



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

**Pôles d'activité et contractualisation
interne : un enjeu managérial pour
le Directeur des soins**

Nadine CHASTAGNOL

Remerciements

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai eu la chance de réaliser des entretiens riches d'enseignements avec des professionnels que je remercie, tout particulièrement, pour leur disponibilité et leur confiance.

Enfin ces remerciements ne seraient pas complets si j'oubliais d'évoquer et de remercier le « club des six » qui, durant cette année de formation, a su m'apporter une écoute active et une attention amicale.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LES PÔLES D'ACTIVITE ET LE DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION INTERNE	4
1 UNE ÉVOLUTION DÉVELOPPÉE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES À L'ÉTRANGER	4
1.1 L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE CANTONAL DE GENÈVE	4
1.2 L'HÔPITAL KAROLINSKA DE STOCKOLM	5
1.3 L'HÔPITAL SAINT LUC DE BRUXELLES	5
1.4 LE WHIPPS CROSS HOSPITAL DE LONDRES	6
2 UN CADRE NORMATIF – UNE VOLONTE POLITIQUE	7
2.1 LA LOI N°91-748 DU 31 JUILLET 1991	7
2.2 L'ORDONNANCE N°96-346 DU 24 AVRIL 1996	7
2.3 LE DECRET N° 97- 6347 DU 18 AVRIL 1997 RELATIF A LA DELEGATION DE SIGNATURE DES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	9
2.4 LA CIRCULAIRE DH/AF/AF 3 N° 97-304 DU 21 AVRIL 1997 RELATIVE A LA CONTRACTUALISATION INTERNE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	9
2.5 PLAN HOPITAL 2007 – CIRCULAIRE DHOS/E1 N° 2004-61 DU 13 FEVRIER 2004 RELATIVE A LA MISE EN PLACE PAR ANTICIPATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE	10
3 UNE COMPOSANTE ECONOMIQUE	11
3.1 LE DECRET DU 11 AOUT 1983, LA LOI DU 3 JANVIER 1984, LA CIRCULAIRE N°31 DU 18 JUN 1984 : UNE VISION AVANT TOUT BUDGETAIRE	12
3.2 UNE EVOLUTION DES TEXTES QUI CONFORTE LA VOLONTE DE REGROUPER LES ACTIVITES ET DE CONTRACTUALISER	12
3.3 LA DÉLÉGATION DE GESTION – DÉLÉGATION DE SIGNATURE	14
3.3.1 <i>Le principe</i>	14
3.3.2 <i>Le contenu des délégations</i>	14
4 UNE EVOLUTION MANAGÉRIALE	16

4.1	LES CONCEPTS DE L'INNOVATION.....	16
4.1.1	<i>L'apprentissage organisationnel.....</i>	17
4.1.2	<i>L'apprentissage culturel.....</i>	18
4.2	LES ACTEURS : RESPONSABILITÉS ET POUVOIRS.....	19
4.2.1	<i>Le corps médical.....</i>	21
4.2.2	<i>L'équipe de direction</i>	22
4.2.3	<i>L'encadrement paramédical.....</i>	23
4.2.4	<i>L'utilisateur.....</i>	23
4.3	LE CONTRAT , UN OUTIL AU SERVICE DU MANAGEMENT	24
5	LA PROBLEMATIQUE.....	25
	DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN.....	27
1	LA METHODOLOGIE.....	27
1.1	LE CHOIX DES ETABLISSEMENTS.....	27
1.2	LES OUTILS DE RECUEIL ET LES PERSONNES ENQUETEES	27
1.3	LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ENQUETE.....	27
1.4	METHODE DE PRESENTATION DES RESULTATS.....	28
2	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	28
2.1	LES POLES : UNE ORGANISATION EN PHASE DE CONSTRUCTION	28
2.1.1	<i>Une approche managériale novatrice mais non stabilisée.....</i>	28
2.1.2	<i>Une recherche d'optimisation de la prise en charge des patients.....</i>	30
2.2	UNE EVOLUTION NOTABLE DES RESPONSABILITES – UNE REDISTRIBUTION DU POUVOIR.....	31
2.2.1	<i>Les responsables de pôles : « acteurs centraux aux pouvoirs renforcés ».....</i>	31
	↳ <i>Le Coordonnateur médical – Chef de département - Directeur médical de pôle.....</i>	31
	↳ <i>Le responsable paramédical de pôle.....</i>	33
	↳ <i>Le responsable administratif de pôle - cadre gestionnaire.....</i>	34
2.2.2	<i>L'équipe de direction : un avenir à préciser.....</i>	35
	↳ <i>Le directeur « référent » - directeur de rattachement des pôles.....</i>	35
	↳ <i>Les directeurs des soins : une fonction en pleine évolution</i>	36
2.3	LA CONTRACTUALISATION : UN NOUVEAU MODE RELATIONNEL	39
2.3.1	<i>L'émergence d'une autonomie « encadrée »</i>	39
2.3.2	<i>Une efficacité économique limitée.....</i>	41
2.4	SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS ET DES LIMITES DU SYSTEME - VERIFICATION DES HYPOTHESES.....	42

TROISIEME PARTIE : MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS :

RELEXIONS ET PROPOSITIONS D’ACTIONS..... 44

1 INTEGRER LA COMPLEXITE POUR REDUIRE LES INCERTITUDES..... 44

1.1 CONJUGUER LOGIQUES HIERARCHIQUE ET FONCTIONNELLE44

1.1.1 Appréhender les pouvoirs pour anticiper l’évolution des fonctions..... 45

1.1.2 Soutenir l’innovation managériale et l’émergence de nouvelles fonctions..... 46

1.1.3 Développer les compétences pour accompagner les évolutions professionnelles.. 47

1.2 DONNER DU SENS48

1.2.1 Informer 49

1.2.2 Communiquer 50

2 PROMOUVOIR UN MANAGEMENT FONDÉ SUR LA RECONNAISSANCE DES PARTENAIRES..... 51

2.1 ACCROITRE LA COOPERATION51

2.1.1 Juguler la concurrence..... 51

2.1.2 Favoriser la coordination 52

2.1.3 Initier la confiance 54

2.2 PRIVILEGIER LE MANAGEMENT PAR PROJETS55

2.2.1 Formaliser la politique de soins - Promouvoir le projet SIMTR..... 56

2.2.2 Déployer une approche par processus 57

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE..... 61

TEXTES REGLEMENTAIRES :.....61

OUVRAGES :.....61

MEMOIRES :.....62

ARTICLES :.....63

RAPPORTS ET DOCUMENTS INTERNES:65

LISTE DES ANNEXES..... I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé.
CGS	Coordonnateur Général des Soins.
CHR	Centre Hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CME	Commission Médicale d'Etablissement.
COMI	Contrat d'Objectifs et de Moyens Internes.
CSIMTR	Commission de Soins Infirmier, Médico-Technique et Rééducation.
CSP	Code de la Santé Publique.
DS	Directeur des Soins.
DSSI	Direction du Service de Soins Infirmiers.
PSIMTR	Projet de Soins Infirmier, Médico-Technique et Rééducation.
PSPH	Etablissement privé Participant au Service Public Hospitalier.

INTRODUCTION

En 1989, dans le cadre de la politique gouvernementale du renouveau du service public, la déconcentration s'inscrit déjà comme une évidence face à la crise du secteur public.

La circulaire "Rocard" du 23 février 1989 la définit comme un outil de modernisation de l'administration basée sur l'initiative locale et la responsabilité.

Les années 90 vont asseoir sa légitimité en introduisant le principe de subsidiarité.

La déconcentration s'accompagne de procédures de contractualisation qui visent à optimiser l'organisation en proposant une évolution managériale notable.

Dans le domaine de la santé, la persistance d'une situation financière¹ préoccupante et la pérennisation des politiques de maîtrise des dépenses d'hospitalisation ont conduit au développement des procédures contractuelles considérées comme particulièrement pertinentes.

De plus, l'évolution de la place des usagers dans le système de santé² et la nécessité d'améliorer la qualité des soins dispensés à la population, dans un souci de prise en charge globale répondant aux objectifs de santé publique, conduisent, également, l'hôpital à faire évoluer son management.

Dans cet environnement contraint et en constante évolution, l'hôpital bouge et se transforme. Au croisement des problématiques de maîtrise des dépenses de santé, de modernisation des organisations et du management, l'émergence d'une nouvelle segmentation des activités en pôles conjuguée à la contractualisation interne tentent d'apporter une réponse adaptée.

Le dispositif législatif et plus spécifiquement la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière puis les ordonnances de 1996³ constituent, en la matière, un cadre réglementaire incitatif pour les établissements de santé.

¹ Les Français ont consacré, en 2002, 138,7 milliards € à leur santé. Un chiffre en progression de 6,3 % sur un an qui correspond à 9,13% du Produit Intérieur Brut (PIB). Le déficit du régime général de l'assurance maladie atteindrait 8,9 milliards € en 2003.

² Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi développe la démocratie sanitaire. Le titre II renforce et précise les droits des malades, le rôle des associations et les obligations des professionnels.

³ Loi 91-748 du 31 juillet 1991 et Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière de l'hospitalisation publique et privée.

La modernisation de la gestion poursuit deux objectifs majeurs. D'une part, mieux répondre aux besoins et attentes de la population. D'autre part, accéder aux aspirations des professionnels qui souhaitent être associés aux décisions et à la gestion des secteurs dont ils ont la responsabilité.

Ces évolutions structurelles, organisationnelles et culturelles, bien que réclamées et attendues des professionnels, apparaissent toutefois complexes à mettre en oeuvre au sein des établissements hospitaliers.

Une enquête en 2001⁴ a montré que seule une minorité des hôpitaux a mis en place des centres de responsabilité : 6% toutes catégories d'établissements confondus, 13% des centres hospitaliers régionaux, 15% des centres hospitaliers spécialisés, aucun hôpital local.

La segmentation en pôles d'activité ne définit pas, simplement, un nouveau découpage interne, à priori, plus adaptée. Potentialisée par la contractualisation interne, elle contribue fortement à redistribuer les responsabilités ce qui nécessite de clarifier l'impact sur les fonctions et de mettre en place un accompagnement des acteurs concernés.

Dans ce contexte, de nombreuses interrogations persistent, telles que la taille critique des pôles d'activité, les champs de la contractualisation, le degré de déconcentration voire d'autonomie, mais également les conséquences de la redistribution des responsabilités sur le positionnement des acteurs.

La réflexion engagée intéresse l'ensemble des professionnels et tout particulièrement le Directeur des Soins (DS).

En tant que futur DS, membre d'une équipe de direction qui envisage de mettre en place ce dispositif, la compréhension du contexte, des enjeux et des freins est essentielle pour être en mesure d'investir stratégiquement cette fonction et d'adopter un management approprié.

Le propos de ce mémoire explore la question de recherche suivante:

En quoi la gestion par pôles d'activité et la contractualisation interne sont-ils des facteurs d'évolution managériale pour le Directeur des Soins?

⁴ GOTSMANN J. « pratique de la contractualisation dans le secteur hospitalier : l'état des lieux », *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002.

Les hypothèses proposées sont les suivantes :

- L'organisation en pôles d'activité développe la responsabilité des acteurs et redistribue les pouvoirs.
- La déconcentration de la gestion favorise l'autonomie des pôles
- Le rôle du directeur des soins, dans cet environnement complexe, évolue. En lien avec la Direction, il garantit la cohérence d'ensemble et développe l'accompagnement et le suivi des projets.

La méthodologie de ce travail de recherche s'appuie sur une étude documentaire des thèmes de l'organisation en pôles d'activité et de la contractualisation interne en approfondissant, tout particulièrement, l'analyse des écrits de sites hospitaliers ayant une expérience de plusieurs années.

Des entretiens menés auprès des principaux acteurs⁵ dans trois établissements permettent d'apprécier la perception des professionnels, les forces et faiblesses voire les paradoxes de ces expériences.

Les limites du travail de recherche sont liées au nombre de sites investigués ainsi qu'au nombre réduit d'entretiens qui ne permettent pas d'extrapoler, en l'état, les conclusions.

Dans un premier temps, quelques expériences étrangères menées en Europe seront présentées. Puis nous appréhenderons le cadre réglementaire, le contexte économique et l'approche managériale de ces évolutions en France.

Dans une seconde partie, l'étude de terrain tentera d'éclairer les hypothèses de la recherche et tout particulièrement les thèmes de la responsabilité et du pouvoir des acteurs, la redistribution des rôles professionnels, l'émergence d'une certaine autonomie des pôles au service des patients.

La troisième partie permettra, à l'aide des éléments dégagés à partir des constats et de l'étude de terrain, de voir comment le Directeur des soins peut appréhender la segmentation en pôles d'activité conjugée à la contractualisation interne pour adapter et moderniser son approche et être en mesure d'inscrire ces évolutions aux plans managérial et organisationnel.

⁵ Directeurs d'établissement, Directeurs des soins, Présidents de la commission médicale d'établissement, Responsables médicaux, paramédicaux et administratifs des pôles.

PREMIERE PARTIE : LES PÔLES D'ACTIVITE ET LE DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION INTERNE

1 UNE ÉVOLUTION DÉVELOPPÉE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES À L'ÉTRANGER

Le développement des pôles d'activité et de la contractualisation dans le domaine hospitalier tient compte des expériences étrangères menées depuis plusieurs années et qui, selon les pays, s'appuient sur la déconcentration et la contractualisation en associant ou dissociant ces deux approches.

Les exemples suivants ont été retenus du fait de leur ancienneté. Ils éclairent les stratégies développées dans ces pays sans toutefois en mesurer la valeur ajoutée en matière de prise en charge des patients et de satisfaction des professionnels.

1.1 L'hôpital universitaire cantonal de Genève

La réorganisation⁶ des structures de gestion, débutée en 1995, s'appuie sur un comité de direction de sept membres dont un directeur médical et un directeur des soins et sur une décentralisation vers douze départements médicaux ayant la responsabilité de leurs dépenses et de leurs recettes.

Ils sont animés par un comité de gestion qui définit les priorités et comprend :

- ⇒ Un médecin Professeur responsable du bon fonctionnement médical, administratif et financier,
- ⇒ Un administratif,
- ⇒ Un responsable des soins, pour l'organisation du travail, des soins et la formation
- ⇒ Un membre du conseil d'administration pour les aspects financiers et matériels
- ⇒ Un membre du personnel élu.

Les missions des départements recouvrent les activités médicales de soins, sociales, de formation, de recherche et de prévention.

Il n'y a pas de contractualisation entre l'unité fonctionnelle et la direction, toutefois la direction s'assure du suivi de l'exécution du budget chaque mois au cours d'une rencontre avec le responsable de l'unité. La gestion des unités opérationnelles est contrôlée à posteriori.

Le management est participatif et repose sur une démarche de projets.

⁶ GRUSON B. « L'expérience d'une structure de gestion décentralisée aux hôpitaux universitaires de Genève » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp353-356.

Aujourd'hui des questions restent encore posées: la taille critique des départements, le cloisonnement persistant, l'intéressement positif et négatif, le niveau de décentralisation, l'allocation des ressources, l'accompagnement du changement "culturel"

1.2 L'hôpital Karolinska de Stockholm

La direction générale est constituée d'un directeur général nommé par le conseil général de région. Il est assisté d'un directeur général adjoint et d'un directeur médical.

L'hôpital est composé de divisions⁷, organisation axée sur les patients et la mise en place de chaînes des soins, à la tête desquelles un directeur est nommé pour trois ans.

Ce directeur est choisi en fonction de ses qualités de gestionnaire et de manager et non pas en fonction de son statut. Il a pour mission de coordonner et d'optimiser les ressources: locaux, matériels et personnel.

Chaque directeur de division s'appuie sur une équipe constituée d'un chef du personnel, d'un chargé des services économiques et financiers et d'un chargé du développement des soins.

Chaque division comprend des "clinic" dirigé par un "chef de clinic" nommé par le directeur général pour une période de trois ans. Il a une fonction d'organisation médicale et est assisté par un cadre soignant.

L'organisation témoigne d'un fort engagement vers un management de proximité et par objectifs. Le contrôle est réalisé, à posteriori, par la direction de division.

Des difficultés persistent: réticence des chefs de services, articulation avec les chefs de clinic, mauvaise optimisation des personnels. Cette expérience a permis la prise de conscience d'un paradoxe: une décentralisation réussie nécessite un système de suivi solide et centralisé. La décentralisation sans prise de responsabilité à un niveau central est synonyme d'abdication.

1.3 L'hôpital Saint Luc de Bruxelles

Aux cliniques universitaires de Saint Luc⁸, la gestion quotidienne est assurée par:

- Un directeur administratif dont le rôle est de coordonner les différentes directions: ressources matérielles, financières, humaines, logistiques de l'hôpital,
- Un directeur médical en charge de coordonner les activités médicales, gardes, dossier médical, évaluation de la qualité des soins des départements médicaux.

Il existe neuf départements médicaux ce qui a pour conséquence de limiter le nombre d'interlocuteurs.

⁷ L'expérience a débutée en 1989. UPPELDT G. « L'expérience de la contractualisation interne de l'hôpital Karolinska de Stockholm, Suède » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp357-358.

⁸ L'expérience a débutée en 1982.

Chaque département est sous la responsabilité d'un chef de département médical secondé par un assistant de gestion (collaboration fonctionnelle) et un cadre soignant.

Le chef de département dirige la structure tout en conservant des activités de soins, de recherche et d'enseignement. Il a principalement un rôle d'impulsion, d'animation, de structuration, de stimulation et d'intégration.

