rôle des acteurs interrogés. Ces entretiens ont permis de dégager les sentiments dominants quant aux directeurs de discipline, mais aussi les aspects positifs du système ainsi que ses faiblesses.

Cette enquête permet de dégager l'idée générale suivante : le nouveau système d'organisation de l'institution est reconnu comme étant intéressant cependant l'opacité qui existe encore ne permet pas son efficacité.

2.2.1 Un concept apprécié.

Dans l'expérimentation d'une transformation d'une telle ampleur, il est important que l'ensemble des acteurs concernés soit informé. L'idée en elle-même de directeur de discipline est valorisée et connue de tous.

A) Par les directeurs.

Interrogés les directeurs adjoints, qui ont maintenant une double casquette fonctionnelle et opérationnelle, valorisent les apports de ce système pour leurs pratiques. En effet, être directeur de discipline signifie, pour la majorité d'entre eux, mieux appréhender les services de soins et leurs problématiques mais aussi diriger autrement.

a) Des directeurs plus proches du terrain.

L'équipe de direction de l'hôpital de Roubaix compte huit directeurs adjoints, une coordinatrice des soins et un directeur de soins. Des entretiens avec neuf d'entre eux ont pu être menés. A la question « **Pensez-vous que ce système rapproche les directeurs du terrain et du quotidien des services ?** », 8 ont répondu oui et 1 non. Pour les directeurs adjoints, il est manifeste que cette fonction complémentaire de référent d'une discipline leur permet d'être plus proche du terrain ce qui est bénéfique pour l'exercice de leurs fonctions au quotidien et par là même pour l'hôpital.

⁸⁷ Cf Annexe 3.

Un directeur interrogé estime que son nouveau rôle est très enrichissant car « *c'est une plongée dans le quotidien des services*⁸⁸ ». Un autre directeur insiste sur la nécessité d'établir des contacts directs « *Le directeur de discipline est obligé de se rendre dans le service et de programmer des rencontres. Il y a forcément plus d'échanges*⁸⁹ ». Enfin, un autre directeur revient sur les nouveautés impliquées par sa mission : « *Ce système permet de donner à la fonction de directeur adjoint sa plénitude. Désormais, on s'attache à l'organisation et au devenir des services médicaux, en étant au conseil de service on participe à la vie quotidienne du service. J'ai ainsi pu émettre avec l'aide du cadre supérieur de santé une proposition de réorganisation d'un service, chose que je n'aurai pu faire si je n'avais été sur le terrain*⁹⁰ ».

Grâce à ce nouveau système, les directeurs estiment qu'ils sont plus proches du terrain et leur rôle leur paraît plus complet. Cette rencontre du terrain va les amener à considérer différemment leurs fonctions.

b) Une autre façon de diriger.

Sur sept directeurs adjoints interrogés trois d'entre eux estiment qu'ils ont modifié leurs méthodes de direction. Les quatre autres ne le pensent pas car ils indiquent qu'ils avaient déjà une vision transversale de l'établissement du fait de leurs fonctions (notamment qualité) : « *Je pense que cette réponse est inhérente à ma fonction (DAG) et à celles effectuées précédemment (direction d'établissement, construction équipement, direction des affaires logistiques, DRH)*⁹¹

Pour les directeurs estimant avoir modifié leur manière de diriger c'est le contact avec le terrain et la connaissance qui en découle qui leur a permis d'ajuster certaines de leurs actions, de leurs décisions. Ainsi, l'un d'eux affirme « *Cette organisation permet de mieux connaître les préoccupations des services et donc influe sur la manière de diriger*⁹². » D'autres ont vu avec ce système naître une autre conception de la fonction, plus proche du terrain et plus fondée sur la stratégie « *Cette organisation modifie la façon d'envisager le métier de directeur. Etre plus proche du terrain conduit à peser davantage ses décisions, à favoriser la coopération. J'ai désormais une autre vision du métier*⁹³. » Enfin, cette organisation modifie la façon de diriger dans la mesure où elle peut conduire à favoriser les services pour lesquels vous êtes référent : « *Le fait d'être référent m'a clairement fait privilégier de manière involontaire les projets informatiques du service*

⁸⁸ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004.

⁸⁹ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004

⁹⁰ Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004

⁹¹ Entretien avec un directeur adjoint en date du 13 août

⁹² Entretien avec un directeur adjoint en date du 6 juillet 2004

⁹³ Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004

d'hémodialyse et les contrats de maintenance informatique du bilan de santé⁹⁴. » Ce favoritisme « inconscient » est l'une des grandes difficultés rencontrées par les directeurs de discipline.

La grande majorité de l'équipe de direction, une fois ses marques prises, trouvent cette nouvelle organisation constructive et positive pour l'évolution de leur métier. Ce satisfecit sur le fond est partagé, avec quelques nuances, par les cadres des services de soins.

B) Par les services.

Les services de soins se sont donc vus attribués un directeur référent, il est important que les cadres le connaissent, aient le sentiment d'un rapprochement de la direction vers le terrain. L'enquête menée permet de le constater.

a) Une bonne connaissance du système.

Le premier item du questionnaire remis aux chefs de service et cadres de santé est la suivante : « **Connaissez vous le directeur de discipline de votre service ?** »

Les réponses recueillies sont les suivantes :

Question 1	Chefs de services	Cadres de santé
OUI	100%	92%
NON	0%	8%
SANS OPINION	0%	0%

On peut donc en déduire que l'immense majorité des cadres concernés savent lequel des directeurs adjoints est leur directeur de discipline.

La communication concernant les titulaires de cette fonction se fait, pour les cadres de santé, par les directeurs de soins qui les en ont informés au début de l'instauration en réunion de cadres et les mettent au courant des différents changements. Pour les chefs de service, « *cela s'est fait de manière institutionnel à la CME puis de façon progressive dans l'ensemble de l'établissement*⁹⁵ ».

D'autre part, afin que tout le monde dispose toujours d'une information actualisée, un tableau récapitulatif de la répartition des directeurs de discipline et de leur identité est présent sur le site intranet de l'hôpital et mis à jour en cas de changement.

⁹⁴ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004

⁹⁵ Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004

En effet afin de ne pas mettre en péril ce système basé sur la coopération, il est important que l'ensemble des acteurs soit mis au courant des changements intervenants régulièrement dans l'équipe de direction.

La connaissance par les acteurs de l'identité de leur directeur de discipline témoigne d'une bonne diffusion de l'information, fait indispensable à la pérennité du service.

b) Le sentiment d'une meilleure écoute.

La mise en place d'un organigramme de type matriciel à l'hôpital de Roubaix a pour objectif principal de rétablir le dialogue entre la direction et les services afin de pouvoir construire une stratégie cohérente. Le deuxième item de notre questionnaire permet de vérifier si cet objectif est atteint : « **Pensez vous que cette organisation rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien ?** »

Question 2	Chefs de services	Cadres de santé
OUI	61%	61%
NON	35%	34%
SANS OPINION	4%	5%

Ces résultats permettent d'indiquer que pour une bonne partie des chefs de service et des cadres de santé, le système des directeurs de discipline décloisonne l'univers administratif et permet aux directeurs d'être plus présents sur le terrain.

Il faut cependant noter que lors des entretiens, cette affirmation est un peu plus nuancée. Ainsi à la même question un chef de service de pédiatrie répond : « *Oui, c'est même l'intérêt principal du système. Mais, il existe aussi toujours un problème de lisibilité de l'organigramme de direction: qui appeler en cas de problème de matériel, technique, le directeur de discipline ou le directeur fonctionnel⁹⁶ ?* ». Cette opinion est partagée par un de ses collègues « *Ce système est une bonne chose. Mais le directeur de discipline doit prendre l'initiative et venir sur le terrain, ce qui n'est pas vraiment le cas aujourd'hui⁹⁷.* »

Globalement, même si le sentiment d'une meilleure écoute domine, il ne faut pas négliger les critiques faites au système.

2.2.2 Un manque de lisibilité

L'opacité reprochée traditionnellement à l'organisation hospitalière n'est pas levée par le système des directeurs de discipline. La mise en place des directeurs de discipline nécessitait une certaine souplesse car tout est basé sur des relations humaines. Par

⁹⁶ Entretien avec le chef de service de pédiatrie en date du 19 juillet 2004.

⁹⁷ Entretien avec le coordonnateur des blocs opératoires en date du 5 août 2004.

conséquent, aucune règle écrite concernant ce système n'a été formalisée, ce sont les directeurs qui construisent la fonction. La conséquence principale est que ce système est totalement homme dépendant et que sa pratique n'est pas unifiée dans l'institution. Si sur le fond, comme nous l'avons vu, le concept donne satisfaction, nombre de points sur la forme sont à revoir.

Le directeur de discipline est fragilisé par un rôle non déterminé clairement et des effets pervers naissent de ce système.

A) Un rôle mal défini.

Le rôle du directeur de discipline n'ayant pas fait l'objet d'une définition claire, il revient à chaque directeur d'établir une pratique ce qui ne permet pas un dialogue et une coopération sur l'ensemble de l'établissement. D'autre part, la faible marge de manœuvre laissée aux directeurs de discipline ne permet pas une réelle efficacité du système.

a) *Un système trop homme dépendant.*

Comme l'indique le Directeur général : « *Trois ans après l'introduction de l'idée, on se rend compte que le système est très personne dépendante. Il faut du temps pour que les acteurs s'habituent.*⁹⁸ ». Les directeurs mais aussi les services ont des pratiques très différentes du système des directeurs de discipline. Ainsi, il existe presque autant de conceptions que d'acteurs.

Pour certains, surtout les médecins, le directeur de discipline est avant tout un recours pour régler les irritants du quotidien, la stratégie vient ensuite.

Les réponses au quatrième item du questionnaire adressé aux chefs de service témoignent de cette réalité. « **Le directeur de discipline vous aide t'il dans l'élaboration de la stratégie de votre service ?** »

Question 4	Chefs de services
OUI	39%
NON	57%
SANS OPINION	4%

Même si le directeur de discipline peut aider à la construction de la stratégie du service, ce n'est pas, dans ce domaine, le premier recours.

« *Cela devrait être plus axé sur la stratégie, mais les appels sont plutôt pour des problèmes quotidiens qui rendent difficiles le fonctionnement d'un service*⁹⁹. » Les directeurs ont également un positionnement ambigu quant aux buts de leurs interventions.

⁹⁸Entretien avec le Directeur général en date du 7 juillet 2004.

⁹⁹ Entretien avec le chef de service de pédiatrie en date du 19 juillet 2004.

Certains indiquent privilégier l'aspect stratégique et renvoyer les problèmes quotidiens aux personnes concernées : « *J'essaye surtout d'intervenir à un niveau stratégique et pas trop au quotidien, il ne faut pas être accusé de favoritisme¹⁰⁰.* » D'autres s'attachent à être un interlocuteur pertinent pour les irritants du quotidien même s'ils peuvent le déplorer « *Je suis parfois actionné par le service pour résoudre des problèmes dits mineurs. Il faut voir que pour le médecin, le directeur de discipline est la personne qui va régler un problème quand celui ci n'a pas été solutionné ailleurs. Dans ce cas, lorsqu'un service me saisit j'essaye de lui dire que cela ne relève pas de ma compétence¹⁰¹.* »

Concernant les modalités de communication, de collaboration entre services et directeurs de discipline, les pratiques sont également diverses. Au niveau des directeurs, certains estiment qu'il est de leur mission de prendre contact régulièrement avec les services, alors que d'autres pensent que c'est avant tout aux services de saisir le directeur de discipline. L'un d'entre eux indique ainsi « *je me manifeste si j'ai connaissance d'un problème ou si je suis resté longtemps sans nouvelles. Je ne suis pas derrière eux 24h sur 24h, je souhaite les accompagner et non les surveiller¹⁰².* » D'autres parlent de relations très informelles, sans régularité. Ceux-ci attendent d'être saisi par le service pour rencontrer les cadres, venir sur le terrain. Or cette démarche n'est pas systématique chez les cadres de santé comme en témoignent les résultats du troisième item posé dans le questionnaire qui leur était destiné. « **Faites-vous régulièrement appel à votre directeur de discipline ?** »

QUESTION 3	Cadres de santé
OUI	51%
NON	46%
SANS OPINION	3%

Ces résultats montrent que le recours au directeur de discipline est lié à la perception qu'ont les cadres du système et de son utilité.

Les services n'ont pas tous appréhendé le nouveau système de la même manière ce qui implique des pratiques diverses au quotidien, comme en témoigne un directeur adjoint « *Pour une de « mes » fédérations, je participe à chaque conseil de fédération, le lien est officiel, bien établi. Pour l'autre, il n'existe pas de liaison officielle permanente. En général, le lien se fait par l'intermédiaire du chef de service ou de fédération. Beaucoup repose donc sur la personnalité de ce chef de service¹⁰³.* » Les directeurs de discipline dépendent aussi beaucoup des cadres des services et de l'approche qu'ils ont de cette nouvelle organisation. D'où une association variable du directeur de discipline aux services : « *Mon*

¹⁰⁰ Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004.

¹⁰¹ Entretien avec un directeur adjoint en date du 12 juillet 2004

¹⁰² Entretien avec un directeur adjoint en date du 12 juillet 2004

¹⁰³ Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004

positionnement est variable en fonction de l'intérêt porté par les chefs de service et les cadres à cette fonction. Ainsi, en pharmacie l'utilité d'un directeur de discipline n'est pas claire. Ce qui n'est pas le cas en imagerie médicale, où des informations régulières me sont transmises, où je rencontre les cadres et le chef de service. Au laboratoire, je suis systématiquement invité au conseil de service, ce qui est pour l'instant unique¹⁰⁴. » Les directeurs de discipline ne sont pas toujours informés de certaines difficultés, de décisions importantes et ils ne sont pas forcément conviés aux « instances » du service ou de la fédération.

Enfin, tous les directeurs de discipline ne portent pas le même intérêt et donc la même assiduité à l'égard de leur rôle. Certains estiment en effet que la combinaison du rôle de directeur fonctionnel et de directeur de discipline est trop complexe et intenable. Un médecin affirme ainsi : *« Le système est intéressant mais dépend trop de qui traite quoi. Si le directeur de discipline a un intérêt pour le service et qu'il est présent tout va bien. Mais si, comme c'est le cas dans mon service, on ne le voit jamais, je ne vois pas l'intérêt¹⁰⁵. »*

Le premier écueil du système est donc que, faute de définition claire des fonctions, il est trop dépendant de la conception des personnes concernées et donc des relations humaines. Le deuxième problème tient également à une mauvaise définition des domaines d'intervention de chacun.

b) Une marge de manœuvre ténue.