Selon le Pr. Guy DURANT⁹, Administrateur général, la contractualisation interne est une forme de gestion partagée avec des partenaires responsabilisés, utilisant des mini-contrats d'objectifs et de moyens. Il estime que l'hôpital mettra de plus en plus l'accent sur les structures transversales (comme par exemple un centre du cancer) en attribuant des responsabilités aux équipes et compétences de base pour lutter contre le cloisonnement persistant.

Le bénéfice d'une telle organisation est selon les acteurs, une bonne harmonie entre le monde médical, infirmier et administratif due à l'implication permanente de ces professionnels.

Depuis cette année, en matière d'intéressement, 4% de la rémunération d'un médecin varient en fonction de leur évaluation par leurs pairs. Une seconde forme d'intéressement est liée au budget d'équipement.

1.4 Le Whipps Cross Hospital de Londres

Dans cet hôpital, les services médicaux sont regroupés en un certain nombre de pôles (de care groups), chacun dirigé par un directeur désigné par le directeur général.

L'importance d'une formation managériale fonde, plus que l'origine professionnelle, le choix du directeur général.

Le care group dispose d'un budget correspondant à des contrats passés, moins la part liée au fonctionnement général de l'hôpital.

Une particularité réside dans l'existence de contrats passés entre les autorités locales (acheteurs de soins) et les fournisseurs de soins qu'elles estiment les moins coûteux, les plus proches et les plus qualifiés.

Le care group a une grande autonomie de gestion dans le cadre d'un contrat et conserve, en principe, les économies réalisées.

L'expérience des hôpitaux étrangers, montrent, tout à la fois, l'intégration de facteurs économiques et la nécessaire évolution du management. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs ont été profondément modifiés. L'accent est mis sur la responsabilisation des professionnels. Des contrats formalisent, assez souvent les

⁹ DURANT G. « l'expérience de contractualisation interne des cliniques universitaires de Saint Luc à Bruxelles ». *Gestions hospitalières*. Mai 2002 p349

engagements réciproques. Le nombre d'interlocuteurs pour la direction est systématiquement limité.

Des difficultés demeurent: le cloisonnement, le positionnement des responsables, le niveau de déconcentration et le bon niveau de segmentation.

2 UN CADRE NORMATIF – UNE VOLONTE POLITIQUE

2.1 La loi n°91-748 du 31 juillet 1991

La Loi du 31 juillet 1991 introduit une certaine souplesse dans l'organisation.

Elle autorise, notamment, les services à mettre en commun leurs moyens à travers plusieurs structures de coopération et d'association comme les fédérations de services, les départements ou encore en « organisation libre »¹⁰ arrêtée par le conseil d'administration sur l'initiative de son président, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'hôpital.

Claude EVIN, Ministre de la santé en 1989 précisait «l'organisation en services, qui comporte certains avantages, n'est pas de nature à favoriser les décroisonnements nécessaires.. »¹¹

Il paraît, dès lors, essentiel d'accroître la souplesse de l'organisation afin de permettre de :

- Recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés,
- Instaurer un réel dialogue et accroître la communication entre les professionnels autour d'objectifs définis en commun,
- Associer les personnels à la gestion et l'évolution de l'établissement.

Parmi les objectifs de cette loi, sont privilégiés la responsabilisation des différents acteurs, l'amélioration de la concertation et du dialogue au sein des établissements.

2.2 L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

L'ordonnance n°96-346 marque la volonté du législateur d'associer, plus étroitement encore, à la gestion (moyens, coûts, activités) tous ceux qui, au travers des

¹⁰ Article L. 6146-1 à L. 6146-6 du code de la santé publique « amendement liberté »

¹¹ Evin C., les grandes orientations de la politique de santé 1989-1992, *gestion Hospitalière*, n°286, mai 1989.

responsabilités qu'ils exercent, influencent directement les évolutions de coûts et d'activités.

Elle institue un mode de contractualisation interne et facultatif, consistant dans la création des centres de responsabilité.

Article L714-26-1 du CSP : «les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne. A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent, à leur initiative, proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.

Les centres de responsabilité bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi des centres de responsabilité. Les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat sont définies »

Cet article vise à permettre au directeur d'exercer pleinement sa responsabilité stratégique¹² et de s'appuyer davantage sur la mobilisation et les initiatives des équipes hospitalières. Il s'agit d'appliquer le principe de subsidiarité¹³, aux établissements de santé.

Alors que la mise en place des centres de responsabilité et des budgets de service relevait jusqu'alors d'une logique essentiellement budgétaire¹⁴, la contractualisation interne à désormais pour ambition d'être qualitative et participative.

¹² SEGADE J.P. , la contractualisation à l'hôpital ; Masson, 2000, p24.

¹³ Subsidiarité : les décisions doivent être prises et exécutées au niveau le plus déconcentré qui soit encore compatible avec la politique globale de l'établissement.

¹⁴ Décret du 11 août 1983.

Si la maîtrise des moyens reste un objectif majeur, l'accent est mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion par le biais de négociations d'objectifs de qualité des soins et d'activités médicales.

2.3 Le décret n° 97- 374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé

L'une des formes que peut revêtir la contractualisation interne est la possibilité, pour le directeur, de donner une délégation de signature aux praticiens responsables de centre de responsabilité dans les conditions prévues par le contrat de délégation de gestion¹⁵.

2.4 La circulaire DH/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé

Les idées essentielles de cette circulaire sont de:

►Déconcentrer le plus possible les procédures internes ; principe de subsidiarité des décisions au plus proche des personnes qu'elles concernent, l'accent est mis sur l'initiative des équipes.

►Décliner les objectifs de qualité des soins et d'activités médicales.

Ne pas s'écarter de l'organisation médicale en unités, services, départements, fédérations (...) mais regrouper les structures existantes en constituant des centres de responsabilité bénéficiant d'une taille critique nécessaire à la négociation d'un budget.

►Développer le dialogue entre la direction et les équipes, dans le respect du projet d'établissement et des moyens globaux.

►Elaborer un contrat négocié et la mise en œuvre de délégation de gestion. Ce contrat a pour but de fixer les objectifs, les moyens (de définir et d'encadrer le pouvoir de gestion), d'intéresser les équipes à la réalisation des objectifs.

¹⁵ Cf. §3.3 p.14.

2.5 Plan hôpital 2007 – Circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

La volonté politique de faire évoluer et de moderniser l'hôpital public est inscrite, de nouveau, dans le plan Hôpital 2007.

Les orientations de la politique de santé, dans le deuxième volet de mesures, concernent la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Jean- François MATTEÏ, Ministre de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées précise : « Hôpital 2007 vise à simplifier la vie des professionnels, à moderniser les structures hospitalières en accordant davantage de confiance à la capacité de décision de leurs responsables. Hôpital 2007 c'est l'opportunité pour chacun des acteurs, sur le terrain, de disposer de davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de ses responsabilités quotidiennes »

Ce plan propose, en autres, une refonte de l'organisation interne des établissements hospitaliers par la généralisation de « l'amendement liberté »

Une nouvelle entité juridique : les pôles d'activité structurent cette nouvelle organisation. Ils regroupent plusieurs spécialités voisines, cliniques ou de recherche¹⁶.

Toutefois si le plan Hôpital 2007 entend moderniser l'hôpital, il maintient à ce jour les services hospitaliers.

L'évolution de l'organisation¹⁷ en pôles d'activité doit faciliter le décroisement des organisations médicales, elle nécessite le développement d'outils tel que la contractualisation interne et, de fait, la mise en œuvre de la subsidiarité.

Cette nouvelle organisation nécessitera, également, de repenser l'organisation et les responsabilités des équipes hospitalières.

Le plan hôpital 2007 et les nombreux rapports commandés proposent une segmentation en pôles d'activité sans toutefois encore, en préciser les fondements juridiques et l'organisation.

¹⁶ Rapport « Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale » Denis DEBROSSE Directeur de l'hôpital d'Angoulême – Dr Antoine PERRIN Président de la CME hôpital du Mans- Pr. Guy VALLENCIEN Faculté de médecine Broussais- Hôtel dieu et Chef de département Urologie et Néphrologie de l'institut Montsouris 2003.

¹⁷ Relevé de conclusions sur la réforme de la gouvernance à l'hôpital public, 7 janvier 2004.

Il est précisé que la création par le conseil d'administration des pôles d'activité interviendra au plus tard le 1^{er} janvier 2007¹⁸. Ces pôles, dont la taille, la composition et le nombre sont laissés à l'appréciation des établissements, sont placés sous la responsabilité de chefs de pôle nommés conjointement par le président de la CME et le directeur, après avis du conseil exécutif¹⁹ et de la commission médicale d'établissement, sur proposition des praticiens du pôle.

Le pôle contractualise avec la direction de l'établissement et le président de la CME et connaît, sur la base d'un projet de pôle, les moyens dont il dispose pour atteindre les objectifs fixés.

Le développement de la contractualisation interne permettra aux pôles un emploi plus autonome de leurs moyens et une déclinaison plus cohérente du projet d'établissement.

L'hôpital doit adapter ses structures et maîtriser ses dépenses. La déconcentration de la gestion et la responsabilisation des acteurs directement concernés doivent permettre de mieux répondre à ces enjeux.

Le législateur, par une succession de textes réglementaires, réaffirme périodiquement sa volonté de développer la responsabilité des acteurs, l'organisation en pôles d'activité, le principe de subsidiarité en donnant davantage d'autonomie en matière de management et de gestion.

3 UNE COMPOSANTE ECONOMIQUE

Les contraintes budgétaires, la prise en compte de l'environnement, l'émergence d'une réelle concurrence, le développement des complémentarités complexifient la stratégie, le management et également la gestion des hôpitaux.

L'amélioration de la gestion des services publics est une problématique constante. Les établissements publics de santé sont désormais le lieu d'une réflexion sur la déconcentration de la gestion et la contractualisation interne.

¹⁸ Une expérimentation est proposée aux établissements volontaires dès le 15 mars 2004. Circulaire DHOS/ E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. Cent établissements y participent.

¹⁹ Instance stratégique paritaire médico- administrative

3.1 Le décret 83-744 du 11 août 1983, la loi du 3 janvier 1984, la circulaire n°31 du 18 juin 1984 : une vision avant tout budgétaire

La réforme instituée par le décret du 11 août 1983 porte à la fois sur le financement (la dotation globale) et sur la gestion des hôpitaux avec la création de centres de responsabilité²⁰ et la mise en place d'une gestion budgétaire participative impliquant les chefs de service investis des pouvoirs de chefs de centres de responsabilité.

Julien GOTSMANN²¹ précise que cet aspect de la réforme n'a cependant donné que peu de résultats concrets sur le terrain. Les services, sous la coupe des chefs de service, sont restés les seules structures d'analyse et de communication entre la direction et le « terrain »

La réforme du financement des hôpitaux par dotation globale, s'appuyant sur les interventions législatives de 1984 et de 1987, est le point de départ du processus de contractualisation.

Son objectif est alors de mettre en évidence les relations entre "activité – moyens – coûts" et d'associer les acteurs qui influencent l'évolution de l'activité et des coûts.

Cette circulaire reste très budgétaire et fait partie intégrante de la mise en place de la comptabilité analytique. Elle amorce, toutefois, une logique contractuelle.

3.2 Une évolution des textes qui conforte la volonté de regrouper les activités et de contractualiser

La loi de 1991 portant réforme hospitalière introduit sur le sujet de la contractualisation et de l'organisation hospitalière en complément de la composante économique, une approche qualitative et une composante managériale.

L'ordonnance du 24 avril 1996, a définitivement introduit la notion de centres de responsabilité dans les établissements publics de santé. Toutefois ces centres de responsabilité ne correspondent, en principe, en rien au découpage d'ordre comptable qui prévalait jusqu'alors.

²⁰ « Un centre de responsabilité sera constitué chaque fois qu'au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités, est mis en œuvre, sous une autorité unique, un ensemble coordonné de moyens humains ou matériels présentant un caractère stable »

²¹ GOTSMANN J. Le développement de la contractualisation dans la gestion hospitalière. *Revue fondamentale des questions hospitalières* n°6- 2002- p218.

La définition des centres de responsabilité doit résulter d'une analyse gestionnaire cohérente avec l'approche médicale, et reposer sur le regroupement des structures médicales actuelles en grands ensembles d'objectifs et de moyens.

L'organisation en pôle d'activité et la contractualisation doivent permettre – a budget identique – de dégager de nouvelles marges de manœuvre en redistribuant, redéployant les moyens alloués au pôle.

Michel CALMON²² précise que par rapport au découpage traditionnel en services et unités fonctionnelles, le pôle permet en agrégeant les services d'atteindre une masse critique, entendue comme « un certain volume » de ressources humaines et matérielles permettant de concentrer les moyens, d'éviter le saupoudrage de crédits, de concevoir et d'ajuster des activités sans avoir besoin de faire appel à la direction.

Le rapport d'information sur l'organisation interne²³ de l'hôpital précise que la division en services trop petits a pour inconvénient de multiplier les centres de décisions. “ A l'intérieur de l'hôpital, elle favorise plus la concurrence que la complémentarité. De plus elle empêche la synthèse des grandes orientations, la création d'économies d'échelle (via la mutualisation des lits et des plateaux techniques) et les coopérations internes et externes à l'établissement”.

Pour Jean-Paul SEGADÉ²⁴, la création des centres de responsabilité répond au souci de mieux mettre en évidence “les relations entre les moyens, les coûts et les activités des établissements” et d'associer à leur gestion tous ceux qui influencent, à travers leurs décisions, les évolutions de ces coûts et de ces activités. La contractualisation interne²⁵ ajoute un objectif qualitatif à l'angle essentiellement budgétaire des centres de responsabilité. “ la maîtrise des moyens reste un sujet essentiel de préoccupation mais l'accent est dorénavant mis sur l'initiative des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion par le biais de la négociation des objectifs de qualité des soins et d'activité médicale”.

La contractualisation interne permet de passer d'une logique budgétaire descendante à un logique qualitative, médicale et participative.

²² CALMON M. « Contractualisation interne et délégation de gestion ». *Revue Hospitalière France*, Novembre -Décembre 1997, n°6, pp. 832 – 849.

²³ COUANAU R., L'organisation interne de l'hôpital, rapport d'information, Assemblée Nationale 2003

²⁴ SEGADÉ J.P. La contractualisation à l'hôpital, La documentation française –2002.

²⁵ La contractualisation nécessite la mise en place d'outils médico- économiques et d'un système d'information adapté. Cet aspect du sujet ne sera pas traité, en tant que tel dans ce mémoire.

3.3 La délégation de gestion – délégation de signature

L'article L. 6145-16 du Code de la santé publique indique , en son alinéa 5 "les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur".

3.3.1 Le principe

La circulaire DH/AF/3n°97-304, du 21 avril 1997, indique que la délégation de gestion, ne correspond pas à une délégation de pouvoir²⁶ entendue dans le sens juridique de la part du directeur.

La délégation de gestion peut prendre la forme, selon des modalités qui pourront varier d'un établissement à l'autre, d'une délégation de signature.

La délégation de signature décharge matériellement le délégant de l'exercice de certaines de ses attributions, dont il reste titulaire. L'auteur d'une délégation de signature peut, à tout moment décider en lieu et place du délégataire.

Le décret n°97-374 élargie la délégation de signature²⁷. Jusqu'alors réservée à un cadre de direction, à un cadre de catégorie A ou à un pharmacien, la délégation de signature peut désormais concerner les praticiens hospitaliers chefs de centre de responsabilité.

Ce décret précise que la délégation de signature²⁸ est prononcée par le directeur et est exercée sous son autorité hiérarchique. Ce qui place le chef de centre de responsabilité, s'agissant des actes qui lui sont délégués, en position de subordination par rapport au directeur, ordonnateur du budget. L'ordonnateur reste, en effet, responsable des actes qu'il a délégués et, à ce titre, exerce naturellement et complètement son autorité. Ces délégations de gestion sont destinées à permettre la mise en oeuvre du contrat négocié entre le responsable du centre de responsabilité et le directeur.

3.3.2 Le contenu des délégations

Les différents champs de la gestion hospitalière ne peuvent pas tous faire l'objet d'une délégation, plusieurs limites d'ordre juridique doivent être prises en compte.

En effet, certains aspects de la gestion des ressources humaines ne peuvent pas être déconcentrés.

²⁶ La délégation de pouvoir modifie la répartition des compétences : elle réalise un transfert juridique de compétences. Il en résulte que l'auteur d'une délégation de pouvoir est dessaisi des compétences transférées. Il ne peut plus les exercer tant qu'il n'a pas abrogé la délégation sans en encourir une censure pour incompétence. Conseil d'Etat 20 mai 1966, 21 décembre 1994.

²⁷ Décret n°92-783 du 6 août 1992 définit la délégation de signature.

²⁸ Article D714-12-1 du code de la santé publique.

C'est le cas, notamment du recrutement, le pouvoir de nomination appartenant au directeur ou encore de l'avancement et du pouvoir disciplinaire. Sur ces points il convient, en effet, de respecter le principe d'égalité des fonctionnaires et les cohérences institutionnelles de la politique de gestion des ressources humaines.

Dans le domaine de la gestion des consommables, le respect du Code des marchés publics, et notamment de ses seuils, est le premier impératif d'ordre juridique. Les seuils s'apprécient par nature de prestations homogènes, et donc au niveau de l'établissement, seule entité juridique.

La maîtrise de la fonction "achat" doit être maintenue. En revanche, dans le cadre d'un contrat interne, l'engagement à satisfaire les demandes des structures, sans restriction pour certains consommables, sous réserve de respecter les budgets alloués, peut être formalisé et constituer une délégation de gestion compatible avec le respect du Code des marchés publics.

Dans le domaine des investissements, seuls les équipements de faible importance, peuvent faire, le cas échéant, l'objet d'une délégation de gestion. Il est également envisageable de réserver une part des crédits d'investissement à l'intéressement des services afin d'encourager les économies de gestion.

Des délégations peuvent être formalisées dans les domaines de l'accueil (admissions, recettes..), l'hôtellerie ou encore les prestations de services (nettoyage, restauration, fonction linge, déchets).

Julien GOTTMANN note que la plupart des établissements qui se sont engagés dans une démarche de contractualisation n'ont pas eu recours à la technique de délégation de signature.

Edouard COUTY écrit " sur la question de la délégation de signature, qui a souvent alimenté les débats car elle apparaît à certains comme un obstacle, je ne considère pas qu'elle soit une condition essentielle de la contractualisation interne. Elle n'est pas, en tout cas, dans l'esprit ni dans la philosophie de cette démarche , l'élément qui en constitue la principale manifestation".

Pour l'hôpital, la gestion de proximité est un enjeu majeur lié à la maîtrise des dépenses de santé qui, plus que jamais, est un impératif national. Au sein des pôles, la contractualisation, permet de rapprocher les décisions de gestion des prescripteurs - véritable ordonnateur de la dépense par le biais de la prescription - et de développer la responsabilité de ces acteurs.

Si l'approche économique demeure un axe fort de cette évolution structurelle, l'approche managériale est consubstantielle et accompagne ce mouvement.

4 UNE EVOLUTION MANAGÉRIALE

Le management²⁹ désigne une dimension fondamentale de la vie des organisations. Au delà des méthodes et des techniques proposées, le management repose avant tout sur le rôle que le manager veut bien se donner.

On est passé en soixante ans de l'école classique représentée par FAYOL pour la fonction administrative et par TAYLOR pour la division scientifique du travail au management de l'organisation post-Taylorienne, c'est à dire d'une vision pyramidale et segmentée à une approche plus transversale en réseau.

Le manager d'une organisation a pour mission de réaliser le ou les objectifs assignés à cette organisation par les détenteurs du pouvoir de décision tels que le conseil d'administration, les tutelles administratives.

Pour réaliser cette mission, il s'assure que l'objectif est partagé par les membres de l'organisation. Il motive et entraîne les responsables des secteurs d'activité (pôles, centres de responsabilité...) à concourir à la réalisation des objectifs.

Le plan hôpital 2007 propose une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers reposant sur une réorganisation structurelle "les pôles d'activité". Cela suppose une redéfinition des règles du jeu, le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités locales et professionnelles.

4.1 Les concepts de l'innovation

Comme nous l'avons vu, au regard des expériences étrangères, la segmentation en pôles d'activité conjuguée à la contractualisation interne sous-tendent de profonds changements. Ce dispositif correspond à une innovation en matière de management.

Un détour par la théorie de l'innovation éclaire la complexité de cette évolution organisationnelle.

Dans toute entreprise, Norbert ALTER observe la coexistence de deux logiques apparemment contradictoires. L'une est centrée sur l'organisation pour réduire les incertitudes, l'autre vise à tirer parti de ces incertitudes pour innover. L'innovation fait plutôt référence à une nouvelle donne organisationnelle.

²⁹MINTZBERG H. « manager c'est assurer la convergence entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré et empêcher que les écarts s'amplifient ».

L'organisation ne peut être pensée comme un système stable, mais au contraire comme un système en constante évolution³⁰.

Norbert ALTER décline ce processus d'innovation en trois temps :

- La phase d'initiation. La décision est prise par les dirigeants,
- La phase d'appropriation. Les personnels de l'entreprise utilisent la nouveauté pour en faire ce qu'ils veulent. Ils s'approprient les objectifs de l'innovation et définissent leur propre concept
- L'institutionnalisation, c'est à dire la reprise en main de la décision de manière souvent régressive. « l'innovation bute sur l'ordre »

Cependant, l'innovation ne va pas sans résistance :

- « Des résistances objectives » du fait d'un manque d'expérience comparable ;
- « Des résistances subjectives » car il y a absence de repères ;
- « Des résistances sociales » en liens avec des partenaires routiniers.

La routine est souvent privilégiée à la créativité car celle-ci engendre du désordre, souvent difficile à gérer. Les acteurs mettent ainsi en place des stratégies défensives face à l'innovation.

En fait, ils ont peur de perdre un certain nombre de privilèges, d'acquis sociaux.

L'innovation apparaît donc comme une sorte de défi, dont le succès est en partie lié à la capacité collective d'y participer, même si cela génère du désordre.

Elle doit être fondée sur la croyance et la volonté de reconnaissance des individus et non de la rationalité économique. Le changement ne doit plus se faire par le haut mais par des gens qui s'approprient le processus. En cela les dynamiques d'innovation favorisent les apprentissages.

4.1.1 L'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel est envisagé comme la manière dont les acteurs nouent leurs relations dans leur rapport au travail. Un changement n'est pas généré par une seule personne, ni le résultat de l'organisation à une pression extérieure.

³⁰ Selon SCHUMPETER, l'innovation représente l'ensemble des actions mises en œuvre pour faire passer une invention sur le marché et ces actions supposent l'élaboration de combinaisons nouvelles entre les différentes ressources dont dispose l'entreprise.

L'innovation est « une destruction créatrice » Où il y a beaucoup d'innovations, il y a beaucoup de destructions et beaucoup de création. Ces créations favorisent les apprentissages. L'apprentissage est permanent dans une organisation.

Les mécanismes de changement reflètent des processus d'apprentissage organisationnel qui prennent naissance dans l'organisation par l'interaction des individus entre eux et avec l'environnement.

Au regard de notre sujet, il s'agit donc de mettre en commun des compétences, des connaissances, des savoir-faire pour mettre en œuvre un pôle d'activité.

CROZIER et FRIEDBERG³¹ donnent également une vision du changement en terme d'apprentissage, c'est à dire par l'acquisition de nouvelles capacités pour inférer une logique d'action : « c'est à travers l'élaboration de nouvelles relations, d'un nouveau pouvoir grâce aux ressources et aux savoirs des participants, que se réalisent les changements »

Un pôle ne peut « exister » que s'il y a un consensus sur le principe de fonctionnement et sur la concrétisation d'objectifs réalistes entre les différents interlocuteurs (paramédicaux, administratifs, médicaux). Cela nécessite, pour chacun d'entre eux, de redéfinir les rôles et les missions. Chacun doit apporter son expérience et son savoir-faire pour que cette nouvelle organisation subsiste.

Toutefois CROZIER et FRIEDBERG précisent que ces relations d'apprentissage ne se font pas sans rupture : « Accepter la crise, c'est accepter d'apprendre »

Ce niveau d'apprentissage est important ; Accepter de repenser l'organisation, nécessite une réelle motivation et une forte volonté de changement de la part de tous les partenaires. L'apprentissage doit être, tout d'abord, le résultat d'un comportement collectif.

Néanmoins, ces processus d'apprentissage restent encore mal connus. On persiste à croire, que l'innovation est conduite, alors qu'elle est, dans le meilleur des cas, contrôlée après coup.

De ce point de vue, l'apprentissage global de l'entreprise semble bien être en retard sur les apprentissages culturels des acteurs eux-mêmes.

4.1.2 L'apprentissage culturel

Les pôles opèrent un rapprochement entre les différentes logiques, administratives, médicales et paramédicales.

³¹ Revue Française de gestion, les organisations face au changement n°120 septembre – octobre 1998

Pour réussir, il faut que ces logiques soient traduites dans le même langage et rassemblées autour d'une question commune. Transformer des comportements collectifs nécessite de passer par des apprentissages identitaires personnels.

En réalité il n'y a pas d'apprentissage purement collectif organisationnel ou culturel pour opérer un changement. Il faut que des valeurs communes soient partagées par un grand nombre de personnes.

Le partage d'un projet de réorganisation nécessite donc une réflexion approfondie sur les enjeux d'un tel changement.

Cela suppose pour les responsables de pôle, de donner du sens à leurs projets en définissant :

- Les principes de fonctionnement d'un pôle, d'une fédération ;
- L'élaboration d'un règlement intérieur ;
- La définition de poste de chaque interlocuteur ;
- Les objectifs de fonctionnement d'une fédération à court et moyen terme ;
- Les moyens à mettre en œuvre ;
- Les modes d'évaluation.

La mise en place de pôles d'activité est un changement qui touche, non seulement à l'organisation, mais aussi aux rapports humains. Elle implique donc une collaboration et la coopération d'acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs qui ont encore peu l'habitude d'exprimer et de partager les mêmes valeurs.

La notion de transversalité est souvent utilisée pour caractériser nombre d'organisations nouvelles. Elle permet surtout de décrire de nouveaux modes de fonctionnement fondés sur une plus grande coopération appartenant à des fonctions différentes.

Pour comprendre les difficultés de cette évolution il est nécessaire de comprendre et d'appréhender les logiques des différents acteurs.

4.2 Les acteurs : responsabilités et pouvoirs

L'hôpital est le lieu d'exercice de très nombreux professionnels, la segmentation en pôles d'activité et la contractualisation interne induisent de profonds changements qui font de ce dispositif une réelle innovation en matière de management.

Henri MINTZBERG situe l'organisation hospitalière comme une organisation professionnelle qui présente aussi des caractéristiques d'une organisation mécaniste ce qui en fait une bureaucratie professionnelle.

Michel CREMADEZ³² relève un certain nombre de caractéristiques :

- L'importance des centres opérationnels relativement autonomes du fait de leur spécialisation et pourtant de plus en plus interdépendants, tout particulièrement avec les services médico-techniques.
- Une coordination, basée principalement sur l'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications.
- La coexistence des concepts de différenciation et d'intégration³³.

Selon Julien GOTTMANN, l'insuffisance de relations entre les sphères administratives et médicales est souvent présentée comme un des maux majeurs de l'organisation actuelle. D'un côté, les médecins soignent et ne se sentent pas suffisamment impliqués (ou ne le veulent pas) dans la gestion.

De l'autre côté, la direction gère, mais a du mal à mesurer l'évolution des pratiques médicales et se sent, parfois, mise devant le fait accompli par les équipes médicales.

La contractualisation des relations entre les équipes médicales et administratives apparaît incontestablement comme un moyen adapté pour concilier logiques administrative et médicale, et mettre en adéquation les objectifs médicaux et les moyens accordés. La contractualisation et le management de proximité apparaissent comme des leviers de la médicalisation de la gestion.

Henri MINTZBERG³⁴ définit le pouvoir comme étant « la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels » Dans l'entreprise, l'organisation est soutenue par les acteurs qui entretiennent, entre eux, des relations de pouvoir ou d'influence, ces termes étant synonymes.

Tous les professionnels qui travaillent à l'intérieur de l'organisation, ou en lien avec elle, sont envisagés comme « détenteurs d'influence » L'autorité est, selon ce concept, un sous-ensemble du pouvoir, de nature formelle.

Les fondements du pouvoir reposent sur le contrôle d'une ressource, qui est un savoir-faire technique ou un ensemble de connaissances, essentiel, non substituable dans l'entreprise et circonscrit à un individu ou un groupe de professionnels. S'y rajoutent les prérogatives légales d'exercer le pouvoir lié au rang hiérarchique occupé et à la fonction exercée.

³² CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Les cahiers de Gestions Hospitalières, n°59 – Mai 1987 pp 285-306

³³ Une organisation qui est composée de sous systèmes agissant dans des environnements différents développe une différenciation. L'objectif du management est de réduire les effets centrifuges de la différenciation. Il faut à tout prix réussir à réunir par des objectifs, une culture, des valeurs partagées.

³⁴ MINTZBERG H., *Le pouvoir dans les organisations*. Paris :Editions d'Organisation, 1986. 679p.

Selon Jean Marie CLEMENT³⁵ ce n'est pas un pouvoir qui prédomine, mais plusieurs pouvoirs qui coexistent sans qu'il y en ait un qui puisse pratiquement arbitrer les conflits. Les évolutions structurelles et organisationnelles que sont l'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne, visent à résoudre ce sujet en redessinant les champs de responsabilités et redistribuant « le pouvoir » entre les différents acteurs.

Le rôle est la manière dont l'individu se comporte dans son statut. C'est « le faisceau des attentes qui règlent le comportement d'un individu dans une position donnée »³⁶. Les attentes étant celles des supérieurs, des subordonnés, des collègues mais aussi les attentes de l'individu en référence à l'image idéale qu'il s'est construit de son rôle.

Le statut, la fonction, les ressources personnelles, le rôle sont autant de facteurs explicatifs de l'influence des acteurs à l'hôpital.

4.2.1 Le corps médical

Le corps médical est détenteur d'une expertise spécifique.

L'expertise est surtout à la disposition des opérateurs professionnels et leur permet de se protéger des contrôles qui prennent la forme de supervision directe ou de standardisation des procédés, résultats ou normes.

A l'hôpital les opérateurs qualifiés que sont les médecins et les paramédicaux peuvent opposer leurs normes professionnelles aux procédés et normes de l'organisation hospitalière.

Guy RENOU précise, concernant la mise en place des centres de responsabilité « en dehors de rares nostalgiques du Médecin-Directeur, la majorité des praticiens hospitaliers souhaite se limiter aux composantes médicales de la gestion. Il est souhaitable, afin d'afficher la volonté d'une certaine autonomie du centre, que le médecin responsable soit accompagné d'un membre de l'équipe de direction dans les tâches de gestion, ainsi que d'un cadre infirmier »

Il estime, également, que la fonction de coordonnateur médical doit faire l'objet d'une définition statutaire permettant de clarifier son positionnement au regard des chefs de service nommés par le Ministre.

³⁵ CLEMENT J.M. « les pouvoirs à l'hôpital » 2^{ème} Ed. – Berger Levrault 1995, 191p. Coll. Les cahiers hospitaliers p25.

³⁶ PETIT F. et DUBOIS M. Introduction à la psychosociologie des organisations. Ed. Dunod 1998 p83-103

Pour le Professeur A. PERRIN, les conséquences du changement lié à la contractualisation interne, nécessitent de passer d'une logique de « pouvoir du territoire » à une logique de « pouvoir de projet »³⁷, d'envisager des organisations plus globales et plus autonomes, de rendre les acteurs plus dynamiques et plus responsables, de donner à ceux qui s'engagent les outils et les moyens de leur dynamisme et de leur responsabilité.

La contractualisation peut donc permettre de modifier la répartition des pouvoirs et des responsabilités au sein des équipes.

4.2.2 L'équipe de direction

L'équipe de direction, qui correspond au sommet hiérarchique, est pour sa part, détentrice d'un autre type d'expertises : Celle de la réglementation et de la gestion mais également du management et de l'organisation.

Didier DELMOTTE³⁸ Directeur du CHU de Lille estime que le contrat interne nécessite de faire évoluer l'organisation de l'équipe de direction. Pour favoriser le développement d'une prise en charge pluridisciplinaire, les directeurs sont délégués à des transversalités essentiellement médicales ou médico- techniques.

Ce constat conduit à penser que l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité est source d'une véritable évolution culturelle qui s'accompagne d'une redéfinition importante des fonctions, des responsabilités et de fait des pouvoirs à l'hôpital. Dans ce cadre, l'ensemble de l'équipe de direction et donc, de fait, le directeur des soins doit revoir son mode de management.

Une enquête réalisée³⁹ en 2001 conforte ce sentiment. La moitié des directeurs interrogés sont conscients du fait que le développement des modes de gestion contractuels impliquera une refonte de l'organisation des directions hospitalières. Ce chiffre s'élève même à 73% pour les CHR.

→ La direction des soins⁴⁰ :

La Direction des soins est une direction professionnelle qui est totalement impliquée dans cette évolution structurelle et organisationnelle.

³⁷ PERRIN A. Chef de service ORL- centre hospitalier du Mans – La contractualisation interne : Une réponse à de nouveaux enjeux de pouvoir ? Médiation Santé, Hôpital Saint Anne 9 octobre 2003.

³⁸ DELMOTTE D. « le contrat interne instrument de management » RHF n°486 mai-juin 2002 p.31

³⁹ Enquête conduite auprès d'un échantillon de 216 établissements publics de santé, sélectionnés de manière représentative à la fois sur le plan de la répartition géographique et du type d'établissement

⁴⁰ Instaurée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le décret 2002-550 redéfinit sa composition et précise les missions du directeur des soins.

Jean Paul SEGADÉ⁴¹ précise « si dans un premier temps le contrat interne a eu pour conséquence la réduction du nombre de cadres, c'est l'évolution des liens avec la DSSI et les cadres soignants qui s'est révélée plus structurante, la DSSI devenant une direction d'objectifs et d'expertises et non une direction opérationnelle ayant pour tâche d'affecter quotidiennement le personnel de l'établissement »

4.2.3 L'encadrement paramédical

Dans le contexte d'une structuration en pôles d'activité, le management s'organise, le plus souvent, autour d'un trio : le responsable médical, le responsable paramédical qui est généralement un cadre supérieur et un représentant de l'administration.