Un autre reproche fait au système, tant par les chefs de service, les cadres de santé, les directeurs est que le directeur de discipline n'a pas les moyens de ces ambitions. En effet lorsqu'il est saisi par un service pour une difficulté particulière, il ne peut agir directement si le domaine ne le concerne pas et doit alors en référer à son collègue fonctionnel compétent. Les chefs de service ont conscience de cette difficulté et la déplore. L'un deux note en effet *« Il est toujours difficile de savoir de quelle marge de manoeuvre dispose le directeur de discipline et donc si notre saisine va être efficace. Ainsi, en terme de maintenance il est malaisé de distinguer la personne à appeler : le directeur de discipline ou le directeur des services techniques? Le problème du qui fait quoi demeure¹⁰⁶ »*. La lecture de l'organigramme de direction paraît toujours aussi délicate ainsi que la répartition des compétences. La demande principale des cadres des services étant de savoir à qui s'adresser en cas de difficulté. Le système des directeurs de discipline vise certes à simplifier cet organigramme, mais il faut constater que la coexistence des directeurs de discipline et des directeurs fonctionnels est difficilement lisible pour les

¹⁰⁴ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004

¹⁰⁵ Entretien avec un chef de service en date du 5 août 2004.

¹⁰⁶ Entretien avec le chef de service de pédiatrie en date du 19 juillet 2004

services. Cette opinion est confirmée par un autre chef de service « *le problème essentiel est que le directeur référent n'est pas décisionnel, il ne représente qu'une toute petite partie de l'équipe de direction. Mon souhait est qu'il devienne un directeur représentatif de l'équipe de direction et qu'il soit à même de prendre des décisions quand il faut*¹⁰⁷. »

Les directeurs de discipline regrettent également ce manque de marge de manœuvre qui les place en situation délicate « coincé » entre les services de soins et leurs collègues fonctionnels (eux-mêmes !). Dès lors, les directeurs de discipline ne sont que des relais, ce qui est important, mais sans pouvoir prendre de décision directement « *Pour le moment, cette fonction est un peu frustrante car les directeurs de discipline n'ont pas de pouvoirs propres, ils sont une courroie de transmission*¹⁰⁸ ». Sans pouvoir réel, les directeurs de discipline peuvent manquer de légitimité auprès des services « *Le véritable problème est le champ de compétence du directeur de discipline. En effet, pour le moment, le directeur de discipline peut être amené à se rapprocher d'un collègue directeur pour résoudre un problème se posant dans l'un des services dont il a la responsabilité. Mais si cette difficulté n'est pas résolue, le directeur de discipline perd toute crédibilité auprès du service concerné. Ce système nécessite la création d'une marge de manoeuvre, notamment budgétaire, pour le directeur de discipline*¹⁰⁹. »

L'absence de définition précise du rôle des directeurs de discipline engendre un système opaque, aux pratiques diverses et avec une marge de manœuvre faible pour ces directeurs. Dès lors des effets négatifs apparaissent.

B) Des effets pervers déstabilisants.

Destiné à l'origine à clarifier l'organisation hospitalière et à favoriser la coopération entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, le système des directeurs de discipline est pour l'instant opaque. Des conflits naissent de ce manque de lisibilité ainsi que des détournements du système.

a) Une complexification du système.

A la question « **Selon vous, cette organisation complexifie t'elle ou simplifie t'elle les circuits de décisions à l'hôpital ?** », huit membres de l'équipe de direction (sur 10 réponses possibles) répondent que cela le complexifie.

Le système est complexifié car différents niveaux se croisent : les directeurs fonctionnels et les directeurs de discipline. La décision demeure pour l'instant dans les mains des directeurs fonctionnels alors même que les directeurs de discipline ont par

¹⁰⁷ Entretien avec le chef de la fédération médico-chirurgicale des pathologies de l'appareil digestif en date du 20 juillet 2004.

¹⁰⁸ Entretien avec un directeur adjoint en date du

¹⁰⁹ Entretien avec un directeur adjoint en date du 12 juillet 2004.

leurs actions à des niveaux quotidiens et stratégiques une meilleure connaissance du terrain. Un directeur adjoint l'explique ainsi : « *Le directeur général a tenu à une mise en place progressive, le système se construit au fur et à mesure. Les relations entre acteurs restent encore floues et mal définies, des ajustements sont parfois nécessaires*¹¹⁰. » Ce qui est reproché à la traditionnelle organisation du sommet stratégique est d'être trop stratifiée, or ce système épaissit pour l'instant le « millefeuille ».

Pour Michel CREMADEZ, cette complexification peut s'expliquer par le fait que ce n'est pas à un directeur de remplir ce rôle : « *Selon moi, ce n'est pas un directeur qui doit être référent d'une discipline. S'il s'agit d'un problème matériel, il faut alors s'adresser à un adjoint des cadres ou à un attaché d'administration. La gestion de proximité c'est avant tout rapprocher les gens qui ont les compétences requises. Passer par un directeur allonge le cheminement, crée une interface qui est un chef. On perd alors le pouvoir d'une pression directe sur l'individu mais aussi du temps ce qui débouche sur une routine du dysfonctionnements. La discipline paraît être un espace trop restreint pour un directeur*¹¹¹. » Redéfinir l'espace d'intervention des directeurs de discipline et ce qu'ils délèguent à leurs collaborateurs (Attachés d'administration hospitalière, Adjoint des cadres) paraît être un préalable en vue d'une meilleure adéquation entre directeurs de discipline, directeurs fonctionnels et cadres des services.

Face à un système perfectible, les acteurs ont parfois tendance à le détourner à leur profit.

b) Des abus regrettables

Face à un système qui s'installe difficilement, des tensions naissent notamment au sein de l'équipe de direction et certains acteurs savent tirer partie de cette situation.

La place de chacun restant encore globalement à définir, des conflits de pouvoir peuvent naître. En effet, cette organisation « *génère des tensions inévitables entre les directeurs de discipline et les directions fonctionnelles. Un directeur de discipline peut avoir un discours contraire à celui du directeur fonctionnel. Les échanges entre collègues deviennent alors encore plus tendus*¹¹². »

Les services utilisent parfois ces oppositions pour tenter d'obtenir ce qu'ils demandent. Ils ont tendance à « *taper à toutes les portes. Il faut noter que les services s'adressent facilement aux directeurs de discipline quand ils n'ont pas obtenu de réponses auprès des directions fonctionnelles*¹¹³. » Le président de la CME note ainsi que le système est sans doute trop fondé sur du relationnel ce qui laisse la possibilité pour des détournements : « *Parfois cela amène du désordre et certains médecins savent*

¹¹⁰ Entretien avec un directeur adjoint en date du 2 juillet 2004

¹¹¹ Entretien avec Michel CREMADEZ en date du 27 mai 2004.

¹¹² Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004.

¹¹³ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004.

en profiter afin d'obtenir ce qu'il demande. Ce système joue beaucoup sur l'affectif¹¹⁴ ». En effet, les médecins saisissent différents directeurs qui prennent alors des décisions différentes les unes des autres sans qu'une communication véritable ait permis d'éviter ces oppositions, ces doublons. « Cette organisation permet à un médecin de se saisir d'un autre directeur qui a des compétences moindres ou manque de pouvoir dans le domaine particulier évoqué par ce médecin¹¹⁵. »

Pour le moment, le système des directeurs de discipline favorise les circuits parallèles créant ainsi des tensions nocives à la coopération entre sommet stratégique et centre opérationnel.

Afin d'atténuer la complexité de l'organisation hospitalière, le directeur général du CH de Roubaix, en coopération avec l'équipe de direction et la CME, a mis en place un organigramme matriciel basé sur un concept original, les directeurs de discipline. Ceux-ci ont la délicate mission d'établir une collaboration, tant sur un plan stratégique qu'au quotidien, avec les services de soins. Si sur le fond, l'idée est appréciée et fait paraître la direction plus proche, le manque de clarté du système lui est préjudiciable. Pour le moment, l'efficacité de cette organisation est trop liée à la personnalité de chacun et les règles devraient en être mieux définies.

L'expérimentation de la nouvelle gouvernance, telle que prévue dans le plan Hôpital 2007 , par le CH de Roubaix induit un certain nombre d'évolutions qui pourrait être favorable au système des directeurs de discipline.

¹¹⁴ Entretien avec le Président de la CME du CH de Roubaix en date du 15 juillet 2004

¹¹⁵ Entretien avec un directeur adjoint en date du 15 juillet 2004.

3. L'EXPERIMENTATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE : UNE CHANCE POUR LES DIRECTEURS DE DISCIPLINE ?

Afin de réduire la complexité de l'hôpital et le rendre ainsi plus efficace, le Ministre de la santé de l'époque JF MATTEI a élaboré le plan hôpital 2007. Au cœur de ce plan se situe la réforme de la gouvernance de l'hôpital. La gouvernance¹¹⁶ consiste à mettre au point des règles qui guident et donc limitent la conduite de ceux qui agissent au nom de l'hôpital, c'est donc une relation de pouvoir. Or comme nous l'avons vu précédemment les relations de pouvoir existant à l'hôpital sont opaques ce qui aboutit à des décisions sans concertation voir sans stratégie. Quatre points essentiels sont abordés dans la réforme dite de la nouvelle gouvernance.

- D'un point de vue économique, il s'agit de réduire les coûts de production en mutualisant les ressources, en repensant les protocoles de prise en charge, en sous-traitant des activités...
- D'un point de vue structurelle, il s'agit de faire évoluer la morphologie de l'établissement en créant des pôles d'activités et en modifiant les organisations médicales et soignantes.
- D'un point de vue managérial, il s'agit de développer des tableaux de bord médico-économique et d'instaurer des rencontres régulières entre les centres de responsabilités et les directions fonctionnelles. Il faut ensuite discuter les résultats médico-économiques et chercher les actions correctives à développer.
- D'un point de vue contractuel, il s'agit de définir le couple objectifs moyens pour chaque centre de responsabilités.

La réforme prévue est donc d'ampleur et implique une évolution organisationnelle importante puisque de nouvelles structures sont créées, de nouveaux rôles définis. L'enjeu de cette nouvelle gouvernance est d'amener les acteurs de l'hôpital à prendre des décisions concertées et raisonnées afin de créer une stratégie globale planche de salut d'une institution en crise.

Le Centre hospitalier de Roubaix soucieux de faire évoluer le management hospitalier s'est engagé volontairement dans cette réforme en l'expérimentant. D'autre part, il apparaît aux acteurs hospitaliers que ce changement organisationnel pourrait amener une meilleure définition et donc une efficacité accrue à la fonction de directeur de discipline.

3.1 La poursuite d'un changement dans le management au CH de Roubaix.

¹¹⁶ TRAZZINI J.X, *Le contexte des textes et pratiques*, Gestions hospitalières, pp 713-716, novembre 2003.

La circulaire du ministère de la santé en date du 13 février 2004 propose aux hôpitaux d'être candidat à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. Le CH de Roubaix fait partie des quelques 100 établissements s'étant déclarés volontaires. Cette expérimentation a pour objectif de mettre en oeuvre la préfiguration de l'organisation interne c'est à dire:

- Une ébauche du Conseil exécutif.
- Une organisation au moins partielle en pôles d'activités médicales.

Dans l'élaboration de sa méthodologie de travail l'équipe de direction a mis en avant la nécessaire adaptabilité du modèle afin de tenir compte des particularités de l'hôpital de Roubaix. D'autre part, l'enjeu crucial que représente cette réforme de la gouvernance hospitalière implique des changements progressifs et concertés.

3.1.1 Une construction de l'expérimentation propre au CH de Roubaix.

La première étape de la réflexion, menée par l'équipe de direction, le bureau de CME, s'est structurée autour de quatre axes essentiels pour la mise en application par anticipation de la nouvelle gouvernance. En effet, en complément des deux axes imposés par la circulaire, deux autres sont étudiés afin de valoriser les spécificités de l'hôpital de Roubaix: la configuration de l'équipe de direction et la création de pôles médicaux. Un état des lieux de la réflexion éclaire les changements impliqués par la réforme.

A) La configuration de l'équipe de direction

a) Ambitions

- Le maintien d'une équipe de direction qui fonctionne de façon autonome et indépendante paraît essentiel.
- Il faut également favoriser la transversalité dans les fonctions de direction notamment à l'égard de médecins. Les directeurs de discipline existants au Centre hospitalier de Roubaix sont maintenus et adaptés à la dynamique des pôles médicaux.

b) Missions

- En tant que directeur fonctionnel, le directeur adjoint est responsable de la définition d'une politique stratégique d'ensemble dans son domaine. Il est également le garant du bon fonctionnement de sa direction.

-En tant que directeur référent, le directeur adjoint est l'interlocuteur privilégié du pôle dans les domaines suivants:

- stratégie du pôle et des activités médicales qui le composent.
- suivi de la bonne exécution du contrat et articulation avec les directions fonctionnelles en dehors du fonctionnement normal du quotidien.
- conseil opérationnel

c) Conséquences

- au niveau organisationnel

La transversalité doit être au coeur des fonctions de direction. Par conséquent, il est nécessaire de consolider un organigramme de direction matriciel qui repose sur :

- une logique de fonctions (DRH, DAF...)
- une logique d'activités médicales (Directeur référent de pôles)

Les Directeurs adjoints assument donc un rôle bivalent central.

- Propositions de modes d'organisation

Chaque directeur assume des responsabilités fonctionnelles mais aussi des responsabilités transversales en étant directeur référent auprès d'un ou plusieurs pôles médicaux.

D'autre part, afin d'aller vers une organisation plus efficiente, l'équipe de direction a acté une nouvelle organisation en pôles de gestion administrative. Ces grands pôles administratifs sont constitués par le regroupement de plusieurs directions fonctionnelles (pôle ressources humaines, pôles logistique et travaux...). Un responsable de pôle est nommé pour veiller à la cohérence de l'action des différentes directions. La circulaire prévoit une ébauche du comité exécutif notamment concernant sa composition et ses missions.