Pour ces professionnels paramédicaux, le champ des responsabilités, tant vis à vis de leurs collègues (cadres supérieurs comme eux) ou encore des cadres de proximité, nécessite d'être redéfini et leur positionnement clarifié.

Patrick EXPERT⁴² rappelle que la contractualisation interne, fruit d'une négociation liant à la fois la direction et les responsables de terrain, consiste à confier de nouveaux pouvoirs aux médecins et aux cadres soignants.

4.2.4 L'utilisateur

Les évolutions réglementaires⁴³, les attentes en matière d'information, de prise en charge des patients, l'approche plus consumériste de la santé font des usagers des acteurs « majeurs » et incontournables.

Les usagers attendent de plus en plus une prise en charge rapide, efficace, coordonnée et sécurisée.

Pour eux, la référence n'est plus seulement le service clinique qui les accueille mais la réponse globale de l'établissement au problème de santé qui les conduit à l'hôpital.

Leur approche, leur évaluation sont des éléments à intégrer tant en matière d'organisation des structures que de management des professionnels.

De plus, l'accréditation⁴⁴ mise en place dans les établissements de santé et la diffusion large des comptes rendus du collège de l'accréditation sur le site Internet de l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) contribuent à améliorer le

⁴¹ SEGADÉ J.P. « le contrat interne, instrument de management – un défi et une révolution culturelle », RHF n°486 mai-juin 2002 p.28

⁴² EXPERT P. Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? *Gestion hospitalière* Nov. 2002, cahier 172, pp. 742-745.

⁴³ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi développe la démocratie sanitaire.

⁴⁴ Ordonnance 96-346.

niveau de connaissances des usagers sur l'organisation et les éventuels dysfonctionnements qui en découlent.

4.3 Le contrat , un outil au service du management

Si le management peut-être défini comme une adaptation de l'art de diriger au contexte et aux réalités dans un souci d'efficacité, le contrat peut se présenter comme le fondement d'une méthode, d'une philosophie de gestion des équipes et des hommes.

A la solution hiérarchique se substitue alors un mode axé sur la négociation qui introduit ainsi un espace de liberté et d'initiatives propice au sentiment d'adhésion⁴⁵.

M. HECQUARD-THÉRON explique le recours sans cesse accru à la technique de contractualisation et précise que «le processus de contractualisation en droit public repose sur quelques idées (supposées) simples. D'abord, l'efficacité recherchée par l'Etat et les collectivités locales, dans leur entreprise de promotion et de développement économique, impliquerait l'accord par la contrainte. Le contrat apparaît là, dans sa fonction politique, comme symbole de liberté (celle des parties) avant d'être conçu et compris en termes juridiques (instrument respectant l'autonomie des volontés); ensuite, le contrat permettrait de remédier aux dysfonctionnements d'un système administratif cloisonné ou au contraire éclaté en de multiples centres de pouvoirs. Synonyme de souplesse, il est alors signe de modernité. Perçu comme vecteur d'harmonisation et d'intégration des interventions publiques dispersées, il exprime la stabilité de l'action publique à moyen terme. Enfin, il rassemblerait, autour de priorités définies conjointement par les différents partenaires économiques publics et privés, les initiatives et les financements. En bref, le contrat joue le rôle de valeur refuge «

Jean Paul SEGADE estime que « le contrat interne est un instrument de management, un défi, une révolution culturelle »

Jacques METAIS⁴⁶ Directeur de l'agence régionale d'hospitalisation de Poitou-Charentes précise « la contractualisation interne passe par la responsabilisation des différents acteurs : leur liberté de choix est la clé de la réussite de cette démarche »

Ainsi, dans un nouveau mode de relation où la subsidiarité est perçue comme un gage d'efficacité⁴⁷, l'outil contractuel se veut le moyen d'organiser les relations de pouvoir en

⁴⁵ GOTTMANN J. « le développement de la contractualisation dans la gestion hospitalière » - *Les études hospitalières* n°6, p219.

⁴⁶ METAIS J. « Contractualisation interne et contrats d'objectifs et de moyens. *Gestion Hospitalière* mai 2002, pp 323.

⁴⁷ Le principe de subsidiarité, PUF, coll. « que sais-je » n°2793, Paris 1993

offrant le meilleur moyen de réaliser les objectifs. Il participe d'une philosophie soucieuse de proximité et de subsidiarité.

La contractualisation interne, prévue par l'article L714-26-1 du code de la santé publique n'a pas, selon Jean-Paul SEGADE⁴⁸, pour objet de remettre en cause la responsabilité du directeur, ni la participation des instances pour la définition et la conduite de la politique générale de l'établissement. Elle vise au contraire, à permettre au directeur d'exercer pleinement sa responsabilité stratégique et de s'appuyer davantage sur la mobilisation et les initiatives des équipes hospitalières.

La contractualisation pose la question du niveau de déconcentration. Elle peut être un levier de réorganisation de la fonction médicale. Elle introduit, avant tout, des modalités d'association sur la base d'objectifs, de modalités d'intéressement, de pénalités en fonction des résultats. Elle doit donc être définie comme un aménagement du pouvoir hiérarchique. Le pouvoir hiérarchique accepte de négocier la mise en œuvre de ses prérogatives pour favoriser la responsabilisation des agents.

La contractualisation est le ciment managérial de l'évolution des organisations et de la segmentation des activités en pôles. Selon Didier AMELINEAU⁴⁹ l'objectif du contrat est d'améliorer la qualité du service rendu au malade par une maîtrise médicalisée des ressources et une meilleure adaptation de l'organisation, une responsabilisation et une implication accrue des acteurs médicaux et soignants, une simplification des processus administratifs, une autonomie renforcée des services.

5 LA PROBLEMATIQUE

La problématique de recherche :

Le milieu hospitalier, face à la complexité croissante et à l'évolution des attentes des usagers, connaît des évolutions notables tant dans le domaine de l'organisation que dans celui du management.

La structuration des activités en pôles, la formalisation des relations par le biais de contrats internes et la mise en œuvre d'une gestion de proximité, nécessitent de la part

⁴⁸ JP SEGADE, la contractualisation à l'hôpital Masson, Paris 2000, p24.

⁴⁹ AMELINEAU D., *Contractualisation interne au CHD La Roche-sur-Yon Luçon – Montaigu* Revue hospitalière de France Nov. - Déc. 2003, n) 495 p 21.

des directions fonctionnelles hospitalières et, de fait, des directeurs de soins de revoir leurs pratiques managériales et de repenser leurs fonctions.

Si ces évolutions sont porteuses d'espoir, notamment en terme d'efficacité voire d'efficience, il est essentiel pour chaque acteur de connaître le champ de ses responsabilités, ses marges de manœuvre et ses objectifs.

Le directeur des soins voit ses fonctions évoluer, son positionnement interrogé.

Bien que définies réglementairement⁵⁰, les missions des Directeurs des soins s'inscrivent dans un nouveau cadre organisationnel qui modifie non seulement la manière d'exercer la fonction mais également les attentes des professionnels au sein des pôles d'activités, à savoir, les responsables médicaux et paramédicaux de ces nouvelles structures.

Un premier constat amène à penser que l'évolution de l'hôpital en pôles d'activité est source d'une véritable évolution culturelle qui s'accompagne d'une redistribution importante des responsabilités et de fait des pouvoirs à l'hôpital.

Dans le but de préserver la cohérence d'ensemble et d'assurer une prise en charge des patients, optimisée et de qualité ; Le directeur des soins attentif à l'impact de ces évolutions, contribue à garantir la coordination, la collaboration et la complémentarité en intra- pôles et participe à la régulation inter- pôles.

A l'aune des constats et concepts abordés dans la première partie, un certain nombre d'interrogations, en rapport avec la question de recherche et les hypothèses, émergent :

- Le développement concomitant des pôles d'activités et des contrats génère t-il pratiquement une redéfinition des responsabilités des différents acteurs ?
- Quelles sont les stratégies d'acteurs : directeurs, médecins, cadres supérieurs ? Quel est le nouvel équilibre des pouvoirs ?
- Quelle est la contribution du directeur des soins à ces évolutions ?
- Comment évolue la pratique managériale du directeur des soins ?
- Dans une organisation basée sur une gestion déconcentrée, le directeur des soins doit-il centrer ses missions sur la mise en cohérence et la création de liens ?

⁵⁰ Décret 2002-550 du 29 avril 2002 portant création du corps des directeurs de soins.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN

1 LA METHODOLOGIE

1.1 Le choix des établissements

L'enquête porte sur trois sites hospitaliers particulièrement impliqués dans la problématique de recherche: deux centres hospitaliers universitaires (CHU) multi-sites et un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)

Le souhait de retenir un établissement PSPH s'inscrit dans la volonté d'explorer la mise en œuvre des pôles, associée à la contractualisation dans une structure de statut juridique différent et d'analyser les éventuelles différences.

1.2 Les outils de recueil et les personnes enquêtées

Des entretiens semi-directifs avec les acteurs concernés par les pôles d'activité et la contractualisation ont été menés.

Les acteurs interviewés sont :

Directeur d'établissement ou Directeur de la stratégie : 3 ;

Directeur des Soins et/ou Chargé de l'organisation des soins : 4 ;

Responsable médical de pôle et/ ou président de la CME : 4 ;

Responsable paramédical de pôle (cadre supérieur de santé) : 5 ;

Responsable administratif de pôle : 2.

Les entretiens, d'une durée d'une heure en moyenne, ont été réalisés face à face, à l'exception d'un des deux CHU pour lequel les entretiens ont été faits par téléphone. Le temps limité de la recherche ainsi que la difficulté de rencontrer, sur deux jours, l'ensemble des acteurs à interviewer n'a pas permis un échange direct.

1.3 Les limites et les points forts de l'enquête

Les entretiens ont été particulièrement riches et ont complété les dossiers documentaires constitués sur les trois sites explorés.

L'approche des différents acteurs a permis de croiser les regards, les points de vue et les différentes cultures présentes à l'hôpital.

Les limites de cette recherche sont liées, en particulier, au temps imparti qui n'a permis la rencontre que des acteurs de trois sites hospitaliers. Les résultats ne sont donc que très partiellement transposables à d'autres structures hospitalières.

1.4 Méthode de présentation des résultats

Au total 18 entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Les éléments essentiels, au regard de l'objet de l'étude, ont été dégagés.

Les idées-forces ont été regroupées par thèmes et intègrent la fonction exercée par les interviewés. L'analyse thématique a permis de relever les points communs, les variations voire les divergences.

Le choix d'une approche qualitative de la problématique conduit à faire le choix d'une synthèse des interventions, illustrée par les propos des interviewés. Les phrases citées sont alors intégralement reprises. Elles sont en italiques et placées entre guillemets. L'origine professionnelle est spécifiée uniquement en cas de divergence de propos.

2 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

2.1 Les pôles : une organisation en phase de construction

L'analyse des entretiens met en évidence l'évolution reconnue que génère la segmentation d'un établissement en pôles d'activités.

La mise en place de centres de responsabilité et/ou de fédération de gestion commune (FGC) structurent l'émergence des pôles d'activités qui n'ont pas encore à ce jour, sous cette appellation, de fondement juridique⁵¹.

Ces nouvelles structures sont encore à la recherche d'une culture partagée⁵², le pôle ne possédant pas la légitimité que le poids de l'histoire et l'évolution de la médecine confèrent au service. Cette identité de pôle reste à construire.

La coopération - entre des acteurs aux origines, compétences et appartenances différentes - n'est jamais donnée a priori mais résulte d'une construction sociale progressive.

2.1.1 Une approche managériale novatrice mais non stabilisée

Sur les trois sites explorés, la volonté partagée de développer une gestion de proximité, en mettant en place, d'une part, les pôles d'activité et d'autre part en formalisant cette déconcentration par des contrats d'objectifs et de moyens internes⁵³, est prégnante dans les documents fondateurs et confortée par les entretiens. La mise en œuvre est

⁵¹ Les pôles ne sont pas des structures juridiques au même titre que les services cliniques, les unités fonctionnelles. Actuellement les pôles d'activité sont des fédérations de gestions communes voire des centres de responsabilité.

⁵² PLAN E. Mémoire EDH ENSP 2000.

⁵³ COMI.

cependant complexe du fait du montage juridique et demande une implication forte des acteurs.

« L'organisation en pôles est une recomposition de l'hôpital, une autre lecture moins institutionnelle »

« Les pôles sont à la fois des fédérations de services⁵⁴ et des centres de responsabilité⁵⁵ »

« Cette évolution nécessite que le directeur général et le président de la CME soient en phase »

C'est le principe de subsidiarité qui guide la mise en œuvre, sous tendu en filigrane d'une recherche d'efficacité économique. La possibilité, grâce aux pôles, de réfléchir et de mettre en place la mutualisation des équipements et des ressources humaines est systématiquement évoquée.

« Ce qui a prévalu dans la mise en place des pôles, c'est rapprocher la prise décision de l'émergence des besoins de terrain ».

« Nous souhaitons décloisonner les services par une nouvelle organisation médicale et optimiser la gestion par la déconcentration ».

Systématiquement, la direction a souhaité réduire le nombre de ses interlocuteurs en choisissant de limiter le nombre de pôles⁵⁶.

Les logiques les plus fréquemment rencontrées sont, un regroupement par pathologie, par organe, par prestataires ou encore des pôles à vocation généraliste. Cette première étape de segmentation fait l'objet d'une réflexion, elle ne semble pas définitive. En effet, la notion de périmètre évolutif des pôles qui tienne compte, d'une part, de la cohérence des activités et des projets médicaux et d'autre part, de la détermination d'une taille critique optimale est considérée comme essentielle par les directions et le corps médical.

« Actuellement nous sommes organisés en départements avec une logique médico-chirurgicale associée à une logique d'organe, il est nécessaire de faire évoluer la segmentation des activités et d'envisager plus largement la mise en place de pôles regroupant des disciplines qui génèrent des prises en charge et des gestes soignants proches. La réflexion doit aller vers une segmentation par type de prise en charge en fonction de la lourdeur des patients »

⁵⁴ Au sens de l'art L. 6146-4 du Code de la Santé Publique.

⁵⁵ Au sens de l'art. L.6145-16 du Code de la Santé Publique.

⁵⁶ Pour faciliter l'analyse, le terme pôle sera systématiquement employé ; Toutefois il recouvre des réalités différentes d'un établissement à l'autre du fait de la taille, du regroupement des activités médicales. De plus selon les établissements les termes trouvés sont : pôles, départements, cliniques. Sur les sites explorés, la sémantique a évolué et ne semble pas encore totalement arrêtée.

« Par définition la segmentation est artificielle et transitoire, elle doit être revue tous les cinq ans - le temps du projet d'établissement - à l'aune des projets médicaux ; c'est d'autant plus important que sinon on constate l'émergence de nouveaux territoires, de nouveaux bastions et finalement un nouveau cloisonnement »

« La segmentation des activités doit pouvoir évoluer et une approche par profil de patient et non plus par discipline est intéressante »

Des instances tels que conseil de pôle⁵⁷, comité médical de pôle sont installées et permettent, en théorie, la participation et l'expression des professionnels. Toutefois comme pour les conseils de services, l'intérêt de ces instances dépend de la capacité managériale des responsables et de leur volonté à les faire vivre.

L'ensemble des professionnels interviewés considère que les pôles, par la réflexion sur la segmentation des activités et l'organisation qu'elle induit, favorisent l'émergence de nouveaux rapports entre les différents acteurs et procèdent d'une évolution du management et de la culture hospitalière. Toutefois cette organisation ne supprime pas systématiquement le cloisonnement.

2.1.2 Une recherche d'optimisation de la prise en charge des patients

Les professionnels rencontrés pensent que l'organisation en pôles, même si elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, permet d'améliorer la prise en charge des patients.

« La valeur ajoutée d'une telle organisation, pour le patient, est de bénéficier, indirectement, de l'intérêt que les équipes ont à travailler, si on améliore l'organisation interne d'une structure on améliore la réponse aux patients »

« Nous avons évolué, aujourd'hui nous trouvons normal qu'au niveau du pôle le personnel passe d'une unité à une autre en cas de besoin ou que certains équipements soit disponibles pour l'ensemble des services. Pour le patient, cette organisation se traduit par un accès simplifié aux équipements et un gain de temps »

« Nous arrivons à avoir une meilleure adéquation entre charge de travail et effectif grâce à un esprit plus communautaire ce qui améliore la prise en charge des patients »

Le pôle favorise le développement d'une certaine polyvalence, dans un champ donné, ainsi que des interactions médicales et paramédicales renforcées.

Les éléments les plus cités sont :

- Une meilleure lecture de l'organisation des activités dans l'hôpital,

⁵⁷ Organe inter catégoriel qui regroupe l'ensemble des personnels. Lieu d'informations et d'échanges au sein duquel sont présentés les sujets stratégiques et organisationnels du pôle.

- Une meilleure cohérence de prise en charge, liée à la mutualisation des personnels médicaux et paramédicaux, à la mise à disposition, dans un même espace, de compétences complémentaires,
- Un gain de temps pour les patients,
- Une harmonisation des pratiques et des protocoles.

Il semble donc que la prise en charge des patients, du fait d'une meilleure coordination des professionnels et d'un développement de la mutualisation des compétences et des structures, connaisse une amélioration et une optimisation.

La qualité du service rendu aux patients fait partie des engagements des pôles et est inscrite dans le COMI.

2.2 Une évolution notable des responsabilités – Une redistribution du pouvoir

Les CHU ont arrêté le principe d'un trinôme constitué d'un chef de pôle médical, d'un responsable paramédical et d'un responsable administratif / gestionnaire.