B) La mise en place du Comité exécutif.

a) Ambitions

- Il est important de promouvoir de nouveaux circuits de décisions. Réussir la coopération entre médecins et directeurs est une priorité. Même si entre médecins et directeurs la culture et les objectifs divergent, ce comité exécutif a pour objectif l'adoption de points de vue communs sur les orientations stratégiques de l'établissement.
- Le comité exécutif pourrait mettre un terme à la scission traditionnelle entre les centres opérationnels (objectifs qualitatifs) et le sommet stratégique (objectif quantitatif).

b) Missions

- Le comité exécutif est une instance consultative d'une influence importante dans le circuit de décisions.
- Le comité exécutif a un rôle essentiel dans la définition de la stratégie de l'établissement et notamment dans la construction du projet d'établissement.
- Le comité exécutif est également chargé du suivi des pôles médicaux.

c) Conséquences

- au niveau organisationnel

Le comité exécutif est une nouvelle instance dont les relations avec l'équipe de direction, la CME, le CTE restent à définir.

- Propositions de modes d'organisation

Le comité exécutif sera composé à parité de membres de l'équipe de direction et de représentants du corps médical.

Le corps médical sera représenté par le Président de la CME, deux élus de la CME et deux responsables de pôles (volume non encore définitivement retenu).

La Direction sera représenté par le Directeur Général et des directeurs (noyau dur). En fonction des besoins d'expertises, un directeur et/ou un médecin concerné seront invités à la réunion du Comité Exécutif. La composition précise du COMEX devra être définie avant l'automne. La direction de l'hôpital de Roubaix, consciente du poids des médecins dans la réforme, estime essentiel d'y intégrer l'ensemble des cadres et les organisations syndicales.

C) Intégration des cadres de la nouvelle gouvernance.

a) Ambitions

- Il faut veiller à ne pas écarter les cadres et les organisations syndicales de ce changement majeur du mode de gouvernance de l'hôpital.
- Des modalités d'association des cadres et organisations syndicales aux débats du comité exécutif seront précisées.

b) Missions

- Les cadres de l'établissement et les organisations syndicales constituent le relais d'une grande partie du personnel.

- Il apparaît essentiel de tenir informé les cadres et organisations syndicales des avis rendus par le comité exécutif.

c) Conséquences

- au niveau organisationnel

Il existe au centre hospitalier de Roubaix un comité stratégique qui est la réunion de membres de l'équipe de direction, de la CME et du CTE. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, il paraît important de maintenir le comité stratégique en l'adaptant à cette réforme.

- propositions de modes d'organisation

La composition du comité stratégique est modifiée afin de prendre en compte la réforme: membres de l'équipe de direction, médecins membres du comité exécutif et membres du CTE (les proportions restent à définir)

Le but de telles réunions est principalement de partager l'information. Le comité stratégique ne constitue pas une instance supplémentaire complexifiant le système, mais est un lieu de réflexions et d'association des représentants du personnel à la nouvelle gouvernance.

Enfin, la constitution de pôles médicaux est un enjeu crucial, une « révolution » qui pourrait favoriser une véritable collaboration entre sommet stratégique et centre opérationnel.

D) La création de pôles médicaux.

a) Ambitions

- La constitution de pôles médicaux a pour objectifs principaux la prise en charge coordonnée des patients et l'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit ici de parvenir à combiner logique économique et logique de prise en charge globale.
- Les pôles médicaux créés doivent être cohérents et pertinents au regard de la culture, de l'histoire, des structures de l'hôpital de Roubaix.

b) Missions

Les pôles médico techniques ont deux objectifs majeurs:

- La Production d'un projet (médical et de gestion) qui doit couvrir une période de quatre ans et être décliné autour de plan d'actions annuel.
- L'optimisation de leurs moyens au travers de plusieurs dispositifs:

- la mutualisation des ressources.
- la maîtrise médico-économique du budget alloué
- la déconcentration de gestion (principe de subsidiarité)

Pour ce faire, il est proposé que le budget annuel soit alloué au pôle et que, dans un second temps, une répartition éventuelle par service soit opérée. Dans ce registre, il conviendra de décrire une procédure d'allocation budgétaire.

c) Conséquences

- au niveau organisationnel

Découpage des pôles

Il est proposé de créer les pôles au travers de quatre logiques :

1. logique d'organe
2. logique de population
3. logique circuit du patient
4. logique de prestations

Les critères financiers ne doivent pas être pris en compte pour «dessiner les pôles», c'est bien une logique de production médicale qui doit prévaloir. Toutefois, le pôle doit présenter une taille suffisante pour permettre une gestion mutualisée des moyens.

Afin d'initier la démarche de découpage des pôles, il convient qu'un pré-découpage soit proposé par un groupe d'expert (bureau de la CME élargit), puis que des forums soient organisés avec les pôles pressentis afin de caler les contours des pôles. Cette démarche doit être encadrée par une communication auprès du corps médical et des cadres de santé.

Lors de la présentation du pré-découpage il sera important d'insister sur les critères facilitant les rapprochements proposés et sur l'intérêt médical (le sens).

Déconcentrer les décisions

Tout ce qui pourra être déconcentré au niveau des pôles le sera. Ainsi c'est une large autonomie qui sera accordée aux pôles. Néanmoins cette autonomie sera encadrée par une politique générale d'établissement (exemple : politique achat, politique RH ...). Pour avancer sur cette question, la Direction doit produire la nouvelle cartographie des décisions (qui décide quoi, où et selon quelles modalités). Une fois disponible, la cartographie sera discutée avec le Comité Exécutif (a minima).

Contrat et Intéressement

Chaque pôle contractualisera avec la Direction Générale un COMI (Contrat d'Objectifs et de Moyens Interne). Ce COMI définit des engagements réciproques.

Chaque pôle peut prétendre à un intéressement/reconnaissance.

- propositions de modes d'organisation au sein du pôle.

Management des Pôles

Il est proposé que les pôles soient pilotés par des coordonnateurs médicaux (responsable médicaux). Ces responsables sont cooptés par leurs pairs sur la base d'un projet. En outre il n'est pas nécessaire d'être chef de service pour devenir responsable de pôle. In fine les candidatures et la désignation des responsables de pôle doivent être validées par le Comité Exécutif.

Le responsable médical est assisté par un coordonnateur soignant (CSS), il participe à son «recrutement» selon des modalités à définir avec la Direction des Soins.

Le contour du «qui fait quoi» c'est-à-dire les domaines d'activités et de décisions de ces deux acteurs seront stabilisés lors du travail relatif à la déconcentration de gestion. Il est souhaitable qu'après l'expérimentation, des fiches de postes soient rédigées.

Cet état des lieux de la réflexion menée au CH de Roubaix autour du projet de nouvelle gouvernance témoigne de l'importance des changements induits. Dans le même temps, ceci constitue une opportunité de poursuivre les évolutions opérées à Roubaix, afin de rendre l'institution plus lisible et surtout la coopération entre centre opérationnel et sommet stratégique efficiente. L'importance de l'enjeu conduit les différents acteurs à se mobiliser autour de ce projet et à évoquer les changements qui en découlent.

3.1.2 Des changements progressifs

Conscients de la portée de la réforme pour l'hôpital, et encouragés par un flou relatif des textes, l'ensemble des acteurs prend le temps de la réflexion, de la concertation et s'engagent progressivement vers des changements cruciaux. Il est intéressant d'étudier cette phase de transition au niveau de la direction, puis des cadres et agents du centre hospitalier.

A) L'évolution de la direction.

Avec l'instauration de la nouvelle gouvernance, le dialogue entre l'équipe de direction et les médecins devient crucial pour l'institution. Afin d'être prêt pour cette coopération institutionnalisée, l'équipe de direction a dans un premier temps exprimé ses sentiments, ses attentes à l'égard de cette réforme mais aussi redéfini ses méthodes de travail. Puis des dispositions sont prises pour faire évoluer l'équipe de direction et l'adapter au mieux aux exigences de la nouvelle gouvernance.

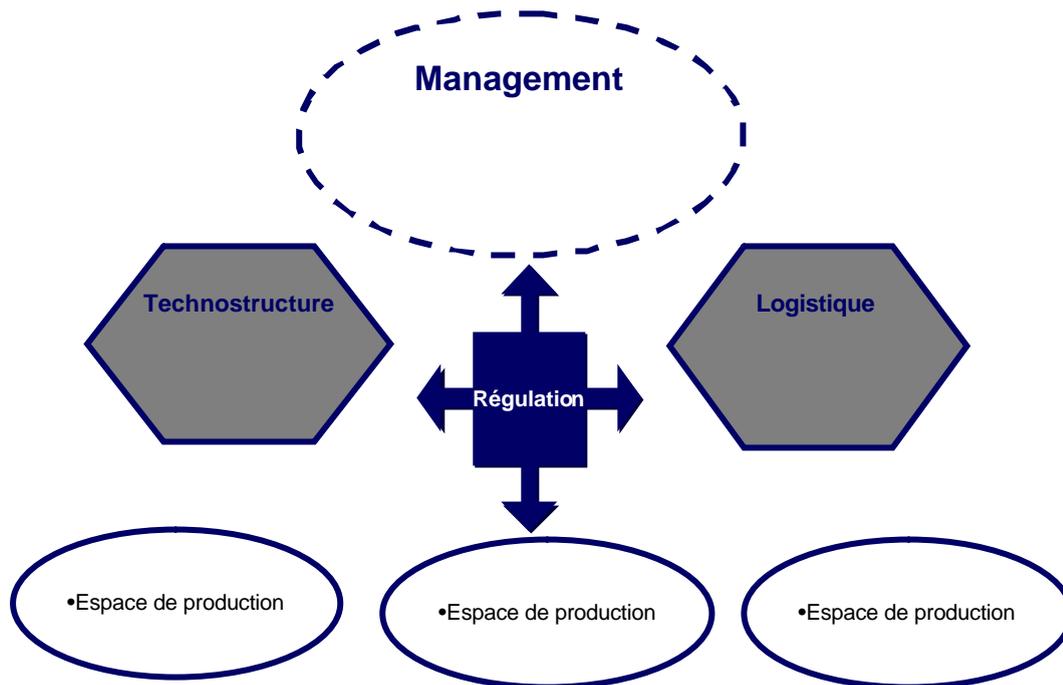
a) *Premières réactions.*

Afin de favoriser l'échange de point de vue mais aussi d'éclairer l'équipe de direction sur les conséquences « quotidiennes » de la nouvelle gouvernance, la direction générale a fait appel à un consultant, spécialiste de cette réforme et des techniques de management. Il est à noter que cette évolution de la gouvernance implique des bouleversements pour l'équipe de direction : les compétences de gestion et d'animation des directeurs vont être particulièrement sollicitées, les délégations vers leurs collaborateurs seront plus importantes, la dimension stratégique de leur rôle sera plus valorisée et des dispositifs de régulation et de discussion avec les pôles et donc les médecins devront être mis en place.

Un premier séminaire de direction est organisé le 19 mai et a pour objectif principal de tirer les conséquences managériales des orientations issues de la nouvelle gouvernance. Il est essentiel que la direction se mette en position d'impulser la dynamique nécessaire à une réforme d'une telle ampleur. Cette journée de travail a permis d'acter un certain nombre de positions communes à l'équipe.

En ce qui concerne, l'organisation de l'équipe de direction est retenu le principe d'un découpage en pôles de gestion administratifs. Au niveau des pôles médicaux, les directeurs indiquent que c'est au médecin d'être moteur pour le découpage qui sera ensuite validé en comité exécutif. Les pôles médicaux doivent équilibrer cohérence médicale, envie des équipes médicales, revenus (au sens de la T2A). Enfin, les directeurs s'engagent à déléguer tout ce qui peut l'être aux pôles.

L'ensemble de l'équipe de direction s'accorde sur la nécessité d'un changement de management grâce à une plus grande déconcentration des moyens et de la gestion. Ce système permet alors de rétablir une connexion plus facile avec des centres opérationnels d'une taille plus pertinente. La direction a alors un rôle managérial essentiel : celui de la régulation. Les directeurs vont devenir des interlocuteurs privilégiés pour les pôles médicaux afin de les accompagner dans leur gestion, dans leur stratégie, dans l'élaboration de projets. La ligne de communication est alors rétablie entre sommet stratégique, symbole d'un management actif, et les espaces de production qui gèrent au plus proche des situations. Désormais, les connaissances sont partagées au coeur du processus de décision (cf Schéma ci-dessous).



Pour s'adapter à ces évolutions les directeurs doivent se recentrer sur des missions essentielles telles que « *le pilotage et la stratégie, l'optimisation des ressources et le développement de politiques managériales transversales... sans oublier des fonctions de support auprès des pôles afin de faciliter le travail des coordonnateurs médicaux¹¹⁷* ». Cette transversalité n'est pas oubliée par les directeurs puisque la majorité d'entre eux entend pérenniser la fonction de directeur de discipline et l'ancrer dans le nouveau système de gouvernance. Ainsi le principe d'un directeur référent pour chaque pôle est retenu.

Face à ces évolutions l'organisation même de l'équipe de direction sera modifiée afin d'être la plus performante possible au cœur de cette nouvelle gouvernance.

b) Premières mesures.

Le séminaire a permis une réflexion collective sur la nouvelle place des directeurs dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Des conséquences concrètes en découlent dont une majeure : les directeurs ont collectivement décidé que désormais l'équipe de

¹¹⁷ TEDESCO J, *Une nouvelle gouvernance pour l'hôpital ?*, 4 novembre 2003, Le Monde Economie.