Le PSPH est allé plus loin en terme de réorganisation des responsabilités. Il a, après un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs, opté pour une seule ligne hiérarchique. Le pôle est dirigé par le chef de pôle qui est un médecin chef de service. Il a l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des professionnels du pôle qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Dans cette structure il n'y a pas de responsable administratif au niveau des pôles.

Dans les trois sites, les responsabilités sont définies et précisées grâce à des fiches de postes voire des fiches de missions.

2.2.1 Les responsables de pôles : « acteurs centraux aux pouvoirs renforcés »

↳ Le coordonnateur médical – chef de département - directeur médical de pôle

Il existe plusieurs dénominations concernant le médecin responsable d'un pôle, mais les missions qui lui incombent sont superposables.

Il est responsable du bon fonctionnement du pôle ; Il est l'interlocuteur « principal » de la direction. Il négocie au nom du pôle le COMI dont il est cosignataire avec le directeur général. Son rôle est d'animer, de formaliser et conduire le projet, de mettre en place des organisations efficaces et de favoriser la concertation au sein du pôle.

« Le coordonnateur médical assure, au quotidien, le lien institutionnel : partage de l'information, régulation des projets »

Ses capacités managériales sont essentielles pour mener à bien les projets et animer les équipes. Sur les trois sites, certains chefs de pôle ont souhaité suivre une formation au management.

En effet, cette fonction managériale est perçue comme difficile *« Le management est complexe. L'organisation en pôles contribue, également, à développer l'autonomie des médecins en charge des unités fonctionnelles qui composent le pôle. En tant que responsable, je dois assurer la cohérence du pôle, favoriser l'initiative mais la cadrer car on ne peut pas tout faire et tout avoir.... C'est complexe et ça nécessite d'avoir une certaine éthique - c'est très consommateur d'énergie »*

Quelques entretiens mettent en avant la difficulté des chefs de pôle vis-à-vis de leurs collègues chefs de service. Certains avancent la nécessité d'affirmer leur positionnement hiérarchique sur les médecins du pôle.

« On n'est plus sur des territoires, ni des lits, on est sur des problématiques de soins qui nécessitent des compétences particulières »

« L'intérêt du malade, l'intérêt de la structure, l'intérêt de l'établissement, dans le respect du budget alloué, doivent être conciliés et ça c'est dur ! »

De même la nécessité d'une clarification de la ligne hiérarchique paramédicale est évoquée.

Sur les deux CHU, ils ont un mandat de trois ans renouvelable une seule fois. Sur un CHU, les chefs de pôle doivent, en principe, abandonner leur chefferie de service tout en conservant une activité clinique correspondant à 50% de leur temps. L'importance de garder une activité médicale est systématiquement exprimée.

«Un directeur médical de pôle doit rester un médecin, il ne faut pas se tromper de métier, en tant que responsable de pôle, il apporte à la direction sa plus value médicale. Il faut prendre cette fonction avec recul, ces missions sont temporaires ».

« Il faut comprendre le métier de l'autre mais pas se substituer à l'autre, pour le corps médical l'activité clinique reste indispensable en terme de légitimité ».

Au sein du PSPH, la durée du mandat n'est pas déterminée et le maintien d'une activité médicale est la norme même, si de fait, elle est réduite au regard du temps consacré aux activités de gestion et d'animation.

Dans cet établissement, si les chefs de pôle ont autorité hiérarchique sur l'ensemble des professionnels, ils sont eux-mêmes sous l'autorité hiérarchique d'un directeur médical qui est garant du respect des engagements institutionnels.

« Dans une organisation en pôle, il est essentiel qu'il existe une direction forte tant du point de vue médical que paramédical. Il est nécessaire de définir le cadre précis dans lequel les pôles peuvent s'organiser comme ils le veulent »

Des réunions, entre l'ensemble des directeurs médicaux de pôles et le directeur général, ainsi qu'un travail sur l'articulation entre le développement de la gestion de proximité et le rôle de la commission médicale d'établissement participent à la régulation inter pôles.

« Nous parviendrons à une organisation synchrone entre les directeurs médicaux de pôles et les instances réglementaires, car il est extrêmement important qu'un établissement garde sa cohérence. Les pôles ne peuvent être autonomes. La politique générale doit être rappelée et les pôles doivent être au service de cette politique »

↳ **Le responsable paramédical de pôle**

Les professionnels qui assument cette responsabilité ont le grade de cadre supérieur. Le responsable paramédical de pôle est chargé de l'organisation des soins et de la gestion des effectifs.

L'organisation en pôles, sur les sites explorés, a généré une réduction progressive du nombre de cadres supérieurs. A terme, l'objectif est d'avoir un seul cadre supérieur par pôle.

Le responsable paramédical de pôle fait l'objet d'un appel à candidature, il est nommé par le directeur d'établissement après avis du responsable médical de pôle. Sur les trois sites la durée de son mandat est identique à celui du responsable médical.

L'ensemble des professionnels interviewés s'accorde sur la place essentielle de cet acteur qui a vu sa fonction et ses responsabilités renforcées.

Les cadres supérieurs, quant à eux, estiment avoir plus d'autonomie. Leur fonction a fait l'objet d'une définition formalisée sur les trois sites.

Leurs relations avec le responsable médical de pôle :

L'articulation entre le responsable paramédical et médical est essentielle. L'organisation en pôle donne une importance accrue à ce binôme (au sein du trinôme)

Au sein du PSPH, le passage du cadre supérieur sous l'autorité hiérarchique du responsable médical a été vécu, au départ, avec un peu d'anxiété. Après quelques années, ce positionnement semble accepté *« il évite une double hiérarchie et donne plus d'autonomie au pôle en renforçant le pouvoir médical »...**« ce qui fait défaut c'est l'absence de projet de soins porteur de nos valeurs et de nos objectifs »*

Leurs relations avec le cadre administratif de pôle :

Une définition claire des champs de responsabilité de cet acteur s'impose pour les cadres supérieurs.

« La place des cadres administratifs est plus floue, leur origine différente : gestion du personnel, finances, admissions, ne simplifie pas leur positionnement mais la direction est en train de retravailler leurs missions pour clarifier le rôle de chacun »

« Nos relations sont bonnes mais je pense que c'est, avant tout, liée à la personne »

Leurs relations avec l'encadrement de proximité :

Les relations sont claires, les missions et responsabilités des cadres de proximité sont définies. Le nombre de cadres de proximité est resté stable.

« Chacun sait, aujourd'hui, ce qui relève de ses missions »

« Les relations hiérarchiques et fonctionnelles sont plus simples au sein des pôles »

Leurs relations avec le directeur des soins :

Pour les cadres supérieurs des CHU, le directeur des soins a vu sa fonction évoluer.

« L'organisation en pôles a été plus simple pour nous que pour eux, leur positionnement est beaucoup moins hiérarchique qu'avant. Ils sont là pour nous aider, ils ont un rôle de conseil, d'expertise en organisation, en management, en projets de soins »

« Le DS est le relais entre les cadres supérieurs et le coordonnateur général des soins »

« Le DS nous apporte son aide sur les projets, les relations s'inscrivent dans une confiance réciproque, des rencontres sont organisées tous les quinze jours »

Au sein du PSPH, la décision de supprimer le poste de directeur des soins et de mettre en place un chargé de l'organisation des soins a été prise. L'approche des cadres supérieurs est différente.

« Ne pas avoir de DS est parfois difficile, on travaille seul. Entre cadres supérieurs, nous avons décidé d'organiser des déjeuners une fois par mois pour échanger sur nos projets, nos difficultés. Puis nous avons organisé des réunions afin de faire vivre le groupe des cadres. Le DS manque pour lutter contre le cloisonnement que génèrent les pôles, pour aider aux projets. Le projet de soins n'est pas porté par les médecins »

« Le chargé de l'organisation ne joue pas le rôle de DS, c'est un cadre supérieur comme nous et ce n'est pas sa mission »

↳ Le responsable administratif de pôle⁵⁸ - cadre gestionnaire

C'est le collaborateur du responsable médical du pôle. Il est chargé de réaliser l'interface avec les directions fonctionnelles pour les aspects liés à la gestion du pôle, d'initier et de coordonner les questions relatives à l'organisation au sein du pôle et avec les acteurs externes. Il dépend, hiérarchiquement, d'un directeur référent.

Leur rôle est partiellement défini et évolue encore.

« Notre fonction a fait l'objet en 1999 d'une première fiche de missions qui doit être, aujourd'hui, redéfinie. En effet, le recul montre que notre activité est à géométrie variable. Le suivi des dépenses d'exploitation à partir des tableaux de bords – pour une analyse à

⁵⁸ Cette fonction existe uniquement dans les deux CHU.

posteriori – est une constante, pour le reste cela varie d'un pôle à l'autre en fonction de l'activité antérieure du cadre administratif, de son grade⁵⁹ et des attentes du pôle»
« On a parfois le sentiment de faire ce que les autres ne veulent pas faire »

Le management des pôles repose sur le trio : directeur médical, cadre supérieur et cadre administratif. Toutefois les rapports entre les différents acteurs sont déséquilibrés.

« Concrètement le duo médical - soignant est très en phase, ils ont beaucoup de sujets d'échanges et de partages, le cadre administratif reste un peu en marge »

« Il y a assez peu de réunions formelles, ce qui manque. Nous nous réunissons juste avant le conseil de pôle »

Les cadres administratifs estiment, cependant, avoir beaucoup appris en se rapprochant des structures de soins.

« On est plus proche des malades et des équipes, j'ai suivi des formations en rapport avec l'activité clinique du pôle et c'était très intéressant »

Globalement ils estiment avoir de bonnes relations avec les cadres supérieurs de pôles avec qui ils travaillent en complémentarité.

2.2.2 L'équipe de direction : un avenir à préciser

↳ Le directeur « référent » - directeur de rattachement des pôles

Sur les CHU le positionnement des directions locales a été repensé. L'organisation a évolué vers la mise en place de directeurs référents et a redistribué les responsabilités. Le directeur référent est l'interlocuteur identifié, promoteur et facilitateur de la gestion de proximité.

Il élabore, en liaison étroite avec le directeur médical, le projet médical du pôle. Il participe à l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens dont il garantit la mise en oeuvre. Il porte et explique la politique du CHU et développe la contractualisation interne. Il assure la liaison avec la direction générale et les instances institutionnelles. Il a également des missions de gestion telles que l'amélioration continue de la qualité, la qualité du climat social, la cohérence de la répartition des moyens.

« Le corps de direction a été bousculé. On nous a demandé de faire évoluer notre métier, ce n'est pas pareil d'être directeur de site et directeur référent de pôles. Le dialogue avec

⁵⁹ Au sein des pôles les cadres administratifs sont adjoint des cadres, attaché d'administration, secrétaire médicale, informaticien....

le corps médical est différent et les compétences nécessaires sont également différentes »

« Nous travaillons en binôme avec le directeur des soins, l'évolution de nos positions est proche. En charge de plusieurs pôles, nous travaillons ensemble. Nous avons perdu toute autorité hiérarchique sur les pôles, aujourd'hui nous sommes là pour accompagner les pôles lors de l'installation, puis nous assurons une forme de tutorat. En position fonctionnelle, nous sommes responsables de projets. Ce positionnement est assez difficile mais ce que nous avons perdu en gestion directe, je pense notamment aux ressources humaines, nous l'avons gagné en coopération, en culture médicale. Nous avons beaucoup plus de contact qu'avant, nous pénétrons davantage les projets médicaux ce qui nous permet de mieux les anticiper»

« Il faut être au clair en matière de délégation, contrôle, confiance »

↳ Les directeurs des soins : une fonction en pleine évolution

Les directeurs de soins s'accordent sur une évolution « sensible » de leur fonction et sur la nécessité d'une nouvelle approche manageriale, indispensable dans ce type d'organisation.

Les missions du DS sont formalisées et se déclinent sur l'un des CHU en fonction des autres acteurs.

A titre d'exemples:

► Les missions auprès des directeurs référents et des coordonnateurs médicaux

- Décliner le projet de soins, à partir du projet médical au sein des pôles,
- Accompagner l'autonomie des équipes pour faire vivre de façon opérationnelle la gestion de proximité,
- Contribuer à l'élaboration des contrats internes en apportant son expertise technique et managériale,
- Développer la logique de collaboration entre les pôles pour éviter toute balkanisation,
- Maintenir la cohérence, la cohésion, la pertinence institutionnelle.

► Les missions auprès de la coordination générale des soins

- Définir la politique de soins et élaborer le projet de soins en lien avec le projet d'établissement,
- Promouvoir la politique de développement des outils de soins,
- Décliner, mettre en œuvre et évaluer la politique en hygiène définie en cohérence avec les orientations du CLIN,
- Collaborer au déploiement des dispositifs des vigilances et garantir l'application des réglementations,

- Faire évoluer les organisations médico-soignantes centrées sur la prise en charge des patients en visant à leur optimisation,
- Promouvoir une politique de gestion des compétences et d'affectation des personnels paramédicaux,
- Animer les équipes d'encadrement sur site dans le cadre de la politique de soins.

« Le DS est légitime pour faire le lien entre les pôles, il a un rôle de régulateur, sinon très vite les pôles ont tendance à se recentrer sur eux-même, il a un rôle d'accompagnement des projets, on reste dans le même CHU et les projets doivent être connectés à la vision institutionnelle »

« Le DS est le relais du Coordonnateur général des soins et du Directeur général »

« Pour le DS que je suis, l'organisation en pôles permet de rendre aux cadres leur place. En revanche, il y a des ajustements à avoir avec les cadres supérieurs en charge des pôles, je leur ai demandé de se positionner sur des activités plus stratégiques ce qui n'a pas toujours été facile car ils ont eu du mal à déléguer une partie de l'activité organisationnelle aux cadres de proximité »

« Nous avons la responsabilité de plusieurs pôles sur un ou plusieurs sites et nous sommes, également, chefs de projets c'est à dire que nous avons la responsabilité de missions transversales inter-pôles et donc inter-sites »

« Certaines collègues sont parties car elles ne trouvaient plus leurs marques, cette nouvelle organisation nécessite de repenser notre positionnement, nous devons nous situer comme personne ressource des pôles et non plus dans un cadre hiérarchique, parfois c'est un peu difficile »

Le regard du directeur d'établissement :

« Il faut un positionnement clair de la direction des soins. C'est une direction à part entière qui doit jouer la carte de la transversalité et du professionnalisme dans son champ de compétences et à côté du corps médical. On a besoin d'un projet de soins qui donne du sens et une légitimité à agir »

Le regard du coordonnateur général des soins en CHU :

« Le DS dans une organisation en pôle voit son positionnement évoluer. Il n'a plus de rôle hiérarchique, mais un rôle fonctionnel, un rôle d'expert en soins, en conseils méthodologiques, en veille sociale, en organisation ; C'est un conseiller dans l'aide à la réalisation des objectifs institutionnels. Son management doit s'adapter, il est un peu le 'coach' de l'encadrement. Ce n'est pas un positionnement dans le pouvoir, le territoire, mais sur le mode du projet»

« Les DS font le lien indispensable avec les cadres supérieurs, ils sont une aide à la décision pour le CGS. Ils sont en charge de missions transversales, inter pôles, et portent les objectifs du CHU. Ils évitent les dérives que l'on peut connaître avec les pôles qui peuvent avoir tendance à travailler de manière indépendante »

« La fonction de DS est différente aujourd'hui et plus encore à l'avenir si l'encadrement supérieur fait un vrai travail sur ses missions. Toutefois, en tant que CGS j'estime que j'aurai toujours besoin de DS en particulier pour garantir la cohérence et la cohésion au sein de l'institution »

Le regard du coordonnateur médical de pôle :

Le corps médical a globalement des difficultés à définir, dans ce nouveau cadre organisationnel, le rôle du DS. Certains s'interrogent sur son positionnement.

« Faut-il conserver des DS au sein des établissements ? Leur donner la responsabilité d'un ou plusieurs pôles ? Actuellement je n'en sais rien, nous n'avons pas encore assez de recul »

« Leur rôle est un rôle de mise en cohérence, leur fonction est de mutualiser les projets qui ont bien marché dans les pôles, ils doivent nous aider en interne »

« Leur rôle a évolué, ce qui est important dans cette fonction c'est la capacité relationnelle, le charisme, le DS doit être en mesure de mener des projets, d'animer les cadres des pôles sans s'appuyer sur une relation hiérarchique »

« C'est complexe, lorsque les pôles seront matures, je ne vois pas bien la place du directeur référent et du directeur des soins, il faudra redéfinir leurs missions voire, sortir du cadre de l'établissement pour leur donner la responsabilité transversale de cinq à six pôles et veiller également à ce que la gestion de proximité ne crée pas d'échelons supplémentaires »

« Actuellement, le DS est un acteur qui contribue à l'accompagnement du processus d'évolution que nous vivons, il est indispensable qu'il participe aux instances du pôle car il légitime les décisions prises vis à vis du personnel paramédical »

Le regard des cadres supérieurs de pôles :

Pour les cadres supérieurs en charge des pôles le rôle du DS a changé.

« Le directeur des soins c'est aujourd'hui avant tout le référent soignant »

« Ils ont perdu la fonction "personnel", aujourd'hui ils travaillent essentiellement en management par projets, conseils. En tant que cadre supérieur je trouve qu'il est essentiel d'avoir un référent sur le site, leur fonction a évolué mais est primordiale pour maintenir la cohérence de l'établissement, sinon chaque pôle aurait vite tendance à se replier sur lui-même ou à développer des projets indépendants »

« Pour moi, les DS n'ont pas assez de pouvoir de décision, puisque nous avons un directeur référent et un directeur de soins en charge de pôles d'activité, l'ensemble des décisions devrait se prendre à ce niveau »

Dans les deux CHU l'évolution potentielle des postes de directeur référent et de directeur de soins s'inscrivent dans une évolution similaire. Le professionnalisme et l'ouverture d'esprit semblent plus que jamais essentiels pour remplir ces fonctions. La définition des missions s'ajuste progressivement et connaîtra, probablement encore, des aménagements corrélés au développement de la responsabilisation des professionnels en charge des pôles. La fonction de DS évolue, se positionne davantage dans des relations fonctionnelles.

2.3 La Contractualisation : un nouveau mode relationnel

L'analyse des entretiens montre que la contractualisation initie des relations professionnelles qui s'appuient sur des règles du jeu renouvelées.

2.3.1 L'émergence d'une autonomie « encadrée »

La contractualisation substitue aux principes hiérarchiques descendants un principe de subsidiarité et de transversalité qui modifie profondément la culture hospitalière.

Les pôles bénéficient d'une « délégation partielle » de gestion de la part du directeur.

« Il faut avoir en tête que la contractualisation interne à un impact certain sur tous les acteurs. Il faut complètement redéfinir les règles du jeu, il faut des esprits ouverts et donc des directeurs et des médecins qui osent relever le défi »

Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du pôle et le directeur. Ce contrat définit le périmètre du pôle, les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats de gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Toutefois les échanges permettent de constater un décalage entre ce qui est formalisé dans le contrat et son application. C'est particulièrement sensible en matière d'indicateurs de suivi et d'intéressement. L'évolution des règles budgétaires est régulièrement avancée pour justifier ces écarts entre théorie et pratique. Les performances insuffisantes du système d'informations sont également évoquées.

« Ce que nous avons le mieux réussi ce sont les pôles, la contractualisation ce n'est pas si simple. Les directions ne sont pas toujours prêtes, les outils non plus. Il faut se méfier des mots magiques : nouvelle gouvernance, transparence, gestion de proximité...ce ne sont que des outils au service d'une évolution qui mérite d'être vécue et d'évoluer encore »

Sur les trois sites le contrat est considéré comme l'aboutissement d'une discussion, d'une négociation. La contractualisation interne permet la participation de tous les acteurs, elle

renforce l'adhésion et la motivation et favorise, de plus, le développement d'une compréhension réciproque.

« Le contrat ne contient pas uniquement les objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière d'activité, il intègre des objectifs de consommations en ressources humaines, en recours au plateau médico-technique et en budget alloué. Le contrat est, également, en lien avec les activités de management du pôle, y figurent par exemple, l'implication attendue sur les projets de l'institution, la communication interne au pôle, l'évaluation... »

Le contrat interne et la déconcentration de la gestion offrent un nouveau mode relationnel basé sur la proximité, le décroisement, la participation, la connaissance de l'activité et des réalités de terrain source, en principe, d'une plus grande efficacité. Sur les établissements enquêtés aucune étude n'a été menée pour vérifier ce postulat.

« Nous avons nos budgets, mais les marges de manœuvre sont étroites. Par exemple pour les ressources humaines nous disposons désormais de mensualités de remplacement, d'un budget pour la formation mais l'évolution du tableau des emplois n'est pas de notre ressort. De même nous devons respecter les lignes budgétaires »

« La gestion de proximité et de fait, la contractualisation ont rendu les professionnels plus responsables, mais les mots ont leur importance, concernant l'autonomie je dirais qu'elle est avant tout encadrée. Nous n'avons pas le droit de recruter ni d'acheter directement et heureusement car nous ne sommes pas prêts. Il faut d'abord prouver notre capacité à bien faire avec les délégations actuelles »

« En réalité nous faisons davantage le suivi du budget, la gestion quotidienne du pôle grâce à des tableaux de bord mensuels, mais nous ne pouvons pas parler d'autonomie, nous restons dans le cadre d'une institution et de fait nous devons respecter les règles »

Le contrat, dans la mesure où il permet la responsabilisation des acteurs médicaux et une collaboration effective entre les acteurs médicaux et l'administration, est un instrument particulièrement intéressant en matière de gestion des activités et de management.

« La culture du contrat prend du temps, rien n'est jamais gagné, il faut avoir une démarche pragmatique basée sur l'expérimentation, le droit à l'erreur, l'exemplarité »

Sur les sites explorés, la contractualisation se met progressivement en place. Des contrats types existent mais leur contenu varie d'un pôle à l'autre et tous les pôles n'ont pas, à ce jour, contractualisé. De plus une hétérogénéité entre pôles existe.

Le constat des professionnels conforte la nécessité de donner du temps à ces évolutions et d'accepter que les pôles progressent à leur rythme.

« Pour réussir, la contractualisation doit être un contrat gagnant-gagnant qui nécessite un même niveau de connaissances, de transparence des signataires. Il faut définir et respecter les règles du jeu pour donner de la crédibilité à la démarche. Le risque serait

que la tarification à l'activité gouverne tout demain et fasse disparaître la solidarité institutionnelle »

Le contrat permet la formalisation des engagements réciproques. Il contribue au développement d'une culture commune fondée sur la connaissance, le respect et la transparence.

Les professionnels considèrent que le contrat est avant tout un outil et que de nombreux progrès peuvent encore être faits, en particulier, en matière de système d'informations et de comptabilité analytique afin d'être en mesure de réagir plus rapidement. L'observation montre une contractualisation interne à géométrie variable au sein des établissements.

2.3.2 Une efficacité économique limitée

Les professionnels interrogés, quelle que soit leur fonction, ne sont pas convaincus d'avoir réellement progressé sur ce sujet.

« Le problème budgétaire n'était pas le moteur de notre réflexion »

« Ce qui est essentiel en matière de contractualisation c'est avant tout d'avoir fait bouger la culture »

« De toute façon avec le budget global, ce sont les budgets historiques des services qui ont été reconduits pour arrêter ceux des pôles, ça n'a pas vraiment de sens »

« Le respect du budget est un objectif mais l'attribution de crédits fléchés fausse le jeu entre les pôles, demain la tarification à l'activité va profondément faire évoluer ce pan de la contractualisation »

« L'absence d'une réelle comptabilité analytique permettant d'être réactif est un vrai handicap »

« Nous suivons les tableaux de bord mais les outils sont encore trop limités »

« En terme de budget cette organisation n'a pas prouvé son intérêt, même si les services sont sensibilisés et particulièrement le directeur médical et le cadre soignant, le soin reste la priorité. La culture a évolué, intellectuellement tout le monde perçoit la nécessité d'être attentif à la gestion mais en pratique, concrètement, ça n'a pas encore vraiment changé »

Les délégations de gestion concernent principalement les crédits de formation continue, les mensualités de remplacement, une enveloppe pour le petit équipement.

La fongibilité entre les groupes fonctionnels de dépenses n'est pas mise en place. Elle existe à l'intérieur des groupes et fait partie des attributions du cadre administratif.

Les modalités d'intéressement sont définies dans les COMI, ils sont *« nécessairement collectifs »*. Confronté à la réalité des faits, l'intéressement est très partiellement mis en place, d'une part parce que les règles évoluent fréquemment, d'autre part parce que le principe de solidarité institutionnelle minore, de fait, le montant de l'enveloppe susceptible d'être redistribuée.

« Il est incontestable que nous avons rencontré un certain nombre de difficultés concernant l'intéressement. D'une part les résultats positifs ne sont pas nécessairement consacrés par un excédent, d'où la nécessité de définir ce qu'est un résultat positif, puis il faut discuter pour fixer quels sont les investissements envisageables »

« Nous n'avons jamais bénéficié d'un intéressement ou de pénalités »

Dans les établissements explorés ou l'organisation conjugue pôles d'activité et contractualisation, une culture partagée et une sensibilisation accrue aux sujets budgétaire et financier semblent émerger. Toutefois, à défaut d'une évaluation robuste s'appuyant sur une comptabilité analytique fiable, il est difficile d'affirmer l'efficacité économique de cette nouvelle organisation.

2.4 Synthèse des contributions et des limites du système - Vérification des hypothèses

Ce travail de recherche a été réalisé dans des établissements moteurs et particulièrement investis dans la démarche, ce qui peut, en partie, expliquer les aspects principalement positifs mis en avant par les acteurs interviewés.

L'analyse réalisée à partir du contenu des entretiens, permet de confirmer deux hypothèses de travail :

^ L'organisation en pôles d'activité développe la responsabilité des acteurs et redistribue les pouvoirs

^ Le directeur des soins, dans cet environnement complexe, a un rôle à jouer en lien avec la Direction, pour garantir la cohérence d'ensemble.

L'organisation en pôle d'activités présente un certain nombre d'intérêts managériaux et favorise le partage des cultures. Elle permet notamment la responsabilisation des professionnels et leur implication dans les projets.

Les apports de ces évolutions sont :

- Le découplage entre les services au sein d'un pôle d'activités
- Le passage de l'implicite à l'explicite par la formalisation du contrat
- Le développement d'une culture partagée entre les différents professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs

Les pôles d'activité sont perçus comme des structures dynamiques ne devant pas être figées. Leur périmètre peut varier à l'occasion de la formalisation du projet

d'établissement. Cette organisation est considérée comme une étape du processus d'évolution et d'adaptation des établissements de santé et non pas comme une finalité.

Toutefois, il est nécessaire de prendre en compte les difficultés persistantes liées à la culture de services et à la prégnance des schémas traditionnels d'organisation. Il est donc nécessaire d'une part, d'inscrire cette évolution dans le temps et d'autre part, de formaliser clairement les missions de chacun des acteurs. Il semblerait également que les pôles puissent générer un nouveau type de cloisonnement et nécessite la mise en place d'outils de régulation inter-pôles et une vigilance en matière de cohérence institutionnelle.

La troisième hypothèse, à savoir : la déconcentration favorise l'autonomie des pôles et nécessite la mise en œuvre d'une régulation inter-pôles, ***n'est que partiellement vérifiée sur le terrain.***

La contractualisation procède bien d'un nouveau mode relationnel à l'intérieur des établissements. A chaque pôle est fixé, après négociation et contrat, un ensemble de missions, d'objectifs et un budget. Ces derniers font l'objet d'un bilan annuel, tant du point de vue de leur utilisation quantitative que qualitative. Cependant des études de coûts n'ont pas été, à ce jour, initiées.

Il ressort de l'enquête que les contrats internes ont, en règle générale, un contenu portant essentiellement sur la gestion quotidienne. Cet état de fait est somme toute logique : il n'est pas forcément facile et opportun de déléguer aux responsables de pôle le pouvoir de recrutement ou encore la possibilité de passer des marchés publics et de garantir le respect de l'ensemble des règles liées à la fonction publique hospitalière.

Toutefois, l'enquête montre également que les contrats inter-pôles sont souvent limités aux pôles médico-techniques. La régulation inter-pôles est, quant à elle, partiellement mise en œuvre et assez peu formalisée. Elle fait l'objet d'une réflexion des acteurs et d'ajustements réguliers qui visent à garantir la cohésion de l'institution.

La nécessité d'évaluer rend indispensable la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier consolidé, pour mieux connaître l'activité hospitalière et en particulier d'une comptabilité analytique efficiente. Le contrôle de gestion mérite d'être développé.

Pour les différents acteurs, l'expérience est globalement positive même si elle nécessite, encore régulièrement, des adaptations et des ajustements source d'interrogations pour les professionnels. Cette organisation reste évolutive et n'est aujourd'hui pas stabilisée.

Dans ce nouveau cadre organisationnel, la fonction, le positionnement, le champ des responsabilités du Directeur des soins font l'objet d'une redéfinition. Le développement de relations fonctionnelles nécessite, de fait, une évolution de la pratique managériale du DS.

TROISIEME PARTIE : MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS : RÉLEXIONS ET PROPOSITIONS D'ACTIONS

De nombreuses incertitudes naissent de l'organisation en pôles associée à la contractualisation. Dans des établissements comprenant un CGS et plusieurs DS, la place de ces derniers, sans être aujourd'hui remise en cause, connaît toutefois des évolutions notables tant au niveau des missions que du positionnement.

De plus, cette organisation jusqu'ici laissée au choix des directeurs hospitaliers et du corps médical, devrait se généraliser à l'échéance de 2007. Elle fait l'objet, dès mars 2004, d'une expérimentation nationale sur la base du volontariat, à laquelle une centaine d'établissements participent.

A partir des constats, de l'approche conceptuelle, de l'étude de terrain, cette étape du travail de recherche propose d'aborder les axes que pourrait développer le DS pour adapter son management et affirmer son positionnement.

1 INTEGRER LA COMPLEXITE POUR REDUIRE LES INCERTITUDES

L'organisation hospitalière est complexe et en pleine mutation. Dans ce contexte, le Directeur des soins voit sa fonction évoluer et doit ajuster sa stratégie et son action.

Son rôle en matière d'accompagnement de l'innovation et du changement se densifie. Il contribue, par ailleurs, à donner du sens à la démarche engagée et veille à la cohérence des projets au sein de l'institution en initiant un management adapté permettant de fédérer les professionnels et de développer une régulation, intra et inter-pôles.

1.1 Conjuguer logiques hiérarchique et fonctionnelle

La segmentation en pôles associée à la contractualisation, est un dispositif innovant au service d'une nouvelle organisation qui se veut plus transparente par une clarification des missions et des relations des professionnels.

Elle génère malgré tout dans son application, une nouvelle complexité et nécessite, pour le DS, de repenser, notamment, ses méthodes managériales.

Dans les organisations complexes, et en particulier dans les établissements de santé, de multiples logiques⁶⁰ se côtoient, se superposent et s'entremêlent. La mise en place de pôles d'activité n'efface pas cette réalité.

⁶⁰ La logique est un système de principes et de règles qui contrôle la rigueur et l'acceptabilité des propositions élaborées par la pensée. Selon notre histoire personnelle, notre formation, nos objectifs et le contexte dans lequel nous nous trouvons, nous privilégions une logique, un système de validation des propositions que nous émettons ou que d'autres émettent.

Selon Dominique GENELOT⁶¹, les progrès se conquièrent par enrichissement de la pensée. C'est là que se trouve le défi pour les dirigeants : se doter de méthodes de pensée qui leur permettent à la fois d'inventer le progrès et d'en limiter les effets pervers. Cela suppose de « tisser ensemble » des problèmes en apparence indépendants.

Pour reprendre la formule d'Edgar MORIN, c'est à une véritable « crise de l'entendement » que nous avons à faire. Tout le problème, notamment pour les responsables, est de dépasser cette confusion, et de trouver des moyens de penser la complexité.

Il est essentiel, pour le DS, d'appréhender les différentes logiques et de les articuler les unes aux autres en référence à une logique de niveau supérieur qui les intègre sans réduire leurs spécificités⁶².

Le parcours professionnel du DS, ses années d'exercice au sein des services de soins, en collaboration directe avec le corps médical puis sa formation et son engagement dans une équipe de direction lui permettent une compréhension aiguisée des stratégies d'acteurs et facilitent les échanges.

Dans ce nouveau contexte organisationnel, le DS s'attachera à faire varier ses points de vue et articuler les différentes visions. Cette mobilité mentale, cette complexification du pilotage seront des facteurs de performance que le DS devra s'approprier.

Le métier qu'il fait, le rôle qu'il joue, les connaissances qu'il acquiert et le sens qu'il donne à son action, le façonnent au fil des jours. Ils font de lui un acteur capable de conjuguer les logiques professionnelles.

1.1.1 Appréhender les pouvoirs pour anticiper l'évolution des fonctions

L'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne redistribuent les responsabilités entre les professionnels et tout particulièrement vers ceux qui sont en charge de ces structures afin de mieux répondre aux besoins des usagers et d'optimiser les ressources qui leur sont confiées.

Les responsables de terrain : médecins, cadre soignants se comportent désormais comme « des ordonnateurs secondaires ».

Le pouvoir lié au niveau décisionnel des acteurs, à leur capacité à détenir de l'information utile à l'institution et à leurs marges de manœuvre, fait de ces professionnels des acteurs stratégiques.

⁶¹ GENELOT D. Manager dans la complexité ; INSEP, 1998. p41.

⁶² MORIN Ed. Principe dialogique de distinction- conjonction : ex. De dialogiques : Ordre/désordre ; théorie/pratique ; Analyse/synthèse ; Vérité/erreur. Pour Edgar Morin les logiques sont distinguées les unes des autres et leurs différences sont affirmées, mais elles ne sont pas séparées de la problématique globale à laquelle elles appartiennent. Sans nier leurs existences respectives, on les articule l'une à l'autre (conjonction). Ainsi distingués et conjoints, ordre et désordre deviennent vie ; analyse et synthèse deviennent pensée ; délégation et directivité deviennent efficacité.

Le DS, au même titre que les directeurs adjoints, devra prendre en compte l'évolution des relations professionnelles que cela induit. Il devra conduire sa réflexion et son action en s'appuyant sur des démarches projets et devra développer ses capacités d'animation et de conviction dans un cadre plus fonctionnel que hiérarchique.

C'est la compréhension de ces enjeux, la prise de conscience de son propre « système de représentation » et la recherche active d'un positionnement adapté et contributif qui permettront au DS d'aborder ce changement avec sérénité et efficacité.