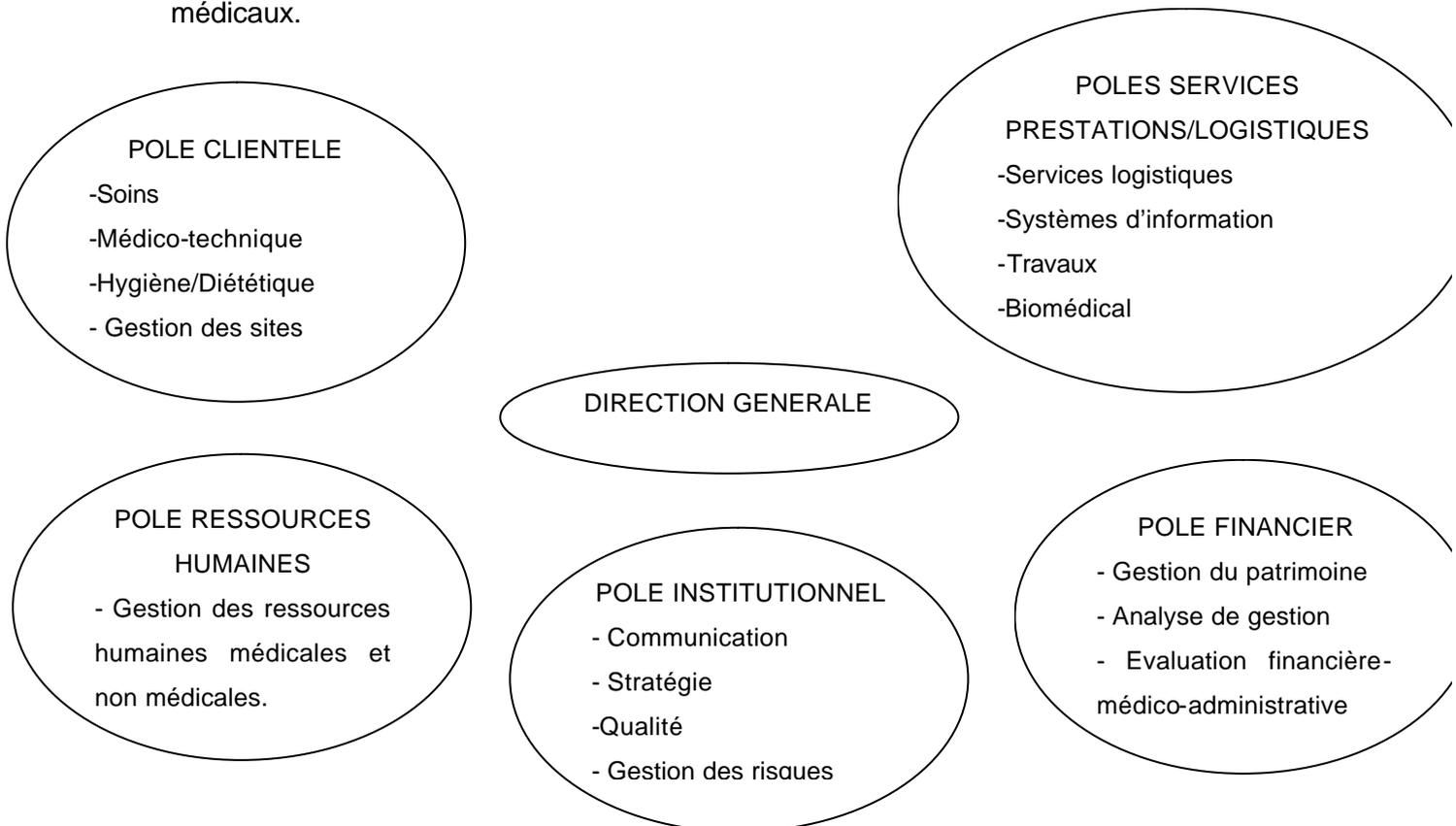
direction s'organisera en pôles de gestion. Le Président de CME a d'ailleurs souhaité que la direction montre l'exemple en terme de pôles, afin d'impulser une dynamique qui serait ensuite suivie par les médecins pour le découpage des pôles médicaux. Il ne s'agit pas de créer trop rapidement ces pôles de direction mais la réflexion est bien amorcée. En effet une réunion de l'équipe de direction a eu lieu le 30 juin afin que chacun puisse s'exprimer et qu'une première ébauche des pôles soit constituée. Des difficultés sont bien évidemment apparues au cours de la discussion chaque directeur ayant sa vision de son rôle au sein de l'institution. Néanmoins certains points ont pu être actés :

-Les objectifs retenus pour l'organisation en pôles administratifs sont : la qualité, l'efficacité, la transversalité.

-Un coordonnateur sera désigné pour chaque pôle. Il est directeur, responsable au plan opérationnel, donneur d'ordres pour une mission, pose les règles du jeu structurelles de fonctionnement y compris les règles financières.

-Des réunions à l'intérieur du pôle et des réunions des coordonnateurs de pôles pourront être organisées à des fréquences définies.

A l'heure actuelle une première ébauche des pôles de gestion administratives a été élaborée. L'organisation n'est pas finalisée mais cette esquisse témoigne d'une volonté d'une gestion plus efficiente et plus proche des centres opérationnels, futurs pôles médicaux.



PROJET DE POLES DE GESTION ADMINISTRATIVE

Même si ceci n'est encore qu'à l'état de projet la volonté de changements affichée par l'équipe de direction laisse augurer d'une véritable adaptation de celle-ci à la nouvelle gouvernance. Les autres acteurs hospitaliers ne partagent pas forcément cet état d'esprit.

B) Evolution des autres acteurs.

Les médecins sont très concernés par la réforme de la nouvelle gouvernance, puisque par l'intermédiaire du comité exécutif et des pôles médicaux, ils participent à la gestion et aux décisions. Les autres acteurs de l'établissement, conscients de la place cruciale des médecins dans ces changements, s'interrogent sur leur rôle.

a) Les médecins

La communauté médicale est particulièrement attentive aux changements de l'organisation hospitalière et aux rôles qu'ils vont désormais y jouer.

L'opposition à cette réforme de la gouvernance entraîne cependant une vive opposition de la part des chefs de service de l'hôpital de Roubaix. En effet, le questionnaire qui leur a été transmis comprend la question suivante : « **Etes-vous favorable au projet de nouvelle gouvernance ?** »

Question 5	Chefs de services
OUI	17%
NON	52%
SANS OPINION	31%

Une très large majorité s'oppose donc à cette évolution. Interrogés, la raison principale est que leur métier est de soigner et non de gérer.

Afin de contrebalancer ce fort scepticisme de la part des médecins, un séminaire regroupant l'équipe de direction et le bureau de CME a été organisé avec l'aide du consultant. Ce regroupement a permis de véritables échanges entre médecins et directeurs sur les pôles (découpage/gestion/intéressement/contrat), la déconcentration des décisions, le comité exécutif (composition/rôle).

Un plan d'action a été élaboré :

-L'expérimentation du fonctionnement en pôle sera engagée en 2005, au travers de deux ou trois fédérations volontaires.

-D'ici janvier 2005 il est nécessaire de progresser sur l'ensemble des dimensions du projet afin de disposer d'un référentiel.

-Il sera incontournable d'associer par cercles concentriques le corps médical et les soignants à la réflexion afin de ne pas « basculer » dans une démarche d'expert. La mobilisation des professionnels doit être un objectif en tant que tel.

-Par ailleurs, une réflexion doit être organisée afin de définir les modalités d'association des organisations syndicales.

L'ensemble des personnes présentes a conscience du fait que les médecins du bureau de la CME, dans l'ensemble très favorable à la démarche de la nouvelle gouvernance, font exception dans l'institution. C'est pourquoi, ils auront un rôle de transmission de la « bonne parole » afin de montrer à leurs collègues, l'inéluctabilité et surtout la nécessité d'un tel changement.

Les autres acteurs, pour des raisons différentes, sont également peu favorables à la réforme de la nouvelle gouvernance.

b) Les autres acteurs.

Tout d'abord, les cadres supérieurs et les cadres de santé témoignent de leur rejet vis-à-vis de cette évolution. Les réponses à la question « **Etes-vous favorable au projet de nouvelle gouvernance ?** » sont les suivantes

Question 5	Cadres de santé
OUI	24%
NON	44%
SANS OPINION	32%

Lors d'entretiens avec des cadres de santé, on constate que ce rejet est surtout dû à l'incertitude que la réforme fait planer sur le rôle des cadres de santé, notamment, quelle sera leur place au sein des pôles d'activités médicales. Ainsi une cadre supérieure de santé indique « *Il va être difficile de se situer pour les cadres de se situer dans la nouvelle gouvernance. Si le chef de pôle décide l'achat d'un matériel en lieu et place d'une aide soignante, la gestion du personnel ne sera pas évidente pour nous. Nous ne partageons pas les mêmes soucis quotidiens. Il faudra installer des binômes de gens qui s'entendent bien avec des objectifs communs et un sens de l'écoute* ¹¹⁸ ».

Les autres acteurs de l'établissement se montrent également critiques. Ainsi, le CTE de l'établissement a voté contre l'expérimentation de la nouvelle gouvernance. Les arguments avancés témoignent d'une crainte d'être les oubliés de la réforme et d'être totalement éloignés des circuits de décision. Certains allant jusqu'à dénoncer la collusion entre les médecins et les directeurs au détriment des autres acteurs de l'institution.

¹¹⁸ Entretien avec une cadre supérieure de santé en date du 9 août 2004.

Même si la réforme est loin de faire l'unanimité la démarche de la direction est d'adapter le projet aux réalités du CH de Roubaix. Ainsi, comme nous l'avons vu, un des axes majeurs de réflexion concerne les modalités d'association de l'ensemble des agents de l'hôpital à cette nouvelle gouvernance.

Le CH de Roubaix s'est donc engagé de façon dynamique dans l'expérimentation de la nouvelle gouvernance, soucieux de poursuivre l'innovation managériale. La première phase de réflexion a permis de cerner les problématiques essentielles, les difficultés probables mais aussi les apports de cette réforme. En effet, si c'est un succès, le dialogue, la coopération entre sommet stratégique et centre opérationnel sera véritable et l'élaboration d'une stratégie globale possible. Cette volonté de modifier le management hospitalier correspond également au système des directeurs de discipline. C'est pourquoi, il est intéressant de noter que la fonction de directeur de discipline peut être améliorée et ancrée dans l'institution grâce à la nouvelle gouvernance et ses implications.

3.2 Une opportunité pour les directeurs de discipline.

3.2.1 Une meilleure définition de la fonction.

Ce qui manque à l'heure actuelle aux directeurs de discipline pour être efficace c'est d'être reconnu comme figure institutionnelle incontournable, au rôle déterminé, aux missions définies. La nouvelle gouvernance, par les profondes modifications du paysage organisationnel de l'hôpital qu'elle implique, peut rendre centrale la place du directeur de discipline. Deux phénomènes vont probablement y contribuer.

A) Une contractualisation des relations.

Le directeur de discipline va se retrouver au cœur des modifications proposées par la réforme de la nouvelle gouvernance.

L'expérience du CHU de Dijon¹¹⁹ en la matière le prouve. Cette structure hospitalière est organisée en pôles médicaux et en pôles de direction. Parallèlement au découpage en pôles médicaux a été mis en place un système de directeurs délégués auprès des pôles. Afin de garantir un bon fonctionnement de cette organisation, les missions du directeur délégué sont inscrites dans le contrat qui lie le pôle à l'établissement :

Le directeur délégué intervient avec trois types de missions :

- S'il s'agit d'un domaine où il existe une délégation de gestion au pôle, alors le

¹¹⁹ Entretien avec Mr LALIE, secrétaire général du CHU de Dijon.

directeur délégué est uniquement un facilitateur.

- Pour les dossiers non délégués aux pôles, deux cas de figure se présentent :
 - a) Des dossiers sont confiés par le DG au directeur délégué car c'est une question qui concerne directement le pôle.
 - b) Les directions fonctionnelles interviennent directement en concertation avec le directeur délégué.

Inscrire ainsi les missions du directeur délégué auprès du pôle permet de définir précisément les modalités de coopération entre celui-ci et les chefs de pôles. Cette « contractualisation » permet d'éviter le recours anarchique au directeur délégué et assure une cohérence essentielle.

L'équipe de direction de l'hôpital de Roubaix a acté lors du premier séminaire la nécessité de conserver un organigramme matriciel et le système de directeurs de discipline, avec sans doute une évolution de la terminologie. Lors du séminaire avec le bureau de la CME, les médecins ont aussi exprimé leur souhait de conserver ce système tout en renforçant son opérationnalité. Ainsi, pour chaque pôle, un Directeur Référent est désigné. Son rôle se situe à trois niveaux :

- Assistance à la définition de la stratégie du pôle et des disciplines médicales concernées principalement par le pôle.
- Suivi de la bonne exécution du contrat et articulation avec les directions fonctionnelles en dehors du fonctionnement normal du quotidien.
- Conseil opérationnel.

Dans ce contexte le Directeur Référent ne se substitue pas aux Directions Fonctionnelles. Néanmoins, des plans de progrès par directions fonctionnelles doivent être réalisés afin, notamment, d'améliorer certaines prestations et plus globalement la circulation de l'information (réactivité).

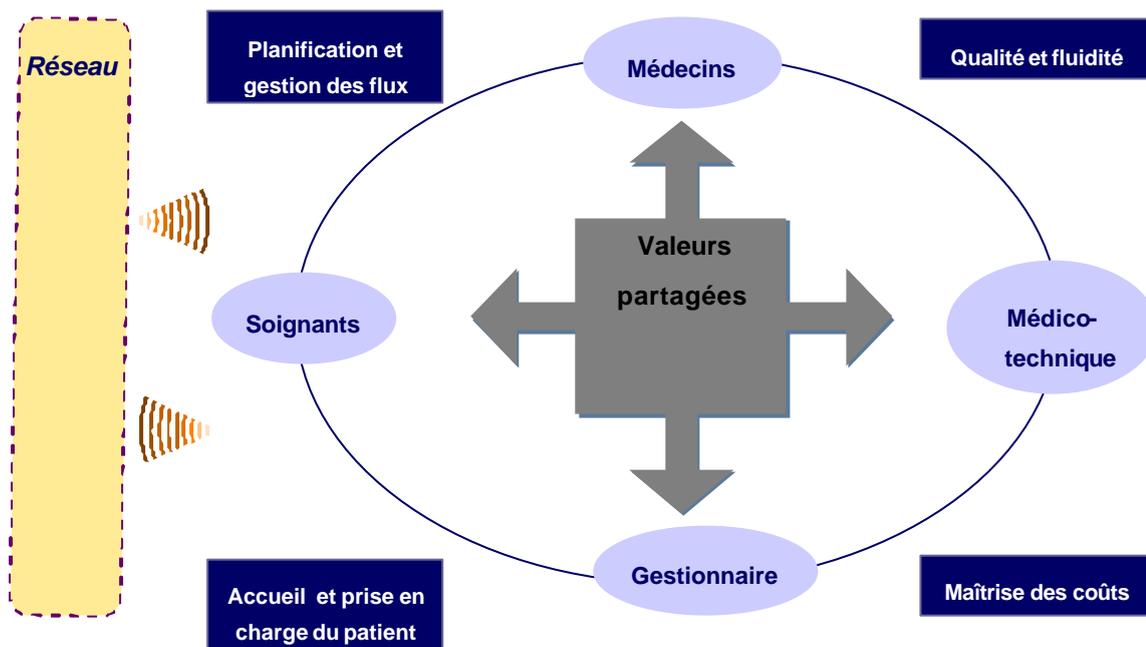
A côté de cette meilleure définition de la fonction de directeur de discipline, il est essentiel d'établir des liens plus formels entre celui-ci et les pôles médicaux.