1.1.2 Soutenir l'innovation managériale et l'émergence de nouvelles fonctions

L'innovation ne se décrète pas et ne se planifie pas. L'innovation est vitale car elle permet l'adaptation des structures à leur environnement.

Elle prend la forme soit d'améliorations de l'existant soit d'une véritable nouveauté. En cela l'organisation en pôles d'activité et la contractualisation sont des innovations managériales dans le secteur de la santé.

Deux dispositions concourent à la réussite d'un processus d'innovation : la capacité à produire des idées nouvelles et la capacité à les transformer en succès.

Le constat que l'on peut faire, aujourd'hui, est que le monde hospitalier reste prudent quant à la transformation opérationnelle de ces innovations managériales.

Cette mise en œuvre lente et difficile résulte, principalement, de la réticence des acteurs en jeu.

Les médecins considèrent « avec attention » la notion de pôles d'activité. Toutefois, une certaine résistance aux évolutions organisationnelles s'éloignant de la forme classique des services s'observe encore fréquemment.

Le DS, quant à lui, peut éprouver des difficultés de positionnement et s'interroger sur ce que sera son avenir lorsque les pôles seront stabilisés.

Il semble donc indispensable, de poursuivre le travail de définition des fonctions, des zones de compétences et des champs de responsabilité de l'ensemble des acteurs qu'il s'agisse de l'équipe de direction : directeurs adjoints et directeur des soins mais également des médecins responsables de pôle ainsi que de l'encadrement en y associant les professionnels concernés.

Produire des idées nouvelles et avoir la capacité de les transformer en succès nécessite de faire preuve d'ouverture d'esprit, d'être en mesure de porter un regard positif et constructif sur les évolutions en cours.

Dans ce processus de redéfinition des responsabilités, le DS, pourra faciliter le changement et accompagner l'évolution des fonctions et devra être en mesure d'intensifier le sens de l'intérêt général et du service public. Cela imposera, notamment, d'avoir : rigueur intellectuelle, éthique professionnelle et clairvoyance, d'autant plus que la fonction même de DS est, également, interrogée par ces évolutions. Il devra, par ailleurs, être stratégique et démontrer ses capacités de leader.

Les médecins et l'encadrement sont, dans ce type d'organisation, au cœur du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la décision.

Le directeur des soins a, quant à lui, pour mission d'accompagner les professionnels, de les aider dans la conduite des projets. Pour ce faire, il apportera son expertise dans le domaine des soins, du conseil méthodologique, de la veille sociale et de l'organisation. Il devra, également, être en capacité d'épauler⁶³ l'équipe d'encadrement.

Dans un environnement en pleine évolution, où les responsabilités sont redistribuées, où s'impose la nécessité croissante de faire des choix qui peuvent affecter les différents secteurs de l'hôpital ; Les acteurs des pôles expriment, spontanément, le besoin d'un soutien et d'un accompagnement personnalisé qu'ils confèreraient au DS.

Le DS, en s'attachant à développer ses capacités d'écoute, de dialogue et d'empathie, son professionnalisme, pourra être un « acteur ressource » reconnu et essentiel.

1.1.3 Développer les compétences pour accompagner les évolutions professionnelles

La dimension managériale des responsables devra être développée car elle interfère sur le fonctionnement des structures et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients.

Il conviendra donc, outre de valider les champs de responsabilités et d'actions du management d'un établissement, d'un pôle d'activités, de travailler avec les professionnels, sur la déclinaison des fonctions⁶⁴ qui fondent le management :

- La prévision, la planification qui nécessite d'être en capacité d'anticiper, d'adapter, de réactualiser.

⁶³ Au sens anglo-saxon de coacher.

⁶⁴ Rapport du groupe de travail de l'ANAES sur la qualité du management en établissements de santé – octobre 2002.

- L'organisation par l'élaboration d'organigrammes, la définition des fonctions et la mise en place de procédures.
- La décision, par la recherche de l'adéquation entre le mode de décision et les objectifs de l'établissement, la capacité à déléguer au « bon niveau », la lisibilité des processus de décision pour les différents acteurs de l'établissement, l'existence d'une procédure pour la diffusion des décisions et leur explication.
- La motivation⁶⁵ c'est à dire la capacité de créer les conditions permettant l'adhésion des acteurs aux objectifs et aux missions afin d'assurer leur réalisation, à travers différents outils : la responsabilisation, la participation aux décisions, la reconnaissance des compétences, la mise en place d'outils d'intéressement tant collectif qu'individuel, la valorisation de la créativité, la transparence, la communication des résultats individuels et collectifs.
- L'évaluation des résultats, de l'activité, des moyens mis en place, des personnes, des décisions, de la satisfaction des patients et aussi de la satisfaction des personnels.

Le DS s'attachera à accompagner les acteurs et contribuera au développement des compétences des cadres supérieurs en charge des pôles. Son expertise reconnue, sa capacité à anticiper et appréhender les besoins des professionnels, par la mise en place d'échanges réguliers fondés sur une relation de confiance, lui permettront d'épauler efficacement l'encadrement et de proposer les formations nécessaires.

Le DS pourra, également, s'appuyer sur l'information et la communication, propres à donner du sens à l'action.

1.2 Donner du sens

La compréhension élargie du contexte dans lequel nous agissons et l'explication de nos intentions permettent d'apporter du sens aux situations complexes. Clarifier ses intentions, c'est clarifier le sens de l'action.

Créer le sens, l'exprimer, le faire passer relèvent des missions des responsables engagés dans le dédale de la complexité.

⁶⁵ Les critères permettant d'apprécier la qualité de la fonction « motivation » du management peuvent être selon l'ANAES : l'adhésion aux objectifs et aux projets de l'établissement, la qualité de la communication interne, la participation aux groupes projets, le turnover du personnel.

La reconnaissance des spécificités, voire des antagonismes⁶⁶, l'articulation des logiques différentes, doivent remplacer le réflexe d'exclusion qui ampute la réalité d'une partie de sa richesse.

L'évolution que représentent les pôles et la contractualisation, est fédératrice car elle touche à de nombreux domaines : gestion, organisation, stratégie, démarche qualité et associe de nombreux acteurs.

Dans ce cadre, donner du sens c'est permettre la prise de conscience des enjeux et des limites actuelles d'une organisation en pleine évolution. Cependant l'expérience montre que le sens attribué à une information est variable selon les personnes et les situations. C'est pourquoi, le DS s'attachera à donner du sens aux évolutions structurelles et organisationnelles en cours en développant une information et une communication adaptées.

L'information et la communication, sources de sens et de cohérence, sont au cœur de la dynamique des systèmes complexes.

1.2.1 Informer

« Toute information non exhaustive semble lacunaire. Par rapport à quoi ? On l'ignore. Ce que l'on sait, c'est que mieux vaut savoir⁶⁷ »

L'information est chose bizarre : on en a toujours trop ou pas assez, voire au même instant et s'agissant d'un même sujet, trop et pas assez. Les outils modernes de communication n'y changent rien. Au contraire, ils rendent et l'excès et le manque encore plus flagrants.

Le DS en tant que manager sélectionne et diffuse l'information⁶⁸. Il prépare, instruit et nourrit la décision qui sera prise au sein de l'institution et/ou au sein des pôles.

De même, il est primordial que les responsables médicaux, paramédicaux et les gestionnaires des pôles concourent, par une transmission d'informations adaptées, au pilotage institutionnel. La réactivité et plus encore la performance de l'établissement en dépendent.

Le DS contribuera à faire évoluer « la culture de l'information » par un travail de réflexion avec l'encadrement. Il devra s'attacher à faire savoir où il en est avec clarté, aux bonnes

⁶⁶ MORIN Ed. Le principe de dialogique : des logiques différentes, qui peuvent être à la fois complémentaires, concurrentes voire antagonistes se trouvent réunies et coexistent dans une même unité, sans que leurs différences ne soient pour autant gommées par cette unité.

⁶⁷ KHABAZ T., LAGARDE C., *Manager où sont tes repères ?* Paris : Editions d'Organisation, 2003

⁶⁸ L'organisation en pôles et, plus particulièrement encore, la contractualisation interne nécessitent d'avoir un système d'informations performant.

personnes, au bon moment, afin qu'elles puissent en tenir compte dans le pilotage de leur structure.

Le DS devra également aider l'encadrement à élargir ses perspectives – stratégiques, managériales, culturelles – qui déterminent la façon dont l'encadrement perçoit le contexte dans lequel il évolue.

Discerner l'information utile, pertinente, articuler les informations les unes par rapport aux autres, les transformer en repères utiles à l'action pour affûter la vigilance et le discernement des professionnels telle pourrait-être la contribution du DS en matière d'information.

1.2.2 Communiquer

A l'heure où l'incertitude et le changement infiltrent l'ensemble de l'organisation hospitalière qui elle-même évolue et se structure en pôles, où l'interdépendance donne le ton, la communication qui permet de s'accorder, de se synchroniser devient plus que jamais essentielle.

Pour agir de façon efficace, il faut coopérer et donc communiquer car la communication donne existence et cohérence à un système.

La communication est, de plus, un levier du changement⁶⁹, elle vise à mobiliser les ressources humaines pour faire évoluer l'organisation vers une plus grande satisfaction des usagers et des professionnels et à obtenir de meilleurs résultats.

Le DS, dans un rôle renforcé d'accompagnant, de conseil, de relais entre la direction générale et les pôles, aura une responsabilité accrue en matière de communication.

La formalisation de la politique de soins pourrait constituer le socle qui donne du sens aux évolutions engagées. Elle devra faire l'objet d'une communication qui s'attachera d'une part, à mettre en avant les objectifs poursuivis et d'autre part, à montrer et valoriser les résultats obtenus.

En parallèle, la mise en place de temps d'échanges, de dialogue et d'écoute constructive - comme temps fondateurs de l'action – permettra, également, au DS de construire, avec l'encadrement, une relation équilibrée emprunte de crédibilité et de soutien.

Si la direction des soins est porteuse des ambitions et des valeurs des professionnels de santé, l'encadrement aura, indéniablement, un rôle d'animateur et de médiateur à jouer pour relayer le sens et offrir des repères aux équipes dans ce monde en changement.

⁶⁹ KOURILSKY F., « La communication, levier du changement à l'hôpital ». *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 3^{ème} trimestre 1996, n°19.

2 PROMOUVOIR UN MANAGEMENT FONDÉ SUR LA RECONNAISSANCE DES PARTENAIRES

« les rapports humains fondés sur l'interdépendance et la coopération sont plus productifs et plus satisfaisants que les rapports établis sur la subordination »⁷⁰

2.1 Accroître la coopération

Pour qu'une organisation fonctionne, il faut que les acteurs qui la composent, agissent en commun. Cette recherche de coopération est essentielle et passe par l'adhésion de l'ensemble des professionnels à un objectif partagé.

L'analyse des entretiens menés, montre que le DS doit contribuer à assurer la cohérence des projets au sein de l'institution et la cohésion des professionnels.

Si la coopération est une approche à développer, il semble toutefois important de la distinguer de la participation.

Le management⁷¹ « participatif » a déferlé dans les années 1980. La participation nécessite que les personnes veuillent et puissent participer. Cela nécessite d'avoir un minimum de connaissances voire de compétences sur le sujet pour ne pas se sentir – à priori – hors compétition, sinon le réflexe naturel sera de se mettre en position de retrait.

Il faut également vouloir participer, ce qui nécessite une réelle motivation pour le faire. On ne peut pas décréter la motivation, ni la susciter artificiellement. Celle-ci naîtra naturellement de l'intérêt de la personne pour la chose qu'on lui demande.

Le DS devra contribuer à créer les conditions et les espaces d'échanges au sein des pôles et plus globalement de l'institution pour que cet intérêt puisse naître.

De plus dans le cadre d'une organisation en pôles, il est primordial de mettre en place une régulation inter-pôles. Elle permettra de lutter contre l'émergence d'un nouveau type de cloisonnement et de garantir le maintien de la cohésion institutionnelle. Le DS aura, sur ce sujet, un rôle important à jouer et devra y associer, activement, l'encadrement.

2.1.1 Juguler la concurrence

Norbert ALTER écrit à ce sujet « même s'il y a cohésion de tout un groupe, il existe néanmoins des calculs individuels et des stratégies égoïstes qui créent de nombreux tiraillements à l'intérieur même des réseaux » Mais cette concurrence préserve leur relation de coopération.

L'un n'empêche pas l'autre. Elle permet seulement de « préserver le lien social coopératif sans pour autant les empêcher de retirer un avantage individuel » Dès lors, il est

⁷⁰ KOURILSKY F. Ibid. p50.

⁷¹ LUCAS S. Cours E.N.S.P.

intéressant de voir comment la coopération peut s'appliquer dans le contexte qui nous occupe.

A l'hôpital, il existe deux forces dynamiques qui s'exercent en même temps, dans des sens opposés et qui créent une tension. C'est ce que Michel CREMADEZ nomme : concept de « différenciation – intégration »

La différenciation est la tendance qu'ont les pôles au sein des établissements à se spécialiser voire à s'individualiser ; Ce qui peut, à l'extrême, conduire à un nouveau cloisonnement. Il existe, de plus, une forte différenciation entre les pôles cliniques, les pôles médico-techniques, administratifs, techniques, logistiques. Plus la différenciation est importante, plus elle est un frein à la collaboration.

La structuration en pôles, par le fait qu'elle regroupe plusieurs services, contribue à limiter les tensions internes liées à cette différenciation. Toutefois cette nouvelle organisation doit s'accompagner de la mise en place d'une régulation intra et inter-pôles qui participera au développement de « l'intégration »

L'intégration est la capacité à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.

Dans ce cadre organisationnel, Le DS s'attachera, par une participation aux instances des pôles et un suivi adapté, à fédérer les groupes professionnels autour, notamment, du projet de soins qui cimente, au niveau institutionnel, l'action de nombreux acteurs. Il pourra ainsi développer une force d'intégration permettant d'assurer la cohérence et le partage des objectifs.

En s'appuyant sur l'encadrement qui, au sein des pôles, travaille au développement de la connaissance et de la reconnaissance des professionnels qui le composent, le DS contribuera à créer, les conditions favorables, source d'une coopération constructive et par conséquent, bénéfique pour le patient.

2.1.2 Favoriser la coordination

L'expérience montre que la complexité hospitalière est, notamment, liée à :

- l'incertitude qui affecte les différentes tâches et activités
- l'interdépendance entre les tâches

Henri MINTZBERG parle davantage d'exigences fondamentales et contradictoires, entre d'une part les tâches à accomplir et d'autre part la coordination de ces tâches pour en assurer la cohérence⁷².

A l'hôpital deux mécanismes de coordination⁷³ dominant :

L'ajustement mutuel : c'est à dire s'accorder par une communication informelle. Ce mécanisme simple est aussi, paradoxalement, celui qui est le plus à même à répondre aux formes complexes du travail. Toutefois la fragilité de ce mécanisme réside dans la seule capacité des individus à rendre efficaces les relations ;

La standardisation des qualifications : repose, quant à elle, sur la formation technique des professionnels et sur le processus de socialisation qui s'effectue au sein de chaque groupe professionnel pour la transformer en coopération.

Ces modes de coordination sont efficaces sur l'opérationnel quotidien, toutefois la difficulté à lier les différents groupes professionnels autour de projets collectifs rend difficile la gestion stratégique de l'établissement et peut être à la base d'une difficulté en terme de cohérence et de cohésion.

La coordination nécessite, donc, de mettre en place un ensemble de règles permettant le bon fonctionnement des pôles et des instances de participation.

Le DS contribue à développer la coordination des groupes professionnels, plus largement encore depuis le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

En effet, ce texte précise qu'au sein d'un établissement de santé le DS est chargé de la coordination générale des activités de soins⁷⁴ et que notamment à ce titre :

- ↳ Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement.
- ↳ Il élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.
- ↳ Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins.

⁷² MINTZBERG H. distingue cinq mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe par la hiérarchie, la standardisation des procédés, la standardisation des résultats et la standardisation des qualifications et des savoirs

⁷³ En grammaire, la conjonction de coordination sert à lier deux mots ou deux propositions ayant même nature et même fonction – En chimie «un complexe» est défini comme un «composé de coordination»

⁷⁴ Art. L6146-9 du CSP.

Le DS est, sur ce sujet, un acteur essentiel qui, par un management adapté et respectueux de ses partenaires, contribuera à définir les règles qui permettront la mise en place d'une coordination efficace. La commission⁷⁵ des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation pourra, dans sa nouvelle configuration, servir entre autres, d'espace de communication et d'échanges ouvert et productif en la matière. Elle pourra contribuer à la régulation inter-pôles qui doit être pensée à tous les niveaux de l'organisation pour diffuser, efficacement, dans l'institution.

L'objectif recherché est bien la coopération de tous les membres de l'organisation d'une part au sein des pôles, et d'autre part, entre pôles d'activité afin d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins des patients. Toutefois, le poids des différentes cultures professionnelles doit être pris en considération car il peut ralentir l'émergence de la confiance.

2.1.3 Initier la confiance

Actuellement, les barrières d'ordre culturel sont encore fortes et reflètent un certain manque de confiance entre les acteurs.

Or la coopération n'est possible que s'il existe des relations de confiance entre les individus.

La confiance tient à la visibilité que chacun offre de son comportement, des arrangements quotidiens qu'il met en œuvre.

Elle repose sur la connaissance que chacun a des principes éthiques qui organisent les conduites de l'autre et sur l'exigence de règles morales communes, qui assurent la prévisibilité et la régularité des comportements.