B) Un dialogue plus formel.

La difficulté rencontrée par le système des directeurs de discipline est notamment due à un dialogue complexe avec le centre opérationnel en particulier les médecins. En effet, peu habitués à coopérer directement avec le sommet stratégique, certains médecins ne reconnaissent pas la légitimité d'un directeur venant les aider dans l'élaboration de leur stratégie. Or la nouvelle gouvernance entend ouvrir un dialogue qui nourrira les relations quotidiennes et les simplifiera. Comme le montre le schéma suivant, la réussite managériale de l'institution hospitalière tient avant tout à un système de valeurs partagées. Il est évident que le dialogue quasi quotidien entre le directeur référent de pôles et le chef de pôles favorise l'élaboration d'une vision commune, but principal de la

nouvelle gouvernance. Un chef de service indique l'importance de ces valeurs partagées :
 « Un directeur de discipline doit avoir une vision pour la spécialité dont il a la charge, tout comme le médecin en a une. Il peut y avoir un fossé entre ces deux vision, elles se rapprocheront progressivement si il y une communication réelle entre directeur de discipline et chef de service, ce qui sera sans doute le cas avec la réforme de la nouvelle gouvernance¹²⁰ »

Une nouvelle organisation doit reposer sur un système de valeurs partagées



Les pôles médicaux permettront aux directeurs de discipline de regrouper les unités qui leur sont confiées. Ainsi, certains directeurs de discipline le sont pour services ce qui ne permet pas une communication identique avec l'ensemble de ces services. Pour aller vers plus d'uniformité dans l'exercice de la fonction, la création des pôles est idéale. Ainsi, pour une cadre supérieure : « La nouvelle gouvernance et la création de pôles médicaux devrait permettre aux directeurs de discipline de plus se consacrer à un ou deux pôles et d'en avoir une meilleure connaissance favorisant alors le dialogue¹²¹. » Il est à prévoir que chaque directeur référent de pôles aura sous sa responsabilité 1 à 2 pôles ce qui permet une qualité de dialogue et d'écoute ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle.

¹²⁰ Entretien avec un chef de service en date du 1^{er} août 2004

¹²¹ Entretien avec une cadre supérieure de santé en date du 9 août 2004

De même le dialogue constructif qui verra le jour au sein du comité exécutif, rassemblant médecins et directeurs, militera en faveur d'un meilleur positionnement des directeurs de discipline et d'une meilleure collaboration des pôles avec ceux-ci. Enfin, il est primordial d'inscrire dans le règlement de chaque pôle non seulement l'identité et les missions du directeur référent mais aussi qu'il est membre de droit au conseil de pôles, instance nouvelle et cruciale étant donné les délégations prévues aux pôles. Alors qu'à l'heure actuelle le directeur de discipline n'est pas systématiquement associé à la vie des services, cette position formalisée dans le pôle lui permettra de collaborer de façon plus efficiente et de constituer un recours important pour le pôle. En effet on constate aujourd'hui que dans les services où le directeur de discipline participe au conseil, le dialogue s'instaure plus facilement, il est reconnu par l'ensemble de l'équipe « *Notre directeur de discipline a été dès le départ associé à toutes les réunions de service que ce soit des conseils de services plénier ou restreint. Comme il participe à ces réunions il a connaissance de nos problématiques régulièrement. Lors de ces réunions, les agents le voient et peuvent lui poser des questions en direct. Cette possibilité de relation directe est bien perçue par les agents*¹²². »

La nouvelle gouvernance de par son association très étroite du corps médical et des directeurs, devraient favoriser un ancrage plus fort des directeurs de discipline. Une institutionnalisation et une formalisation des relations permettront un dialogue récurrent et un partage progressif des valeurs de chacun.

3.2.2 Clarification et approfondissement du système.

Le plus intéressant pour le système des directeurs de discipline dans cette expérimentation de la nouvelle gouvernance est qu'elle devrait leur permettre d'avoir de nouveaux rôles, et d'être ainsi plus légitime dans leurs relations avec le centre opérationnel. Ces nouveaux rôles leur créeront la marge de manœuvre qui leur manque à l'heure actuelle.

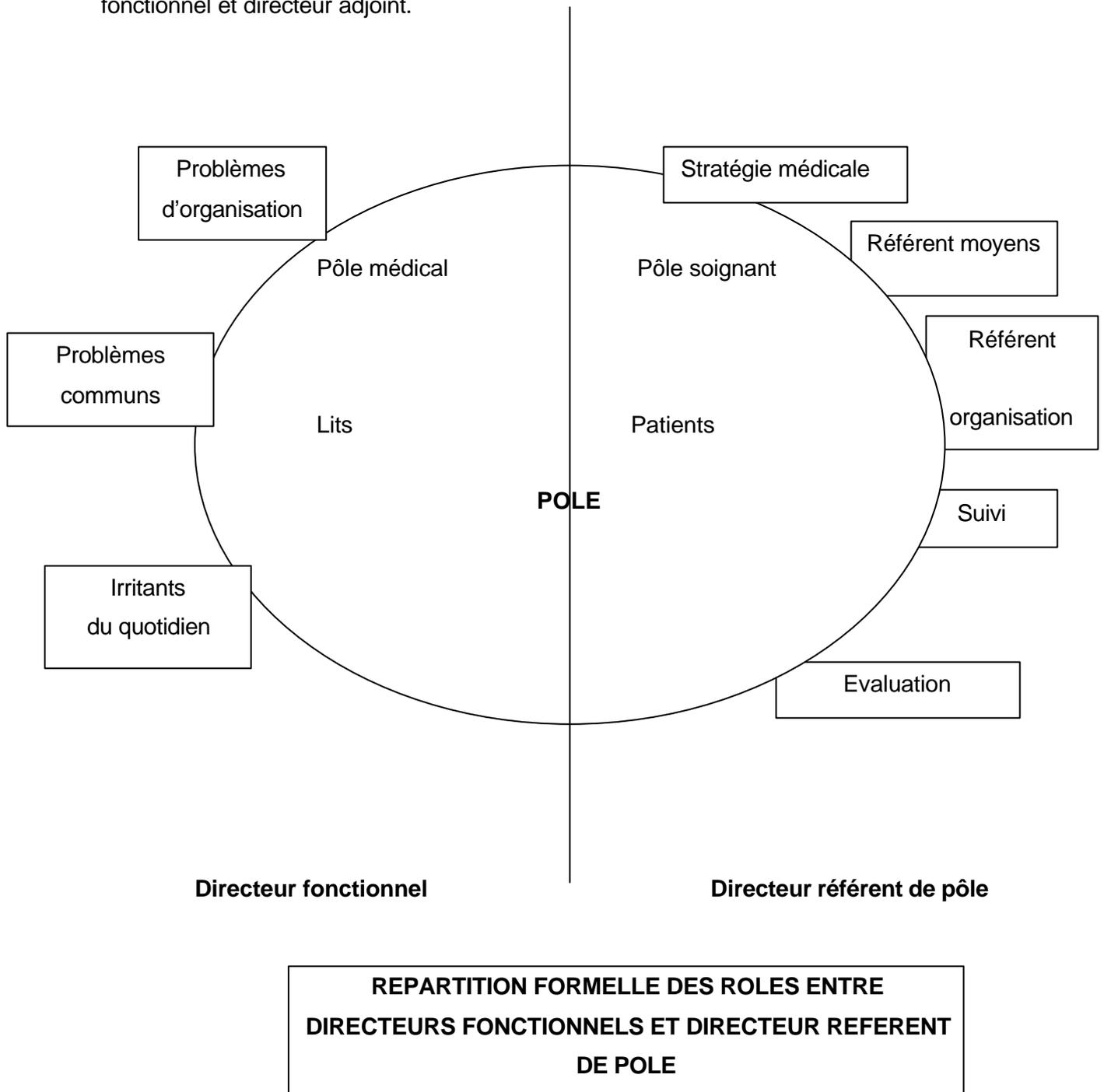
A) Une réorganisation des fonctions.

Consciente du que de clarté du système des directeurs de discipline mais convaincu de sa nécessité et de son inscription dans le processus de la nouvelle gouvernance, l'équipe de direction a remis à plat cette organisation. En effet, dans le cadre du séminaire organisé le 19 mai en vue de l'expérimentation de la nouvelle

¹²² Entretien avec une cadre supérieure de santé en date du 9 août 2004

gouvernance, l'équipe de direction a constaté les faiblesses du système de directeurs de discipline mais a aussi insisté sur son importance dans l'évolution organisationnelle de l'hôpital.

Un des reproches majeurs faits au système est sa complexité, or dans un hôpital se dirigeant vers une profonde réforme institutionnelle, il est essentiel que les circuits de décisions et les champs d'action soient clairement déterminés. C'est pourquoi, l'équipe de direction a dessiné une répartition stricte des fonctions et des rôles entre directeur fonctionnel et directeur adjoint.



L'organisation des directeurs autour des pôles médicaux gagne ainsi en clarté.

Le directeur fonctionnel intervient auprès du pôle pour des difficultés organisationnelles, quotidiennes qui relèvent de sa compétence propre.

Le directeur référent de pôle a un rôle plus stratégique puisqu'il aide à l'élaboration du projet de pôle. D'autre part, il est un interlocuteur incontournable pour la mise en œuvre de ce projet : moyens, évaluation, suivi, organisation.

Cette clarification des compétences est essentielle car demandée tant par les directeurs que par les chefs de service et cadre de santé.

Tout ceci dessine donc précisément de nouveaux rôles du directeur référent auprès des pôles médicaux.

A) De nouveaux rôles.

a) Un rôle de pédagogue.

Les changements qu'impliquent la nouvelle gouvernance et, pour le moment, son expérimentation, rendent nécessaires une explicitation claire. La transversalité de la fonction de directeur de discipline fait d'eux des relais efficaces afin de communiquer sur cette réforme aussi bien pendant la phase d'expérimentation qu'une fois les pôles mis en place.

- Pendant l'expérimentation.

L'expérimentation de la nouvelle gouvernance implique une bonne diffusion de l'information à l'ensemble des acteurs concernés. Le directeur de discipline, dans le cadre de cette expérimentation, explique dans ses services les changements progressifs prévus.

D'ailleurs, pour certaines personnes, le système des directeurs de discipline est un préalable positif à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance. « *Cette expérience a deux avantages:*

-elle constitue un bon premier pas avant l'organisation en pôles

-elle permettra de dégager plus facilement les pôles médicaux de demain par la connaissance qu'ont désormais les directeurs des affinités et des incompatibilités entre disciplines¹²³. » Cette connaissance due aux systèmes va ainsi faciliter la mise en place des pôles médicaux car le dialogue construit jusqu'alors est particulièrement important pour une réforme d'une telle ampleur.

¹²³ Entretien avec un directeur adjoint en date du 12 juillet 2004.

- Dans la vie des pôles médicaux.

Les changements, produits par la nouvelle gouvernance vont bouleverser l'organisation hospitalière et notamment le quotidien des services désormais regroupés en pôles. C'est pourquoi il est capital que le directeur référent de pôles soit très présent lors des moments clefs de la vie de celui-ci. C'est-à-dire la signature du contrat d'objectifs et de moyens qui le lie à l'établissement, lors de grandes décisions budgétaires, lors des réunions de pôles. Le directeur référent est alors un pédagogue pour le chef de pôle qui va découvrir des procédures administratives, de la gestion, auxquelles il n'a jamais été confronté. Il faudra alors être très présent et penser à simplifier ce langage administratif, ce qui pourrait être du rôle du directeur référent. « *L'exemple des budgets de service est symptomatique : comment les libeller ? En termes administratifs inconnus des services ou en termes courants pour ceux qui les gèrent au quotidien. La problématique est à descente d'une complexité administrative au niveau opérationnel*¹²⁴ ». Même si l'on peut espérer que la nouvelle gouvernance simplifiera l'administration de l'hôpital, dans un premier temps le directeur référent de pôles sera là pour assister le chef de pôle et son équipe dans la découverte des arcanes administratives.

Ce rôle de pédagogue est essentiel dans la fonction des directeurs de discipline et va faire évoluer leur statut. Ainsi un directeur adjoint note : « *Lorsque les pôles médicaux seront institués, le rôle de directeur référent deviendra institutionnel*¹²⁵. » Le directeur référent sera alors un interlocuteur privilégié, connaissant le terrain et susceptible d'apporter une aide opérationnelle et stratégique aux pôles dont il a la charge.

b) Un rôle de suivi

Pour accomplir ces missions, le pôle se voit attribuer différents moyens par l'intermédiaire de la contractualisation interne et des budgets de pôles. D'autre part, ces pôles vont établir ce contrat avec l'établissement autour d'un projet médical. Dès lors, il apparaît important que le directeur référent veille à la bonne gestion des pôles au niveau budgétaire mais aussi des projets.

Lors de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens, le directeur référent de pôles sera une aide pour le chef de pôles. Dans l'exécution de ce contrat, le directeur référent aura une fonction de suivi et d'alerte. Il interviendra alors pour guider le chef de pôles dans des choix cruciaux. Le chef de pôle saura alors que pour un problème stratégique ou organisationnel, le directeur référent est un relais pertinent. Comme l'indique le

¹²⁴ Entretien avec Michel CREMADEZ en date du 27 mai 2004.

¹²⁵ Entretien avec un directeur adjoint en date du 12 juillet 2004

président de la CME : « *La nouvelle gouvernance devrait permettre d'apporter un cadrage plus clair pour tout le monde. Les directeurs s'impliqueront alors davantage et seront présents auprès des chefs de pôles pour un suivi attentif*¹²⁶ ».

Ce rôle de suivi est essentiel pour l'institution comme l'indique le directeur général : « *Avec la gouvernance interne et la tarification à l'activité, le directeur de discipline doit garantir la réalisation de l'acte et donc de la rémunération. Il a alors un rôle, de négociation, de suivi*¹²⁷. »

Le directeur référent intervient également en tant que garant de l'unité de l'institution. En effet chaque pôle médical dispose désormais d'un certain nombre de moyens et bénéficie d'une mutualisation des ressources, le danger est alors de fragiliser un sentiment d'appartenance à l'institution déjà faible. C'est pourquoi la présence du directeur référent auprès d'un pôle est essentielle.

La nouvelle gouvernance devrait donc permettre de clarifier et d'approfondir le rôle de directeur de discipline ce qui est important car il sera sans doute un acteur crucial dans cette nouvelle organisation.

¹²⁶ Entretien avec le Président de la CME le 15 juillet 2004.

¹²⁷ Entretien avec le directeur général en date du 8 avril 2004.

CONCLUSION

La complexité organisationnelle apparaît endémique à l'hôpital. Diverses tentatives de réforme n'ont guère réussi à faire changer ce constat : l'organisation actuelle de l'institution hospitalière ne lui permet pas d'avoir une stratégie globale, des décisions en phase avec son environnement. La principale cause de cette carence est la non communication récurrente entre sommet stratégique et centre opérationnel. En résumé, directeurs et médecins se parlent peu, ne partagent pas les mêmes valeurs, et n'ont pas la même conception de l'hôpital.

Dès lors, seule une initiative personnelle d'un directeur général, d'une équipe de direction peut parvenir à dissoudre cette complexité et à restaurer une efficacité essentielle pour l'hôpital. Il apparaît alors important d'agir par le management qui se base sur les relations humaines puisque c'est du fait d'un déficit de communication que l'hôpital ne parvient pas à adopter une stratégie partagée par l'ensemble de ses acteurs.

Le directeur général du Centre Hospitalier de Roubaix a donc décidé d'utiliser le management comme ressource et d'impulser ainsi une modification des rôles de chacun. C'est ainsi qu'ont été mis en place les directeurs de discipline qui permettent d'introduire de la transversalité dans les fonctions de direction. C'est à dire que les directeurs sont en charge d'un domaine fonctionnel spécifique mais aussi de missions stratégiques et quotidiennes auprès de services de soins. Cette expérience est appréciée par les acteurs, heureux de voir les directeurs se rapprocher du terrain et de leurs préoccupations. Mais ce système demande à être approfondi et clarifié car il complexifie les circuits de décision et ne laisse pas de véritable marge de manoeuvre au directeur de discipline.

Ainsi, l'expérimentation de la nouvelle gouvernance par le CH de Roubaix pourrait être l'occasion d'institutionnaliser le système des directeurs de discipline. En effet, cette expérimentation procède à une grande remise en cause des acteurs et de leurs rôles en particulier pour les médecins et les directeurs. Cette nouvelle gouvernance va clarifier le rôle des directeurs de discipline, ceux-ci seront chargés d'accompagner la réforme, leur rôle devient central.

Il est trop tôt pour faire un bilan de cette expérimentation puisqu'elle a débité il y a quelques mois. Mais il est possible de dégager de cette expérimentation quelques points positifs pour l'évolution de l'organisation hospitalière :

-On assiste à une véritable mobilisation de l'équipe de direction et du bureau de la CME autour de ce projet. A charge pour ces deux « groupes » de transmettre leur enthousiasme à leurs collègues et à l'ensemble des acteurs du Centre Hospitalier.

-Il est possible de constater une attitude positive à l'égard du changement, il est certain que le système des directeurs de discipline a préparé le terrain pour ces changements managériaux.

-Autour de cette expérimentation des projets se construisent d'ores et déjà. Ainsi l'équipe

de direction a décidé de modifier son organisation et de se regrouper en pôles de gestions administratives. La direction espère ainsi donner l'exemple à la communauté médicale mais aussi montrer au centre opérationnel qu'elle sait évoluer dans son organisation dans le seul but d'être plus efficiente. De même, le bureau de la CME, en associant des confrères, réfléchit au découpage en pôles d'activités médicales et s'apprêtent à proposer des volontaires pour ce volet de l'expérimentation.

-La direction générale est soucieuse d'adapter l'expérimentation aux spécificités roubaisiennes. Ainsi, il est essentiel d'y associer l'ensemble du personnel, c'est pourquoi l'institutionnalisation d'un comité stratégique regroupant les représentants des différents acteurs de l'hôpital et à l'ordre du jour.

Cette expérimentation a déjà permis de rétablir le dialogue entre les acteurs, en espérant que celui-ci va perdurer. En effet cette communication est la conditions sine qua non pour la construction d'un hôpital plus adapté, plus réactif, où les luttes de pouvoir cèdent la place à une idée partagée du rôle de santé publique et à une conception commune de la prise en charge du patient.

Bibliographie

Ouvrages

- ❖ CREMADEZ.M,GRATEAU.F, *Le management stratégique hospitalier*, Intereditions/Masson ,Paris, 1997.
- ❖ CROZIER.M, FRIEDBERG.E, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977.
- ❖ CROZIER.M, SERIEYX.H, *Du management panique à l'entreprise du XXème siècle*, Maxima Laurent du Mesnil, Paris, 1994.
- ❖ ESPER.C, *Propositions d'expérimentation pour l'hôpital public*, Ministère des Affaires Sociales et de la Ville, Paris, 1994.
- ❖ LACOUR.B, Elève Directeur d'hôpital, *La conduite du changement en milieu hospitalier : enseignements tirés de l'expérimentation mise en œuvre au Centre Hospitalier de Lourdes*, Mémoire ENSP, 1997, 100 p.
- ❖ LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation,Paris, 1973.
- ❖ LEONARD.J.L, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*,TSA Editions,Paris, 1994.
- ❖ MINTZBERG. H, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation,Paris, 1982.
- ❖ NIZARD.G, *L'hôpital en turbulence. Les réponses managériales à la crise des établissements de santé*, Privat,Paris, 1995.
- ❖ RIGOLLET.J, BOUVEROT.G, *Humagement. Pour un management humain des entreprises et des organisations*, Editions ESKA, Paris, 2001.

Articles

- ❖ ANDRE-LANDINET Camille, *Pour un autre management hospitalier*,Gestions hospitalières, juin-juillet 1995, n°347,pp.456-460.

- ❖ BARRESI.V, *Faut-il changer le management à l'hôpital*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.12-13.
- ❖ BRUGERON.J-M, DANOS.J-P, *L'organigramme de direction, outil privilégié d'un management rénové ? La mise en place d'un organigramme matriciel au Centre Hospitalier de Lourdes*, Gestions hospitalières, février 1998, n°373, pp.99-104.
- ❖ CAUVIN.C,CREMADEZ.M, *Quelles structures pour les hôpitaux?*,Gestions Hospitalières, août-septembre 2001, n°167,pp.591-609.
- ❖ CREMADEZ M., *Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n°266, pp 285-306.
- ❖ CREMADEZ.M, *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?* ,Revue hospitalière de France, Janvier-Février 2003, n°490,pp.42-49.
- ❖ CREMADEZ.M, *Evolution de la gouvernance. Un enjeu capital pour l'hôpital*, Gestions hospitalières, novembre 2003,n°430, pp.726-731.
- ❖ DOMIN J-P, *Le management est-il soluble dans l'organisation hospitalière ? Une réflexion sur le plan Hôpital 2007*, Gestions hospitalières, novembre 2003, n°430, pp.670-674.
- ❖ FOLLEZ-LEIGHTON.M, *Management à l'hôpital : davantage de transversalité et de complémentarité*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.14.
- ❖ GABILLAT.C, *Hôpitaux: les médecins veulent plus de pouvoir*, Décision Santé, février 2003, n°192, p.16.
- ❖ GERTNER.G, *CHU de Dijon : des pôles qui marchent*,PHAR, juin 2004, n°29, pp.16-20.
- ❖ JANVIER.E, BIRLENBACH.S, LEMOINE.M, *Réorganiser un hôpital pour améliorer sa performance. Un défi en termes de management*, Gestions hospitalières, février 1998, pp.96-98.
- ❖ LIMPENS J-M, *La gestion de l'hôpital sous l'angle de la « corporate gouvernance »*, Gestions hospitalières, novembre 2003,n°430, pp.719-722.
- ❖ MARIE.D, *Organigramme de direction polaire et matriciel*, DH Magazine, février-mars 2000, n°70, pp.51.
- ❖ MAURY.F, *L'hôpital change. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière*, Gestions hospitalières, juin-juillet 1997, pp 414-420.
- ❖ NIZARD.G,*Techniques de management: « il faut de l'inédit! »*,Hospimédia, 28 juin 2004.
- ❖ PELJAK.D, *Le management de subsidiarité au service des hôpitaux*, Gestions hospitalières, juin-juillet 1997, n°367, pp.421-425.

- ❖ RENAULT.C, *Pour une gouvernance qui associe médecins et gestionnaires*, Gestions hospitalières, novembre 2003, n°430, pp.723-725.
- ❖ TEDESCO J, *Une nouvelle gouvernance pour l'hôpital ?*, 4 novembre 2003, Le Monde Economie.
- ❖ TRAZZINI J.X, *Le contexte des textes et pratiques*, Gestions hospitalières, pp 713-716, novembre 2003.

Sites internet

- ❖ www.cadresdesante.com
- ❖ www.viepublique.fr
- ❖ www.sante.gouv.fr
- ❖ www.viva.fr
- ❖ www.hospimedia.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1: TABLEAU DES DIRECTEURS DE DISCIPLINES.

ANNEXE 2: QUESTIONNAIRES DE L' ENQUETE

ANNEXE 3: QUESTIONNAIRES DES ENTRETIENS

ANNEXE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE

ANNEXE 5 : AXE 3 DU PROJET D'ETABLISSEMENT

**ANNEXE 6 : TEXTES SUR L'EXPERIMENTATION DE LA NOUVELLE
GOUVERNANCE**

ANNEXE 1:TABLEAU DES DIRECTEURS DE DISCIPLINES.

DISCIPLINE/SERVICE	RESPONSABLE FEDERATION / SERVICE	RESPONSABLE DISCIPLINE / SERVICE	DIRECTEUR DE DISCIPLINE	REFERENT CME DISCIPLINE / PROJET
UROLOGIE	M. d'HALLUIN	idem	M. MAURY	M. d'HALLUIN
PNEUMOLOGIE	M. BARBIEUX	M. STEENHOUWER M. BARBIEUX	Mme BENEAT	M. d'HALLUIN
HEMATOLOGIE	Mme FLANTIER	idem	Mme BENEAT	Mme BABE
NEUROLOGIE	M. WEMEAU	Mme ADNET BONTE M. NIBBIO Mme DAEMS	Mme BENEAT	Mme BABE
MEDECINE INTERNE	M. WEMEAU	idem	Mme BENEAT	Mme BABE
RHUMATOLOGIE	M. WEMEAU	idem	Mme BENEAT	Mme BABE
CHIRURGIE ORTHOPED. ET TRAUMATOLOGIQUE	M. PASQUIER	idem	Mme BENEAT	M. PASQUIER
TOXICOMANIE	M. WEMEAU	idem	Mme BENEAT	
ALCOOLOGIE	M. WEMEAU	idem	Mme BENEAT	
NEPHROLOGIE / HEMODIALYSE	M. LE MONIES DE SAGAZAN	idem	M. FIGLAREK	M. SAMAILLE
CENTRE D'EXAMENS DE SANTE	Mme BACHIMONT	idem	M. FIGLAREK	Mme BABE
C.I.L.N. Equipe Opér. Hygiène	Mme VACHEE	idem	M. GERMANI	Mme GREMILLET
HEMOVIGILANCE SECURITE TRANSFUSIONNELLE	Mme BABE	Mme LOVI	M. GERMANI	M. d'HALLUIN
FEDERATION DE LABORATOIRE	Mme RAMON	idem	M. GROUX	Mme GREMILLET
FEDERATION DE PHARMACIE / STERILISATION	Mme DELETTE	idem	M. GROUX	
ANATOMO-PATHOLOGIE	Mme VERBERT	idem	M. GROUX	
MEDECINE NUCLEAIRE	M. KHAZARJIAN	idem	M. GROUX	Mme BABE
IMAGERIE MEDICALE	Mme LIESSE	idem	M. GROUX	Mme BABE
D.I.M.	M. BRICOTEAU	idem	M. LEBAS	M. PASQUIER
FEDERATION MEDICO-CHIR. DE L'APPAREIL DIGESTIF	M. DESSEAUX	M. GUILLEMOT (Gastro.) M. BOURNOVILLE (Chir. Générale) M. HAMON (Chir. Gén. et Digestive)	M. LEBAS	M. d'HALLUIN
FEDERATION DE CARDIOLOGIE	M. DEMARCO	idem	M. LEBAS	M. SAMAILLE
CONSULT. CENTRALISEES	Mme KROLL	idem	M. POULAIN	M. d'HALLUIN
URGENCES / SMUR	Mme BABE	idem	M. POULAIN	Mme BABE
BLOC OPERATOIRE	M. PASQUIER	idem	M. POULAIN	M. PASQUIER
FEDERATION DE REANIMATION MEDICO-CHIR.	M. LEMAIRE	M. LEMAIRE (Réa. Méd.) Mme VERHEYDE (Réa. Chir.)	M. POULAIN	M. SAMAILLE
ANESTHESIE V. PROVO	Mme TAZET	idem	M. POULAIN	M. PASQUIER
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	M. d'HALLUIN	idem	M. POULAIN	M. d'HALLUIN
GERIATRIE		M. BUKOWSKI - Mme HERBIN	M. POULAIN	M. d'HALLUIN
S.S.R.	M. FORZY	idem	M. POULAIN	M. d'HALLUIN
SOINS PALLIATIFS	M. HEUCLIN	idem	M. POULAIN	M. d'HALLUIN
PSYCHIATRIE	M. DEBROCK	idem	M. POULAIN	Mme BABE
MAISON DE SANTE	M. d'HALLUIN	idem	M. POULAIN	Mme BABE
FEDERATION DE PEDIATRIE MEDICO-CHIR.	M. GIARD	M. YTHIER (Pédiatrie) M. GIARD (Chirurgie enfants)	Mme WEMEAU	Mme GREMILLET
GYNECOLOGIE / OBSTETRIQUE	M. DELAHOUSSE	idem	Mme WEMEAU	Mme GREMILLET
NEONATOLOGIE	Mme GREMILLET	idem	Mme WEMEAU	Mme GREMILLET
ANESTHESIE P. P. CELLE	M. WATTRISSE	idem	Mme WEMEAU	M. PASQUIER
ORTHOGONIE - PLAN. FAM.	M. LEFEBVRE	idem	Mme WEMEAU	Mme GREMILLET
C.A.M.S.F.	M. TITRAN	idem	Mme WEMEAU	M. d'HALLUIN
CONSULT. DOULEUR + CLUD	M. WATTRISSE (douleurs chroniques) Mme TAZET (douleurs perhospitalières)	M. LEROY (douleurs chroniques) M. HEUCLIN (douleurs perhospitalières)	M. WILLEM	M. d'HALLUIN
DIABETOLOGIE	M. GRENIER	idem	M. WILLEM	M. SAMAILLE
ONCOLOGIE	Mme RAD	idem	M. WILLEM	Mme BABE
TABACOLOGIE	M. BARBIEUX	Mme BESNARD	M. WILLEM	
CENTRE EDUCATION DU PATIENT	M. GRENIER	idem	M. WILLEM	M. d'HALLUIN
FEDERATION DES SPECIALITES	M. LECOUTURE	M. DUTHOIT (Oph.) M. N'GUYEN (ORL) M. CARON (Stomato.)	M. WILLEM	M. PASQUIER

ANNEXE 2: QUESTIONNAIRES DE L' ENQUETE

<p>QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES CADRES INFIRMIERS SUPERIEURS ET DES CADRES INFIRMIERS</p>
--

1) Connaissez-vous le directeur de discipline de votre service ?