Le pôle d'activité doit faciliter cette confiance par un rapprochement et un partage non seulement des compétences, mais également, des valeurs des acteurs qui en ont la responsabilité. Le pouvoir pourra être, alors, appréhender par les professionnels comme un levier positif de l'action, les responsabilités clairement définies et les règles du jeu partagées et appliquées.

La coopération est aussi une construction sociale qui nécessite temps et patience.

Pour favoriser l'innovation et accompagner le changement, le DS devra contribuer à créer les conditions de transformation des règles, des cultures et des conventions en concevant une organisation basée sur la coopération. Il devra également travailler en partenariat pour améliorer le dialogue social au sein des pôles et de l'institution.

⁷⁵ CSIMTR

Cela passe par l'instauration d'échanges, permettant de construire avec les acteurs concernés, l'évolution attendue. Une des missions du DS sera de rassurer en éliminant ou limitant la part d'incertitude et en veillant au respect des engagements dans son domaine de responsabilités. Il devra s'attacher à stabiliser le présent pour mieux construire l'avenir. Faire vivre les valeurs professionnelles dans un environnement en constante évolution, telle sera également son ambition. Il veillera, en particulier, à les relier concrètement au quotidien et à les faire partager dans le respect et la confiance.

L'organisation en pôles d'activité et la contractualisation se construisent en acceptant de donner du temps à l'ensemble des professionnels. Rupture culturelle importante, elles nécessitent que chacun trouve ses nouveaux repères et établisse des relations basées sur le dialogue et la loyauté.

Ainsi la coopération peut se définir comme un ensemble d'actions individuelles et collectives, mettant en jeu de multiples acteurs appartenant à des métiers différents. C'est bien là le fondement des organisations transversales et la base du management par projet que devra développer le DS.

2.2 Privilégier le management par projets

Garantir la cohérence, manager en fonctionnel et non pas seulement en hiérarchique, mettre en place de vrais partenariats tels sont les enjeux pour le DS et les fondements de sa nouvelle légitimité.

Le management par projets relève d'une logique d'invention. Il s'agit de faire travailler ensemble, pour une durée limitée, des personnes réunissant des logiques, des expertises, des points de vue différents pour concevoir quelque chose qui n'existe pas encore. Cette approche permet, notamment, de faire émerger les potentiels et les capacités non encore mises en œuvre.

Toutefois, lorsque les projets se multiplient, il est nécessaire de les hiérarchiser et de veiller à leur articulation. Le DS pourra contribuer activement à cette coordination. Sa légitimité, en la matière, est liée au fait qu'il participe à l'élaboration de la stratégie et des orientations générales au sein de l'équipe de direction. De plus, les relations professionnelles qu'ils tissent avec les acteurs des pôles, en s'attachant à mettre en œuvre une coopération effective et en développant l'information, la communication, l'écoute et les échanges, lui permettent d'être en mesure de clarifier, préciser, d'expliquer les finalités recherchées et de veiller à la cohérence des projets avec la stratégie institutionnelle.

Manager par projets, c'est aussi concevoir un projet de soins infirmier, médico-technique et de rééducation (PSIMTR) créatif et fédérateur.

2.2.1 Formaliser le politique de soins - Promouvoir le PSIMTR

Le projet de soins doit être appréhender, avant tout, comme un outil au service d'une politique.

Par une réflexion et un travail en étroite collaboration avec l'encadrement, le DS doit formaliser un projet qui intègre les stratégies médicales et s'attache à développer une approche transversale qui tienne compte, également, de l'organisation en pôles d'activité. Le DS définira, à cette occasion, l'engagement, l'implication et le professionnalisme des équipes soignantes.

C'est la capacité dont fera preuve le DS, en matière d'anticipation et d'intégration des évolutions techniques, démographiques, organisationnelles, sociétales qui contribuera à faire du projet de soins - élément contributif du projet d'établissement - un vecteur culturel et un levier du changement au service des patients permettant de garantir la sécurité, la qualité, l'efficacité voire l'efficience de la prise en charge. L'enrichissement du projet par l'apport des réflexions des médico-techniques et des rééducateurs renforcera sa transversalité et contribuera à assurer son œcuménisme.

Cela suppose que le DS mette en place, une veille dans ces différents domaines, qu'il accompagne le changement en soutenant l'innovation et la créativité.

Outre la collaboration active de l'encadrement, la constitution d'un réseau de professionnels regroupant des DS au niveau régional voire dans le cadre national pourra faciliter et enrichir la réflexion en la matière. Il permettra d'une part, de croiser les expériences, d'autre part d'induire une plus grande réactivité par l'instauration, par exemple, de référents thématiques. Cette démarche devrait accroître l'ancrage du projet de soins au niveau régional.

Le DS s'attachera, également, à promouvoir le projet de soins, porteur des valeurs et des objectifs des soignants, aussi bien auprès du conseil d'administration, de la communauté médicale que de l'ensemble des partenaires internes et externes. De plus, afin de faire connaître et de valoriser les résultats des actions engagées par les professionnels, le DS s'attachera à développer une politique d'évaluation adaptée.

2.2.2 Déployer une approche par processus

« Avec les processus, le manager réconcilie les extrêmes : stabilité et mouvement, structure et souplesse »⁷⁶

Les processus sont, en général, transversaux à l'organisation hiérarchique et structurelle. L'organisation par processus consiste à enrichir la vision des activités en superposant à la représentation par grandes fonctions, une représentation transversale regroupant l'ensemble des activités contribuant à une finalité donnée.

Prendre conscience des processus transversaux qui innervent l'organisation c'est faire le constat de l'importance des interfaces et donc de la communication.

Un processus, c'est un cheminement qui mène, étape par étape, d'un début à une fin, et où chaque étape permet d'atteindre un résultat intermédiaire qui permet de passer à l'étape suivante. Jusqu'au résultat final. Dans un processus, chaque étape s'appuie sur ce qui résulte de l'étape précédente qui n'a d'autre finalité que de préparer l'étape suivante et d'y donner accès.

Elaborer une décision, mettre en œuvre un choix stratégique, travailler sur la gestion prévisionnelle des compétences, lancer et conduire un groupe de travail, réfléchir aux chemins cliniques des patients, relèvent de processus.

Le DS, dans une organisation en pôles ou la contractualisation façonne les relations, s'attachera à développer une approche processus. Avec les professionnels concernés, il définira les processus clés, écouter, posera et entendra les questions pertinentes qui permettront de faire bouger les choses, dans le sens d'une plus grande réactivité et d'une amélioration de la qualité.

Ces questions sont, avant tout, des questions de sens et non de contenu. Elles ne visent pas à accumuler des informations, mais à élaborer des repères partagés. Dans une approche de ce type, le DS devra développer sa capacité à se situer clairement en relation d'interdépendance et travailler aussi bien avec les membres de l'équipe de direction qu'avec l'encadrement médical et paramédical des pôles.

En manquant à partir des processus, le DS aidera ses collaborateurs, ses partenaires, plus globalement les professionnels à mettre leur action en perspective et à appréhender le sens de ce à quoi ils consacrent leur énergie et leurs efforts.

⁷⁶ KHABAZ T., LAGARDE C. Op. cit.p.49.

CONCLUSION

Le monde bouge et bouleverse profondément les acteurs dans leur métier, l'hôpital n'échappe pas à ce mouvement.

L'organisation hospitalière cherche à s'adapter aux évolutions de l'environnement. Elle connaît de profonds changements qui s'inscrivent dans un cadre réglementaire dynamique.

Dans ce contexte, le DS doit redéfinir ses méthodes managériales. Le nouveau cadre organisationnel qui conjugue pôles d'activité et contractualisation interne, tente de développer de nouvelles relations fonctionnelles, des approches transversales qui bousculent la hiérarchie et l'approche verticale des sujets.

Le DS, par sa capacité à percevoir la nécessité de s'adapter et de développer un management en phase avec le principe de subsidiarité et la reconnaissance de partenaires aux responsabilités renforcées, pourra être un acteur pivot de l'organisation hospitalière.

Plus globalement, si la conjugaison de la segmentation des activités en pôles et de la contractualisation interne interfère fortement sur les rôles et missions des professionnels, il est important d'avoir à l'esprit que le plan hôpital 2007, dans ses autres volets, contient également, des facteurs majeurs d'évolution susceptibles de potentialiser ceux traités dans ce mémoire.

C'est le cas, pour ne citer que ceux qui peuvent renforcer le mouvement en cours, de la tarification à l'activité qui alliée à la gestion en pôles peut accroître l'autonomie de ces structures ou bien encore la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance qui redistribuera le pouvoir administratif et médical en instaurant le conseil exécutif.

Les évolutions engagées sont nombreuses, le DS en épaulant, reconnaissant et valorisant les contributions de l'ensemble des professionnels, contribuera à accompagner les changements.

Stabiliser les acquis, échanger sur ses pratiques, c'est aussi consolider ses propres repères et en proposer aux autres. Autrement dit c'est travailler son influence et son leadership.

Bibliographie

Textes réglementaires :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. *Bulletin officiel de la République Française*, n°2004-11 du 8 au 14 mars 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*,

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. - Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé. *Bulletin officiel de la République Française*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Circulaire DH/AF/AF 1 n°96-466 du 18 juillet 1996 relative à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Bulletin officiel de la République Française*, MTAS 96/32 p.89-201.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, 6324-6336

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 2 août 1991, 10255-10269.

Ouvrages :

KHABAZ T., LAGARDE C., *Manager où sont tes repères ?* Paris : Editions d'Organisation, 2003. 247p.

HERARD J., *Manuel d'Organisation appliquée : reconcevoir les processus et coordonner les activités*. Paris : Dunod, 2003. 343p.

ABBAD J., *Organisation du management hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital*. Paris : Berger - Levrault, 2001. 417p.

SEGADE J.P., *la contractualisation à l'hôpital*. Paris : Masson, 2000. 109p.

GENELOT D., *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP, 1998. 347p.

MORIN E., LE MOIGNE J.L., *Comprendre la complexité dans les organisations*. Paris : ASPEPS, 1997. 85p.

ALTER N., *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris : Presse Universitaire de France, 1996. 229p.

DELSOL C., *Le principe de subsidiarité*. Paris : Presse Universitaire de France, coll. « que sais-je » n°2793, 1993. 127p.

MINTZBERG H., *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 1986. 679p.

Mémoires :

CHAUVIÈRE SIMONELLI S. *Les restructurations : une opportunité pour les cadres supérieurs d'occuper une nouvelle place*. Mémoire de maîtrise MST option gestion hospitalière : Université Paris X - Dauphine, 2002. 77p.

JUILLARD N. « *L'hôpital organisé en pôles d'activités* » *Perspectives et enjeux pour le directeur des soins*. Mémoire filière Directeur des Soins : Ecole Nationale de Santé Publique, 2002. 73p.

LARIVEN S. *Faisabilité et limites d'une déconcentration de la gestion des ressources humaines par pôles d'activité à l'hôpital*. Mémoire filière Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 2002. 56p.

PONCET C. *Les centres de responsabilité- Difficile passage de la théorie à la pratique*. Mémoire de maîtrise MST option gestion hospitalière : Université Paris X - Dauphine, 2002. 83p.

ROUSSEL A. *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois*. Mémoire filière Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 2002. 89p.

LEDEZ C. *Quelle fonction pour l'Infirmière Générale 2^{ème} classe dans un dispositif en pôles et gestion de proximité?* Mémoire filière Directeur des Soins : Ecole Nationale de Santé Publique, 2001. 80p.

PLAN E. *Les enjeux organisationnels et managériaux dans un projet de réorganisation interne en pôles par pathologies au Centre Hospitalier de la côte Basque.* Mémoire filière Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 2000. 82p.

Articles :

CLEMENT J., LHUILLIER J.M. « Contractualisation interne - le pari de la déconcentration » *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 2003 n°495 pp 4-8.

LE MOIGN R. « Contractualisation interne et externe au CHU de Nantes » *Revue Hospitalière de France*, Novembre – Décembre 2003 n°495 pp 25-27.

SEGADE J. P. « Hôpitaux publics: pour un nouveau paradigme ». *Objectifs Soins, le cahier du management*, Juin – Juillet 2003, n°117, pII.

BARRESI V., KLEIN F., FOLLEZ-LEIGHTON M., LAMORTHE C., GABILLAT C., TRANTHIMY L., « Faut-il changer le management à l'hôpital ? » *Décision santé*, Fév. 2003, n°192, pp12 -17

FORCIOLI P. « Déconcentration et décentralisation », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2003, n°490, pp.50-52.

EXPERT P. « Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? ». *Gestion hospitalière*, Novembre 2002, cahier 172, pp. 742-745.

DELMOTTE D., HACHE M. C., « Le contrat interne instrument de management. Au CHU de Lille, une contractualisation interne centrée sur le patient ». *Revue Hospitalière France*, Mai-Juin 2002, n°486, pp. 30-31.

SEGADE J.P. « Le contrat interne, instrument de management –un défi et une révolution culturelle ». *Revue Hospitalière France*, Mai –Juin 2002, n°486, pp. 27-29.

RENOU G. « Le contrat interne instrument de Management ». *Revue Hospitalière France*, Mai –Juin 2002, n°486, pp 24 – 26.

COUTY E. « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp315-317.

DURANT G. « L'expérience de la contractualisation interne des cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp349-351.

GINESY E., BLAES D., « La contractualisation interne cinq ans après » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp325-327.

GOTTSMANN J. « Pratique de la contractualisation dans le secteur hospitalier : l'état des lieux ». *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp289-292.

GRUSON B. « L'expérience d'une structure de gestion décentralisée aux hôpitaux universitaires de Genève » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp353-356.

GUERIN J.P., HELOURY Y., « L'expérience de contractualisation interne au CHU de Nantes » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp329-333.

UPPELDT G. « L'expérience de la contractualisation interne de l'hôpital Karolinska de Stockholm, Suède » *Gestions hospitalières*, n°416, mai 2002. pp357-358.

CAUVIN C. CREMADEZ M., « Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions Hospitalières*, n°408, Août-Septembre 2001. pp. 591-609.

CAILLET R., CARON D., HACHE M.C., ALBERTONE M. « Contrats internes : l'expérience du CHRU de Lille ». *Gestion Hospitalière*, Octobre 1999, n°156, pp 599 à 618.

CALMON M. « Contractualisation interne et délégation de gestion ». *Revue Hospitalière France*, Novembre -Décembre 1997, n°6, pp. 832 – 849.

ECHARDOUR G. « Organisation et management des hôpitaux universitaires ». *Gestions hospitalières*, Juin 1997, n°617, pp. 42-46.

KOURILSKY F., « La communication, levier du changement à l'hôpital ». *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 3^{ème} trimestre 1996, n°19, pp.16-20.

CLEMENT J.M. « Les pouvoirs à l'hôpital » . *Les cahiers hospitaliers* 2^{ème} Ed. – Berger Levrault, 1995, 191p. coll p.25

Rapports et Documents internes:

Propositions groupe de travail gouvernance version finale 7 janvier 2004.

Médiation Santé «La contractualisation interne : une réponse à de nouveaux enjeux de pouvoir ? » Colloque Hôpital Saint Anne – Paris. Jeudi 9 octobre 2003.

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

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLENCIEN G. Rapport « Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale » 2003.

Référentiel gestion de proximité – CHU de Nantes, 2003.

Rapport du groupe de travail du conseil scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé « qualité du management en établissement de santé », octobre 2002.

« Guide pratique de mise en place, de suivi et d'animation des conseils et bureaux de service et de clinique » CHRU Lille 2002.

« Réaliser Ensemble Une structure de Santé Innovante et Responsable » les nouvelles structures de gestion du CHRU de Lille, 1996.

Liste des annexes

Guide d'entretiens

Guide d'entretiens

H1 : L'organisation en pôles d'activité développe la responsabilité des acteurs

Votre établissement est organisé en pôles d'activité, pouvez vous me dire comment s'est passée cette réorganisation des activités ?

Avec qui et comment s'est engagée la réflexion sur la segmentation des activités ?

Les règles d'organisation internes au pôle sont-elles définies ?

Existent-ils des définitions de fonctions pour les acteurs des pôles ?

Selon vous, l'organisation des activités médicales en pôle d'activité modifie t'elle le management au sein de l'établissement ?

A)

B) H2 : L'organisation en pôle redistribue les pouvoirs

Comment s'organise le management interne des pôles ?

Selon vous le management a-t-il évolué et comment ?

H3 : La déconcentration de gestion favorise l'autonomie des pôles

Vous avez mis en place de manière concomitante la contractualisation interne, que pouvez-vous en dire ?

Les domaines de contractualisation ont-ils fait l'objet d'une négociation avec les responsables de pôle ?

Des délégations de gestion, de signature ont-elles été définies ?

Existe-t-il une politique en matière intéressement ?

Quel est l'apport de la déconcentration de gestion : En terme de management ? En terme économique ?

Quelles en sont les limites ?

H4 : Le directeur des soins, dans cet environnement complexe, a un rôle à jouer en lien avec la Direction, pour garantir la cohérence d'ensemble.

Dans cette évolution organisationnelle, quel est le rôle du directeur des soins, que pouvez-vous en dire ?

C) Pour terminer cet entretien :

Quel sont, selon vous, les avantages d'une organisation en pôle associée à la contractualisation interne ?

Pour les patients ?

Pour les équipes ?

Pour l'établissement ?

Quelles en sont les limites ?

D) Merci.