? Oui

? Non

2) Pensez-vous que ce type d'organisation (directeurs de discipline) rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien ?

? Oui

? Non

3) Faites-vous régulièrement appel à lui ?

? Oui

? Non

4) Connaissez vous le Directeur des établissements ainsi que son rôle dans le dispositif ?

? Oui

? Non

5) Etes-vous favorable au projet de la nouvelle gouvernance?

? Oui

? Non

Merci de vos réponses

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES CHEFS DE SERVICE

1) Connaissez-vous le directeur de discipline de votre service?

? Oui

? Non

2) Pensez-vous que l'organisation du Ch de Roubaix (directeurs de discipline) rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien ?

? Oui

? Non

3) Connaissez vous le Directeur des établissements ainsi que son rôle dans le dispositif?

? Oui

? Non

4) Le Directeur de discipline vous aide t'il dans de la stratégie de votre service en terme de santé publique?

? Oui

? Non

5) Etes- vous favorable au projet de nouvelle gouvernance?

? Oui

? Non

Merci de vos réponses

ANNEXE 3: QUESTIONNAIRES DES ENTRETIENS

QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIEN AVEC DIRECTEURS DE DISCIPLINE

1) Comment vous manifestez-vous en tant que Directeur référent dans le service qui vous a été attribué ?

2) Au quotidien, quelles sont vos relations avec ce service ? Celui-ci fait-il appel à vous régulièrement ?

3) Lorsque ce service vous saisit quel processus déclenchez-vous ensuite ?

4) Pensez-vous que ce type d'organisation rapproche les directeurs du terrain et du quotidien des services ?

-Oui

- Non

- Pourquoi ?

5) Cette organisation modifie t'elle votre manière de diriger ?

6) Selon vous, cette organisation simplifie t'elle ou complexifie t'elle les circuits de décisions à l'hôpital ?

<p style="text-align: center;">QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIEN AVEC CHEF DE SERVICE ET CADRES DE SANTÉ</p>
--

1) Que pensez vous du système des directeurs de discipline?

2) Faites vous souvent appel à lui? Pour du quotidien et/ou de la stratégie?

3) Pensez vous que ce type d'organisation rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien?

4) Quel bilan faites vous du système?

5) Pensez vous que la nouvelle gouvernance et notamment la création de pôles médicaux va institutionnaliser ce système?

ANNEXE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE

- Enquête réalisée auprès des cadres de santé.

1) Connaissez vous le directeur de discipline de votre service?

2) Pensez vous que ce type d'organisation rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien?

3) Faites vous régulièrement appel à lui?

4) Connaissez vous le directeur des établissements ainsi que son rôle dans le dispositif?

5) Etes vous favorable au projet de la nouvelle gouvernance?

	1	2	3	4	5
OUI	93	51	61	73	24
NON	7	46	34	27	44
Sans opinion	0	3	5	0	32
Totaux	100	100	100	100	100

(en pourcentage)

- **Enquête réalisée auprès des chefs de service.**

1) Connaissez vous le directeur de discipline de votre service?

2) Pensez vous que ce type d'organisation rapproche les directeurs du terrain et de votre quotidien?

3) Connaissez vous le directeur des établissements ainsi que son rôle dans le dispositif?

4) Le directeur de discipline vous aide t'il dans la l'élaboration de la stratégie de votre service?

5) Etes vous favorable au projet de la nouvelle gouvernance?

Question	1	2	3	4	5
Oui	100	61	78	39	17
Non	0	35	22	56	52
Sans opinion	0	4	0	5	31
Totaux	100	100	100	100	100

(en pourcentage)

ANNEXE 5 : AXE 3 DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La réussite d'un projet repose sur sa préparation et sa conduite.

La demande du projet d'établissement, véritable point de convergence de projets médicaux, soignants, sociaux et qualité (pour ne citer que les principaux) permet d'identifier clairement les grandes orientations stratégiques. Ce troisième axe a pour ambition de renouer nos modes de fonctionnement au travers de projets de gestion et de l'adaptation progressive de notre organisation, de nos modes de fonctionnement et de nos moyens à l'évolution de nos missions. Ce projet ajoute à la formulation des axes stratégiques de l'établissement et des acteurs identifiés directement à ce niveau une réponse cohérente concertée et attentive aux situations constatées.

Complexité, adaptabilité, qualité sont donc trois caractéristiques indispensables à prendre en compte pour réussir la mission de soins confiée à l'établissement. L'administration de la structure par la simple application de textes, d'ailleurs toujours plus nombreux sinon contradictoires, est évidemment, devenue impossible. La gestion performante à l'aide d'outils techniques et méthodologiques maîtrisés par quelques directeurs qualifiés s'avère insuffisante.

Le pilotage de l'hôpital doit, aujourd'hui, allier capacité à anticiper l'avenir, accompagnement du changement et garantie d'un excellent fonctionnement quotidien.

En termes de conduite d'une structure, cette problématique nécessite le travail d'une équipe d'acteurs responsables nombreuse, formée, motivée et unie. En tout premier lieu une responsabilité pèse sur l'encadrement soignant, technique ou administratif, sur le corps médical, et bien entendu sur l'équipe de direction. Il leur appartient ensemble de réussir l'évolution de leur Hôpital, chacun dans leur domaine de compétence mais unis dans leur mission commune de "cadres" pour l'Institution.

Ils doivent participer à l'élaboration et à la validation des objectifs du Centre Hospitalier. Ils doivent connaître tous ses enjeux principaux. Ils doivent animer le mouvement qui réalise le changement tout en garantissant la qualité et la continuité du service.

La tâche nécessite une attention particulière à ces responsables, à leur information, à leur formation, à leurs moyens, à leur participation institutionnelle, à leur reconnaissance. Elle exige, en contrepartie, une disponibilité au changement, une capacité à rechercher et accepter l'adaptation de leurs objectifs et de leurs organisations, une nouvelle manière de travailler ensemble.

L'équipe de direction, doit revoir son mode de fonctionnement, pour dépasser la logique unique de la responsabilité par domaine fonctionnel et s'élargir au management par projet et au suivi stratégique des disciplines.

L'encadrement s'engage sur la base du volontariat dans une formation longue et de haut niveau et s'investit dans un grand nombre de groupes de travail, préparant l'avenir de l'établissement. Par une plus grande autonomie d'action et décision, il doit être en mesure d'assurer complètement le fonctionnement quotidien de l'établissement et de préparer l'ensemble du personnel aux évolutions techniques et organisationnelles qui s'annoncent.

Une mention toute particulière doit être faite pour les praticiens hospitaliers, notamment les chefs de service et coordonnateurs de fédérations, dont la responsabilité et l'engagement sont décisifs pour l'affirmation et la réussite des missions reconnues au Centre Hospitalier. Il est attendu d'eux une grande capacité à discerner les grands enjeux de leur discipline et à déterminer leurs partenaires internes et externes qui conditionnent le service dû aux patients ainsi qu'une participation active aux sous-commissions qui suivront les restructurations et réorganisations par grands domaines d'activité.

La mise en œuvre effective de ce projet nécessitera :

5. Une définition claire des responsabilités collectives et individuelles. Chaque secteur de l'établissement s'engageant sur des échéances précises et sur la réalisation des objectifs du projet lui ayant été confié. Afin de les accompagner en la matière, une charte sera rédigée. Elle formalisera les nécessaires modes de coopération intersectoriels afin de parvenir à la réalisation des objectifs par la ou les directions concernées. Elle identifiera les moyens ainsi que les délais et les responsabilités.
6. Une communication spécifiquement adaptée et une diffusion interne et externe du projet. Constitué de l'agrégation des différents projets de l'établissement, réorganisés à l'aune des arbitrages stratégiques, le projet d'établissement devra être réapproprié par l'ensemble des acteurs du Centre Hospitalier.
7. Une évaluation constante du suivi de projet, une évaluation du degré de réalisation sur des critères objectifs préalablement définis (délais, budgets, analyse des écarts, efficacité, efficience réglementaire, sécurité...) sera effectuée de manière régulière et présentée aux organes décisionnels légalement investis. Cette évaluation sera assurée par la Direction de la Stratégie en liaison avec les autres secteurs. Secteurs qui auront mis en place un suivi de l'état d'avancement de leurs différents projets. Afin de garantir l'objectivité de cette évaluation, le recours à des auditeurs externes certifiés pourra être envisagé.

3.1 Favoriser les initiatives et relier les expertises

Les conceptions de l'organisation dans lesquelles " les dirigeants prennent

les décisions stratégiques et les opérationnels mettent en œuvre " sont clairement dépassées. Cette situation est d'autant plus marquée dans un environnement tel que l'Hôpital, où les activités et stratégies sont 'homme-dépendant'. Il convient donc d'aborder la problématique managériale et organisationnelle du projet d'établissement avec une nouvelle approche, favorisant l'initiative et l'innovation de chacun dans l'établissement. L'opérationnalisation de cette ambition se déclinera en fonction de quelques objectifs et actions clairement identifiées :

3.1.1 créer les conditions favorables à la motivation individuelle et collective.

La mise en place expérimentale de budgets de services sur la base d'un volontariat d'une gestion de proximité sera effectuée de manière à développer responsabilité et autonomie, de manière à assurer une gestion au plus proche du terrain. Cette possibilité nécessitant la mise à disposition d'outils (notamment informatiques) et des informations nécessaires à l'exercice de ces nouvelles possibilités.

3.1.2 favoriser la professionnalisation,

Favoriser la professionnalisation, notamment au travers de l'amélioration de l'accueil des nouveaux personnels, du développement des possibilités de mobilité, de la formations professionnelle, de la valorisation des compétences internes pour le développement de la formation, du développement des formations, de l'intégration des nouveaux métiers et compétences induites par le projet d'établissement, de l'amélioration de la relation au patient, de l'utilisation de la bureautique, mais surtout au travers de l'identification des expertises internes et d'une meilleure connaissance des structures et liens de l'établissement (organigramme)

3.1.3 relier les expertises,

Relier les expertises, notamment au travers de la création d'une cellule de veille 'outils' reliant des expertises internes et externes en matière d'évolution des besoins et exigences vis à vis des systèmes d'information et de la mise en place d'un réseau de type 'Gestion des Connaissances'.

Cette démarche de gestion des connaissances internes a pour finalité de développer le potentiel de l'organisation. Elle devra permettre :

2 en facilitant le développement des connaissances techniques et stratégiques, en améliorant l'appréhension des opportunités et des menaces externes, en suscitant la transmission des savoir faire, d'ouvrir de nouvelles perspectives stratégiques au sein même des services et secteurs opérationnels.

3 En démocratisant et développant le savoir faire de l'organisation, elle améliore l'efficacité individuelle et collective donc l'efficacité et l'efficience des résultats.

4 En amplifiant le potentiel de l'organisation et en ouvrant de réelles réflexions prospectives, elle développe le champ des opportunités et donc favorise les évolutions et la prise en compte de notre environnement.

Pour ce faire, nous nous articulerons autour de deux principaux objectifs :

- Structurer, organiser et capitaliser les connaissances, tant sur les plans techniques, méthodologiques que stratégiques. Ceci comprend dès lors

les documentations classiques (procédures qualités, notes réglementaires etc.) mais également les expertises métiers, les expertises transversales (management, prise de décision etc.), les informations concernant les clients et les concurrents, les propositions d'innovation formalisées etc.

- Susciter, sur cette base de connaissances mise à la disposition de tous, des échanges, des réactions, des commentaires, des notes qui permettent un enrichissement, une création de valeur, une réflexion prospective, une meilleure gestion des réunions, agendas, etc

L'organisation cible devrait pouvoir se définir grâce à trois caractéristiques clés :

- Favoriser l'initiative individuelle, dans le cadre d'un contrat d'activités et de moyens. Les ressources et responsabilités étant progressivement partagées avec de petites unités de la taille d'un plateau d'hospitalisation.
- Combiner les expertises individuelles pour en tirer parti au niveau de l'ensemble de l'établissement, dans l'objectif de mieux connaître les implications d'un projet (effectifs, compétences, finances, organisation, matériels), de développer des expertises combinées (médicales/soignantes/organisationnelles) et d'une meilleure connaissance réciproque des projets. Cette démarche, déjà initiée pourra s'étendre par exemple à la Cardiologie Interventionnelle ou la liaison entre les modes d'élaboration des plans de formations médicaux et soignants (Les orientations de formation médicale pouvant servir à l'élaboration de certaines composantes du plan de formation général)
- Assurer le renouvellement continu de ses compétences grâce à des ambitions partagées (les 2 axes de structuration du projet d'établissement) une capacité d'adaptation (problématique culturelle) et une combinaison permanente de développement et de rationalité (garant de cohérence dans le développement et la poursuite de la mission de service public de l'établissement).

3.2 Adapter les modes de travail

L'accompagnement des modifications voulues dans le cadre d'une organisation centrée sur le patient devra nécessairement être précédé d'une phase de diagnostic. Cette phase, largement initiée dans le cadre du projet Qualité et du projet Social permet d'ores et déjà d'identifier et de préconiser un ensemble d'actions relatives aux conditions d'exercice de l'activité professionnelle ainsi qu'aux organisations souhaitables et souhaitées au sein de l'établissement. Un ensemble d'actions sera donc mené en matière :

3.2.1 D'amélioration des conditions matérielles de travail

D'améliorer les conditions matérielles de travail, notamment dans le cadre du projet social en créant ou aménageant vestiaires, salles de détente, etc ...

3.2.2 D'accompagnement et de développement grâce à l'outil informatique

En généralisant l'utilisation des matériels informatiques, notamment pour le corps médical, en prenant mieux en compte les besoins des utilisateurs spécifiques en matière de communication, d'information et de formation (CD ROM interactifs, bases de données documentaires, internet ...)

La Direction de la stratégie initiera la conception et la mise en place d'un intranet, outil de travail facilitant l'échange de données et d'information. Le système sera connecté aux grandes applications de gestion en permettant une liaison avec l'extérieur via les extranet et l'internet.

En mettant à disposition des outils de productivité et d'organisation tels que ID9 Prima (gestion des rendez-vous), l'informatisation du dossier du patient, l'informatisation du plateau technique (imagerie, laboratoires, blocs, salles de réveil, etc ...) dans l'objectif de garantir sécurité, fiabilité et rapidité des résultats et transactions, et donc une meilleure utilisation des moyens.

3.2.3 De privilégier les modes d'organisation fédératifs et de mieux définir les relations entre fédérations et services

L'une des caractéristiques de l'établissement réside dans le développement fort des Fédérations. Cette situation, répondant à des besoins d'organisation et de transversalité dans les prises en charge sera développé et facilité notamment au travers du développement des gestions par plateau et de la simplification de la gestion des moyens associés (personnel, matériel ...).

3.3 Orienter les ressources en fonction des objectifs du Projet d'Etablissement

L'ensemble des points identifiés au long des axes 1 et 2 du projet d'établissement, constitue véritablement la colonne vertébrale de notre projet stratégique. Alors que chaque décision sera 'évaluée' en matière de participation et de concours à la réussite de ces objectifs, les ressources de l'établissement seront affectées prioritairement à la réussite de ceux-ci, dans le cadre d'un calendrier réaliste des travaux et de la mise en place de programmes d'équipement élaborés en fonction des priorités du projet. Ces orientations s'accompagneront notamment et prioritairement de la mise à niveau logistique de l'établissement en matière de plateau technique et de systèmes d'information. Ainsi que de l'évaluation et la recherche de subsides complémentaires en ce qui concerne nos actions hors champs PMSI.

3.3.1 restructurer le plateau technique de Victor Provo

Cette restructuration s'effectuera dans l'objectif premier d'améliorer les conditions de réalisation des prestations techniques de l'établissement en privilégiant les notions de qualité de service et de délais de réalisation. Ceci se traduira dans les faits par un ensemble d'actions telles que l'installation de l'IRM, la reconfiguration des salles de bloc et leur informatisation, l'articulation des secteurs d'anesthésie avec les demandes des services, la réorganisation des distributions médicamenteuses, la réorganisation des prestations du service biomédical ...

La réorganisation et la restructuration de PPG sera étudiée au cours du présent projet pour aboutir à un projet finalisé présenté dans le cadre du futur projet d'établissement.

3.3.2 soutenir le projet par l'outil informatique

L'information et les systèmes d'information en général, sont des éléments essentiels à la réussite des projets d'établissement. Repenser notre conception des systèmes d'information est donc nécessaire à la réussite de celui-ci. Cette reconception reposera essentiellement sur quelques éléments permettant de :

- Garantir sécurité et fiabilité de l'information
- Associer plus avant le corps médical aux choix et orientations informatiques
- Harmoniser les gestions administratives et médicales des patients et consultants
- Développer une bureautique interactive au travers d'un partage des connaissances.

3.3.3 prise en compte financière les éléments hors points ISA

La prise en compte des éléments financiers des décisions et orientations ne relevant pas du PMSI devant être évaluée grâce à des suivis spécifiques permettant de valoriser les gains initiés par ces démarches.

3.3.4 Prise en compte financière des éléments du PMSI

En optimisant la saisie des informations nécessaire au PMSI, notamment par une réorganisation/formation des secrétariats médicaux et une meilleure diffusion des bonnes pratiques de codage.

3.3.5 Préparer le futur projet d'établissement

Dès l'approbation du présent projet, il sera nécessaire d'initier les études relatives au futur projet d'établissement, notamment pour aborder le devenir de certaines disciplines comme la néphrologie ou la gynécologie-obstétrique.

3.4 Inscrire notre action dans un cadre partenarial

Le développement des réseaux et un mode de fonctionnement plus ouvert sont au centre des deux premiers axes du projet d'établissement, un support spécifique de ces actions devra donc être mis en place. Il devra permettre de :

3.4.1 Développer des modes de travail commun

Développer des modes de travail commun avec d'autres institutions tels que le service social de l'hôpital et les travailleurs socio-éducatifs et leurs homologues d'autres institutions en ville par exemple.

3.4.2 Développer un partenariat entre l'Hôpital et les réseaux.

Notamment en permettant, via des voies conventionnelles, des accès à notre plateau technique, de partager nos expériences et d'ouvrir notre système d'information grâce à un système sécurisé type extranet. Sur le plan médical, des partenariats devront être mis en place pour faire face à la nécessité de maintenir une réelle permanence des soins, là où elle est nécessaire et possible. A l'imitation du réseau régional d'oncologie, mis en place entre le service d'urologie et ses partenaires, d'autres réseaux doivent être mis en place en veillant à permettre des passerelles au niveau des logiciels.

3.4.3 Développer une approche citoyenne

S'ouvrir sur la ville et son environnement, sous-entend en parallèle le développement d'une approche et d'une conception citoyenne du rôle de l'Hôpital. Cette conception pouvant dans un premier temps se déployer grâce à un ensemble d'actions humanitaires (Dominique, Palestine, Sénégal), de Lutte contre les discriminations (raciales, sexistes, orientations sexuelles, idéologiques ou politiques...) et le développement d'activités culturelles au sein de l'établissement.

3.5 Rendre l'établissement attractif pour les personnels

Enfin, notre ambition ne pourra se développer efficacement sans les Hommes et les Femmes qui constituent notre communauté d'établissement. Cette préoccupation, justifiant en soi des projets essentiels tels que le projet social nécessite de développer une politique 'd'attraction et de fidélisation' de compétences clef. Cette politique reposera sur des éléments tels que

2. mieux faire connaître notre établissement, notamment au travers du site internet de l'établissement ou de la diffusion d'annuaires professionnels
3. développer la formation continue, liées aux projets et articulée avec le plan de formation général de l'établissement
4. Attirer et retenir le personnel médical, en développant des actions spécifiquement orientées vers ce public (EPU, rénovation de la bibliothèque médicale, soutien aux publications, valorisation de la recherche universitaire et clinique ...)
5. Aider à la valorisation des apports du personnel médical dans la communauté scientifique et renforcer les liens avec le pôle universitaire, en développant une approche en terme de postes à temps partagé, de postes d'assistants de spécialité et en développant plus encore notre participation aux projets de recherche clinique et universitaire.
6. Les conditions matérielles de séjour et de travail du corps médical feront l'objet d'une particulière attention de façon à attirer et à retenir les compétences (réfection de l'internat, salles de travail, bibliothèque, centre de recherche ...)

ANNEXE 6 : TEXTES
OFFICIELS SUR
L'EXPERIMENTATION

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cabinet de Jean-François Mattei
Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Paris, le 13 février 2004

CIRCULAIRE

DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004
relative à la mise en place par anticipation
de la nouvelle gouvernance hospitalière

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement public de santé
(pour mise en œuvre)

RESUME : Modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance dans les
établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

TEXTES DE REFERENCE :
- Code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-7, L. 6145-16 et L.
6146-8

Introduction

Réformer la gouvernance de l'hôpital répond à la nécessité, reconnue de façon consensuelle, de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution.

Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités.

Ces objectifs se trouvent garantis par le projet actuel qui résulte d'un accord équilibré entre les partenaires intéressés au terme d'une large concertation menée depuis septembre 2003.

Cette réforme sera complétée par des dispositions spécifiques à l'organisation hospitalo-universitaire et appuyée par les résultats des négociations sur l'évolution des statuts de praticiens hospitaliers et de directeurs d'hôpital ainsi que sur le dialogue social, l'évolution de l'emploi hospitalier et la validation des acquis de l'expérience.

L'économie générale de la réforme repose sur la rénovation des instances.

- Le conseil d'administration voit ses compétences centrées sur la définition des axes stratégiques, l'évaluation et le contrôle ;

- La compétence générale du directeur de l'établissement est réaffirmée ;

- Un conseil exécutif est créé dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Cette instance paritaire, présidée par le directeur, associe étroitement les praticiens désignés par la CME et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens

- La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement : notamment par la participation de leurs représentants au conseil d'administration et le pouvoir d'alerte qui leur est conféré en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement

- La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation voit ses compétences élargies et renforcées : elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

La réforme a également pour objet de simplifier l'organisation interne et les procédures.

- Chaque responsable de pôle contractualise avec le directeur et le président de la CME les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose à cet effet. Il élabore un

Afin de faciliter le passage de l'actuelle législation à celle sur laquelle les partenaires syndicaux et institutionnels se sont accordés, il est essentiel de s'appuyer, à partir de l'analyse de leurs réussites et des obstacles rencontrés, sur les expériences déjà en cours dans certains établissements et d'en susciter d'autres en sollicitant la participation d'établissements volontaires pour s'engager dans la démarche de changement.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a installé, le 10 février 2004, le comité de suivi associant les partenaires ayant manifesté leur accord par la signature du « relevé de conclusions sur le projet de réforme de la gouvernance ». Ce comité aura pour mission de contribuer à la mise en œuvre cohérente du projet de réforme, en participant à, l'élaboration des textes réglementaires et en assurant le suivi et l'accompagnement des établissements candidats à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

A) Objectifs

Il s'agira, au sein d'un groupe d'établissements volontaires d'anticiper, sur la base des dispositions législatives actuellement en vigueur, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière.

A cet égard, il conviendra :

3. d'une part, d'identifier les facteurs clés du succès pour la mise en œuvre du changement au sein de l'hôpital,
4. et d'autre part, de mettre en lumière les mesures et modalités pratiques devant accompagner le changement lors de la mise en œuvre des textes pour tous les établissements (telles que les formations à prévoir pour les responsables de pôle par exemple).

B) Conditions de réalisation

Les établissements retenus s'engagent à anticiper la réforme par la mise en place :

3. d'une part, d'une préfiguration du conseil exécutif,
4. et d'autre part, d'une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne donnant lieu à des délégations de gestion et à la définition d'une politique d'intéressement. Cette organisation est d'ores et déjà permise par les actuels centres de responsabilité (L. 6145-16 du CSP) et l'utilisation de « l'amendement liberté » (L. 6146-8 du CSP).

Ils s'engagent dans cette démarche d'anticipation jusqu'à la fin de l'année 2005. Ils devront, par ailleurs, faire connaître au comité de suivi l'état d'avancement de leur démarche et organiser aux plans local et régional, en lien avec l'ARH, des réunions d'information périodiques à destination des autres établissements publics de santé.C) Conditions de candidature

Il sera proposé à une cinquantaine d'établissements (CHU, CH, CHS) de participer à la démarche d'anticipation.

D) Dossiers de candidature

Le dossier de candidature figure en annexe de la présente circulaire. Il comporte un tableau relatif à la description sommaire de l'établissement qui doit être renseigné par les établissements candidats.

Ces dossiers devront parvenir au secrétariat du comité de suivi (DHOS - Sous-Direction E) assorti, au minimum, d'un engagement commun formel du directeur et du président de la CME avant le 25 février 2004 pour un lancement de la démarche d'anticipation dès le 15 mars 2004

E) –Sélection des candidats et suivi de la démarche d'anticipation

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins préside le comité de suivi et en fait assurer le secrétariat par la Sous-Direction E. Ce comité a pour rôle d'assurer, conformément au "relevé de conclusions", le suivi de la démarche.

Le comité procédera, tout d'abord, à la sélection des établissements début mars 2004. Son choix sera porté à la connaissance des établissements et deviendra définitif après confirmation, par les instances (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, conseil d'administration) des établissements sélectionnés, de leur engagement dans la démarche.

Chaque établissement retenu se verra alors déléguer, par l'ARH, un crédit annuel de 80 000 euros pour couvrir les frais afférents à la démarche (études, management du changement...), pendant toute sa durée.

Les établissements s'engagent à fournir au comité de suivi des informations trimestrielles sur l'état d'avancement de leur démarche. Le comité de suivi en effectuera des bilans réguliers.

La mutualisation des retours d'expériences des établissements les plus avancés dans la démarche sera assurée par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH). Cette mutualisation permettra d'élaborer un premier document pratique sur les méthodologies du changement.

Vous voudrez bien me tenir informé, sous le timbre de la DHOS-Sous-direction E, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

SIGNE

Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Edouard COUTY

Paris, le 02 mars 2004

[dossier Plan Hôpital 2007](#)

[Circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière](#)

COMMUNIQUE

Hôpital 2007

100 établissements s'engagent dans l'anticipation de la réforme

Le « comité de suivi de la réforme de la gouvernance hospitalière » s'est réuni aujourd'hui pour étudier les candidatures des établissements souhaitant s'engager dans une démarche volontariste d'anticipation de la réforme, souhaitée par Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Ce comité regroupe tous les acteurs signataires du relevé de conclusions (CMH, SNAM-HP, ISNCCA, CFDT, UNSA, SNCH, CGC, FHF, conférences des présidents de CME et des directeurs généraux de CHU, conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers, conférence des présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés).

La circulaire d'appel à candidature du 13 février proposait cette démarche pour 50 établissements. Dans les 15 jours impartis, 100 établissements ont souhaité s'engager dans la démarche d'anticipation de la réforme, qui devrait concerner 616 établissements en 2007.

Ces 100 établissements représentent 45% des CHU, 15% des Centres Hospitaliers et 12% des Centres Hospitaliers Spécialisés. A partir des éléments de motivation contenus dans les dossiers de candidature, le comité de suivi a choisi, en accord avec le Ministre, de retenir la totalité des candidatures.

Ce succès indéniable témoigne de l'extrême intérêt suscité dans les établissements par le projet de nouvelle gouvernance, et de la motivation des directeurs et des présidents de CME (commission médicale d'établissement) à faire évoluer l'organisation interne de l'hôpital.

C'est un signe extrêmement encourageant pour la réussite du plan « Hôpital 2007 ».

Hélène DE ROO - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2004

Le suivi de la démarche sera assuré par le comité de suivi élargi au plan

Un courrier sera adressé dans les prochains jours par le directeur de la DHOS aux établissements retenus, leur demandant de faire valider leur engagement par leur Conseil d'Administration.

Le suivi de la démarche sera assuré par le comité de suivi, épaulé au plan méthodologique par la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier).