



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2005

**Contraintes et leviers de la mise en
place des pôles d'activité au centre
hospitalier de Chambéry**

Pierre DUBOIS

Remerciements

Pour le Centre Hospitalier de Chambéry :

Je tiens à remercier Madame Sylvia GOTTELAND, Directrice des Affaires Médicales, de la Stratégie et des unités de Gériatrie du Centre Hospitalier de Chambéry, qui en tant que maître de stage, m'a offert une opportunité unique de participer activement aux travaux préalables à la mise en place des pôles, me permettant ainsi de pouvoir m'épanouir pleinement pendant mon stage et pendant l'écriture de ce mémoire.

Je remercie également le Directeur, Monsieur VILAIN, pour sa disponibilité, la Directrice des soins, Madame COUTURIER pour ses conseils, l'ensemble de l'équipe de direction, pour son accueil, ainsi que les membres du Conseil Exécutif Provisoire notamment Monsieur le Docteur CARMAGNAC, président de la CME et Madame le Docteur MERCIER, médecin DIM. Je souhaite désormais que ma carrière puisse se poursuivre avec des interlocuteurs d'une aussi grande qualité et qui ont autant le souci de défendre la qualité du service public hospitalier.

Enfin je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont su se rendre disponibles pour répondre à mes questions et m'aider dans ce travail.

Pour l'ENSP :

Mes remerciements vont à Madame Christine QUELIER, sociologue, enseignante à l'ENSP, qui a assuré l'encadrement de mon mémoire, pour sa disponibilité, son expérience et ses conseils méthodologiques.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT	6
1.1 L'ELABORATION DE LA REFORME	6
1.1.1 <i>Les motivations</i>	7
A) Au niveau national.....	7
B) Au niveau du Centre Hospitalier.....	9
1.1.2 <i>Le cadre réglementaire</i>	10
A) L'expérimentation.....	10
B) L'ordonnance de simplification.....	11
1.2 L'INTRODUCTION DU CHANGEMENT	16
1.2.1 <i>Le contexte</i>	16
A) L'hôpital de Chambéry.....	16
B) Les acteurs	17
1.2.2 <i>La méthode</i>	18
A) Les principes	18
B) La mise en œuvre	19
1.3 LES CRAINTES ENGENDREES PAR LE PROJET	22
1.3.1 <i>Le caractère expérimental</i>	22
A) L'absence de cadre.....	22
B) La difficile concertation.....	23
1.3.2 <i>L'implication des acteurs</i>	24
A) Le temps nécessaire.....	24
B) Le rôle du consultant.....	25
2 LA STRUCTURATION DES POLES	27
2.1 LE DECOUPAGE EN POLES	28
2.1.1 <i>La logique du découpage</i>	28
A) Les négociations préalables	28
B) Les problèmes engendrés	32
2.1.2 <i>Du Projet médical au projet de pôle</i>	33
A) L'élaboration du projet médical.....	33
B) La perspective des projets de pôles.....	35
2.2 LA REDEFINITION DE L'ORGANISATION	37
2.2.1 <i>La mise en place du Conseil Exécutif Provisoire</i>	38
A) Le rôle du CEP.....	38
B) La place de la direction des soins	39
2.2.2 <i>Les nouvelles fonctions</i>	40
A) Au sein du pôle.....	41
B) Au niveau de l'équipe de direction.....	43

2.3	LA CONTRACTUALISATION INTERNE	45
2.3.1	<i>Les travaux préalables</i>	45
A)	La définition des objectifs.....	45
B)	La définition des besoins.....	47
2.3.2	<i>L'élaboration des contrats</i>	49
A)	La négociation.....	49
B)	La réaction des acteurs	51
3	LES PERSPECTIVES ET LES RECOMMANDATIONS	53
3.1	LA DYNAMIQUE DU PROJET	54
3.1.1	<i>Les préalables à la généralisation des pôles</i>	54
A)	La communication	54
B)	L'allégement des processus	55
3.1.2	<i>La motivation des acteurs</i>	55
A)	La question de l'intéressement.....	55
B)	La représentativité des acteurs	56
3.2	LA CULTURE QUALITE.....	58
3.2.1	<i>L'harmonisation des protocoles et des pratiques</i>	58
A)	Au sein des pôles	58
B)	Au sein de l'établissement.....	59
3.2.2	<i>L'évaluation des soins et des filières patient</i>	60
A)	La culture de « l'évaluation ».....	60
B)	Les filières de prise en charge du patient.....	60
3.3	LE SYSTEME D'INFORMATION.....	62
3.3.1	<i>Les tableaux de bord</i>	62
A)	Les préalables.....	62
B)	La mesure de la performance.....	63
3.3.2	<i>Le suivi de l'analyse de gestion</i>	64
A)	Le rôle du DIM	64
B)	Vers la création d'une unité d'audit interne ?.....	65
	CONCLUSION	67
	Bibliographie.....	69
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AEAE	Association des Elèves et Anciens Elèves de l'ENSP	MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé	MEAH	Mission d'Expertise et d'Audits Hospitaliers
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation	PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
CA	Conseil d'Administration	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CEP	Conseil Exécutif Provisoire	SI	Système d'Information
CEG	Centre d'Évaluation Gériatrique	SROS	Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire
CES	Conseil Economique et Social	SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	T2A	Tarifcation A l'Activité
CIDAG	Centre d'Information et de dépistage Anonyme & gratuit du Sida et des Hépatites	UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
CME	Comité Médical d'Établissement	UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens	URCC	Unité de Reconstitution Centralisée des Cytostatiques
CTE	Comité Technique d'Établissement	UHRIF	L'Union Hospitalière de la Région Île de France
DAF	Direction des Affaires Financières		
DAM	Direction des Affaires Médicales		
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins		
DIM-EM	Département d'Information Médicale et d'Évaluation Médicale		
DPT	Direction Plans et Travaux		
DMS	Durée Moyenne de Séjour		
DRH	Direction des Ressources Humaines		
DSE	Direction des Services Economiques		
DSIO	Direction des Systèmes d'Information		
DS	Direction des Soins		
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique		
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses		
HAD	Hospitalisation A Domicile		
HAS	Haute Autorité de Santé		
FHF	Fédération Hospitalière de France		
GHS	Groupe Homogène de Séjours		
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences		

INTRODUCTION

Géronte

*« Il n'y a qu'une seule chose qui m'a choqué :
c'est l'endroit du foie et du cœur. Il me semble que
vous les placez autrement qu'ils ne sont; que le cœur
est du côté gauche et le foie du côté droit »*

Sganarelle

*« oui, cela était autrefois ainsi : mais nous
avons changé tout cela, et nous faisons maintenant
la médecine d'une méthode toute nouvelle »*

Molière – Le médecin malgré lui¹.

Depuis que Sganarelle a soutenu faire « *la médecine d'une méthode toute nouvelle* », l'hôpital a connu de nombreuses réformes quant à sa manière d'envisager les soins. Cet « Hôtel Dieu », qui fut le lieu d'accueil des miséreux, est devenu aujourd'hui une organisation très complexe² doté d'une infrastructure technique diversifiée et coûteuse et d'une main d'œuvre très qualifiée. Au service du patient, elle doit offrir un service de qualité vingt quatre heures sur vingt quatre. Pour mieux répondre à ses missions, elle a fait l'objet d'adaptations permanentes des règles de sa gestion pour tenter d'optimiser les ressources qui lui sont affectées, favoriser la circulation de l'information et optimiser les soins aux patients.

Aujourd'hui, ces adaptations visent à moderniser l'organisation interne de l'hôpital afin de lutter contre les rigidités et les cloisonnements à travers notamment la rénovation des instances et la simplification interne des processus décisionnels. Sous le terme de « Nouvelle Gouvernance », le ministère de la Santé a lancé dès 2003 une réflexion sur cette nouvelle forme organisationnelle destinée à mettre fin à ce que le rapport parlementaire de R. Couanau³ a appelé le « *désenchantement hospitalier* ».

¹ Cité lors d'un colloque « La nouvelle gouvernance à l'hôpital public », le 20 novembre 2004 à l'hôpital Saint Louis.

² Voir J. de Kervasdoué, *L'Hôpital*, Que-sais je ? PUF, 2004, 128 pages.

³ Rapport de M. René COUANAU, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 19 mars 2003.

L'objectif de la nouvelle gouvernance est de renforcer la liberté d'organisation, l'évaluation et la responsabilité des acteurs pour améliorer la qualité des soins aux patients. Pour madame Anatole-Touzet, directrice du Centre Hospitalier Intercommunal d'Evreux, et représentante de la Fédération Hospitalière de France (FHF) au cours des négociations, le terme de «gouvernance»⁴ contient une idée de recherche à la fois de la meilleure gestion des hommes et des ressources mais aussi de négociation. Aussi, selon Moreau Defarges⁵, dans la gouvernance, « *la décision doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu pouvant être le monde, une entreprise, un état, une organisation* ».

Cette réforme en profondeur introduit de nouveaux modes de pilotage, de nouveaux métiers voire même un changement de mentalité et de culture à l'hôpital. Elle modifie la place et le rôle joués par la communauté soignante et médicale dans les services comme par la Direction. Elle doit pour cela susciter l'assentiment de ceux qui travaillent à l'hôpital.

Dans une démarche novatrice, le ministère de la Santé a proposé aux établissements de se porter volontaires pour l'expérimentation de la gouvernance. Selon la circulaire du 13 février 2004 relative aux « *modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux* », les hôpitaux volontaires devaient mettre en place un Conseil Exécutif associant médecins et personnels de direction, ainsi qu'une organisation « *au moins partielle* », en pôles d'activité. Ces deux dispositions doivent permettre à terme aux établissements de mieux assumer leurs missions au service des patients en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités.

Les pôles se définissent ici comme des entités comprenant « *des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-technique, identifiées par leur activité ou leur organisation, notamment les services et unités fonctionnelles.* »⁶ les hôpitaux ayant le choix quant à la logique qui prévaut au découpage des pôles.

⁴ Cité au cours du colloque de l'Association des Elèves et Anciens Elèves (AEAE) de l'ENSP sur la nouvelle gouvernance à l'hôpital à Lyon le 11/02/04.

⁵ *La Gouvernance*, Que sais-je ? PUF, Juin 2003.

⁶ Projet d'ordonnance portant simplification du régime des établissements de santé.

Une centaine d'établissements se sont inscrits dans cette logique d'expérimentation. Pendant cette anticipation, les dispositions législatives seront finalisées et cette nouvelle organisation interne de l'hôpital devra être mise en place avant le 1^{er} janvier 2007. L'expérimentation a d'abord été encadrée par la simple application des textes en vigueur, (contractualisation interne, délégation de gestion et politique d'intéressement dans le cadre des centres de responsabilité et de l'utilisation de « l'amendement liberté ») puis par l'ordonnance du 2 mai 2005 et de nombreux décrets d'application⁷.

Le Centre Hospitalier (CH) de Chambéry, dans une volonté de réfléchir à une organisation médicale propre à répondre à l'évolution des techniques médicales et de prise en charge des patients, s'est lancé, depuis novembre 2004, comme centre pilote dans cette expérimentation (circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins (DHOS)/E61⁸). Il souhaite utiliser la mise en place des pôles dans une démarche novatrice permettant de résoudre des problèmes organisationnels, décisionnels et financiers de l'établissement.

Dès lors, comment peut-on faciliter la réorganisation en pôles d'activité au CH de Chambéry ?

L'objectif de ce mémoire est de m'interroger sur les facteurs clés de succès ayant permis la mise en place des premiers pôles d'activité mais aussi sur les obstacles rencontrés lors de cette phase d'expérimentation.

Je souhaite pouvoir ensuite proposer des solutions pour dépasser les limites ainsi révélées et présenter l'intérêt de cette démarche en vue d'aider à la généralisation de l'organisation en pôles au CH de Chambéry en 2007.

Ce mémoire s'inscrit aussi dans la réflexion sur l'évolution du métier de directeur d'hôpital dans la mesure où :

- Le directeur devra dès 2007 définir avec le conseil exécutif les règles de mise en place des pôles d'activité et leur donner les moyens d'atteindre leurs objectifs.
- Le directeur et son équipe de direction devront redéfinir leurs missions en missions stratégiques.
- Le directeur devra se donner les moyens d'assurer le pilotage des activités et des pôles.

⁷ Voir liste établie dans la bibliographie avant septembre 2005.

⁸ Voir ANNEXE I.

La méthodologie suivie pour l'élaboration de ce mémoire a été dépendante du caractère expérimental de cette nouvelle organisation.

Tout d'abord, j'ai assisté aux travaux des différents acteurs qui ont élaboré le cadre de la mise en place des pôles puis défini leur structure et leur organisation interne. J'ai assisté à l'ensemble des réunions hebdomadaires de l'équipe de direction, des réunions mensuelles de la Commission Médicale d'Établissement (CME), des réunions bimensuelles du Conseil Exécutif Provisoire (CEP), des réunions d'encadrement (4) et des séminaires du comité de pilotage de l'expérimentation (3) qui se sont tenus pendant la durée de mon stage. J'ai également pu participer pleinement aux présentations faites devant les instances des textes réglementaires et de l'avancée des travaux.

Dans ce cadre, j'ai rédigé une partie des contrats et des fiches de poste structurant les pôles en confrontant les différentes orientations des soignants, des médecins et des membres de l'équipe de direction. Tous ces travaux m'ont permis d'élaborer la structure de ce mémoire et de comprendre les différentes logiques d'actions et les représentations des métiers au sein de l'hôpital qui sont exposées dans ce mémoire. Ce travail a été d'autant plus intéressant que le caractère expérimental de la démarche a entraîné différents ajustements dans l'élaboration du projet.

J'ai intégré parallèlement à ce mémoire une réflexion plus large que la stricte étude du projet en considérant certaines grilles de lectures proposées par la littérature spécialisée, les retours d'expériences des autres établissements et l'apport théorique et pratique de l'enseignement de l'ENSP.

J'ai pu aussi assister à trois colloques à Lyon, Paris et à l'Université Paris Dauphine⁹ sur les thèmes de la nouvelle Gouvernance. Ils m'ont permis de découvrir des analyses différentes des facteurs clés de succès et des freins à l'introduction des pôles.

Je me suis également intéressé particulièrement à un corollaire de la nouvelle gouvernance : l'introduction de la Tarification à l'activité (T2A).

⁹ Colloques AEAE ENSP, Lyon, 11 février 2004 et Paris 24 et 25 Mars 2005 : « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose » / Colloque à l'université Paris Dauphine « L'organisation en pôle, facteur clé de succès ou contrainte supplémentaire? » 17 Mai 2005.

J'ai tenu aussi à compléter mon analyse globale des facteurs clés du projet par une analyse des motivations de chacun des acteurs incontournables du projet : le Directeur, le Président (praticien hospitalier anesthésiste) et le vice-président de la CME (pharmacien), le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) et membre du Conseil Exécutif Provisoire, un praticien candidat à la fonction de responsable de pôle ainsi que les cadres supérieurs de santé qui seront les futurs cadres supérieurs soignants de pôle. La méthode de recueil des données s'est faite par entretiens semi-directifs¹⁰.

Dans ce mémoire, j'étudierai tout d'abord le projet de changement mené au Centre Hospitalier de Chambéry. L'introduction de la nouvelle gouvernance modifiant la place et le rôle dans l'institution de chacun des acteurs de l'hôpital, elle nécessite en effet un accompagnement structuré. Le pilotage du projet doit aussi intégrer l'ensemble des acteurs quel que soit leur degré de maturité pour la démarche. Ainsi, je tenterai de répondre aux interrogations suivantes : comment l'hôpital de Chambéry a-t-il organisé la mise en place des premiers pôles ? Comment le projet s'est-il structuré ? Comment les acteurs se sont-ils impliqués dans la démarche ? Quelles ont été leurs craintes sur le projet ?

Ensuite, j'analyserai plus particulièrement la structuration interne des futurs pôles. En effet, l'organisation en pôle introduit de nouveaux modes de pilotage, de management de proximité, de nouvelles définitions de fonctions en lien avec l'apparition de nouveaux métiers et finalement remodèle le positionnement des acteurs à l'hôpital. Il s'agit donc de préparer et de réaliser ce changement culturel dans la logique de l'organisation en pôle. Ainsi, comment a-t-on structuré ce changement à l'hôpital de Chambéry ? Quels sont les facteurs facilitants, les facteurs contraignants ? Quel est le devenir des services ?

Enfin, en considérant l'ensemble des facteurs clés du changement mais aussi des problèmes rencontrés au niveau individuel et collectif, je proposerai des pistes de réflexion en vue de la généralisation de l'organisation en pôle au Centre Hospitalier de Chambéry en 2006.

¹⁰ Voir grille d'entretien en ANNEXE II.

1 L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

Depuis la création des services par le décret du 17 avril 1943, la répartition des compétences, la définition des responsabilités et de l'information, qui se sont développés progressivement à travers l'histoire des hôpitaux semble ne plus être adaptée aux enjeux et aux défis de l'avenir. La réforme introduite par le Ministre Jean François Mattei sous le nom d'Hôpital 2007 a donc visé à introduire par une organisation en pôle une réflexion nouvelle sur les modes d'organisation interne. Sa mise en œuvre est aujourd'hui en cours au Centre Hospitalier de Chambéry.

Mais l'introduction des pôles d'activité impose une réflexion globale sur le découpage de l'établissement au-delà des services. Il s'agit donc ici de raisonner en terme de filières de prise en charge des patients, de continuité des soins et de prise en charge globale. La réflexion doit dépasser les clivages qui peuvent apparaître entre les services et qui sont le fruit de l'histoire de l'hôpital.

Dans ce cadre, la méthode déployée pour la mise en place des pôles doit répondre à certaines exigences et susciter l'adhésion. Le caractère expérimental est donc fondamental car il permet les ajustements rendus nécessaires par la pratique des acteurs de terrain. Mais la difficulté d'introduction de la réforme se situe à ce niveau. Il s'agit en effet pour l'hôpital d'expérimenter une nouvelle forme d'organisation puis de l'ajuster en fonction des acteurs. Ceux ci doivent donc s'impliquer pleinement et ce d'autant plus que le cadre réglementaire est très large. Pour eux, le risque est important. Aussi, la Nouvelle Gouvernance impose une méthode rigoureuse d'accompagnement du changement.

Cette première partie nous permettra d'étudier la manière dont l'hôpital de Chambéry a présenté et organisé le changement de son organisation interne en insistant sur les contraintes et les leviers.

1.1 L'élaboration de la réforme

L'introduction de la réforme implique la redéfinition d'un nouveau mode d'organisation à l'hôpital autour de pôles d'activité. Cette réforme, même si elle correspond à une aspiration profonde des acteurs de terrain concernant l'allocation des ressources à l'hôpital, a toutefois nécessité la mise en place d'une expérimentation avant l'adoption définitive de la réglementation sur la Nouvelle Gouvernance.

1.1.1 Les motivations

A) Au niveau national

Depuis la fin des années 90 la légitimité de l'allocation des ressources aux services hospitaliers se pose. Plusieurs raisons expliquent cette remise en cause :

- Les exigences fortes en terme de qualité des soins et de prise en charge de la population : l'hôpital doit prendre en compte aujourd'hui une dimension de filière de soins et de prise en charge globale du patient ce qui correspond à une prise en charge par pôles. A cela s'ajoute l'exigence nouvelle de qualité des soins qui implique une organisation centrée sur le circuit du patient.
- La contestation des modes d'allocation des ressources : en effet, le mode d'allocation « administratif » fondé sur la négociation avec les tutelles pouvait être remis en cause car favorisant le développement d'inégalités entre les services en fonction du pouvoir de négociation du chef de service vis à vis de la Direction et de la Direction vis à vis des tutelles.
A ce propos un médecin de l'hôpital de Chambéry a parlé de mettre fin à la « *décibélocratie* », c'est à dire la démocratie par les décibels¹¹. Aussi, il est apparu indispensable de relégitimer la décision en décentralisant une partie des ressources et de responsabiliser d'avantage les acteurs de terrains autour d'une structure optimale d'allocation des ressources : le pôle d'activité.
- Les coûts, les contraintes budgétaires et les nouvelles technologies : les coûts du système de soins augmentent plus vite que la capacité de la population à les financer. Ces coûts sont d'autant plus élevés que le progrès technologique rend les matériels obsolètes de plus en plus rapidement. Dès lors, le service n'est plus la structure optimale pour allouer des ressources, notamment pour l'achat du matériel biomédical qui peut se mutualiser entre les services.

Cette question de la légitimité de l'allocation des ressources et de l'organisation optimale nécessaire pour assurer la coordination des activités au sein d'un établissement renvoie aussi aux analyses faites par H. MINTZBERG¹².

¹¹ Voir l'article de Claire Gabillat, « Hôpitaux, les médecins veulent plus de pouvoir », *Décisions Santé*, février 2003, p.16.

¹² Henry Mintzberg, *Structures et dynamiques des organisations*, Edition d'Organisation, 1982, p. 310-335.

Dans cet ouvrage, il décrit un mode d'organisation, l'organisation (ou bureaucratie) professionnelle qui correspondrait le plus à l'organisation hospitalière.

Pour lui, cette structure se caractérise par la petitesse de sa technostucture (c'est à dire des spécialistes qui s'occupent de la conception et de l'exploitation des systèmes pour la planification et le contrôle formel) qui contraste avec l'ampleur du centre opérationnel et de la fonction logistique.

Ce centre opérationnel est très développé en raison de l'importance des professionnels qui se trouvent en bas de la structure. Leur pouvoir vient, selon H. MINTZBERG, de ce que le travail qu'ils accomplissent est trop complexe pour être supervisé par un pouvoir hiérarchique ou standardisé par des analystes et que leurs services sont la plupart du temps très demandés. Au sein de cette structure, les professionnels tendent du reste davantage à s'identifier à leur profession qu'à l'organisation où ils la pratiquent. Ceux-ci, non seulement contrôlent leur propre travail, mais cherchent aussi à avoir une emprise sur les décisions administratives qui les affectent. On retrouve dans ce système deux hiérarchies parallèles : l'une de type professionnelle, l'autre de type administratif.

L'organisation de ce type connaît donc trois problèmes majeurs : d'abord la coordination des activités (c'est à dire à l'hôpital entre les services), ensuite le contrôle de l'activité et enfin l'innovation qui est plus difficile à introduire.

Dans un article de *la Revue Française de Gestion*¹³, Jean Pierre CLAVERANNE posait aussi clairement les bases d'une modernisation de l'hôpital :

« Globalement la crise de l'hôpital renvoie à une difficulté majeure des organisations de notre temps, la difficulté de « faire ensemble »...Cet hôpital de demain s'articule autour d'un management renouvelé dont les maîtres mots sont : subsidiarité, expérimentations, leviers d'actions, volontariat, contractualisation, évaluation. Il doit être fondé sur des objectifs, contractualisés, hiérarchisés, mesurables et évaluables ».

Les réponses attendues passent donc par le contrat, la décentralisation, la subsidiarité, les réseaux, le pragmatisme. Alexis de Tocqueville ne considérerait-il pas qu'il faut « amener les hommes et les femmes à accepter de se gouverner eux – mêmes » ?

¹³ JP CLAVERANNE, « L'Hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue Française de Gestion*, septembre octobre 2003, n°146, p 125-129.

B) Au niveau du Centre Hospitalier

Au Centre Hospitalier de Chambéry, trois motivations ont incité les instances à accepter le principe d'une expérimentation de la mise en place des pôles d'activité :

Tout d'abord, les acteurs ont pris conscience de la nécessité de modifier les modes d'organisation et de prise de décision en interne pour éviter le cloisonnement des activités et favoriser la transparence dans les choix. En effet, le développement de certaines activités au Centre Hospitalier a souvent été le fruit des aptitudes à négocier d'un praticien ce qui a entraîné le développement de spécialités très pointues alors que la logique de filière de prise en charge n'a pas toujours été considérée, comme par exemple en gériatrie. Ces réflexions invitent au développement d'une gestion médico administrative. A ce sujet, le praticien candidat à la chefferie du pôle de cancérologie¹⁴ a proposé de « *mettre fin au mandarinat et lutter contre les droits acquis pour placer, non pas la carrière du praticien, mais le patient au centre de la réflexion* ».

Ensuite, les instances ont mesuré l'intérêt du renouvellement du projet médical et du projet d'établissement pour intégrer à la réflexion sur le devenir de l'hôpital de ces cinq prochaines années une réflexion par pôle. L'intérêt est de pouvoir ici bâtir le projet médical qui sert d'armature au projet d'établissement autour d'un projet de pôle ou d'un projet de fédération entre les services.

Enfin, la mise en œuvre de la T2A a été largement discutée par les instances du Centre Hospitalier de Chambéry lors de la décision d'expérimentation des pôles d'activité.

Pour le Directeur¹⁵, les pôles d'activité sont « *un élément incontournable* » de la T2A. Pour lui, en introduisant une partie de la rémunération de l'établissement en fonction de l'activité, elle induit nécessairement le regroupement des services en « *entités plus grandes* ». qui évitent de tomber dans un « *système productiviste* ». En effet, ces entités appelées « pôles » permettent au corps médical de s'impliquer « *non pas dans la gestion mais au moins dans l'équilibre financier de l'établissement* ». L'aspect qualitatif des soins est aussi pris en compte. Au-delà, mais cette hypothèse sera plus difficile à prouver, les pôles « *donneront une meilleure chance de mutualiser les moyens* ».

¹⁴ Entretien réalisé le 16/08/05.

¹⁵ Entretien réalisé le 18/08/05.

Ensuite, le Directeur a souligné que la T2A n'est pas réalisable si l'hôpital reste organisé en services. Le pôle permet ici de « *réduire le nombre d'entités dans les échanges pour faciliter la compréhension mutuelle entre la communauté médicale et la direction* ». Cela permet aux pôles de conserver des activités « bénéficiaires » et « déficitaires ».

L'organisation en pôle d'activité a donc été présentée par la Direction du Centre Hospitalier et le Président de la CME comme un corollaire indispensable au passage à un mode de tarification à l'activité. Le message diffusé en CME et en Comité Technique d'Établissement (CTE) et repris par le Président du Conseil d'Administration (CA)¹⁶ a été largement orienté vers la solidarité entre les pôles. Il a voulu démontrer qu'il est indispensable de repenser l'organisation de l'hôpital autour d'une organisation en pôles pour permettre la mise en place d'une contractualisation tournée vers la répartition des « bénéfices » de la T2A.

1.1.2 Le cadre réglementaire

A) L'expérimentation

La démarche d'introduction des pôles d'activité à l'hôpital n'a pas fait l'objet de textes réglementaires dès 2003. Au contraire, dans une démarche innovante, le Ministère a souhaité faire un appel au volontariat pour l'expérimentation des pôles d'activité. Pour les raisons évoquées précédemment, le Centre Hospitalier de Chambéry s'est porté volontaire pour l'expérimentation.

De mars 2004 à mai 2005, l'hôpital de Chambéry, pour lancer la réflexion, s'est d'abord appuyé sur l'article L 6146-8 du code de la santé publique permettant à un établissement public de santé de fixer "*librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical*". Introduite par la loi du 31 juillet 1991, cette disposition, qui n'avait qu'une valeur dérogatoire, n'avait quasiment pas été utilisée.

L'objectif du Ministère était ensuite, à partir des retours d'expérience des hôpitaux expérimentateurs, d'élaborer les textes réglementaires. Néanmoins, l'objectif affiché était de rendre plus responsables et plus autonomes les équipes des soins, acteurs principaux de l'activité médicale au sein des pôles d'activité.

¹⁶ CME, CTE et CA de Mars 2004.

Le projet présenté d'organisation en pôles d'activité fixait comme priorité :

- D'établir un lien entre les axes stratégiques d'un projet médical et leur mise en œuvre opérationnelle.
- De rapprocher les cultures administratives soignantes et médicales et fédérer les énergies autour de projets partagés.
- De simplifier les processus de gestion.

En outre, la mise en place des pôles devait s'accompagner d'une contractualisation interne qui s'inspirerait de l'ordonnance n°96-346 du 2 avril 1996. Cette contractualisation repose sur trois principes fondamentaux qui doivent être partagés par les acteurs :

- Rendre plus responsable et autonomes les structures médicales, en rapprochant les décisions de gestion des cliniques médicales.
- Simplifier les procédures administratives en permettant de centrer les énergies sur le projet médical et le projet de soins.
- Favoriser l'association des professionnels à la décision, en améliorant le fonctionnement collégial au sein des conseils des pôles.

Enfin, la réflexion sur la mise en place de pôles d'activité, comme élément de base de l'organisation des établissements, devait reposer au minimum sur 4 axes :

- La mise en place de chefs de pôles, nommés conjointement par le président de la CME et le directeur, après avis de la CME, sur proposition des praticiens du pôle.
- La mise en place d'un projet de pôle.
- La contractualisation avec la direction de l'établissement et le directeur, afin notamment de permettre une gestion plus autonome des moyens.
- La création d'un conseil de pôle, espace d'expression des personnels élus et d'élaboration de la politique du pôle.

B) L'ordonnance de simplification

Si la démarche engagée s'est faite à partir du cadre législatif existant, l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005¹⁷ a ensuite donné un cadre d'élaboration pour la démarche même si elle laisse encore les hôpitaux libres de définir le contenu de la réforme. Pour l'hôpital de Chambéry, cette réorganisation s'est intégrée à la réflexion engagée autour de la démarche projet.

¹⁷ Voir ANNEXE IV.

a) *La place et le rôle des pôles d'activité*

En réaffirmant les grandes orientations citées précédemment, l'ordonnance et de nombreux décrets d'application¹⁸ affirment :

- Le pouvoir stratégique du Conseil d'administration qui devra valider l'organisation en pôle et assurer le suivi de l'exécution du projet d'établissement et de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).
- La place nouvelle du Conseil Exécutif ; organe regroupant à parité médecins et directeurs, cette instance sera amenée à donner un avis sur l'organisation en pôle.
- Le rôle des pôles dans la mise en œuvre du projet médical.
- Une mission nouvelle pour les services : celle de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins.

Le texte ne décrit pas de modèles type de pôle d'activité, chaque établissement devant trouver l'organisation qui lui correspond. Leur taille et leur composition sont laissées à l'appréciation des établissements. Mais, pour M. CREMADEZ¹⁹, « *les services et les départements seront supprimés en tant qu'entité juridique et territoriale. Les unités seront maintenues en tant qu'unités de gestion dans le cadre du projet de pôle.* ».

Le pôle d'activité s'affirme comme un sous-ensemble des établissements mettant à disposition, directement ou indirectement, diverses compétences et ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin aux patients. Dans ce cadre, le service devient davantage une entité fonctionnelle, un centre de ressources et de coût mettant en œuvre des compétences et des ressources au sein d'un ensemble plus large, le pôle d'activité. Pour C. CAILLET et D. CRIE²⁰, « *le pôle est avant tout un lieu de fédération des volontés et compétences, une organisation administrative de mutualisation des ressources* ».

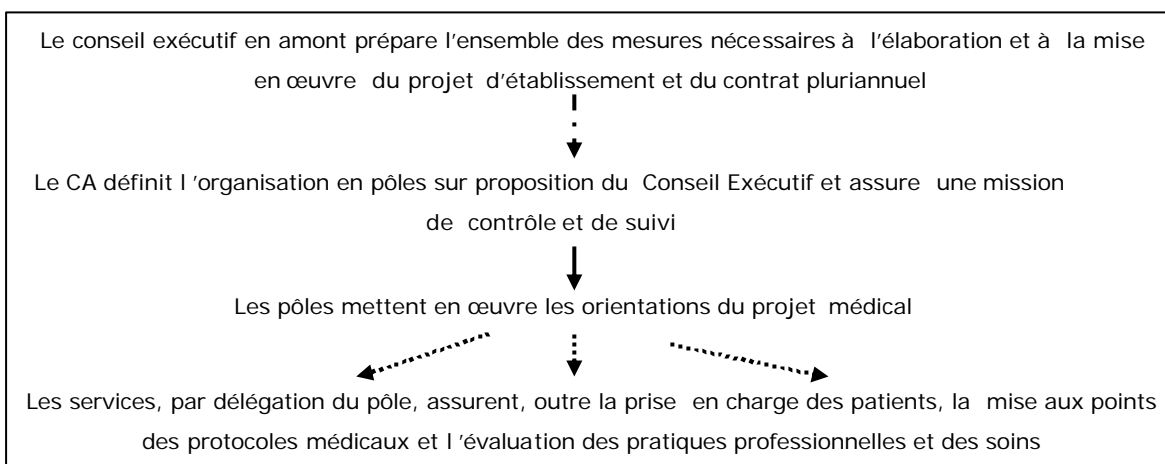
Le texte précise aussi que cette organisation en pôle doit s'articuler autour du projet d'établissement. Il reste la clé de voûte de l'organisation hospitalière, garantie de la cohérence des différents projets de pôle et de lien entre les établissements et l'environnement. L'élaboration du projet médical oblige les uns et les autres à considérer la coopération comme incontournable. C'est un facteur déterminant de la nouvelle gouvernance.

¹⁸ Voir liste établie jusqu'en septembre 2005 dans la bibliographie.

¹⁹ M. CREMADEZ, « Evolution de la Gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestions Hospitalières* n°430, novembre 2003, p.725.

²⁰ R. CAILLET ET D. CRIE, « Organisation par pôles de l'hôpital public, réflexions pour l'hôpital 2007 », *Gestions hospitalières*, octobre 2004, p. 597.

Le fonctionnement de l'établissement en pôles s'articule par conséquent selon le modèle ci dessous :



b) La contractualisation interne

L'ordonnance réaffirme aussi le principe de la contractualisation interne. Pour E. COUTY²¹, « La contractualisation interne est la manifestation d'une volonté clairement exprimée par les différents acteurs et responsables internes à l'établissement : médecins, partenaires sociaux et directeurs. C'est une démarche qui conduit à définir des objectifs pour la mise en œuvre de moyens. »

Ainsi, le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la CME, d'une part et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part doit définir :

- Les objectifs d'activité, de qualité et financiers.
- Les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité.
- Les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion.
- Les conséquences en cas d'inexécution du contrat.
- Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires.

L'intérêt ici est de dépasser une vision strictement financière car pour E. Couty : « La contractualisation interne n'est pas seulement un suivi budgétaire, ni l'utilisation interne du PMSI. Ce n'est évidemment pas seulement un système de facturation interne, ni la mise en place d'un système de relation « client-fournisseur », même si ce sont des éléments qui participent à ce processus[...] Enfin, ce n'est pas seulement une délégation de signature ».

²¹ E. COUTY, « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n° 416, mai 2002, p 316.

Dans ce cadre, la contractualisation interne est « *une innovation qui doit permettre un rapprochement efficace entre les organisations médicales et les objectifs de gestion et entre les outils mis en place de part et d'autre* »²².

L'objectif est de permettre un pilotage de l'établissement partagé entre la Direction, les praticiens et les soignants. En effet, les contrats sont²³ : « *des accords volontaires entre des parties qui trouvent mutuellement profitables de s'engager à exécuter ou à respecter des règles et des procédures. En amenant les individus à adopter un comportement coopératif, ils permettent de résoudre des problèmes de coordination et de motivation : chacun peut planifier son action en fonction de ce qu'il attend de l'autre et anticiper les gains qu'il retirera de son comportement.* ». Ils introduisent aussi une notion de résultat voire d'intéressement, contrepartie des objectifs d'activité fixés aux pôles : « *en procurant un gain mutuel, les contrats rapprochent de l'optimum. Les contrats parfaits sont à la fois complets – il est possible de spécifier de façon précise ce que chacun doit faire en toutes circonstances et de répartir pour chaque éventualité les coûts et les bénéfices y compris en cas de non respect du contrat- et exécutoires* ».

La délégation de gestion « *consiste à confier de manière formelle ou non, la responsabilité à un individu ou à un groupe, selon des modalités convenues, de décider de l'opportunité et de la périodicité de consommer, dans les limites d'une dotation préalablement arrêtée, des moyens de fonctionnements pour la réalisation d'une activité* ».²⁴ Elle peut se poursuivre par une délégation de signature, sous la responsabilité du directeur général et elle « *résulte nécessairement d'un document écrit, daté et signé, [qui] énumère limitativement les actes autorisés et peut être rapportée à tout moment...quels que soient les modes opératoires choisis, et en l'état actuel du droit, la délégation de gestion ou de signature n'exclut, et ne saurait exclure, ni le contrôle des actes de gestion du délégataire ni la responsabilité du délégant.* »²⁵

La déconcentration de gestion s'opère au niveau du trinôme responsable : praticien responsable du pôle, cadre Supérieur, cadre administratif. C'est un véritable changement de culture. Elle assure ainsi une meilleure coordination au sein de l'hôpital : « *La déconcentration de gestion permet de garantir la cohérence des politiques globales (SI, ressources, tri, budgets) et une mise en cohérence du projet médical, du projet de santé des paramédicaux et du projet de gestion* ».²⁶

²² J.M. BUDET, « Contractualisation interne : le cadre juridique », *Gestions Hospitalières*, n° 408, Août-Septembre 2001, p 587.

²³ *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales*, Nathan 6^{ème} édition, mars 2003, p 110.

²⁴ MO. CLERY, *Délégation de Gestion et Contractualisation interne*, Edition : Les études hospitalières, 2003, p 23.

²⁵ Ibid p 26.

²⁶ MA. ULRICH, « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de GRENOBLE », *Gestions Hospitalières*, p 717-718.

En 2001, une enquête de la DHOS sur la contractualisation était réalisée auprès d'une centaine d'établissements. Le point commun de toutes ces démarches était « *qu'elles comportaient toujours des objectifs budgétaires, d'activité et qualitatifs. Le volet qualitatif est souvent le moins développé mais, en même temps, est toujours cité comme une voie d'amélioration et de progrès pour la contractualisation interne dans son ensemble. Les dispositifs d'intéressement mis en place sont très inventifs mais ont souvent comme caractéristique commune de se matérialiser par des achats d'équipements. On retrouve l'idée de fongibilité des enveloppes* ». ²⁷

Enfin, l'ordonnance définit les nouvelles modalités d'organisation interne des pôles notamment le rôle du responsable de pôle :

- Mettre en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- Organiser avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.
- Élaborer avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le responsable de pôle est assisté par un cadre soignant et un cadre administratif de pôle.

Ce texte qui devra être totalement appliqué en 2007 modifie donc profondément les métiers à l'hôpital en introduisant une gestion médico-administrative, en intéressant les praticiens à la gestion, en voulant responsabiliser davantage les acteurs de terrain et surtout en modifiant la place des services à l'hôpital.

Le repositionnement des acteurs est donc bien souvent nécessaire car il existe une remise en cause de l'approche par corps : projet médical, projet de soins, projet de gestion, projet social... Un des enjeux de la mise en œuvre des pôles d'activité sera donc le changement de modèle de hiérarchie : il s'agit de passer d'une hiérarchie pyramidale à un management par coordination.

²⁷ E. GINESY, D. BLAES, « La contractualisation interne cinq ans après », *Gestions Hospitalières* n°416, Mai 2002, p 327.

Ce nouveau mode de management oblige à articuler différents niveaux (administratif, médical, soignant) par une négociation permanente et d'assurer la cohésion du pôle au sein d'une institution.

Pour M. CREMADEZ²⁸, « *L'application de la gouvernance rend l'application du principe hiérarchique de plus en plus anachronique : être proche du client, répondre à ses attentes poussent à remettre en cause la vision pyramidale antérieure et à envisager des organisations plus plates basées sur une multitude d'unités de petites tailles est faiblement hiérarchisée* »

Ainsi, ce projet, de par les incidences de l'introduction des pôles, a nécessité le développement d'une méthodologie particulière indispensable pour susciter l'adhésion à la démarche et pour que les acteurs s'impliquent dans le changement. Comme le souligne en effet M. CREMADEZ²⁹ :

« *Un tel changement ne peut s'instaurer que si on agit dans une perspective d'ensemble, permettant de repositionner les différents groupe d'acteurs, de les ouvrir aux autres en adaptant leur formation et leur socialisation de manière qu'ils partagent une même vision des enjeux et de l'action collective* ».

1.2 L'introduction du changement

1.2.1 Le contexte

A) L'hôpital de Chambéry

Le centre hospitalier de Chambéry est l'hôpital de référence du secteur sanitaire 10 desservant une population départementale de 370 000 personnes qui atteint 900 000 en Hiver et 500 000 en été compte tenu de l'afflux de touristes. Ses missions s'articulent donc autour de 4 axes: la prévention sanitaire en Savoie, le diagnostic et la dispense des soins avec trois types de prise en charge : accueil des urgences, hospitalisation et soins externes, la formation et enfin la recherche en soins.

Le CH de Chambéry, en tant que plus gros établissement non Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Rhône Alpes, est référent en terme de compétences de haut niveau, de réseau et de partenariat avec les autres établissements. Il dispose de 1357 places dont 720 en court séjour et 637 en soins de suite réadaptation et en soins gériatriques qui lui permettent de réaliser 30000 hospitalisations par an.

²⁸ ibid p.726.

²⁹ M. CREMADEZ, « Vers une nouvelle Gouvernance hospitalière », *Revue Hospitalière de France*, n° 490, janvier février 2003, p.46-49.

Il s'appuie pour cela :

- Sur 35 services.
- Sur un plateau technique de 13 salles d'opération ainsi qu'un bloc maternité avec la création en 2006 du pôle femme-mère-enfant (2400 naissances par an), de 3 laboratoires de microbiologie-biochimie, d'anatomie pathologie et de médecine nucléaire, d'une pharmacie, d'un service de radiologie et d'imagerie médicale, de deux IRM, de 19 postes d'hémodialyse (site pilote en France), du SAMU et du centre 15.
- Sur un personnel médical de 287 médecins et internes et sur un personnel non médical de 2055 personnes dont 1440 soignants et éducatifs.
- Sur un budget de 14 Millions d'€ pour la section investissement et de 145 Millions d'€ pour la section exploitation.

B) Les acteurs

Les interventions faites au cours des instances lors du vote sur l'expérimentation de la gouvernance, ont montré l'intérêt porté à cette démarche d'expérimentation pour des motifs déjà exposés en 1.1.1 B) avec cependant des craintes exprimées sur la pérennité de la réforme et sur les risques de balkanisation de l'hôpital liée à l'introduction de la T2A. Les acteurs se sont aussi inquiétés de l'absence de moyens pour anticiper la réforme.

La situation a présenté un risque nouveau dans la mesure où les textes législatifs n'étaient pas encore publiés et où de nombreux projets venaient s'ajouter à la volonté d'expérimenter : accréditation, mise en sécurité incendie Cette remarque sur la multiplicité des projets a d'ailleurs été faite par les experts visiteurs de Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)³⁰ lors de la première accréditation en décembre 2004. Ainsi, le préalable indispensable à l'instauration d'une relation de confiance et d'une dynamique à la démarche a été la priorité affichée conjointement par le Directeur et la Président de la CME de mettre en place progressivement les pôles.

L'expérimentation a été adoptée par le CA sur avis favorable de la CME, et sur avis défavorable du CTE qui a rejeté la globalité de la réforme notamment le volet T2A. L'équipe de Direction élargie (directeurs + ingénieurs) a accueilli favorablement l'expérimentation en insistant sur la nécessaire dynamique à créer pour mener à bien l'expérimentation au niveau de tous les acteurs. Un des points importants à souligner est le vif intérêt porté par la partie du corps médical déjà largement impliquée dans l'établissement en bureau de CME notamment.

³⁰ L'ANAES est devenue depuis la Haute Autorité de Santé (HAS).

1.2.2 La méthode

A) Les principes

La démarche d'expérimentation implique, au cours de son développement, un certain nombre d'ajustements ainsi que des phases d'évaluation. Elle se veut donc avant tout pragmatique. Elle est assez unique et spécifique à l'établissement en fonction de ses spécificités, de son environnement externe, de son histoire. La réussite d'un tel projet nécessite donc une large concertation ainsi qu'une participation et une adhésion d'un maximum de personnels, des partenaires sociaux et des instances institutionnelles.

Pour répondre à ces exigences, l'anticipation a été organisée autour de trois acteurs clés :

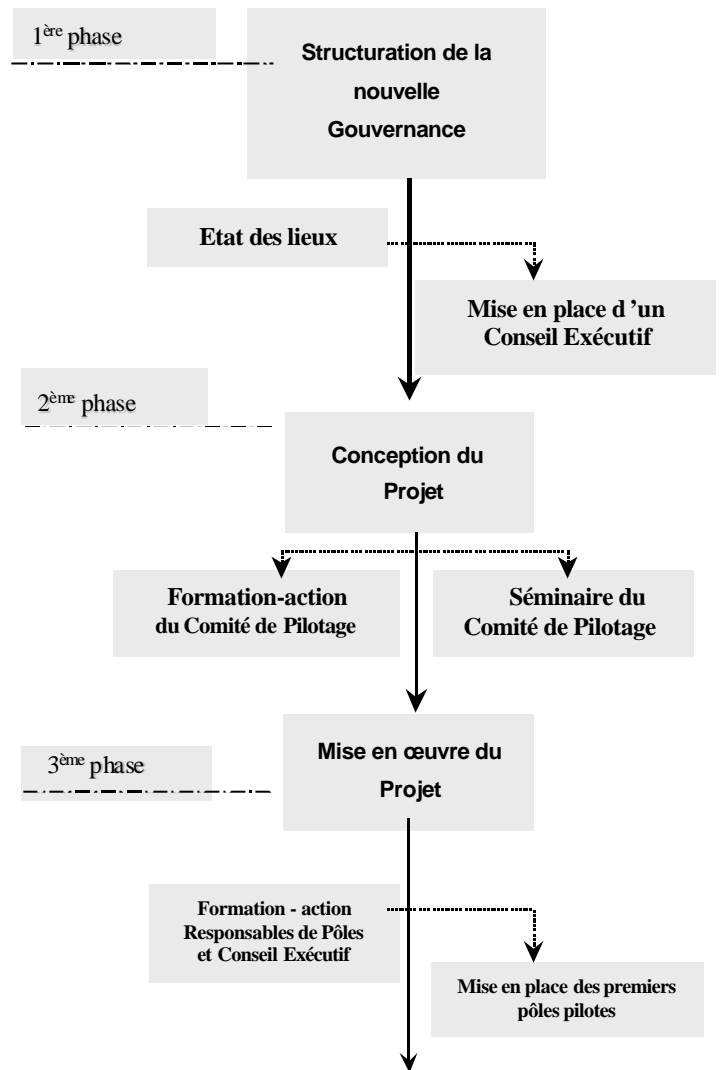
- ⇒ Un chef de projet interne, directeur adjoint, responsable de la conduite et du suivi de la mission au sein de l'établissement.
- ⇒ Un Comité de Pilotage (ou COPIL) dont l'objectif est double :
 - Assurer un cadre méthodologique :
 - Par sa mission :
 - ✓ Préparer et formaliser des principes et règlements liés à la perspective de mise en place du Conseil Exécutif et des pôles d'activité.
 - ✓ Veiller au respect du calendrier et au bon déroulement du projet.
 - Par le suivi régulier de l'avancement des travaux.
 - Faciliter la concertation par sa composition « mixte » :
 - La présidence est assurée par le Directeur et le Président de la CME.
 - Les 20 membres sont composés à parité de médecins (secteurs Chirurgie/Pédiatrie, SAU/SAMU, Endocrinologie/Labo, Néphrologie, Gynécologie Obstétrique, Pharmacie, DIM) et de directeurs adjoints et ingénieurs.
- ⇒ Des groupes de travail thématiques, composés de responsables médicaux et non médicaux, ainsi que de personnels et travaillant :
 - Sur la mise en place des tableaux de bord (D.A.F – D.I.M – D.S.I.O).
 - Sur les domaines de gestion pouvant être délégués aux pôles en terme de logistique (D.P.T, D.S.E) et de ressources humaines (D.R.H, D.S).³¹

³¹ D.A.F : Direction des Affaires Financières, D.S.I.O : Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation, D.P.T : Directions Plans et Travaux, D.S.E : Direction des Services Economiques, D.R.H : Direction des Ressources Humaines, D.S : Direction des Soins.

L'hôpital de Chambéry a accordé une large place au volontariat pour la mise en place des premiers pôles expérimentateurs ou des premières expériences de regroupement d'activité et pour l'adhésion aux groupes de travail. En revanche, la volonté est de former un échantillon le plus large possible de personnes à la réforme afin de ne pas créer un hôpital à deux vitesses lors notamment de la généralisation des pôles en 2007.

Le calendrier de mise en œuvre prévu de l'expérimentation a été le suivant :

- Phase 1 : Préparation, mai à juin 2004
- Phase 2 : Conception, formation, juin à décembre 2004
- Phase 3 : Implantation, décembre 2004 à septembre 2005
- Phase 4 : *Evaluation, ajustement, septembre 2005 à décembre 2005*



B) La mise en œuvre

Cette démarche a d'abord permis la mise en place d'un Conseil Exécutif Provisoire, présidé par le Directeur et qui associe 5 praticiens désignés par la CME et 5 membres de l'équipe de Direction. Le conseil a en charge la préparation et la mise en œuvre des projets relatifs au projet d'établissement. Ses missions sont explicitées en Annexe III.

En revanche, l'expérimentation du découpage de l'établissement en pôle a nécessité cinq mois de plus que le calendrier initial. Ce délai supplémentaire a correspondu au délai de maturation indispensable à certaines d'activités pour entrer dans la réforme.

En effet, si le principe d'expérimenter a largement été soutenu par des praticiens déjà largement engagés dans la gestion du Centre Hospitalier, il n'en était pas de même pour tous les acteurs.

La deuxième explication est que la cartographie de l'établissement s'est voulue évolutive. La proposition initiale du DIM s'est faite en fonction des masses critiques de l'établissement avec une volonté d'équilibrer les pôles en terme de nombres de lits et de personnel médical et soignant. Toutes les propositions de pôles ont été ensuite discutées et validées par les services concernés et par le COPIL.

La logique poursuivie est de conserver une méthodologie évolutive ; ce découpage est donc susceptible d'évoluer et de s'affiner au fur et à mesure de l'expérimentation. La méthodologie de validation progressive et d'ajustement des travaux a été suivie tout au long de l'expérimentation. Elle a nécessité un temps important.

Les points forts du lancement du projet, pour la Directrice chef du projet³², ont été tout d'abord un respect des équilibres internes des futurs pôles et le respect d'une cohérence des filières de soins. Ensuite, un autre facteur positif a été la large place laissée à la communication dans le cadre du COPIL, d'une CME élargie à tous les praticiens de l'hôpital et de 4 réunions d'information des cadres.

Par ailleurs, ces réunions d'information ont créé leur propre dynamique puisque des services, comme le service de Gynécologie Obstétrique ainsi que tous ceux composant le futur pôle femme-mère-enfant, ont décidé eux-mêmes d'initier leur propre réflexion sur leur future organisation en pôle en demandant un support méthodologique à la Direction.

Cette dynamique a été soulignée par le ministère de la Santé qui était en charge du suivi de l'expérimentation.

³² Cité au cours d'un colloque à l'Université Paris Dauphine le 17 Mai 2005.

Le ministère a souhaité utiliser les retours d'expérience des pôles expérimentateurs afin de pouvoir élaborer les textes de loi sur la nouvelle gouvernance. A ce titre, sa première enquête a consisté en l'étude des différentes méthodes adoptées par les autres centres hospitaliers pour l'anticipation.

La démarche établie à l'hôpital de Chambéry s'inscrit pleinement dans le processus pédagogique mis en place par les établissements expérimentateurs exposé dans le Rapport d'étape de la Mission d'Expertise et d'Audits Hospitaliers (MEAH)³³ :

« Il est possible de synthétiser la logique de constitution des pôles par la formule suivante : une combinatoire pragmatique.

La combinatoire

Les établissements ne font pas valoir une logique unique de constitution des pôles. Ils font référence à la pluralité de logiques qu'ils vont devoir combiner.

Le pragmatisme

Dans la constitution des pôles, les établissements veulent privilégier le volontariat et l'expérimentation.

- ✓ *Le volontariat est hautement affirmé. C'est la notion de « vouloir vivre ensemble » qui ressort par exemple, à partir d'un recensement des souhaits de chefs de service [...]*
- ✓ *« Trop de rigidités pourraient freiner l'application » ».*

Ce rapport souligne également les difficultés apparues dans les négociations :

« Si le volontariat est déterminant, il convient néanmoins de dépasser les rationalités diverses en présence. Ainsi est née l'idée du « projet partagé de pôle » qui doit permettre de « fédérer les objectifs de chacun et de mutualiser les contraintes collectives ». L'emporte l'idée de progressivité de la mise en pôles via des « pôle test », « pôle vitrine », « pôle expérimental », susceptibles de générer un effet d'entraînement. L'expérimentation devrait alors permettre de vaincre les résistances aux changements. Parfois cette démarche fait l'objet d'une définition d'un cahier des charges du pôle et d'un appel à candidature des premiers pôles volontaires ».

Ainsi, le projet d'introduction des pôles est bien une évolution culturelle forte à l'hôpital. La mise en place du projet a révélé un cloisonnement important des activités et des services : le service de réanimation néo-natale par exemple n'avait qu'une connaissance très incomplète du fonctionnement de la maternité³⁴. La méthodologie utilisée a donc créé une dynamique intéressante pour certains acteurs qui se sont impliqués progressivement, même à des niveaux divers. Quelques craintes ont cependant été soulevées lors de l'engagement dans le projet.

³³ Rapport MEAH-CNEH-AYMARA, *Résultats de l'audit des établissements anticipateurs*, Juin 2004.

³⁴ Cf. relevé de conclusions du COPIL du 8 juin.

1.3 Les craintes engendrées par le projet

La mise en œuvre du projet d'expérimentation, même s'il a été accepté par les instances a suscité des craintes quant à sa mise en œuvre réelle. En effet, l'absence de cadre a introduit la notion de risque au Centre Hospitalier de Chambéry, notion nouvelle au regard des activités et du fonctionnement des instances qui sont encadrées par une réglementation très précise. En outre, certains acteurs se sont interrogés sur la pérennité de la réforme Hôpital 2007 pour son volet nouvelle gouvernance.

1.3.1 Le caractère expérimental

A) L'absence de cadre

L'absence de cadre réglementaire au début de l'expérimentation, puis l'adoption de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui laisse une latitude importante aux établissements pour définir le contenu de la réforme, a été un facteur de crainte important pour la communauté médicale et soignante. En effet, le fonctionnement interne des pôles et le rôle de chacun des acteurs a été laissé aux libre choix des établissements expérimentateurs. A ce sujet, au niveau national, le Dr P. Pelloux dans un article sur la gouvernance dénonce³⁵: « *il n'y aura pas deux organisations semblables d'un hôpital à l'autre, on entérine le mandarinat* ».

Dès lors, la notion de risque est apparue. Elle a entraîné deux réactions ; d'une part, les praticiens et les cadres supérieurs de santé très engagés dans le fonctionnement du centre hospitalier se sont largement impliqués pour influencer le projet ; d'autre part, une majorité est restée attentiste préférant s'engager dans une réforme aux contours mieux définis en termes de rôle et de place de chacun des acteurs.

Il s'agit en fait d'un risque lié à l'expérimentation et à l'absence de cadre à la réforme. Comme le directeur l'a rappelé au cours d'un Comité de Pilotage de l'expérimentation le 8 juin 2005, le centre hospitalier doit laisser une part de risque et se lancer dans l'expérimentation en acceptant une marge d'erreur. Il s'agit pour lui « *de trouver le mouvement en marchant* »³⁶ c'est à dire d'accepter de se lancer dans l'expérimentation en faisant le postulat que l'introduction de la démarche sera un facteur entraînant pour la suite du projet.

³⁵ Article de K. PIGANEAU, « L'ordonnance sur la nouvelle Gouvernance », *Le Quotidien du Médecin*, 2 mai 2005.

³⁶ CME du 10 Mai 2005.

B) La difficile concertation

La difficulté liée à l'expérimentation a été qu'aucune proposition d'organisation concrète n'a été faite par le ministère. La direction du Centre Hospitalier a dû proposer des pistes de réflexion aux praticiens et aux soignants ce qui a suscité la crainte d'une réforme « *imposée* » par la Direction.

Les soignants en réunion d'encadrement se sont ainsi interrogés pour savoir si la direction prendrait en compte leurs propositions concernant la structuration des pôles. En réalité, la direction a d'abord réalisé un benchmarking à partir des expériences déjà menées dans d'autres hôpitaux en France et à l'étranger avant de proposer des pistes de réflexion.

La difficulté vient aussi du fait que la réforme modifie l'organisation interne de l'hôpital mais qu'il faut conserver la logique d'ensemble de l'établissement. Ainsi, les termes de la réforme étant polysémiques, des acteurs se sont engagés avec des motivations différentes. La notion de responsabilisation des acteurs par exemple ne signifie pas forcément « liberté totale » car l'établissement reste soumis à une réglementation précise notamment pour le statut du personnel et le code des marchés publics. Un élément important à considérer est aussi la T2A et l'obligation d'assurer des recettes d'activités avant les dépenses.

Aussi, un effort pédagogique a été fait pour essayer de cerner les principes de la réforme avant d'envisager de structurer le projet. Cette étape a été indispensable avant toute concertation. Mais il a pu créer le sentiment d'un « carcan » imposé par la direction.

L'équipe de Direction³⁷ s'est quant à elle très largement interrogée sur le sens du mot « délégation de gestion ». En effet, il est difficile de considérer cette délégation comme celle d'une enveloppe budgétaire, les dépenses devant être financées uniquement à l'activité, mais il serait un peu trop limitatif d'envisager uniquement une délégation dans la prise de décision.

L'idée a donc été de profiter de l'expérimentation pour s'accorder un droit à l'erreur dans la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance et ce avant l'adoption des textes définitifs en 2007.

³⁷ Cf. relevé de conclusions de l'équipe de direction du 8 juin 2005.

1.3.2 L'implication des acteurs

A) Le temps nécessaire

Si l'expérimentation de la nouvelle gouvernance a largement laissé la place au volontariat, en revanche, elle s'est faite à moyens constants. Il a donc été difficile de mobiliser la communauté médicale et soignante, qui, faute de temps, n'a pas toujours pu pleinement jouer le rôle de force de proposition. Même si elles ont été largement impliquées dans la modification et la validation des étapes du projet, elles ont aussi rappelé qu'elles n'étaient pas des « *gestionnaires* ». Cette dimension est importante dans la mise en place de la réforme qui affirme quand même la nécessité de responsabiliser les acteurs. Ce constat a amené à repenser la définition réelle du rôle du praticien responsable de pôle lors de la structuration du projet (Voir partie 2.)

Ensuite, l'anticipation a pris un retard de près de 5 mois ; les acteurs intéressés par la réforme, ont eu du mal à conserver la dynamique de départ liée à l'annonce du projet de réforme. Comme l'a confirmé un cadre supérieur de santé de l'établissement, « *la difficulté a généré le doute* ». Aussi la direction du Centre Hospitalier a souhaité favoriser la mise en place du premier pôle dans l'objectif de maintenir un rythme à l'anticipation. Cela n'a pas empêché des praticiens lors de la réunion du COPIL du 8 juin 2005 de confirmer qu'ils ne se prononceraient qu'après avoir pris connaissance des budgets délégués. Pour le Directeur³⁸, la patience a tout de même permis une « *adaptation des acteurs* » en leur donnant du temps pour la réflexion voire l'adhésion au projet.

Les réunions menées pour l'expérimentation ont prouvé que les acteurs les plus largement impliqués ont été ceux qui sont le plus souvent présents en CME et dans les instances. Si certains ont douté de la pérennité de la réforme et des orientations que pourraient engendrer la T2A, peu d'acteurs ont constitué un frein au projet. En effet, ce projet a été inscrit comme un axe majeur de la stratégie de l'établissement pour l'année 2005. Tous les acteurs ont donc senti son importance même s'ils ont pu la considérer comme une contrainte et à ce titre ne se sont pas impliqués. Dès lors, la dynamique de ce projet a aussi reposé sur les priorités affichées par l'établissement.

Enfin, la méthode adoptée a été très lourde en termes de temps et de validation. La volonté de faire valider l'expérimentation par un panel très large d'acteurs a été responsable d'une partie du retard de l'expérimentation.

³⁸ Entretien du 18/08/05.

B) Le rôle du consultant

Le Centre Hospitalier de Chambéry a choisi de se faire assister par un consultant en organisation hospitalière pour mener à bien son projet. Il a utilisé pour cela l'enveloppe de 80 000 € donnée par le Ministère à tous les établissements expérimentateurs.

Son rôle a été double :

- Tout d'abord, il a permis d'encadrer la démarche. En effet, l'absence de cadre a rendu difficile le lancement du projet et ce d'autant que la littérature et les retours d'expériences d'autres établissements expérimentateurs ont été très faibles. Seules des expériences partielles avaient été menées dans des centres hospitaliers généraux, surtout en ce qui concerne la contractualisation. L'objectif principal de ces établissements était financier, c'est à dire la recherche d'une meilleure visibilité sur leur coût. Seul le CHU de Nantes avait mené la démarche la plus aboutie.
- Ensuite, il a pu jouer un rôle d'arbitre indispensable lors des négociations faites au cours des différents COPIL. Ainsi, il a permis de rappeler notamment les principes de la réforme aux membres de la communauté médicale qui ont vu surtout dans cette réforme une opportunité de se libérer du « carcan » administratif.

Sur ce point, le Directeur et Président de la CME, lors de l'enquête MEAH menée par téléphone le 10 juin 2004 ont confirmé que la difficulté du projet résidait dans 2 points : « *Evaluer la « bonne foi » de chacune des parties* » et « *passer du temps à comprendre les différences et les difficultés culturelles* ». Néanmoins, la présence d'un consultant n'a pas pour autant accéléré les étapes de validation du projet.

La directrice adjointe chef de projet considère aussi son rôle eu égard à l'équipe de direction comme celui d'un « *facilitateur* ». En effet, et comme cela sera démontré dans la seconde partie, l'équipe de direction a du, au cours du projet, s'interroger sur son rôle vis à vis des pôles et sur ses nouvelles relations avec la communauté médicale. Face à un projet remettant en cause l'organisation, la présence d'une personne extérieure au projet est parue indispensable pour gérer les conflits.

Ainsi, la conduite du projet de changement à l'hôpital de Chambéry a répondu aux exigences de l'expérimentation ; pragmatique et largement axé sur le volontariat, ce projet a pu susciter l'adhésion à chaque étape importante de sa réalisation. Pour autant, la validation de chaque étape a aussi été génératrice d'un retard dans l'exécution, ce qui a pu parfois remettre en cause la dynamique créée par la réforme. Ce retard a été engendré le plus souvent par les représentations que se faisaient les acteurs des enjeux de la réforme en fonction de leurs places et de leurs attentes dans l'institution.

Il convient donc désormais d'étudier la structure même des pôles en analysant les différents aspects du changement.

2 LA STRUCTURATION DES POLES

Le projet de mise en place des pôles a nécessité l'adoption des outils de management, de pilotage des pôles vis à vis de l'administration et du Conseil Exécutif Provisoire. Cette nouvelle organisation induit aussi la définition de fonctions en lien avec l'apparition de nouveaux métiers et finalement remodèle le positionnement des acteurs à l'hôpital. Il s'agit ici d'une véritable révolution culturelle dont les aspects ont pu être appréciés tout au long de l'expérimentation. Ainsi, les attentes et les réactions des acteurs ont souvent entraîné des ajustements révélateurs de l'importance du changement induit par la structuration des services en pôles.

En réalité, cette structuration repose sur trois étapes importantes que je considère comme trois leviers fondamentaux de la mise en place des pôles d'activité au CH de Chambéry.

Tout d'abord, la structuration des pôles repose sur le découpage de l'établissement. Ce découpage doit s'appuyer sur des projets uniques par pôle ce qui nécessite en amont un travail de coordination pour l'élaboration du projet médical et une définition claire de la logique de constitution des pôles.

Ensuite, elle nécessite la définition d'une nouvelle organisation du pôle qui doit permettre de répondre aux objectifs de la réforme : introduction d'un pilotage médico-économique et responsabilisation des acteurs par une décentralisation des décisions voire une délégation de gestion. Dès lors, quelle organisation permettra de répondre à ces exigences en conservant la vocation soignante du pôle ainsi que la motivation des acteurs?

Enfin, le dernier levier s'appuie sur la délégation de gestion qui est la forme la plus aboutie de la nouvelle gouvernance. Mais cette délégation doit s'effectuer dans un cadre très précis garant de l'unicité de l'établissement et d'une équité entre les pôles. Elle s'appuie sur des contrats négociés et évalués régulièrement. Dès lors, comment organiser cette délégation de gestion afin de motiver les pôles ? Quelles compétences peut-on déléguer et sous quelles conditions ?

2.1 Le découpage en pôles

Premier axe de la réforme, le découpage en pôle a posé peu de problèmes au début de l'expérimentation car il semblait être le prolongement naturel des coopérations non formalisées mais existantes au CH de Chambéry.

Pourtant, l'exercice a été beaucoup plus difficile dans la mesure où il a fait apparaître de nombreux cloisonnements et des difficultés de monter un projet médical structurant pour les pôles.

2.1.1 La logique du découpage

A) Les négociations préalables

a) *Les logiques préexistantes*

Tout d'abord, des expériences de regroupement préexistaient à la démarche de regroupement en pôles. Elles avaient été motivées par la volonté de créer des fédérations où par des projets communs qui avaient déjà été formalisés avant l'expérimentation. Ces expériences ont été autant de leviers pour le découpage en pôle.

Ces projets communs ont pu s'inscrire dans le projet d'établissement 2001-2005 dont les objectifs étaient notamment les suivants :

- La prise en charge de la personne âgée à l'hôpital à travers le court séjour gériatrique et l'Hospitalisation À Domicile (HAD).
- La gestion de l'urgence.
- La sécurisation des flux médicaux et la gestion des risques.
- L'information médicale.
- La coopération inter-établissement pour la prise en charge psychiatrique par exemple.

Ensuite, les expériences de regroupement menées avaient été liées à l'existence de fédérations comme en chirurgie ou de « filière patient » comme pour la prise en charge du cancer.

Enfin, l'hôpital de Chambéry travaille avec de nombreux réseaux de soins et de nombreux praticiens ont l'habitude de se regrouper pour mutualiser des moyens, partager des informations et centrer l'organisation de la prise en charge sur le patient au sein du bassin Chambérien.

b) *Le modèle retenu*

Pendant les négociations menées au cours de trois COPIL, les motivations des services à se constituer en pôles ont été diverses et marquées par le pragmatisme.

Les services se sont avant tout regroupés autour d'une logique de mode de prise en charge, de pathologie ou de population, mais aussi en fonction d'expériences et de motivations propres, fruits de l'histoire de l'hôpital et exposées ci-dessus.

L'hôpital de Chambéry s'est inspiré du modèle proposé par le CHU de Nantes³⁹ pour réfléchir aux différentes logiques concourant à la création de ses pôles :

Modèle de constitution de découpage en pôle – CHU de Nantes

<p>Logique d'organes</p> <p>Thorax et cardio-vasculaire Neurosciences Tête et cou Odontologie Ostéo-articulaire Digestif</p> <p>Vocation : Conception et mise en œuvre des outils spécifiques Adaptation des prestations logistiques</p>	<p>Logique généraliste</p> <p>Anesthésie et réanimation Médecine physique et réadaptation Urgences</p> <p>Vocation : Innovation scientifique et technologique Optimisation de l'utilisation des ressources disponibles</p>	<p>Logique de prestation</p> <p>Signaux et images Biologie Pharmacie Information médicale – évaluation – santé publique</p> <p>Vocation : Gestion des interfaces</p>
<p>Logique de population</p> <p>Soins gériatriques Mère – enfant</p> <p>Vocation : Définition des bonnes pratiques Définition, adaptation et mise à disposition des compétences</p>	<p>Logique de pathologie</p> <p>Cancérologie Néphrologie – urologie – transplantation</p> <p>Vocation : Transferts d'expériences Adaptation des structures et des capacités d'accueil</p>	<p>Logique de discipline</p> <p>Médecine Psychiatrie</p> <p>Vocation : Coordination des acteurs internes et externes Organisation des processus</p>

³⁹ Cité au cours du colloque AEAE sur la nouvelle gouvernance à l'hôpital à Lyon le 11/02/04.

Ainsi, les sept pôles répondent à différentes motivations :

- Le pôle « **chirurgie-anesthésie** » s'inscrit dans le prolongement de la fédération de chirurgie préexistante et veut utiliser le levier que constitue l'ouverture du nouveau bloc opératoire pour réfléchir à son organisation.

POLE	SERVICES	
« Chirurgie – Anesthésie »	Chirurgie viscérale et urologique	Département d'Anesthésie
	Chirurgie ambulatoire	ORL - Ophtalmologie
	Chirurgie orthopédique	Blocs
	Gynécologie	Anatomopathologie
	Consultations	Chirurgie vasculaire

- Le pôle « **mère-enfant** » s'inscrit pleinement dans la logique de population et veut utiliser comme levier l'ouverture en 2006 du nouveau bâtiment de la maternité.

POLE	SERVICES	
« Mère – enfant »	Obstétrique	Fédération de pédiatrie
	Orthogénie	Cytogénétique

- Le pôle « **cancérologie** » s'inscrit dans une logique de pathologie. Déjà, les services avaient l'expérience de s'organiser autour du traitement du cancer dans les réseaux. Ensuite, la demande d'autorisation d'activité pour un Pet-scan en 2008 a motivé encore davantage les praticiens vers la création d'un pôle de référence dans le traitement du cancer.

POLE	SERVICES	
« Cancérologie »	Pneumologie - Tabacologie	Gastro-entérologie - Alcoologie
	Cancérologie	Hématologie
	Médecine nucléaire	Radiothérapie
	Soins Palliatifs (SSR)	Alcoologie et addictologie

- Le pôle « **spécialités médicales** » s'inscrit dans une logique généraliste avec pour objectifs d'améliorer la qualité des soins par une meilleure coordination entre les services pour les avis médicaux, de faciliter la prise en charge des urgences et de trouver des solutions d'aval pour les personnes âgées hospitalisées en court séjour.

POLE	SERVICES	
« Spécialités médicales » (non à orientation oncologique)	Endocrinologie	SSR ⁴⁰ hors soins palliatifs
	Infectiologie et médecine interne	Neurologies
	Néphrologie et Dialyse	Court Séjour Gériatrique
	Court Séjour gériatrique (CEG)	

⁴⁰ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

- Le pôle « **hébergement gériatrie** » s'inscrit naturellement dans une logique de population. Il reprend les orientations voulues par le projet d'établissement.
- Le pôle « **urgences** » s'inscrit dans une logique généraliste et formalise des relations déjà existantes, avec la réanimation notamment. Son objectif est de faciliter les sorties des urgences vers les lits de court séjour.

« Urgences »	Urgences	Soins Intensifs cardiologiques
	Réanimation	UHCD ⁴¹
	Cardiologie	SAMU et centre 15

- Le pôle « **médico technique** » a eu du mal à trouver une logique à laquelle répondre mais il s'inscrit quand même dans une volonté de se coordonner pour fournir une prestation de qualité aux services.

POLE	SERVICES	
« Pôle médico-technique »	Radiologie	Pharmacie - URCC ⁴² - stérilisation
	Laboratoires	

- Enfin le pôle « **Santé Publique, Evaluation, Prévention, Dépistage** » s'inscrit dans une logique préexistante de santé publique notamment par l'intermédiaire des réseaux.

POLE	SERVICES	
« Santé Publique, Evaluation, Prévention, Dépistage »	Centre d'Évaluation Gériatrique	Equipe mobile de gériatrie
	DIM	CIDAG
	Maison des réseaux	PASS
	Autres réseaux	UCSA ⁴³
	Santé des Voyageurs	HAD
	Service d'hygiène	

Ce projet qui a été adopté ne va pas sans soulever des problèmes dont certains n'ont pas encore été résolus. Aussi, la cartographie sera évolutive d'ici l'année 2007. La difficulté a été notamment d'intégrer des services qui avaient peu d'expériences d'ouverture et de partage de moyens avec d'autres services ou avec l'extérieur.

⁴¹ UHCD :Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

⁴² URCC : Unité de Reconstitution Centralisée des Cytostatiques Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

⁴³ CIDAG : Centre d'Information et de dépistage Anonyme et Gratuit du Sida et des Hépatites
PASS : Permanence Aux Soins de Santé, UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

B) Les problèmes engendrés

a) *Les différents modes d'hospitalisation*

Dans le COM 2001-2005, le Centre Hospitalier avait obtenu les moyens nécessaires pour l'ouverture d'un service de court séjour gériatrique. Dans le projet initial, ce service devait être regroupé avec le service de gastro-entérologie, mais la question d'une installation dans le service de neurologie s'est ensuite posé en vue de la constitution des pôles.

Ce regroupement entre le court séjour gériatrique et le service de Neurologie qui se voulait d'abord géographique (sur le même étage), avant même l'étude de la question de la mutualisation des moyens du secrétariat, a cependant été rejeté par les neurologues. Pourtant ce regroupement permettait d'établir une unicité dans la prise en charge, les patients en neurologie étant souvent des personnes âgées atteintes de pathologies dégénératives du cerveau et d'anticiper ainsi la mise en place du pôle «Spécialités médicales » en 2007. Une des motivations de ce refus réside dans l'écart de perception qui existe dans ces deux services de la prise en charge des patients voire même l'écart dans la perception du temps de prise en charge d'un patient en court séjour. Le court séjour gériatrique a en effet une DMS généralement plus longue qu'un service de neurologie : autour de 21 jours et qui correspond au temps nécessaire aux soins, au bilan et à la recherche de solutions de sortie du patient.

La volonté affichée de voir se développer des alternatives à l'hospitalisation présentée dans le projet d'établissement 2001-2005 et dans la préparation du projet médical 2006-2010 peut aussi entrer en conflit avec la prise en charge différente des patients en fonction des filières pédiatriques, adultes ou gériatriques. La difficulté ici est de concilier les deux logiques qui parfois s'opposent. Ainsi comment peut-on intégrer la logique gériatrique dans un projet de regroupement des activités d'hôpital de jour ou de semaine ou avec un service de chirurgie ambulatoire ? Pourtant, ces alternatives sont aujourd'hui présentées comme indispensables pour améliorer la prise en charge du patient ou pour « *sauver la chirurgie publique* »⁴⁴ .

⁴⁴ *Rapport de l'assurance maladie sur l'évolution des parts de marché de la chirurgie « classique » dans 20 régions entre 1999 et 2001 – Janvier 2005*

b) *La question des moyens*

Ensuite, les neurologues ont estimé qu'ils ne pouvaient risquer cette union avec la gériatrie car « *la gériatrie n'a aucun moyen* »⁴⁵. La crainte était de devoir aussi mutualiser les moyens en personnel soignant notamment les internes en médecine. Enfin, le service redoutait de voir son nombre de cas très lourds augmenter.

En réalité, l'alliance entre des services ayant des niveaux de difficultés différents dans la gestion des patients se révèle difficile. Ainsi, lors de la CME de présentation du projet d'organisation en pôle, un médecin chef de service a soulevé l'objection que la mise en place des pôles ne devait pas se faire pour « *partager la pénurie* »⁴⁶.

La volonté de se regrouper est très liée à la possession de moyens et à la démographie soignante et médicale d'un secteur d'activité, voire son attractivité.

Une des limites de l'approche visant à regrouper les services en pôle d'activité représente aussi le degré différent de réflexion dans lequel se trouve chaque service. Si des services, par l'impulsion de leur chef de service ont parfaitement intégré l'idée qu'un regroupement permettrait de faciliter l'obtention de moyens, il est évident que les projets de regroupement volontaire ne se font qu'entre services ayant des niveaux d'activité et une attractivité médicale équivalents. Ce sont en général les services de médecine qui sont confrontés à la difficile prise en charge des personnes âgées, aux problèmes de la prise en charge des urgences et de gestion de l'activité programmée.

2.1.2 Du Projet médical au projet de pôle

A) L'élaboration du projet médical

Une des idées pour surmonter les difficultés de regroupement en pôle a été celle d'utiliser le levier que constituait le renouvellement du projet médical 2001-2005. En effet, le Centre Hospitalier devant écrire un nouveau projet pour 2006-2010, il est paru intéressant d'intégrer lors de son écriture, la réflexion sur les pôles.

⁴⁵ Propos tenus par un neurologue lors de la réunion du 26/04/05.

⁴⁶ CME du 3 Mars 2004.

Le groupe « Projet Médical », qui s'est réuni pour son élaboration, a souhaité adopter une méthodologie incitant les services à réfléchir par filière patient ou par coopération entre eux. Un des leviers important sur lequel s'est appuyé le groupe a été le projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III qui place sa réflexion autour des filières de patient⁴⁷. Les recommandations pour chacune des filières ont été transmises à chaque service ce qui leur a permis d'intégrer les réflexions du projet de SROS mais aussi de chercher à coopérer avec les services constituant leur pôle. Deux autres variables externes ont aussi joué un grand rôle : le projet de territoire et les plans de santé publique. A ce sujet, l'organisation de la consultation d'annonce du cancer a été par exemple l'occasion d'amorcer la réflexion des services autour de l'organisation du futur pôle de cancérologie.

Dans une seconde étape, le groupe projet a prévu à la fin de l'année 2005 de réunir chaque service par pôle en fonction du découpage validé par le COPIL afin de constituer, à partir des projets de service, un projet par pôle.

Cette idée évoquée en CME⁴⁸ a provoqué de très nombreuses interrogations de la part des praticiens. En effet, le pôle devient alors pour eux un lieu « d'arbitrage ». Ce dernier était auparavant effectué au niveau de la direction. Désormais, il s'agit pour les praticiens de négocier entre eux pour l'élaboration d'un projet par pôle. Dès lors, et en l'absence de praticien responsable de pôle non encore désigné, comment pouvoir faire ce choix ? Sur ce point, les praticiens se sont demandés s'il ne s'agissait pas de « *redescendre la pénurie au niveau de chacun des pôles* ».

Au-delà se comprend aussi la crainte pour certains praticiens de perdre leur pouvoir de négociation : d'autres chefs de service de leur pôle pourraient faire preuve d'un charisme supplémentaire. L'exemple le plus probant est peut être celui développé par le vice président de la CME⁴⁹ à propos de la place du bloc opératoire dans le pôle de chirurgie. Pour lui, en effet, il aurait été plus judicieux de l'intégrer au sein des pôles prestataires ce qui lui aurait garanti une indépendance dans sa gestion mais cela « *risquait de remettre en cause des organisations* » et au-delà de modifier « *l'équilibre du pouvoir de négociation des plages opératoires entre les chirurgiens* ».

⁴⁷ Pour accéder au projet de SROS III, voir le site www.parhtage.sante.fr/.

⁴⁸ CME du 14 juin 2005.

⁴⁹ Entretien mené auprès d'un pharmacien, vice président de la CME et membre du CEP le 18/08/05.

L'idée retenue par le groupe « Projet Médical » a été de faciliter le choix des pôles par la sélection de grands axes institutionnels pour orienter les projets de services et rendre les procédures de choix plus transparentes.

B) La perspective des projets de pôles

A terme, lorsque la réforme sera totalement mise en place, le pôle s'organisera autour d'un projet unique par pôle. Selon l'ordonnance du 2 mai 2005, « *le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* ».

Pour autant, cette perspective a suscité de nombreuses interrogations parmi les praticiens. Ainsi, lors de la première réunion des services préalables à la constitution du pôle de cancérologie⁵⁰, un praticien s'est demandé comment il allait pouvoir s'intégrer au projet de ce pôle alors qu'il ne réalise que « *20% de cancérologie* » dans son activité.

Ce problème s'est aussi posé pour les services du pôle femme-mère-enfant ; en effet, les praticiens de pédiatrie, qui traitent essentiellement des adolescents ayant des problèmes psychologiques, se sont demandés comment faire un projet commun avec les services de la maternité.

Enfin, les services médico techniques, comme le confirme un pharmacien⁵¹, auront également du mal à élaborer un projet commun. Car pour lui, les services médico techniques n'ont « *aucun intérêt à se constituer en pôle* ». En effet, ils ne peuvent créer aucune synergie, étant donné que leurs services sont très différents et que leurs ressources, leurs compétences et leurs métiers ne sont pas interchangeables.

Pour le praticien candidat à la fonction de responsable du pôle de cancérologie⁵², « *on ne sait pas ce que sera le pôle de cancérologie* ». En revanche, « *le pôle porte atteinte aux droits acquis et met fin au mandarinat. Il met fin aux comportements irresponsables et réunit les conditions pour que cela « fonctionne mieux » dans le cadre de la T2A.* ».

⁵⁰ Réunion du 21 juin 2005.

⁵¹ Entretien mené auprès d'un pharmacien, vice président de la CME et membre du CEP le 18/08/05.

⁵² Entretien réalisé le 16/08/05.

Quant à la question de l'arbitrage et des choix soulevée précédemment par un praticien, « *la question sera résolue si on se place du côté du patient* ». Pour ce praticien, le projet de pôle sera avant tout l'expression d'un consensus ou « *chacun se met à nu vis à vis des autres* ». On rejoint ici les analyses du médecin DIM qui voit dans les pôles avant tout « *un moyen de mieux se connaître* ».

Pour le Directeur⁵³, l'étape de l'expérimentation et de la négociation des projets de pôles est indispensable car elle sera un facteur d'entraînement pour les autres pôles. Cela nécessite d'expérimenter « *au moins un pôle répondant à une logique de filière et au moins un pôle répondant à une logique transversale* ».

Pour le praticien candidat à la chefferie de pôle, le projet de pôle permettra aussi de mieux envisager les arbitrages inter-pôles. Ainsi, elle conçoit que « *le renouvellement du scanner de Chambéry est nécessaire même s'il n'est pas complètement amorti alors que le pôle de cancérologie n'a pas besoin de renouveler sa gamma caméra pourtant déjà amortie, car celle-ci fonctionne très bien* ».

Plus largement, la multiplicité des activités et la spécialisation qui se sont développés dans les services posent un problème. Ainsi, un service ayant développé une activité en réseau se trouve de fait « réparti » sur deux pôles : un pôle lié à sa discipline et un pôle « santé publique et réseaux ».

On retrouve à ce sujet les conclusions du rapport⁵⁴ 2005 du Conseil Economique et Social (CES):

« Au sein d'un hôpital public déjà composé de services cloisonnés dans la prise en charge des patients, une spécialisation accrue s'impose de plus en plus pour ancrer les nouvelles techniques liées au progrès médical dans l'organisation du travail. Les soins sont de plus en plus parcellisés. Officiellement, il existe cinquante-deux spécialités médicales, contre une vingtaine en moyenne dans les autres pays d'Europe, mais « la réalité est plus proche de 150 ». Il existe donc un besoin croissant de coordination. Jusqu'à présent, chaque réforme qui a voulu décloisonner l'hôpital a échoué ; en termes plus nuancés, " les structures de mutualisation tardent à s'imposer pour remédier à cette « balkanisation » croissante des hôpitaux " ».

⁵³ Entretien semi directif réalisé le 18/08/05.

⁵⁴ *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2005, 261 pages.

Aussi, il est apparu que le pré découpage, qui semblait simple au début de l'expérimentation, s'est très vite révélé complexe à organiser. Le projet doit donc savoir rester évolutif avant sa mise en œuvre définitive et la nomination des chefs de pôles.

Mais à terme deux options se profilent :

- Pour reprendre les réflexions présentées au début de la réforme, se posera peut être la question de la pertinence du maintien du découpage en services.
- Ou, pour le médecin DIM de l'établissement⁵⁵, il faudra savoir avoir « *une conception plus large des pôles qui conserve la spécificité de chacun des services.* » Dès lors, on peut mettre en place des projets de pôle qui laissent, au-delà de la prise en charge d'une filière patient, une latitude aux services de développer des activités propres. Les pôles peuvent aussi avoir « *des constructions différentes* ».

Le découpage de l'hôpital de Chambéry s'oriente vers cette dernière conception plus large du pôle d'activité.

2.2 La redéfinition de l'organisation

La Mission Piquemal⁵⁶ avait démontré que la Réduction du Temps de Travail (RTT) a été le révélateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements. En effet, l'organisation de l'hôpital en services est caractérisée par un cloisonnement entre les métiers et les structures. L'objet de l'ordonnance de simplification du 2 mai 2005 a été d'instaurer une nouvelle forme d'organisation à l'hôpital ce qui a entraîné des modifications très importantes des processus de prise de décision interne. Regrettant d'ailleurs que le texte ne laisse pas une plus grande liberté aux établissements de s'organiser sur le modèle de l'expérimentation, B. Péricard⁵⁷ a déclaré : "*Faisons de la désobéissance textuelle, restons fidèle à l'esprit de la réforme essentiellement*".

La perspective d'une amélioration du fonctionnement interne constitue un levier de la mise en place des pôles même si la mise en place du CEP et la redéfinition de fonctions en leur sein ont pu susciter de nombreuses interrogations.

⁵⁵ Entretien réalisé auprès du médecin DIM, membre du CEP, le 12/08/05.

⁵⁶ Rapport Piquemal, *Mission nationale d'évaluation de la mise en œuvre de la RTT dans les établissements de santé*, 2002.

⁵⁷ Voir ANNEXE V.

2.2.1 La mise en place du Conseil Exécutif Provisoire

A) Le rôle du CEP

Première instance nouvelle à être créée dans le cadre de la réforme en novembre 2004, le Conseil Exécutif Provisoire s'inscrit pleinement dans la volonté d'instaurer un pilotage médico-économique à l'hôpital de Chambéry. Ce dernier a un caractère provisoire car sa mise en place et sa composition ne correspondent pas aux critères de l'ordonnance du 2 mai à laquelle chaque hôpital devra se conformer en 2007.

Sa composition paritaire de 10 membres n'a pas empêché les difficultés quant à sa reconnaissance dans l'institution. Les praticiens volontaires pour y participer sont ceux qui se sont aussi largement impliqués dans la mise en place des pôles. Ils y ont vu un moyen de « *faire bouger les choses* », tout en étant conscients des difficultés budgétaires et des choix difficiles que rencontrent les directeurs dans l'exercice de leur fonction.

En revanche, de nombreuses contestations ont vu le jour au sein de l'équipe de direction. Pour la directrice en charge du projet, sa mise en place a créé « *un sentiment d'exclusion pour les directeurs non désignés* », ce qui n'a pas été sans conséquence sur les délais nécessaires à la mise en place des pôles.

Pour autant, dès sa mise en œuvre effective, son fonctionnement a permis l'étude de questions importantes relevant du budget, de l'activité et du devenir de certaines activités à l'hôpital. Ainsi, à chaque question importante, le CEP émet un avis suite à un vote. Elle démontre que le pilotage médico-économique voulu par la mise en place des pôles est pertinent.

Cependant, son rôle devra nécessairement évoluer ainsi que sa place au sein de l'institution. Pour l'instant, il se révèle davantage comme un organe consultatif supplémentaire, « *une strate supplémentaire* » qui alourdit le processus de décision. En effet, chaque question importante peut être débattue en équipe de direction, en bureau de CME, au CEP en CME et au CTE avant un vote du CA. Pour la directrice responsable du projet, il faudra veiller à terme à alléger le fonctionnement. La lourdeur engendrée par la consultation du CEP dans la prise de décision a fait craindre que les pôles ne deviennent eux aussi une strate supplémentaire entre les services et les instances.

Le CEP a introduit également une contrainte supplémentaire car il facilite la circulation de l'information d'où une nécessaire vigilance concernant l'annonce des projets à venir.

A terme, cette instance devrait permettre de mettre en cohérence les objectifs du pôle avec les objectifs du projet d'établissement. Il empêcherait ainsi que n'existent des contradictions entre les différents projets.

Concernant la perspective des pôles, l'ordonnance du 2 mai prévoit à l'article L.6143-6-1 :

« Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :

« 1° Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;

« 2° Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité. »

Ainsi, par la présence de responsables de pôle en son sein, le CEP deviendra un organe d'avantage axé sur la représentation des pôles et sur l'arbitrage inter-pôle qui n'a pas été encore étudié. Cette instance pourra faciliter la mise en place effective de tous les pôles d'ici à 2007.

B) La place de la direction des soins

La publication de l'ordonnance du 2 mai ne s'est pas faite sans inquiétude pour les soignants et en particulier pour la coordonnatrice générale des soins sur sa place dans le Conseil Exécutif Provisoire. En effet, l'ordonnance ne rend pas obligatoire la présence du coordinateur général des soins au sein du Conseil Exécutif. A terme, c'est donc un nouveau rôle qu'il faudra lui définir afin de faciliter la mise en place des pôles et l'implication du personnel soignant.

Pour le Directeur⁵⁸, le risque de la mise en place des pôles et du CEP est que *« les soignants considèrent que seul le corps médical a accès aux projets de l'établissement, à leur mise en forme et en pratique »*. Il faut donc veiller à *« garantir leur place dans les instances et les conseils de pôle »* et *« veiller à un élément fondamental : la communication. »*

⁵⁸ Entretien du 18/08/05.

Lors d'une réunion à l'hôpital de Chambéry⁵⁹, les coordonnateurs généraux des soins de la région Rhône-Alpes ont d'ailleurs tenu à réaffirmer leur mission d'amélioration du service rendu aux usagers et à leur entourage en :

- Développant la complémentarité des différentes activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques.
- Favorisant le décloisonnement des différentes filières de soins.
- Assurant la permanence et la sécurité des soins avec efficience.

Pour eux, cela conforte le coordonnateur général des soins dans un positionnement uniquement stratégique donc en dehors des pôles d'activité et rend indispensable sa présence au sein du Conseil Exécutif. Être responsable de missions uniquement transversales confine aussi le coordonnateur général des soins dans une direction fonctionnelle et lui ôte de façon implicite tout pouvoir décisionnel.

Au-delà, ces réflexions sont révélatrices des interrogations des soignants concernant leur place et leur devenir au sein des pôles d'activité et leur pouvoir de négociation. Aussi, le projet a nécessité la redéfinition claire de leur fonction au sein des pôles ainsi que de leur place dans l'institution.

2.2.2 Les nouvelles fonctions

La mise en place de la nouvelle organisation définie par l'ordonnance du 2 mai affirme l'articulation de chaque pôle autour d'un contrat négocié avec les acteurs du pôle et signé par le praticien responsable de pôle.

Cette nouvelle organisation a donc d'abord impliqué la redéfinition des fonctions de chacun à travers l'écriture de fiches de postes qui se sont révélées indispensables pour garantir l'adhésion des acteurs médicaux et soignants à la mise en place des pôles. Le premier appel à candidature à la chefferie de pôle réalisé le 15 avril 2005 sans proposition d'une fiche de poste n'a d'ailleurs été suivi d'aucune réponse. Ensuite, la redéfinition des fonctions suppose aussi une redéfinition des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles à l'intérieur de l'hôpital, ce qui a révélé de nombreuses difficultés.

⁵⁹ Voir relevé de conclusions de la réunion du 11 juillet 2005 à Chambéry sur la place du coordonnateur général des soins dans le contexte de la nouvelle gouvernance.

A) Au sein du pôle

a) *Le praticien responsable de pôle*

Pour la médecin DIM⁶⁰ de l'établissement, il faut partir du constat que « *le pôle ne correspond pas à un besoin des praticiens de l'établissement* » car « *le CEP assure déjà une décision plus éclairée et plus accélérée de la part de la direction de l'établissement* ». Dès lors, la nouvelle mission de praticien responsable de pôle ne doit en aucun cas être synonyme de « *lourdeur* » pour les praticiens. L'objectif, pour elle, est de faciliter la coordination entre les services par une meilleure reconnaissance mutuelle mais pas de chercher à faire disparaître les services. Le chef de pôle devra dès lors « *donner un avis sur l'orientation stratégique et le projet de pôle mais ne pas faire de gestion courante* ».

Cette préoccupation a été centrale dans les discussions qui ont eu lieu avec les praticiens notamment lors des différents COPIL. Lors de celui du 8 juin concernant l'étude des projets de contrat de pôle et de la fiche de poste de praticien responsable de pôle, les praticiens ont par exemple indiqué que la mission de « *conservation et de maintenance* » des ressources physiques confiées au praticien responsable de pôle était trop contraignante. Le COPIL a donc décidé de la remplacer par la mention : « *le praticien responsable de pôle supervise et valide les propositions du cadre administratif de pôle en ce qui concerne la conservation et la maintenance des ressources physiques du pôle* ».

Pour le praticien candidat à la chefferie du pôle de cancérologie⁶¹, le praticien responsable de pôle est en aucun cas « *ni un cadre administratif* » ni non plus « *un super chef de service* ». Il s'agit pour chacun de « *conserver ses compétences* » voire même « *de définir clairement les fonctions de chacun* » afin de gagner en efficacité. Par exemple, vis à vis de la direction, « *un praticien ne sait pas recruter la bonne personne mais il peut définir un besoin.* » Les relations avec le directeur des ressources humaines sont donc primordiales. Plus largement, et face à la pénurie de temps médical, les praticiens se sont surtout inquiétés de savoir si la gestion courante serait confiée à un cadre administratif et soignant et si une formation initiale en gestion leur sera assurée⁶².

⁶⁰ Entretien réalisé auprès du médecin DIM, membre du CEP, le 12/08/05.

⁶¹ Entretien mené le 16/08/05.

⁶² Voir ANNEXE VI.

Finalement, c'est le projet de fiche de poste présenté au mois de juin 2005⁶³ qui a été adopté mais qui sera susceptible d'évoluer jusqu'en 2007.

b) *Les cadres du pôle*

La difficulté de la fonction de cadre supérieur de santé de pôle réside dans la difficulté à concilier une approche par pôle et une approche transversale de l'hôpital. Ensuite, la question de la place du cadre supérieur de pôle a révélé des problématiques plus importantes sur le positionnement des soignants à l'hôpital.

Tout d'abord, les cadres de santé entendent défendre leur place transversale à l'hôpital même s'ils sont affectés à un pôle. Ils reconnaissent tout de même « *qu'ils réalisent déjà une tâche de cadre soignant de pôle en s'étant réparti l'hôpital en différents grands secteurs similaires aux pôles : médecine, chirurgie, hébergement etc...* »⁶⁴

Néanmoins, lors de l'étude d'un projet de fiche de poste de « cadre supérieur soignant de pôle »⁶⁵ les cadres supérieurs de santé estiment largement insuffisant le temps prévu (1 journée par semaine) pour s'occuper des missions transversales, essentiellement celles qui concernent la Gestion Prévisionnelles des Emplois et Compétences (GPEC), la politique de formation, l'évaluation de la qualité et des pratiques professionnelles, l'hygiène ainsi qu'un ensemble de tâches liées aux grands axes de la politique de l'établissement : ouverture du pôle femme-mère-enfant, accréditation...

Aussi, la problématique fondamentale est celle de la définition des missions qui doivent revenir ou non à un cadre supérieur soignant. Ce dernier accomplit en effet des tâches souvent administratives même s'il apporte son expertise sur les soins. En outre, il devra à terme s'occuper de la gestion des personnels médico techniques qui aujourd'hui relèvent de la Direction des Soins.

Si les cadres supérieurs estiment que la formalisation de tableaux de bord de gestion et de procédures leur permettra de gagner très peu de temps, ils soulignent que ce sont les seuls garants de la continuité du service et qu'à ce titre, ils doivent assurer en permanence des tâches qui prennent beaucoup de temps au quotidien (gestion des absences etc...).

⁶³ Voir ANNEXE VII.

⁶⁴ Entretiens réalisés au cours de la réunion d'encadrement du 07/07/05.

⁶⁵ Voir ANNEXE VIII.

Les deux solutions à envisager seraient d'augmenter le nombre de cadres supérieurs et d'accroître leurs moyens (secrétariat par exemple) ou réfléchir simultanément au profil de cadre administratif de pôle.

Un autre problème reste en suspens : celui de la modification des attributions de service des cadres supérieurs qui aujourd'hui s'occupent de services qui seront demain repartis entre plusieurs pôles. C'est le cas par exemple de la stérilisation qui appartient au pôle « médico-technique » et qui ne fait plus partie de la chirurgie.

Quant au cadre administratif de pôle, la question n'a pas été encore étudiée car sa réponse dépend du positionnement décidé de l'équipe de direction. (Voir paragraphe suivant). Une autre question en suspens est aussi celle de la nomination éventuelle d'une secrétaire référente de pôle qui coordonne les secrétariats médicaux.

Mais au-delà de la redéfinition des métiers se posent des questions plus importantes en terme de pouvoir hiérarchique ou de négociation voire d'influence.

Ainsi, de « praticien chef de pôle », la sémantique a du évoluer au cours du projet à la demande des chefs de services, pour devenir « praticien responsable de pôle ». Cela est révélateur des doutes voire des inquiétudes sur cette nouvelle fonction pour certains chefs de services qui y ont vu une atteinte à leurs prérogatives. Quant aux soignants, il a aussi fallu veiller à ce qu'une sage femme devienne cadre supérieur soignante du pôle femme-mère-enfant pour éviter qu'elle ne se trouvât sous l'autorité d'un cadre supérieur de santé.

Au-delà se posent des questions concernant le réel pouvoir du praticien responsable de pôle sur les chefs de services du pôle mais aussi sur les cadres soignants de pôle. Pour le praticien candidat à la chefferie de pôle cela nécessite « *la définition d'un règlement intérieur du pôle, sorte de guide pour « vivre ensemble »* ».

B) Au niveau de l'équipe de direction

La mise en place des pôles a créé une certaine inquiétude d'une partie de la direction vis à vis du projet.

En effet, les textes législatifs instaurent un véritable pilotage médico-administratif de l'établissement ce qui signifie des modifications substantielles dans les procédures de travail des différentes directions.

Les directions trouveront désormais un interlocuteur unique par pôle, le responsable de pôle ou le cadre, avec lequel il faudra négocier des objectifs. En cas de désaccord, le CEP tranchera d'où une inquiétude des directeurs sur leur place dans le processus de décision. La T2A permet aussi, rappelons le, à un pôle de financer lui-même le développement d'une activité en le justifiant par ses recettes. Cette réforme nécessite donc une refonte des procédures vers plus de transparence et invite à des efforts en terme de déploiement des systèmes d'informations (Voir partie III).

Pour le Directeur⁶⁶, la réforme de la Gouvernance a eu pour conséquence de créer un sentiment de partition de l'équipe de direction entre :

- *« Une partie de l'équipe de direction qui s'oriente vers le pilotage de l'établissement, l'analyse de gestion et la stratégie.*
- *Une autre partie qui pilotera la mise en place des moyens des ressources et des approvisionnements au sein des pôles ».*

Pour lui, *« inévitablement, il y a risque que des directeurs se sentent déconnectés des pôles et que d'autres au contraire, se sentent délaissés du pilotage de l'établissement »*. A terme, *« leur formation ne sera peut-être plus la même »*. Cette partition a été très nette lors de la désignation des directeurs au sein du conseil exécutif. Cela n'a pas été sans conséquence sur les délais de mise en place des pôles.

Pour résoudre ce problème le Directeur assure *« qu'il faudra affecter à chaque directeur un pôle, pour qu'il soit non pas un « cadre administratif » de pôle mais un conseiller sur des questions administratives. Cela permettra que chacun se sente concerné par la gestion des pôles. »* Il assure *« que chaque directeur doit rester impliqué dans la vie des unités même si les modalités doivent dépendre de la taille de l'établissement. A Chambéry, cette tâche ne peut pas être exclusive. »*

Pour le directeur, il faut envisager aussi la possible constitution de pôle médico-administratifs avec éventuellement un responsable de pôle choisi parmi les cadres de direction.

⁶⁶ Entretien du 18/08/05.

Cette analyse rejoint celle d'un pharmacien⁶⁷ qui considère « *que la pharmacie ne devrait pas appartenir à un pôle médico-technique mais devrait chercher des synergies avec les services techniques et logistiques en terme de stockage et de magasinage par exemple.* ».

Il s'agit ici d'une des difficultés de la réforme : trouver ce qu'est une « bonne délégation de gestion » c'est à dire qui responsabilise les acteurs en fonction des équilibres au sein des pôles et qui valorise les compétences, indispensables à la motivation des équipes. C'est pour répondre à cette problématique qu'ont été élaborés les contrats de pôles ou contrats de délégation de gestion.

2.3 La contractualisation interne

2.3.1 Les travaux préalables

A) La définition des objectifs

Les travaux préalables à l'écriture des contrats de pôle ont nécessité tout d'abord de mieux cerner les objectifs de cette contractualisation et de préciser le cadre de la réforme.

Le point essentiel à rappeler est que cette contractualisation va de pair avec l'objectif principal de l'hôpital de garantir le service public et l'accueil de tous les patients des urgences. Cette mission a été évoquée par les praticiens qui ont voulu ainsi montrer la difficulté de leur fixer des objectifs d'activités, les services étant souvent embolisés par des patients qui ne relèvent pas de leur discipline ou par des personnes âgées pour qui on ne trouve pas de solutions en aval.

Ainsi, avec un taux de remplissage de ses lits de 98% (chiffre DIM 2004), et des travaux de mise en conformité incendie qui ont entraîné la fermeture de lits pendant le deuxième semestre 2004, les urgences ont eu des difficultés pour trouver des lits vacants dans les services.

Le résultat en a été la répartition des patients dans des lits de services qui ne correspondent pas à leur pathologie : des patients de médecine sont hospitalisés en Chirurgie et cette affectation pose des problèmes de prise en charge.

⁶⁷ Entretien mené auprès d'un pharmacien, vice président de la CME et membre du CEP le 18/08/05.

Ce point a été relevé lors de mon premier stage lors d'une enquête auprès des soignants du Centre Hospitalier. En outre, la situation est souvent compliquée par l'âge des patients qui séjournent longtemps dans ces services avant de trouver des solutions en aval. Ainsi du 23.02.05 au 12.04.05, le chef de service des urgences confirme avoir hospitalisés, faute de place, 54 patients de médecine dans un service de chirurgie. Lors de la commission des admissions non programmées, un médecin neurologue a aussi évoqué le cas d'une patiente hospitalisée depuis 3 mois dans le service de Neurologie et pour laquelle aucune solution n'a été trouvée.

D'ailleurs, ces préoccupations sont confirmées par les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2002 :

DMS médecine tous âges	7,3
DMS chirurgie tous âges	8
DMS médecine patients 80-89 ans	12,2
DMS chirurgie patients 80-89 ans	13,7
% de lits occupés au delà du 14ème jour	23,6%

L'introduction de la T2A et l'analyse des données PMSI fait apparaître un problème supplémentaire dans la mesure où la Durée Moyenne de Séjour (DMS) élevée des patients âgés admis aux urgences et placés dans les services va pénaliser l'activité et les revenus du service. Le risque ici est de pénaliser les services accueillant ces personnes et qui pourtant sont en général, ceux qui font des efforts en vue de réduire la DMS de leur patient et qui libèrent ainsi des lits d'hospitalisation.

Comme le confirme un médecin chef du service de pneumologie, « *cela entraîne des attitudes défensives vis à vis des urgences* » ; ainsi les médecins hospitalisent des patients la veille au soir pour ne pas voir le lit programmé pour le lendemain pris par une urgence dans la nuit. Un cadre supérieur de santé demande à ce sujet une parfaite transparence des services.

Dans ce cadre, des praticiens se sont demandés comment ils pouvaient atteindre leurs objectifs d'activités fixés par la contractualisation interne dans la mesure où ils ne pouvaient pas assurer la sortie de patients âgés vers des soins de suite. La recherche des lits d'aval étant de plus en plus difficile, ils ont demandé à réfléchir, avec la contractualisation interne, au processus d'affectation des patients par le service des urgences et de suivi des sorties des malades.

B) La définition des besoins

a) *La délégation de gestion*

La plus grande difficulté lors de l'écriture des contrats de pôle a été de cerner véritablement le sens des termes et le champ que recouvre la « délégation de gestion ». Deux conceptions peuvent en effet apparaître :

- La première consiste à considérer le terme de « délégation de gestion » dans un sens très large. Il s'agit ici de « remettre à plat les organisations et les moyens » et de permettre ensuite aux pôles de renégocier leurs dotations en moyens en fonction de leurs objectifs d'activité. L'avantage est de ne pas pérenniser les inégalités, si elles existent, entre les services. Pour le Directeur⁶⁸, cette option n'est pas satisfaisante car elle entraîne « *la balkanisation et le cloisonnement entre les pôles* ».
- La seconde s'entend davantage comme un partage du processus de prise de décision par notamment une clarification des tâches et du circuit de l'information. Ce partage se fait entre les pôles et la direction mais aussi entre les pôles. Cela permet, pour le praticien candidat à la responsabilité de pôle⁶⁹, un travail « *d'analyse et de proposition d'amélioration du fonctionnement des services du pôle* ». Pour le Directeur, l'hôpital s'oriente vers cette option car il faut conserver une logique d'ensemble à l'hôpital. Il souligne un élément important : « *Les pôles doivent comprendre qu'ils peuvent être déficitaires à cause de la T2A et donc doivent intégrer la notion de solidarité.* »

Cette différence de compréhension des termes a été à l'origine d'interprétations différentes et donc de motivations différentes à anticiper la réforme. Le recentrage sur la deuxième conception a pu faire percevoir à certains une restriction des objectifs de la nouvelle gouvernance et a pu être source de démotivation.

⁶⁸ Entretien du 18/08/05.

⁶⁹ Entretien du 16/08/05.

b) *Les champs de délégations*

Les travaux préalables à l'écriture des contrats ont cherché à définir les futurs besoins des pôles en fonction des informations disponibles de par le déploiement du système d'information. Sur ce point, il est difficile de déterminer quels sont les domaines dont tout ou partie de la gestion peut être déléguée au niveau des pôles.

Les cadres supérieurs de santé se sont inquiétés d'ailleurs de savoir quelle délégation de gestion présenterait un intérêt pour l'exercice de leur fonction et si la délégation qui leur sera accordée ne sera pas synonyme de lourdeur pour eux.

Pour les praticiens, le besoin exprimé en terme de délégation de gestion porte surtout sur le personnel. Pour le praticien candidat à la fonction de responsable de pôle, il s'agit de la principale préoccupation du corps médical même si « *la direction du personnel reste la seule compétente pour recruter* ». Les besoins exprimés ont surtout porté sur la gestion des mensualités de remplacement et la définition des nouveaux besoins en recrutement.

Les débats ont aussi porté sur la conservation de la politique sociale de l'établissement. En effet, la direction des ressources humaines, dans une démarche qualité, a mis en place des procédures de gestion des remplacements, qui s'imposent aux pôles. L'objectif est de conserver une égalité de traitement entre tous les services. Des difficultés sont donc apparues quant à la latitude donnée aux pôles de gérer eux même leurs mensualités de remplacement. Il en a été de même pour un certain nombre de tâches à déléguer comme par exemple la gestion du temps de travail, de l'absence, de la mobilité interne, la formation continue ou l'organisation du travail au sein du pôle.

Aussi, on s'oriente ici vers une clarification des tâches distinguant ce qui revient aux pôles de ce qui revient aux différentes directions plus que vers une délégation au sens large du terme.

Pour ce qui concerne l'achat des dispositifs médicaux, la question de la délégation se pose peu car ils dépendent des pratiques de chaque praticien. Pour l'investissement, les praticiens n'ont aucune attente particulière car les gros investissements font l'objet de procédures séparées où sont consultés les médecins. Pour le petit matériel, les praticiens ne souhaitent pas avoir de délégation de gestion car elle signifierait pour eux une gestion trop complexe et synonyme de perte de temps.

Finalement, le centre hospitalier de Chambéry s'oriente vers ce que le consultant a nommé une « *délégation utile* ». Le Dr Fellingier, président de la Conférence des Présidents de CME de CH, a confirmé cette orientation en affirmant que la délégation doit être synonyme de « *plus value* ».

2.3.2 L'élaboration des contrats

A) La négociation

Une fois définis les besoins des acteurs du pôle en ce qui concerne les champs et les niveaux de délégation de gestion, la préoccupation principale dans l'élaboration des contrats reste le rôle fixé au conseil de pôle. Lors du COPIL du 8 juin, le Directeur a insisté sur la « *nécessaire négociation des objectifs entre le responsable de pôle et les membres du conseil de pôle* ». Cela invite les praticiens et les cadres soignants à discuter ensemble des objectifs ce qui constitue pour le praticien candidat à la responsabilité d'un pôle, « *une révolution pour la médecine* ». Le Président de la CME montre dès lors « *l'intérêt à porter la discussion dans les pôles. Les pôles pourraient choisir ainsi la transformation des postes médicaux.* »

Le conseil de pôle doit assurer « *la coordination et l'harmonisation* » au sein du pôle notamment pour ce qui concerne les fermetures de lits. Le praticien devra « *arbitrer* » en cas de litige. Aussi, les praticiens ont demandé un rappel plus systématique du rôle du conseil de pôle. Dans ce cas aussi, la présence de tableaux de bord pertinents pourra éclairer la décision.

A ce sujet, le projet présenté par le groupe DAF-DIM présente pour la partie financière les grands groupes de dépenses en exploitation, dont le détail des dépenses de personnel, et de l'autre l'activité par GHS ainsi que la valorisation de ceux-ci. Pour le directeur financier⁷⁰, les contraintes sont encore nombreuses :

- Tout d'abord, la construction des tableaux de bord est trimestrielle ce qui ne permet pas un pilotage mensuel du pôle.
- Ensuite, la valorisation de certaines charges indirectes est difficile. Des lacunes existent encore dans le système d'information notamment pour les examens réalisés par un service prestataire pour un autre. En outre, la saisonnalité des charges de structure ne permet pas de les intégrer trimestriellement. Il ne peut donc pas y avoir de totalisation des dépenses.

⁷⁰ Voir relevé de conclusions de la réunion de présentation des tableaux de bord du 8 Juin.

- Enfin, ces tableaux de bord ne permettent pas une valorisation rapide de l'activité. A cette absence de visibilité s'ajoute la possibilité d'aléas conjoncturels difficiles à anticiper.

A ce propos, lors des discussions, les praticiens ont insisté sur l'absence de référence dans les contrats aux risques d' « *aléas négatifs* »⁷¹ qui pourraient survenir dans les pôles. Un chef de service souligne que le projet de contrat ne porte pas suffisamment mention des possibles révisions du contrat. Sur ce point, il est indispensable de faire une distinction entre les aléas négatifs liés à des facteurs structurels ou à des facteurs conjoncturels. Aussi, les praticiens rappellent qu'il existe un risque fort de dissensions entre les praticiens du pôle en cas d'activité insuffisante du pôle. Car deux effets financiers vont résulter d'une baisse d'activité : la diminution des recettes proprement dites et l'absence d'intéressement. Ce dernier suscite d'ailleurs de nombreuses interrogations en ce qui concerne notamment « *les pôles structurellement déficitaires et qui ne réaliseront jamais de bénéfice* ». Aussi des règles sont à déterminer pour savoir si l'établissement accordera de l'intéressement à un pôle « bénéficiaire » alors que tout l'hôpital est « déficitaire » et ce, pour garantir le maintien de la motivation des acteurs.

Pour les praticiens, il ne s'agit pas de « *se partager le gâteau* » mais de savoir comment établir un contrat qui ne les pénalise pas en cas de baisse d'activité.

A ce sujet, le directeur adjoint aux finances a aussi insisté sur le fait que la notion d'«enveloppe» n'existait plus car la T2A implique un financement des dépenses par les recettes de l'activité et non par un budget global.

Le dernier point abordé est celui du rôle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) dans le développement des activités. Les praticiens ont souligné que la cohérence économique des projets de développement d'activités pouvait être faussée par un refus d'autorisation d'activité de la part de l'ARH. Cette dernière limite ainsi la dynamique des projets des pôles. Pour les praticiens, « *l'activité d'angioplastie réglée a été sacrifiée au profit d'un autre centre hospitalier de la région ...* ». Dès lors, les objectifs se situent aussi « *au niveau de l'établissement* ». Il y aura donc toujours des contraintes externes (SROS) et nationale (tarifs des GHS) qui viendront contrecarrer « *la dynamique des objectifs des pôles* ».

⁷¹ Voir relevé de conclusions du COPIL du 8 juin.

B) La réaction des acteurs

La volonté d'encadrer parfaitement la démarche avant de lancer le premier pôle a été génératrice d'un retard très important dans le projet.

Tout d'abord, les praticiens ont souhaité négocier tous les aspects de la délégation de gestion avant de se lancer dans l'expérimentation. C'est une des limites du projet de Chambéry qui a consisté à encadrer la démarche avant de constituer les pôles d'activité. La majorité des établissements expérimentateurs a choisi la démarche inverse de constituer d'abord les pôles avant de négocier et signer les contrats.

Ensuite, les différentes directions ont eu du mal à envisager la délégation de gestion et la refonte des procédures. Les négociations ont été très longues ce qui finalement a atténué la dynamique du projet. Le plus difficile aussi est d'adapter le système d'information et la circulation de l'information à cette nouvelle organisation. Il s'agit en fait de simplifier au maximum les circuits de l'information et de construire des tableaux de bord les plus opérationnels possible. Ensuite, il faut aussi, pour chacune des directions, envisager le redéploiement des tâches des attachés d'administration hospitalière vers un service aux pôles.

Le projet a donc été revu au cours de son développement. Pour la directrice adjointe en charge du projet, il faut désormais « *constituer les premiers pôles* » avec « *une délégation partielle* », concentrée essentiellement sur la délégation de tâches opérationnelles pour les ressources humaines et d'une clarification de certaines procédures. Cette solution présente un avantage particulier dans la mesure où elle permet « *au responsable de pôle de définir progressivement son rôle au sein du pôle* » et lui permet d'envisager « *les champs de délégations dont il a besoin pour le fonctionnement du pôle* ».

Le médecin DIM de l'établissement⁷² rappelle enfin que « *l'évaluation des contrats ne devra pas seulement s'entendre en terme financier mais devra inclure des méthodes d'assurance qualité et d'évaluation, par exemple avec des indicateurs clés comme le nombre de plaintes, le taux de déclarations d'incidents et le nombre de jours de formation de chaque agent du pôle* ».

Finalement, c'est le projet présenté en juin 2005 qui servira de base à l'écriture des contrats de chaque pôle.⁷³

⁷² Entretien du 12/08/05.

⁷³ Voir ANNEXE IX.

Ainsi, la structuration du projet a révélé des changements culturels forts. La cartographie de l'établissement et la définition des règles, nécessaires pour obtenir des synergies et une collégialité des décisions à l'hôpital et dans les pôles, ont fait l'objet de discussions révélant l'identité propre de chaque corps et de chaque service. En remettant en cause les cloisonnements, elle a favorisé une meilleure connaissance de l'activité des services et le développement d'une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun. Ensuite, les projets de pôles ont permis de définir une stratégie et de donner du sens à cette nouvelle organisation. Ils permettent la mise en œuvre d'un consensus des décisions au niveau des pôles et introduisent une gestion médico-administrative de l'établissement. Ces projets suivis des contrats aboutissent à une notion d'obligation « de résultat » pour les pôles mais aussi pour la direction ainsi qu'une idée « d'amélioration continue des soins ».

Le projet mené à l'hôpital de Chambéry ne pouvait donc pas se faire sans engager une démarche pédagogique et volontariste afin de susciter l'adhésion même si cela a généré un retard important dans son déroulement. Il s'agit aujourd'hui d'aborder la dernière phase du projet de généralisation de cette organisation. Dans ce cadre, je me suis attaché à élaborer des axes de travail qui faciliteront la finalisation du projet.

3 LES PERSPECTIVES ET LES RECOMMANDATIONS

La conduite et la structuration du projet à l'hôpital de Chambéry ont privilégié une démarche progressive permettant l'appropriation de la nouvelle organisation par une partie des acteurs impliqués dans la démarche. Ce facteur a généré un retard important dans la mise en place des premiers pôles mais a permis un consensus dans les décisions prises et des outils mis en place.

Aujourd'hui, il convient d'expérimenter un maximum de pôles. En effet, cette démarche permettra de faire des ajustements indispensables avant la généralisation de l'organisation en pôles. Ces ajustements concernent notamment l'ensemble des outils mis en place et qui permettent de structurer le pôle. Cependant, cette mise en place suppose tout d'abord d'élargir le champ des acteurs impliqués dans la démarche afin que ceux-ci y participent activement et ne ressentent pas les pôles comme un « carcan » imposé par la direction. Cette dynamique, pour se mettre en place, devra chercher des moyens de motiver tous les acteurs à s'organiser en pôles au-delà de la contrainte réglementaire ou de la nécessité d'adapter l'organisation au nouveau mode de financement : la T2A.

Ainsi, il s'agit dans un premier temps d'élargir la dynamique du projet. En effet, celui-ci doit concerner tous les acteurs, en particulier les soignants, qui représentent la majorité du personnel hospitalier. Pour cela, l'équipe de direction et les praticiens impliqués dans le projet devront nécessairement axer leur stratégie sur une communication étendue à l'ensemble de l'établissement. Ils devront également rapidement s'organiser pour apporter une réponse concrète aux interrogations des futurs pôles d'activité.

Ensuite, il est nécessaire de motiver les acteurs en inscrivant le projet dans un objectif plus global d'amélioration continue de la qualité des soins, et ce au-delà de la volonté de dépasser les effets de la T2A. En effet, cette dernière pourrait très vite décourager les acteurs à se constituer en pôles s'il s'avère que les résultats de l'hôpital sont négatifs. Il faut donc chercher à dépasser les objectifs uniquement financiers.

Enfin, l'établissement devra améliorer son système d'information en vue de l'élargissement des champs de délégations de gestion et afin d'aboutir à un véritable pilotage des activités partagé entre tous les acteurs.

3.1 La dynamique du projet

Dans un premier temps, l'établissement devra nécessairement impliquer davantage d'acteurs dans la démarche afin de pouvoir expérimenter un maximum de pôles d'activité. Pour cela, un effort de communication autour du projet est à réaliser afin que tous les acteurs puissent s'approprier la réforme. Ensuite, il faudra continuer à motiver les praticiens responsables de pôle et les soignants dans le contexte difficile de la généralisation de la T2A.

3.1.1 Les préalables à la généralisation des pôles

A) La communication

Le projet actuel, en s'axant sur le volontariat, risque à terme de provoquer l'exclusion des praticiens et des soignants qui ne se sont pas impliqués dans la démarche. Le risque d'une partition de l'hôpital est important. Un effort de communication doit être mis en œuvre.

Dans un premier temps, cet effort doit se tourner vers les instances du Centre Hospitalier de Chambéry, la CME, le CTE et surtout le CA. En effet, le CA ne s'est pas encore impliqué dans la constitution des pôles alors qu'à terme il validera le découpage de l'établissement. Dans le cadre du recentrage de ses missions sur des missions stratégiques et de contrôle de l'équilibre budgétaire, il devra s'impliquer aussi dans la gestion des pôles. L'introduction de ces nouvelles missions nécessite donc dès à présent un effort de pédagogie afin d'expliquer les nouveaux enjeux des pôles vis à vis de la T2A.

Ensuite, un effort particulier devra être porté à la communication des travaux auprès des soignants de l'établissement. Sur ce point, l'intégration des soignants aux différents groupes de travail a été insuffisante et n'a pas encore permis d'instaurer une réelle dynamique parmi eux autour du projet. Malgré les 4 réunions d'encadrement consacrées aux pôles, il faut désormais redescendre l'information auprès des services et faciliter la remontée d'observations de leur part. Les réunions mises en place par service par l'équipe de direction peuvent être un bon vecteur.

B) L'allégement des processus

Pour les acteurs impliqués dans le projet, la mise en place des pôles est encore synonyme de lourdeur des procédures. La crainte ici est que les pôles ne se traduisent dans leur fonctionnement par une lourdeur administrative. Il s'agit donc, par l'écriture d'un règlement intérieur de pôle, de faciliter les échanges au sein des pôles notamment au sein du conseil de pôle et ce, sans alourdir la gestion interne.

Ensuite, les acteurs ont aussi regretté que la réforme de la nouvelle gouvernance n'aille pas plus loin dans la simplification de l'organisation interne. En effet, elle réaffirme la présence du bureau de CME dont la pertinence aurait pu être remise en cause, avec celle de l'équipe de direction, par la mise en place du CEP. En effet, les décisions font l'objet de trop nombreuses discussions et les propositions des pôles devront à terme pouvoir être discutées par le conseil exécutif plus rapidement.

Enfin, il faudra veiller à bien coordonner les travaux des différents groupes de travail à l'hôpital et des différentes instances. Ainsi les commissions comme la commission des équipements hôteliers ou la commission des équipements biomédicaux devront bientôt s'adapter à la mise en place des pôles en intégrant un interlocuteur unique pour chacun d'entre eux.

3.1.2 La motivation des acteurs

A) La question de l'intéressement

Comme le rappelle le Directeur⁷⁴, « *un élément peut remettre en cause la dynamique du projet : la généralisation de la T2A. En effet, si les tarifs nationaux de la T2A se restreignent, comme cela a été le cas au cours du premier semestre 2005, les perspectives des pôles vont nettement se réduire* ». Le risque ici est que l'hôpital n'arrive pas à trouver de candidats pour devenir responsable de pôle. La T2A doit donc continuer à ouvrir des perspectives même si elle peut réduire les projets de certains pôles en imposant des marges d'autofinancement. Il s'agit ici de trouver une source de motivation supplémentaire pour les acteurs à anticiper la mise en place de la nouvelle gouvernance. La solution passera nécessairement par une notion d'intéressement. Néanmoins, quel est ce « bon intéressement » ?

⁷⁴ Entretien du 18/08/05.

Il semble évident que cet intéressement ne pourra porter que sur des objectifs ciblés et ne pourra pas, à court terme, être lié aux résultats globaux des pôles. En effet, les services sont dotés historiquement de ressources qui les rendent structurellement excédentaires ou déficitaires. En outre, les sources de coûts important liés à la hausse de la DMS s'expliquent souvent dans l'organisation par l'absence de collaboration entre services sur les dates d'examens ou sur les solutions de sortie du patient par exemple. L'hôpital doit être pris dans son ensemble et on ne peut considérer un pôle en lui-même au risque de retrouver avec les pôles la balkanisation qui existe entre les services. Le futur pôle aura peu de marge de manœuvre. En revanche, il permettra aux acteurs de mieux se coordonner.

L'intéressement ciblé, lié à l'atteinte d'objectifs fixés en fonction des priorités de l'établissement comme la réduction de la DMS ciblé sur certaines pathologie ou sur la réduction des délais d'attente du patient hospitalisé pour obtenir un examen, semble pertinent pour fédérer les énergies autour d'un projet. L'intérêt ici est que les acteurs du pôle disposent de résultats tangibles qui puissent les motiver à renforcer les collaborations avec les autres services. Comme le rappelle aussi le Directeur⁷⁵, « *la faculté d'action [des pôles] ne peut porter que sur des éléments variables qui doivent faire l'objet, dans la mesure du possible, d'une délégation de gestion confiée au responsable du pôle d'activité. Leur nombre est limité.* ». Les futures orientations du projet médical (réduction de la DMS en médecine, augmentation du nombre d'intervention en chirurgie, évaluation des pratiques professionnelles, réseaux de soins) peuvent constituer des objectifs cibles pour les premières mesures d'intéressement.

B) La représentativité des acteurs

a) *Les soignants*

L'organisation actuelle autour de l'ordonnance sur la nouvelle gouvernance ne rend pas obligatoire la présence des soignants au sein du conseil exécutif. Même s'ils ont leur place au sein des conseils de pôle, il faudra veiller à terme à les associer aux principales décisions pour conserver leur motivation au sein des pôles. Il s'agit d'éviter la partition de l'hôpital entre d'une part les praticiens et les directeurs chargés de la stratégie et d'autre part les producteurs de soins. L'écriture d'un règlement intérieur des pôles pour le Centre Hospitalier paraît la aussi nécessaire.

⁷⁵ Cité au cours des journées de la Fédération Nationale des Cercles d'études des Gynécologues obstétriciens le 10/09/05.

En outre, la dérive possible liée à la T2A et dans tous les cas, l'étude des coûts d'une activité va vraisemblablement introduire des modifications dans les organisations dont les soignants seront les premiers concernés. Ils ne devront donc pas être exclus du pilotage de l'établissement et des décisions prises.

Il s'agit ici de laisser dans l'organisation des possibilités de remontée d'information des soignants dans les pôles et de pouvoir se concerter rapidement en vue de garantir la qualité du service rendu. Dans ce cadre, le cadre supérieur soignant de pôle a toute sa place. A ce titre, je considère qu'il devra être membre consultatif permanent du Conseil Exécutif. Mais il faudra qu'il dispose aussi du temps nécessaire pour l'anticipation des besoins et des situations présentant un risque de rupture de la continuité des soins.

La place du coordinateur général des soins s'entend aussi dans un rôle d'évaluation et d'expertise vis à vis du Conseil Exécutif dans lequel il devra toujours siéger de droit. En outre, la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation pourra aussi jouer ce rôle d'expertise vis à vis du Conseil Exécutif.

b) Les praticiens

La mise en place des pôles s'est axée sur le volontariat ce qui a pu entraîner un déséquilibre dans les négociations entre les praticiens pour la constitution des pôles. Certains ne se sont pas sentis assez concernés ou ont préféré ne pas candidater à la fonction de responsable de pôle avec la crainte d'une dérive gestionnaire ou technocratique des pôles. Les rigidités des textes sur le conseil exécutif (présence d'au moins 50% des praticiens responsables de pôle) et la lourdeur des procédures ont fait craindre une perte de temps dans un contexte de réduction de la démographie médicale. En outre la gestion d'un pôle demande des compétences que la plupart des praticiens ne se reconnaissent pas. Il leur manque la formation et le temps nécessaire. Cette réticence est d'autant plus fondée que l'hôpital est une organisation où la fonction se fonde sur la compétence professionnelle.

Il faudra donc à terme veiller à former le maximum de praticiens et à rééquilibrer les pouvoirs au sein des pôles. Cela permettra de faciliter les négociations entre les services et entre les pôles afin de ne pas de nouveau favoriser des disciplines soutenues par les praticiens les plus charismatiques. A ce sujet, je considère que le conseil exécutif devra toujours compter parmi ses membres un représentant du secteur de gériatrie dont le poids est très important à l'hôpital de Chambéry.

Cette analyse rejoint aussi celle faite par V. Anathole-Touzet⁷⁶ : « Elle [la réforme de la gouvernance] comporte des éléments (le conseil exécutif, le projet d'établissement et les projets de pôles, le contrat, le conseil de pôle, l'évolution des pratiques professionnelle...), susceptibles de favoriser l'émergence de valeurs partagées et d'une culture commune. En revanche, d'autres éléments l'en éloignent. La complexité et la rigidité du texte (composition du conseil exécutif, empilement des structures ...), de même que la limitation de la responsabilité locale sur la nomination des responsables de services et de pôles, les risques d'incohérence dans la représentation médicale. Autant d'aspects qui peuvent renforcer les conflits de valeurs et permettre des situations de blocage institutionnel. »

Ainsi, le gain lié à l'introduction des pôles ne sera pas forcément immédiat pour l'ensemble des acteurs et un temps d'apprentissage sera nécessaire. Mais il ne faut pas considérer uniquement le gain en terme financier et organisationnel, car les acteurs souhaitent aussi que l'introduction des pôles s'accompagne d'une réflexion sur la qualité des soins.

3.2 La culture qualité

En introduisant un financement à l'acte avec la mise en place des pôles d'activité, JL. Chassaniol fait remarquer⁷⁷ « qu'il ne faudrait pas que la gouvernance se traduise par la course à l'acte. Il y a là un vrai champ de réflexion. ». Dès lors, la réflexion sur l'intéressement ciblé devra aussi concerner le respect des bonnes pratiques médicales comme cela est préconisé dans la deuxième version du manuel d'accréditation de l'HAS.

3.2.1 L'harmonisation des protocoles et des pratiques

A) Au sein des pôles

A l'heure actuelle, selon les données du DIM, en dehors de la question des personnes âgées, on constate que la plupart des dysfonctionnements naissent à la frontière entre les services. Dans un premier temps, les pôles pourront donc permettre une harmonisation des pratiques entre les services les composant.

⁷⁶ AEAE-ENSP « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose », Partie 2, *Entreprise Santé*, juillet août 2005. p.24.

⁷⁷ Ibid. p.24.

Comme le confirme le praticien en charge de la qualité dans l'établissement⁷⁸, la T2A ne « doit pas se traduire par la recherche d'un certain volume d'activité » mais par « une harmonisation des pratiques, une évaluation des pratiques professionnelles et une référence aux « bonnes pratiques » de prise en charge des patients ».

Il s'agit ici d'une piste de réflexion intéressante qui sera source, à court terme, d'une meilleure coordination entre les services et donc d'une motivation supplémentaire pour les soignants. Cette dimension de l'amélioration continue des soins devra en outre être « partagée entre les acteurs du pôle », c'est à dire discutée entre les acteurs du pôle.

Sur ce point, il s'agit de définir une politique claire d'incitation à l'harmonisation des pratiques voire à l'évaluation des pratiques professionnelles. Avant la mise en place des conseils de pôle qui seront le lieu d'échange entre soignants et praticiens, l'écriture des contrats de pôle peut aussi être l'occasion de fixer des objectifs de qualité aux futurs services des pôles. L'exemple le plus intéressant ici concerne les commandes de médicaments. Ainsi, le pôle de chirurgie et d'anesthésie pourrait être amené à réfléchir à un document unique de prescription signé par les praticiens et harmonisé pour tous les services du pôle, le document actuel établi pour tout l'hôpital ne prenant pas en compte les spécificités de cette discipline.

B) Au sein de l'établissement

Au-delà de l'harmonisation des procédures au sein des services d'un pôle, il s'agit aussi pour l'hôpital de garantir la gestion des projets transversaux, avec en premier lieu la culture qualité. Le problème qui se pose ici est d'arriver à conserver une incitation au niveau de l'établissement et de dépasser la logique des pôles.

Pour reprendre l'exemple précédent sur les prescriptions de médicaments en chirurgie, les travaux du groupe de travail sur « la sécurisation du circuit du médicament » ont montré les difficultés à avoir une vision transversale à l'hôpital. Il en est de même pour la commission sur le dossier patient.

Le positionnement de la cellule qualité est délicat car cette cellule devra inciter les pôles à respecter les axes de la démarche décidée au niveau de l'établissement. C'est le cas par exemple des actions correctrices à mener dans le cadre de la première accréditation.

⁷⁸ Réunion du groupe « projet médical » du 09/09/05.

3.2.2 L'évaluation des soins et des filières patient

A) La culture de « l'évaluation »

Avec l'introduction des pôles, il ne s'agit pas seulement dans l'établissement de développer une « culture de la gestion » entre les responsables de pôle et la direction, c'est à dire de responsabiliser uniquement les praticiens des pôles en introduisant la notion de valeur. La valeur créée en effet par les soins ne s'entend pas seulement en terme financier mais aussi en terme de qualité du service rendu et de continuité des soins. Cette réflexion peut mener à suggérer aussi des frontières éthiques afin que la T2A n'entraîne pas une diminution de la qualité des soins. Pour le Pr. Sicard, *« l'un des problèmes est d'être le pays le moins évaluateur du monde. Nous érigeons des systèmes très compliqués et on s'en va. Or, sans évaluation, pas d'éthique. »*. Il sera donc indispensable d'introduire avec la notion de « culture de gestion » celle de la « culture de l'évaluation » avec l'introduction de notion comme la garantie de la continuité des soins.

Cette culture de l'évaluation va rapprocher à terme les préoccupations des cadres avec celle des praticiens et des chefs de service. En effet, pour la directrice des soins, *« les soignants sont les seuls présents en permanence dans les services. »* A ce titre, ils sont les garants de la permanence des soins alors que les praticiens *« n'ont pas forcément la culture de la continuité des soins »*. Là aussi, le rôle du futur conseil de pôle est fondamental dans la mesure où les débats qui s'y dérouleront vont permettre de confronter les problématiques médicales et soignantes.

B) Les filières de prise en charge du patient

Si la cartographie de l'établissement se révèle définitive, elle devra s'accompagner à moyen terme d'une réflexion autour des « filières patient » à l'intérieur des pôles. L'hôpital devra mettre en œuvre des solutions innovantes permettant de s'organiser autour du patient en dépassant le simple découpage en service. En effet, les synergies ne se créeront que si, lorsque cela est possible, les pôles s'organiseront en fonction d'une prise en charge donnée du patient, par exemple sous forme d'hôpital de jour et de semaine pour les pathologies nécessitant beaucoup de moyens pendant la phase aiguë mais peu pendant la phase de réadaptation, et sous forme d'une prise en charge plus globale avec un diagnostic complet et une recherche des solutions d'aval notamment pour les personnes âgées.

Lors de la CME de mai 2005, des praticiens ont évoqué l'idée de développer des hôpitaux de semaine à l'intérieur de chacun des pôles médicaux et chirurgicaux. En effet, le pôle permet de repenser une organisation à l'hôpital en vue d'une meilleure prise en charge du patient, assurant ainsi un certain lissage de la charge de travail.

Un médecin membre de la Commission des admissions non programmée ainsi que le président de la CME ont en effet constaté une surcharge de travail en début de semaine. Aux entrées programmées des patients le lundi s'ajoute en effet les patients entrés en urgence le week-end et qui sont toujours dans le service. L'idée est de créer au sein des pôles 2 hôpitaux de semaine : un du lundi au lundi et l'autre du jeudi au jeudi afin de pouvoir lisser la charge de travail liée à l'entrée des patients provenant des urgences et de pouvoir garantir l'activité programmée plus rémunératrice car ayant une DMS moins élevée.

L'idée aussi est de développer un plateau commun de consultations pour l'ensemble des pôles et qui pourrait s'inscrire dans le cadre du pôle médico-technique.

Le découpage futur pourrait obéir davantage à une logique de flux qui regrouperait les activités du pôle selon le mode de prise en charge des patients et qui romprait avec les organisations antérieures. Cela permettrait aussi d'intégrer de plus petites entités aux projets du pôle. Par exemple, la rééducation fonctionnelle pourrait s'inscrire dans des modes de prise en charge longs à l'hôpital permettant de délivrer des soins alors même que le patient n'est pas transféré vers un service de SSR.

Evaluation des pratiques, organisations autour du patient sont des conditions indispensables de motivation avant la généralisation des pôles. Mais cette généralisation nécessite aussi que le Centre Hospitalier de Chambéry se donne les moyens d'assurer un pilotage financier et qualitatif de l'établissement par l'intermédiaire de son système d'information et de reporting.

3.3 Le système d'information

3.3.1 Les tableaux de bord

A) Les préalables

« *On ne peut manager que ce que l'on mesure* »⁷⁹ affirmait le Directeur Général de l'institut Montsouris lors d'un colloque sur la Nouvelle Gouvernance pour montrer que les conséquences de l'analyse de gestion et des tableaux de bord sont fortes sur le pilotage d'une activité. En effet, elles détermineront à terme les activités qu'il faudra promouvoir, créer, réorganiser ou au contraire abandonner en introduisant une transparence sur les coûts, les pratiques et les organisations. Rappelons aussi que, dans un contexte de T2A, le tarif des GHS doit couvrir l'ensemble des coûts directs et indirects.

La mise à disposition des informations passera d'abord par la définition des règles de la comptabilité analytique et d'une information médicale la plus exhaustive possible. Il faudra à moyen terme disposer aussi d'outils spécifiques pour les pôles prestataires et d'outils de gestion économiques et comptables interfacés voire des logiciels de gestion intégrés, qui ont pour objectif de mettre en réseau, par une base de données unique, l'ensemble des données relatives aux fonctions de l'hôpital (comptabilité, gestion des achats, gestion des ressources humaines, communication, finance...).

L'hôpital de Chambéry devra très rapidement développer cet outil capable d'aider à la décision. Il devra être le plus accessible et le plus « pédagogique » possible. Corollaire de cet outil, un effort de formation est à faire pour permettre aux acteurs de comparer les recettes et les dépenses.

Le rôle de la DSIO est ici très important car elle devra d'une part formaliser le circuit de l'information et doter les acteurs d'outils capables de véhiculer rapidement l'information et d'autre part développer des outils simples et accessibles à tous les niveaux de l'établissement.

⁷⁹ AEAE-ENSP « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose », *Entreprise Santé*, Mai Juin 2005.

B) La mesure de la performance

Une des difficultés est de définir ce qu'est la « performance ». A ce sujet, une étude menée dans les dossiers « solidarités et santé »⁸⁰ de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), a permis de mieux cerner la notion de « performance hospitalière ». Le dossier propose une approche pragmatique selon trois directions :

- L'atteinte des buts « cliniques ».
- L'utilisation optimale des moyens.
- La capacité d'adaptation aux changements.

Quand on aborde le premier niveau à savoir l'évaluation des performances « cliniques », on se trouve face à une multitude de jugement mettant en cause les caractéristiques de l'hôpital. Le dossier distingue trois domaines d'appréciation :

- Les structures de l'hôpital (performance de l'hôpital, qualité et niveau des ressources humaines).
- Les procédures de soins, actes ou ensemble d'actes mis en œuvre.
- Les résultats obtenus en terme cliniques ou de perception par les patients.

Si l'on considère ces critères d'une « activité performante », qu'est ce qu'un « bon » indicateur de cette « performance » ? La réponse est difficile même s'il existe des pistes :

- Tout d'abord, concernant l'atteinte des objectifs « cliniques », il s'agit de définir des critères objectifs de qualité (comme un taux de mortalité ou des préconisations de « bonnes pratiques ») ou des critères fondés sur des questionnaires remplis par le patient.
- Ensuite, concernant « l'utilisation optimale des moyens », la comparaison entre la DMS de l'établissement et la DMS nationale valorisée avec la T2A est un bon outil pour permettre de s'interroger l'organisation de la prise en charge, les pratiques de soins et les solutions à mettre en œuvre pour faciliter la sortie du patient. Il s'agit ici d'un indicateur important permettant même de réaliser des anticipations sur le devenir d'une activité.

⁸⁰ DREES, « Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », *Dossiers solidarité et santé*, N°2, avril/juin 2001.

Aussi, il faudra veiller à avoir l'exhaustivité des données financières du pôle même si cela nécessite la réorganisation des circuits de l'information. Cette exhaustivité est indispensable notamment pour les facturations inter-pôles et celles des services prestataires. Un des points à aborder dans le futur concerne en effet les recettes des pôles prestataires médico technique ou médico administratif car leurs recettes, issues de refacturation, devront leur permettre d'assurer un service de qualité aux pôles client.

- Enfin, « la capacité d'adaptation aux changements » renvoie aux possibilités de faire des prévisions. Les tableaux de bord devront proposer une vision prospective de l'évolution des dépenses au regard des dépenses de l'année n-1. Une attention particulière est à apporter aux dispositifs médicaux ou à la location de matériel, deux postes de dépenses qui ont fait l'objet d'une croissance importante ces deux dernières années. Concernant les ressources humaines, il faudra nécessairement intégrer des éléments concernant la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) surtout dans un contexte de baisse de la démographie médicale et soignante.

Il faudra veiller aussi à ce que les tableaux de bord concernent chaque chef de service afin de ne pas orienter la mise en place des pôles vers une organisation à deux échelons : un échelon purement stratégique (le pôle d'activité) et un échelon purement opérationnel (le service).

3.3.2 Le suivi de l'analyse de gestion

A) Le rôle du DIM

Au-delà de l'intérêt des tableaux de bord sur le pilotage, cette démarche permet l'introduction d'une culture de gestion à l'hôpital en liant l'activité aux coûts. Concernant la valorisation de l'activité, il faudra aussi veiller à terme à garantir l'indépendance du DIM. Son rôle en effet, est essentiel dans la mesure où il apporte une caution médicale aux chiffres de l'activité et à leur valorisation. Mais pour la médecin DIM⁸¹ de l'établissement : « *dans son rôle d'aide à la publication des tableaux de bord et de conseils aux services, le DIM doit toujours savoir faire preuve de diplomatie voire d'une certaine réserve* ». A terme, l'établissement devra faciliter ce rôle de conseil en garantissant son indépendance et en ne l'intégrant pas à un pôle médico administratif.

⁸¹ Entretien du 12/08/05.

Ensuite, son rôle sera essentiel car il faudra aussi intégrer des indicateurs de qualité aux tableaux de bord. Sur ce point, son rôle d'expertise permettra de légitimer les indicateurs mis en place et constituera une garantie de l'analyse des résultats. En cela, le regroupement du DIM et de l'unité chargée de la qualité médicale constitue un apport intéressant pour l'interprétation future de ces tableaux de bord.

Enfin son rôle dans le Conseil Exécutif s'orientera à terme vers un rôle d'expert dans l'analyse de l'activité, des budgets, de la qualité et des indices de satisfaction au travers de ratios, courbes et valeurs cibles.

B) Vers la création d'une unité d'audit interne ?

La particularité de l'hôpital repose sur la multiplicité des expertises nécessaires à la définition de la performance et de la qualité d'une activité. Les tableaux de bord seront une première réponse d'aide à la décision pour les pôles mais aussi pour les instances.

Au-delà, il est nécessaire de réfléchir à la mise en place d'une équipe chargée de réaliser des audits internes à l'intérieur de l'hôpital. Un modèle existe déjà concernant la gestion des risques à l'intérieur de l'établissement.

Il s'agit ici de pouvoir constituer des équipes pluridisciplinaires – praticiens, soignants, cadres administratifs – pour mener des études ciblées dans certains domaines à la demande des pôles d'activité. Cette équipe pourrait aider aussi les pôles à réfléchir autour des résultats du pôle et à bâtir des plans d'actions.

Cette unité d'audit constituerait aussi une base sur laquelle le Conseil Exécutif pourrait s'appuyer pour faire des enquêtes et prendre des décisions concernant les grandes orientations de l'établissement comme le projet médical. En outre, certains problèmes pourraient intervenir entre les pôles. Dans ce cadre, l'unité d'audit interne pourrait faire des propositions d'amélioration. Sa présence semble d'autant plus importante pour les pôles médico techniques prestataires qui ne recevront pas de recettes directement de la T2A.

A terme, la généralisation d'un système d'information clair et partagé par les pôles et la direction sera indispensable pour rendre des arbitrages et décider d'actions correctrices en concertation avec tous les acteurs.

Ainsi, la généralisation de l'organisation en pôle en 2007 à l'hôpital de Chambéry nécessite au préalable de motiver davantage d'acteurs à la démarche. Cette recommandation s'applique plus particulièrement aux soignants et aux praticiens qui ne sont pas encore impliqués dans la réflexion. Pour eux, un effort de formation et d'incitation est indispensable. Cet effort passera notamment par l'adoption de valeurs et de pratiques partagées, notamment autour de la prise en charge des patients et ce, au-delà des difficultés que pourrait engendrer la généralisation de la T2A.

Enfin, à long terme, le déploiement d'un système d'information partagé assurera un meilleur pilotage de l'établissement et une meilleure compréhension mutuelle des logiques gestionnaires et soignantes.

CONCLUSION

L'hôpital de Chambéry s'est voulu avant tout pragmatique dans l'expérimentation des pôles d'activité. Le défi était de taille car en remettant en cause l'organisation et le découpage interne de l'établissement en service, la réforme de la nouvelle gouvernance a introduit un changement culturel fort.

Une période d'apprentissage de la réforme a certes été nécessaire, mais la place accordée au volontariat a permis de construire un modèle à partir d'un consensus entre les acteurs qu'ils soient médecins ou directeurs. Le dialogue qui s'est instauré autour de la mise en place d'une organisation interne à l'établissement a révélé de nombreux leviers d'actions qui pourront être mis en œuvre lors de la généralisation des pôles : un projet médical de pôle structurant et décidé en concertation, une redéfinition du métier de chaque acteur en synergie avec les autres compétences du pôle et enfin une délégation de gestion axée sur une clarification des processus décisionnels favorisant un dialogue constructif entre les médecins, les soignants et la direction de l'établissement autour d'objectifs contractualisés.

Mais des questions sont nées au fur et à mesure des travaux et ont révélé des problématiques importantes qu'il a fallu résoudre : place du personnel soignant et de son encadrement dans la structure, conséquences de la T2A sur la prise en charge des patients, définition de la délégation de gestion en fonction des compétences de chacun, formalisation de la négociation entre les pôles et la direction, place de la personne âgée à l'hôpital... Ces questions soulevées ont été l'objet de débats qui ont permis de préciser le contenu d'une réforme en cours d'expérimentation. Dans ce cadre, la notion d'homme reste indissociable d'un projet de changement d'une telle ampleur et ce d'autant que la santé et la notion de qualité des soins à la personne ont souvent un caractère affectif fort. En outre, lorsque le projet s'est ralenti, les professionnels ont parfois cherché à résoudre des problèmes dépassant le cadre de la mise en place des pôles.

Le projet désormais suit son cours ; les difficultés seront nombreuses jusqu'à la généralisation de l'organisation en pôle en 2007. Des préalables indispensables sont à respecter : d'abord continuer à motiver les acteurs dans un contexte financier difficile, ensuite, prendre en compte la dimension de qualité des soins ce qui renvoie à des questionnements sur des pratiques professionnelles et enfin, déployer un système d'information capable d'aider à la décision.

Car il s'agit bien finalement de rapprocher deux logiques qui ont été longtemps considérées comme indépendantes : celle du manager et celle du praticien. Il s'agit d'introduire une organisation qui permette, non pas qu'elles fusionnent mais qu'elles s'enrichissent. Je suis convaincu que réside ici la difficulté principale de l'introduction des pôles d'activité.

Finalement, comme le souligne le Dr Réa⁸², « *le gestionnaire et le médecin ont de nombreux points communs [...] tous deux doivent faire preuve de courage dans la prise de risque.* »

⁸² AEAE-ENSP « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose », *Entreprise Santé*, Mai Juin 2005, p.27.

Bibliographie

Ouvrages :

- *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales*, Nathan 6^{ème} édition, mars 2003.
- D. Stingre, *Le service public hospitalier*, PUF, novembre 2004, 128 pages.
- H. Leteurtre, P. Mallea, *Performance et gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, juin 2005.
- J. de Kervasdoué, *L'Hôpital*, Que-sais je ? PUF, 2004, 128 pages.
- J-P Claveranne, C. Pascal, *Repenser les processus à l'hôpital - Une méthode au service de la performance*, Economica, avril 2004.
- J-P. Gaudin, *Pourquoi la Gouvernance ?*, Paris, Presse de Sciences-Po, novembre 2002, 137 pages.
- H. Mintzberg, *Structures et Dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, 1982.
- P. Moreau-Defarges, *La Gouvernance*, Que-sais je ? PUF, juin 2003, 127 pages.

Textes officiels :

- Circulaire DHOS/ e1 n° 61.
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance (J.O n°102 du 03/05/05).
- Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des EPS.
- Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires.

- Décret n° 2005-44 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique.
- Décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Journal Officiel du mardi 26 juillet 2005.

Publications :

- A. Charleri, « Directeur coordonnateur de pôle, des arts et des manières », *Décision*, mars 2005, p.34.
- AEAE-ENSP « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose », Partie 1, *Entreprise Santé*, mai juin 2005, p.10/24.
- AEAE-ENSP « La Nouvelle Gouvernance hospitalière, du procès à la métamorphose », Partie 2, *Entreprise Santé*, juillet août 2005, p.16/31.
- Dossiers solidarité et santé, « Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », N°2, avril/juin 2001.
- Cahier « spécial gouvernance », *Gestions Hospitalières*, novembre 2003.
- D. Debrosse, A. Perrin, G. Vallencien, « Projet « Hôpital 2007 », Dossier réforme de la gouvernance », *les cahiers hospitaliers* n°199, mars 2004.
- E. Couty, « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n° 416, mai 2002.
- E. Ginesy, D. Blaes, « La contractualisation interne cinq ans après », *Gestions Hospitalières*, n°416, mai 2002.
- « Gouvernance, projet d'ordonnance in extenso », *Le nouvel hospitalier*, janvier février 2005, p. 9/21.
- F. Kohler, E. Toussaint, « Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne. Quelques réflexions sur les modèles en hospitalisation de court séjour. », *Gestions Hospitalières*, n°443, février 2005, p.93/99.

- G. Langlois, «Au Forum de l'hôpital public - Le management passe par le sens », *Hospimédia.com*, mai 2004.
- H. de Roo, «Le Management de proximité au CH de Roubaix : Les directeurs de disciplines, l'expérimentation de la nouvelle gouvernance », *Mémoire ENSP*, décembre 2004, 71 pages.
- H. Tanguy, « Anticiper, anticiper, il en restera toujours quelque chose... », *Gestions Hospitalières*, N°439, octobre 2004, p. 607/610.
- JP. Claveranne, « L'Hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue Française de Gestion*, septembre octobre 2003, n°146, p. 125-129.
- J.P Segade « Le contrat interne, instrument de management. Un défi et une révolution culturelle », *Revue hospitalière de France*, n° 486, mai juin 2002.
- J.M. Budet, « Contractualisation interne : le cadre juridique », *Gestions Hospitalières*, n° 408, août septembre 2001.
- K. Piganeau, « L'ordonnance sur la nouvelle Gouvernance », *Le Quotidien du Médecin*, 2 mai 2005.
- M. Bonnet, D. Delmote, D. Chevalier, I. Knaff, MC. Hache, «L'hôpital et le cancer. Nouvelle gouvernance, quelle applicabilité à la cancérologie ? L'exemple lillois. », *Gestions Hospitalières*, N°436, mai 2004, p. 321/326.
- M. Cremadez, « Vers une nouvelle Gouvernance hospitalière », *Revue Hospitalière de France*, n° 490, janvier février 2003.
- M. Cremadez, « Evolution de la Gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°430, novembre 2003.
- MA. Ulrich « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de GRENOBLE », *Gestions Hospitalières*.
- MO. Clery « Délégation de Gestion et Contractualisation interne », *Les études hospitalières 2003*.
- P. Lamy « La gouvernance, utopie ou chimère ? », *Etudes*, février 2005.
- P. Svandra, «La gouvernance : concept ou méthode ?», *Objectif soins*, N°132, janvier 2005, p.8/10.

- R. Caillet et D. Crie, « Organisation par pôles de l'hôpital public, réflexions pour l'hôpital 2007 », *Gestions hospitalières*, octobre 2004.
- S. Pratmarty, « Mise en place et implications d'un financement des pôles à l'activité : l'exemple du CHU de Montpellier. », *Mémoire ENSP*, décembre 2004, 89 pages.
- R. Mercey, D. Frering, M.G. Genin-Paillet, C. Magne « Directeur des soins, coordonnateur général des soins, entre utopie et principe de réalité. », *Soins Cadres*, N°51, août 2004, p.52/54.
- V. Anatole-Touzet, « La gouvernance, compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? », *Revue hospitalière de France*, mai juin 2004.

Rapports :

- *Le désenchantement hospitalier*, Rapport Couanau sur l'organisation interne de l'hôpital, 19 mars 2003.
- *Evolution des parts de marché de la chirurgie « classique » dans 20 régions entre 1999 et 2001 – Réalités et perspectives*, rapport de l'Assurance Maladie, janvier 2005, 47 pages.
- *Résultats de l'audit des établissements « anticipateurs »*, Rapport d'étape MEAH-CNEH-AYMARA, juin 2004, 29 pages.
- *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière*, Les cahiers de la MEAH, actes du colloque du 8 septembre 2004.
- *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, avis et rapports du conseil économique et social, 2005, 261 pages.
- Actes du colloque de l'UHRIF: *Echange croisé des expériences mises en œuvre sur la nouvelle gouvernance dans les hôpitaux de l'UHRIF et de l'AP-HP :*
 - Panorama de quelques expérimentations en Ile de France (diaporama).
 - Témoignages d'établissements expérimentateurs (diaporama).

Sites Internet :

- www.apmnews.com
- www.hospimedia.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.meah.sante.gouv
- www.fhf.fr
- www.ensp.fr
- www.parhtage.sante.fr/

Liste des annexes

ANNEXE I :

Circulaire DHOS/ e1 n° 61 II-V

ANNEXE II :

Grille d'entretien VI

ANNEXE III :

Règlement Intérieur du Conseil Exécutif Provisoire VII-X

ANNEXE IV :

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique
des établissements de santé – EXTRAIT X-XIII

ANNEXE V :

Dépêche APM: Gouvernance de l'hôpital: le DG du CHU de Nancy
appelle à la "désobéissance textuelle" XIV-XVI

ANNEXE VI :

Dépêche APM: CES: pôles et nouvelle gouvernance XVII-XIX

ANNEXE VII :

Profil du poste : Praticien responsable de pôle XX-XXI

ANNEXE VIII :

Profil du poste : Cadre Supérieur de Santé de Pôle XXII-XXIV

ANNEXE IX :

Contrat de pôle XXV-XXXV

**ANNEXE I CIRCULAIRE DHOS/ E1 N° 61 RELATIVE A LA MISE EN PLACE PAR
ANTICIPATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE.**

- 13 FEVRIER 2004 -

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé
Bureau droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé (E1)

Paris le 13 février 2004

Circulaire

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

A

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour information)

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

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

Textes de référence : Code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-7, L. 6145-16 et L. 61466-8.

Introduction

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

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

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

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

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

- Le conseil d'administration voit ses compétences centrées sur la définition des axes stratégiques, l'évaluation et le contrôle ;
- La compétence générale du directeur de l'établissement est réaffirmée ;
- Un conseil exécutif est créé dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Cette instance paritaire, présidée par le directeur, associe étroitement les praticiens désignés par la CME et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de

l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens ;

- La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement : notamment par la participation de leurs représentants au conseil d'administration et le pouvoir d'alerte qui leur est conféré en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement ;
- La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation voit ses compétences élargies et renforcées : elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

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

- Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement. Ces pôles peuvent être constitués d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles. Leur nombre, leur taille et leur composition sont laissés au choix de l'établissement ;
- Chaque responsable de pôle contractualise avec le directeur et le président de la CME les objectifs du pôle, dont les membres seront élus (et non plus tirés au sort comme dans les actuels conseils de service) ;
- Les divers comités et commissions de sécurité et de vigilance réglementés (CLIN, etc...) jugés trop nombreux sont maintenus comme sous-commissions de la commission médicale d'établissement ; il doit en résulter une simplification de leur fonctionnement, la possibilité d'une réduction de leurs membres, une meilleure coordination de leurs propositions ;
- La composition et les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) demeurent, par ailleurs, inchangées.

Les dispositions législatives vont être préparées et entrer en vigueur au cours de l'année 2004 et la nouvelle organisation interne de l'hôpital devra être mise en place avant le 1er janvier 2007.

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

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

A - Objectifs

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

A cet égard, il conviendra :

- d'une part, d'identifier les facteurs clés du succès pour la mise en œuvre du changement au sein de l'hôpital,

- et d'autre part, de mettre en lumière les mesures et modalités pratiques devant accompagner le changement lors de la mise en œuvre des textes pour tous les établissements (telles que les formations à prévoir pour les responsables de pôle par exemple).

B - Conditions de réalisation

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

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

Ils s'engagent dans cette démarche d'anticipation jusqu'à la fin de l'année 2005.

Ils devront, par ailleurs, faire connaître au comité de suivi l'état d'avancement de leur démarche et organiser aux plans local et régional, en lien avec l'ARH, des réunions d'informations périodiques à destination des autres établissements publics de santé.

C - Conditions de candidature

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

Pourront faire acte de candidature :

- d'une part, les établissements ayant déjà mise en œuvre un changement de leur organisation interne et qui souhaitent le poursuivre ;
- d'autre part, les établissements vierges de toute démarche antérieure, volontaires pour s'y engager.

Il est souhaitable que les établissements candidats disposent d'une comptabilité analytique par séjour, qu'ils aient satisfait à la procédure d'accréditation et conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sur la base d'un projet d'établissement approuvé. Néanmoins, aucune de ces conditions, n'est formellement requise pour participer à la démarche d'anticipation.

D - Dossiers de candidature

Le dossier de candidature figure en annexe de la présente circulaire. Il comporte un tableau relatif à la description sommaire de l'établissement qui doit être renseigné par les établissements candidats. Ces dossiers devront parvenir au secrétariat du comité de suivi (DHOS - sous-direction E) assorti, au minimum, d'un engagement formel du directeur et du président de la CME avant le 25 février 2004 pour un lancement de la démarche d'anticipation dès le 15 mars 2004.

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

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

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

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

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

La mutualisation des retours d'expériences des établissements les plus avancés dans la démarche sera assurée par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH). Cette

mutualisation permettra d'élaborer un premier document pratique sur les méthodologies du changement.

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

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

Dossier de candidature

1. Présentation sommaire de l'établissement

- Indicateurs Réponses
 - Dénomination de l'établissement (préciser CH, CHS, CHR, CHU)
 - N° FINESS
 - Capacité totale de l'établissement en lits et places (toutes disciplines)
 - Nombre de lits et places MCO
 - Nombre de lits et places en psychiatrie
 - Nombre de lits et places en soins de suite et réadaptation
 - Nombre de lits d'hébergement pour personnes âgées
 - Capacités financières
 - Montant de la section d'exploitation (CA 2002 en M €)
 - Montant de la section d'investissement (CA 2002 en M €)
 - Situation financière
 - En équilibre
 - En déficit (en %)
 - En excédent (en %)
 - Activité : valeurs 1998 et 2002 (MCO) - Sources SAE et PMSI
 - Entrées / DMS
 - Taux d'occupation moyenne
 - ISA (en volume et valeur du point)
 - Personnels FPH (en ETP rémunérés au 31/12/2003) dont
 - Administratifs
 - Soignants, médico-techniques, de rééducation
 - Techniques et ouvriers
 - Sociaux éducatifs
 - Personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques (ETP)
 - PH temps plein et temps partiel - Assistants hospitaliers
 - PU - PH temps plein - MCU - PH - CCA - AHU
 - L'établissement a-t-il été accrédité ?
 - Si oui, avec recommandations ? OUI - NON Combien
 - Si oui, avec réserves ? OUI - NON Combien
 - Si oui, date prévisionnelle de la visite ?
 - L'établissement dispose-t-il d'une comptabilité analytique par séjour ? OUI - NON - En cours
2. Joindre la lettre d'engagement du directeur et du président de la CME, précisant succinctement (en une dizaine de lignes) les motivations de l'établissement.

Ce questionnaire représente la trame générale des entretiens que j'ai menés. Ceux ci ont duré en moyenne 30 minutes. Chaque entretien a été individualisé en fonction de la place et de l'implication de mon interlocuteur dans le projet.

Merci pour avoir répondu favorablement à ma demande.

Je réalise dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de l'ENSP une enquête sur l'expérimentation des pôles au CH de Chambéry. Aussi, j'ai souhaité, de part la place que vous occupez, vous solliciter pour répondre à des questions sur votre perception de la nouvelle gouvernance et de l'introduction des pôles ainsi que sur le rôle que vous souhaiteriez y tenir.

1.Comment envisagez-vous la « Nouvelle Gouvernance » et la mise en place des pôles, tant au niveau de l'hôpital en général que du centre hospitalier de Chambéry ?

2.Qu'attendez-vous de l'introduction des pôles d'activités ? (ou bien vos collègues praticiens / soignants / cadres administratifs).
Comment envisagez vous votre rôle au sein des pôles d'activité ?

3.Que pensez-vous du projet d'expérimentation mis en œuvre à Chambéry ?
Quelles sont vos attentes vis à vis de celui-ci ?

4.Que proposeriez vous pour améliorer la démarche ?

PREAMBULE

Dans le cadre de l'expérimentation de La Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de CHAMBERY, il est mis en place durant la phase d'expérimentation, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2007 après avis de la C.M.E. et délibération du Conseil d'Administration, une préfiguration du Conseil Exécutif dénommé « Conseil Exécutif Provisoire (C.E.P.) ».

Cette instance paritaire médico-administrative regroupe des représentants de la CME et de l'équipe de Direction.

Les instances de l'établissement seront informées régulièrement des réflexions et travaux conduits par le C.E.P.

I- MISSION

Le Conseil Exécutif Provisoire est une structure de pilotage de la stratégie et de la politique de l'établissement, telles qu'arrêtées par le Conseil d'Administration, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement.

II- DOMAINES D'INTERVENTION

Six domaines d'intervention (possibles) :

1- Stratégie et partenariat

Dans le cadre de l'élaboration du Projet d' Etablissement (PE) et des Contrats d'Objectifs et d'Activité (COA), ainsi que du projet médical de territoire.

2- Projet et Contrat d'Objectifs

Prépare l'ensemble des projets nécessaires au Projet d' Etablissement et COA et notamment le Projet Médical.

3- Organisation, délégation de gestion et contrats internes

- . Propose l'organisation en pôles et le dispositif de déconcentration de la gestion.
- . Donne un avis sur les désignations des Chefs de Pôles (médicaux ou non)
- . Se prononce sur le contenu des contrats internes.
- . Suit l'organisation et le fonctionnement général du système mis en place.

4- Budget et activités

- . Contribue à la préparation du budget fondé sur les prévisions d'activité.. Fixe les priorités à soumettre au Conseil d'Administration et est associé à la préparation des négociations avec la tutelle.
- . Assure le suivi régulier dans le respect du Projet d' Etablissement et du COA

5- Ressources Humaines

- . S'exprime sur l'évolution des effectifs médicaux et non médicaux, sur le plan de formation des personnels médicaux et non médicaux.
- . Est informé et associé aux missions d'études, d'audits et de conseils réalisés en interne ou par l'externe.

6- Qualité et gestion des risques

- . Est consulté sur la politique qualité et gestion des risques de l'Etablissement.
- . Suit les opérations relatives à la préparation à la visite d'accréditation.
- . Suit la mise en œuvre du programme d'action qualité, ainsi que les recommandations de l'ANAES.
- . Donne un avis sur les principes et mises en œuvre de l' Evaluation des Pratiques Professionnelles.

III- COMPOSITION

Le CEP comprend 10 membres désignés selon les modalités prévues par la réglementation, à savoir 4 membres désignés par le Directeur au sein de l'équipe de direction, 4 médecins désignés par le président de la CME, après avis de la CME.

A la demande du Directeur et avec l'accord du Président de la CME, d'autres membres de la direction peuvent assister avec voix consultative aux séances du C.E.P.

A la demande du Président de la CME et avec l'accord du Directeur, d'autres membres de la CME ou du bureau de la CME peuvent assister avec voix consultative, aux séances du C.E.P.

IV- FONCTIONNEMENT DU CEP

ARTICLE 1 - QUALITE DES MEMBRES DU CEP

Les membres du CEP sont désignés es qualité et ne peuvent être remplacés en cas d'absence ponctuelle.

Tout changement de fonction d'un ou plusieurs membres, entraînant la perte de la qualité à siéger au CEP, nécessitera de pourvoir à leur remplacement, sans que la composition structurelle du CEP s'en trouve modifiée.

ARTICLE 2 – PERIODICITE DES REUNIONS ORDINAIRES

Le CEP se réunit deux fois par mois, les 1^{er} et 3^{ème} jeudis, de 16 H 30 à 18 H 30 – salle de conférences du DIM, sauf lors des périodes de vacances scolaires.

Un planning des réunions ordinaires du CEP est établi pour l'année.

La périodicité des réunions pourra être modifiée par décision du CEP, sans toutefois être inférieure à une réunion par mois.

ARTICLE 3 – Réunions extraordinaires du CEP

En fonction de l'actualité et des exigences de calendrier qui pourraient en découler, le CEP peut être réuni en séance extraordinaire, sur convocation conjointe du Directeur d'établissement et du Président de la CME.

L'ordre du jour est adressé au moins un jour avant la réunion et ne doit comporter que les points faisant l'objet d'une séance extraordinaire.

ARTICLE 4 – Conditions de quorum

Le CEP se réunit valablement en présence des 6/10 des membres (titulaires) dans le respect de la parité, le Directeur Général et le Président de la CME devant être obligatoirement présents.

A défaut, une nouvelle réunion du CEP est planifié dans les 8 jours, sans condition de quorum.

ARTICLE 5 – Convocation et ordre du jour

L'ordre du jour du CEP est établi conjointement par le Directeur et le Président de la CME.

Il est adressé aux membres du CEP au moins 5 jours avant la réunion par le secrétariat de direction.

L'ordre du jour vaut convocation.

Chaque membre du CEP peut demander l'inscription d'un point à l'ordre du jour auprès du Directeur Général ou du Président de la CME, au plus tard 10 jours avant la réunion.

Un point « question d'actualité » est systématiquement prévu en fin de chaque ordre du jour.

ARTICLE 6 – Relevé de conclusions / décisions

Un relevé de conclusions est systématiquement rédigé à tour de rôle par l'un des membres du C.E.P. en alternance Directeur - Praticien Hospitalier et complété d'un planning mensuel des missions et/ou travaux à réaliser, avant la prochaine séance.

Le Directeur adresse le relevé de conclusions/ décisions à chaque membre du CEP, dans les 7 jours suivant la réunion à chaque membre du C.E.P., ainsi qu'aux Directeurs non membres du C.E.P. et aux Praticiens membres du bureau de la CME.

ARTICLE 7 – Avis du CEP

Les membres du CEP s'expriment librement sur les sujets portés à l'ordre du jour, en vue de dégager une position commune et partagée sur les orientations préconisées.

A défaut de consensus, il est fait appel au vote à main levée ou à bulletin secret.

Le vote s'effectue à la majorité qualifiée, soit : 8/10 – 6/8 – 4/6

Pour éclairer sa décision le CEP peut alors faire appel à l'expertise de professionnels internes, ou, de façon plus exceptionnelle, à des intervenants extérieurs présentant une compétence dans le domaine posant difficulté.

Les avis et décisions formulés par le CEP, sont restitués aux instances de l'établissement en appui de chaque sujet porté à leur ordre du jour.

ARTICLE 8 – Evaluation du Règlement Intérieur

Le présent règlement intérieur est approuvé par le CEP et fera l'objet d'une évaluation annuelle par ses membres.

**ANNEXE IV ORDONNANCE N° 2005-406 DU 2 MAI 2005 SIMPLIFIANT LE REGIME
JURIDIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE - EXTRA IT**

J.O n° 102 du 3 mai 2005 page 7626

texte n° 15

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Article 6

Le chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique (partie législative) est modifié ainsi qu'il suit :

I. - Son intitulé est ainsi libellé : « Chapitre VI : Organisation interne ».

II. - Les articles L. 6146-1 à L. 6146-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6146-1. - Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

« Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

« Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

« Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

« Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

« Art. L. 6146-2. - Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

« Art. L. 6146-3. - Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle.

« Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Le conseil d'administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique et médico-technique et des responsables de leurs structures internes, ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans des limites et selon des modalités fixées par décret.

« Les conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle sont fixées par voie réglementaire.

« Les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.

« Art. L. 6146-4. - Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1. Les conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service sont fixées par voie réglementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche.

« Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Art. L. 6146-5. - Les praticiens titulaires responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

« Art. L. 6146-5-1. - Les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 et L. 6146-5 assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

« Art. L. 6146-6. - Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

« Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

« Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle. »

III. - L'article L. 6146-8 est abrogé.

IV. - L'article L. 6146-9 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-9. - Dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

« Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des

différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Article 7

I. - Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. Jusqu'à la mise en place des pôles d'activité clinique et médico-technique, les dispositions du code de la santé publique relatives aux services, aux départements, aux unités fonctionnelles, aux fédérations et aux structures prévues à l'article L. 6146-8 continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance.

II. - Jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, les chefs des services mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 6146-1 du même code sont nommés dans les conditions définies par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance.

III. - Les mandats des membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, en cours à la date de publication de la présente ordonnance, sont prorogés jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique. Le cas échéant, ce délai est prolongé jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la publication du décret prévu à l'article L. 6144-2 du code de la santé publique.

Les membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux dont le mandat a expiré entre le 1er janvier 2005 et la publication de la présente ordonnance sans que la commission ait été renouvelée délibèrent valablement jusqu'à l'échéance définie à l'alinéa précédent.

IV. - Par dérogation à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique et pour une période de cinq ans à compter de la publication de la présente ordonnance, les chefs de service de la spécialité de psychiatrie sont nommés par le ministre chargé de la santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

V. - Dans le mois qui suit la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique et au plus tard le 31 janvier 2007, la commission médicale d'établissement désigne les responsables de ces pôles appelés à siéger au conseil exécutif en vertu du 2° de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique. Jusqu'à cette date, lorsque le nombre de responsables de pôles au sein de l'établissement n'est pas suffisant pour satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, les sièges vacants sont attribués à des chefs de services, de département ou des coordonnateurs de fédération.

VI. - Jusqu'à la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique, au plus tard le 31 décembre 2007, les responsables de pôles sont nommés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique.

VII. - Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, les centres de responsabilité constitués en vertu de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la date de publication de la présente ordonnance deviennent, sauf délibération contraire du conseil d'administration, des pôles d'activité. Leurs responsables poursuivent leur mandat jusqu'à la date de publication de la liste nationale d'habilitation prévue au VI du présent article.

VIII. - Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux qui disposent à la date de publication de la présente ordonnance d'une instance associant tout ou partie de l'équipe de direction et des praticiens en vue d'assurer au moins l'une des attributions du conseil exécutif définies à l'article L. 6143-6-1 du code de la santé publique, cette instance exerce, jusqu'à la date de renouvellement de la commission médicale d'établissement, les attributions de ce conseil dans la composition qui était la sienne à la date de publication de la présente ordonnance et nonobstant les dispositions du 6° de l'article L. 6143-6 dudit code.

IX. - La commission médicale mentionnée à l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, le comité technique d'établissement mentionné à l'article L. 6144-3 du même code et la commission mentionnée à l'article L. 6146-9 du même code continuent à exercer les attributions qui leur étaient confiées par la législation antérieure à la publication de la présente ordonnance, jusqu'à la publication du décret fixant leurs nouvelles attributions.

Gouvernance de l'hôpital: le DG du CHU de Nancy appelle à la "désobéissance textuelle"

APM (Par l'envoyée spéciale d'APM, Caroline BESNIER)

AMIENS, 20 juin (APM) - Le directeur général (DG) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, Benoît Péricard, a appelé à la "désobéissance textuelle" dans la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance de l'hôpital, lors du 81ème congrès de l'Union hospitalière du Nord-Est (UHNE) qui s'est tenu vendredi à Amiens.

"Entre l'esprit initial de la réforme et le texte qui est paru au Journal officiel, il y a eu de longues négociations ainsi que des compromis" voire "des compromissions", a dénoncé Benoît Péricard, déplorant notamment le maintien des services. Pour lui, la réussite de la réforme ne sera pas jugée à la stricte application des règles et "s'appuyer sur des modalités juridiques restrictives pourrait même s'avérer complètement contreproductif".

"Faisons de la désobéissance textuelle, restons fidèle à l'esprit de la réforme essentiellement", s'est-il exclamé face à une assemblée composée principalement de directeurs d'hôpital et de quelques présidents de commission médicale d'établissement (CME).

A titre d'exemple, l'ordonnance indique que les responsables de pôles d'activité clinique ou médicotechnique doivent être des "praticiens titulaires" et que ceux des autres pôles d'activité sont choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction. Pour le DG de Nancy, il est très probable que dans quelques années les responsables de pôle ne seront pas systématiquement des médecins ou des cadres de direction.

De même, l'ordonnance précise que le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité le directeur et des membres de l'équipe de direction ainsi que le président de la CME et des praticiens "dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité".

Pour le président de la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers (CH), Francis Fellingier, ces précisions compliquent la mise en place et le fonctionnement du conseil exécutif et "tomberont d'elles-mêmes car elles ne sont pas applicables".

"Le conseil exécutif, c'est une question de légitimité et de reconnaissance beaucoup plus que de conformité à la composition définie par l'ordonnance ou par un décret", a renchéri le directeur du CH de Calais, François Leclercq, où une expérience de bureau médico-administratif (BurMA) a été menée avec succès depuis 1999.

S'agissant des contrats de pôle, Benoît Péricard a appelé à leur signature même s'ils ne sont pas encore parfaits. "Ne cherchons pas à construire des contrats cathédrale, nous pouvons d'ores et déjà les signer et les mettre en oeuvre", a-t-il souligné.

Pour le directeur du CH de Mulhouse (Haut-Rhin), André Fritz, il est important qu'outre le contrat passé avec le directeur et le président de la CME, le pôle se munisse d'un contrat interne, car il peut devenir un lieu d'enjeux de pouvoir. "Seul le contrat interne de pôle évite ce dérapage" en précisant le rôle de chacun et en éclaircissant l'autorité du chef de pôle, a-t-il indiqué.

DES COMPLEMENTS A L'ORDONNANCE

Par ailleurs, le DG du CHU de Nancy a invité les établissements à expérimenter des mesures qui ne figurent pas dans l'ordonnance ou dans ses décrets d'application.

Par exemple, le CH de Mulhouse est en train d'installer des conseils médicaux de pôle même si l'ordonnance ne l'évoque pas. Pour André Fritz, cette structure constitue une des clés de la réussite des pôles.

Benoît Péricard estime que la réforme de la gouvernance doit être complétée par un dispositif d'intéressement collectif mais aussi individuel.

Cette opinion est partagée par André Fritz. "Le contrat de pôle portera plutôt sur l'intéressement collectif mais dans la dynamique générale de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité (T2A), il faut que la question de l'intéressement individuel et de l'individualisation de la rémunération cesse d'être un sujet tabou", a-t-il expliqué.

Benoît Péricard pense qu'il est également nécessaire de réfléchir au rôle du conseil d'administration et à l'ancrage territorial de l'hôpital.

"Il n'y a rien dans l'ordonnance sur la création de pôles interhospitaliers de territoire, mais dès lors qu'il existe un projet médical de territoire, il faudrait ce genre de pôle", a proposé André Fritz en précisant que la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) constitue une réponse trop "lourde".

APPEL A L'EVALUATION ET A L'ADAPTATION

Benoît Péricard a exhorté l'assemblée à ne pas cesser un instant "d'insuffler la dynamique de la réforme" car "le pire ennemi de la réforme, ce ne sont pas ses détracteurs, c'est notre propre incapacité ou inertie".

Le DG de Nancy a invité les établissements à "entamer le cercle vertueux" de l'évaluation et de l'adaptation. Si les modifications d'organisation ne s'avèrent pas adaptées, "n'ayons pas peur de produire du changement en continu", a-t-il déclaré.

Durant tout son exposé, exalté, sur la nouvelle gouvernance, Benoît Péricard a insisté sur l'importance de la réforme et des changements qu'elle introduit à l'hôpital. "Le paradoxe hospitalier, c'est un environnement externe et interne extrêmement changeant depuis trente ans face à une organisation qui est restée très figée", a-t-il déclaré. Selon lui, les réformes dites hospitalières de 1970, 1991 et 1996 n'ont fait «qu'effleurer l'intérieur de l'hôpital" car elles se sont intéressées à son environnement juridique, organisationnel, territorial et régional sans atteindre le cœur de l'hôpital "ou alors si peu".

Le DG du CHU de Nancy compare l'hôpital actuel à "un orgue sans partition" ou sans personne capable de le faire fonctionner. Le système lui semble correspondre à une relation "très puérile", qu'il qualifie de "jeu de la défausse", dans lequel le pouvoir médical est en demande permanente de moyens et d'organisation nouvelle alors que le pouvoir administratif ne fait qu'approuver ou refuser.

Face à cette situation, il estime que la réforme de la gouvernance permettra à la fois de changer la structure et la culture de l'hôpital.

Pour atteindre cet objectif, il prône une "pédagogie constante", une diffusion de la culture managériale et le partage d'un minimum de concepts simples. Par exemple, le CHU de Nancy s'est associé à l'école de commerce de la ville pour construire un outil de formation adapté aux pôles.

Il a également invité les hospitaliers à échanger leurs expériences et à observer ce qui se fait dans les établissements de santé privés, "non pas pour les singer" mais pour adapter leur fonctionnement aux missions du service public.

Globalement, André Fritz ne croit pas que la réforme de la gouvernance puisse être qualifiée d'"expression d'un excès de libéralisme, conduisant à la privatisation des hôpitaux publics".

Cette opinion n'est pas partagée par Michel Anselin, ancien administrateur du CHU de Lille et représentant CGT, qui estime qu'avec les pôles, l'hôpital "rentre dans une gestion marchande" et dans la culture de la concurrence.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL POLES NOUVELLE GOUVERNANCE**Hôpital : le Conseil économique et social estime que le responsable de pôle doit disposer des outils d'un véritable manager**

PARIS, 30 juin (APM) - Le Conseil économique et social (CES) estime que les futurs responsables de pôle devront disposer des outils s'apparentant à ceux d'un véritable manager, peut-on apprendre lire dans le rapport de l'institution rendu public jeudi et portant sur "L'hôpital public en France: bilan et perspectives".

La création des pôles d'activité marque "un progrès notable dans la restructuration des hôpitaux", constate l'institution. Mais, si le cadre juridique est posé, "un certain nombre de pistes se doivent d'être rapidement explorées afin de ne pas vider les pôles de leur sens", prévient-elle. Ainsi, le responsable de pôle doit être entouré de personnes compétentes dont les fonctions nouvelles vont lui permettre de disposer des outils d'un véritable manager.

"Des responsables logistiques devront s'assurer que les moyens sont là pour permettre l'activité. Des 'organiseurs de soins' (logisticiens) pourraient être notamment chargés de la codification des activités et de son suivi en innovations technologiques et de l'évolution des pratiques", propose-t-elle. Ces tâches sont "actuellement chronophages" pour les équipes médicales.

Dans un même souci de gestion du temps, le CES affirme par ailleurs que la structuration en pôles représente une "formidable opportunité de répartir, donc de rémunérer clairement, les différentes tâches des praticiens hospitaliers". Il envisage ainsi une quantification du temps passé par le chef de pôle au management, ainsi qu'une évaluation de la répartition du temps des PH entre le soin, la recherche et l'enseignement.

"Cela aurait le mérite de reconnaître le temps passé par les PH à l'enseignement, aujourd'hui non reconnu et non quantifié", estime le conseil.

La quantification aurait également pour avantage de mieux cerner les financements hospitaliers en direction de la recherche dans le cadre des Migac (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

LES NOMINATIONS DES CHEFS PAR LE DIRECTEUR ET LE PRESIDENT DE LA CME SONT DANS LA "LOGIQUE DE MANAGEMENT"

Le CES se félicite par ailleurs que les chefs de pôles soient nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME), ce qui traduit pour le conseil une "logique de management, de décision, et non de représentation" comme cela pouvait être le cas avec l'élection par les pairs. Le fait que la structuration des pôles soit laissée à la discrétion de chaque hôpital permet de les "adapter à la réalité du terrain".

Le conseil cite ainsi en exemple l'Hôtel-Dieu du CHU de Nantes (Loire-Atlantique), où les urgences disposent de plusieurs lits d'aval de court séjour "qui servent de tampon entre les urgences et les autres services hospitaliers ; en outre un bloc opératoire de chirurgie traumatologique y est intégré", décrit-il.

Enfin, le conseil considère que la contractualisation interne avec la direction de l'hôpital permettra de déconcentrer "efficacement la gestion quotidienne et la mise en oeuvre des objectifs stratégiques de l'établissement".

RENFORCER LA FORMATION MANAGERIALE DES DIRECTEURS

En ce qui concerne la nouvelle gouvernance, le conseil économique et social estime que la solidification du pouvoir du directeur passe par deux conditions préalables.

La première consiste en un renforcement de la formation managériale des directeurs d'hôpitaux. Le conseil ne remet pas en cause l'utilité de l'École nationale de santé publique (ENSP) de Rennes; il lui attribue néanmoins une qualité d'enseignement plutôt tournée vers la formation de "hauts fonctionnaires chargés d'administrer une des fonctions publiques".

Le CES pense que le départ à la retraite de la moitié des directeurs d'hôpitaux publics entre 2005 et 2012 est une "formidable opportunité pour engager à ces fonctions des managers formés à cet effet".

La seconde condition concerne la clarification de la répartition des pouvoirs au sein des instances dirigeantes.

"Si le pilote de la politique hospitalière est l'Etat, il serait logique de transformer le mode de fonctionnement du conseil d'administration en directoire avec un conseil de surveillance chargé de surveiller le directoire".

Ce directoire serait présidé par le directeur de l'établissement et reprendrait de façon élargie les fonctions du conseil exécutif qui a vu le jour dans l'ordonnance du 2 mai 2005. Le conseil de surveillance pourrait alors être présidé par une personnalité qualifiée ou par le président de l'intercommunalité, propose le CES.

Cela aurait aussi le mérite de situer l'hôpital "sur son territoire naturel qui n'est plus celui de la commune".

Dans le même esprit, le conseil estime qu'il serait logique que la chaîne de commandement de l'Etat se prolonge au niveau régional à travers des directeurs d'établissements nommés par le directeur de l'ARH.

Et afin d'aider ce directeur d'établissement, le conseil envisage la nomination dans le même temps d'un directeur médical qui travaillerait en lien avec le président de la CME, et qui jouerait le rôle de conseiller.

Profil

Le praticien responsable de pôle est un médecin, pharmacien ou odontologiste titulaire permanent à temps plein et exerçant au sein du pôle.

Nomination

Le praticien responsable de pôle est élu par les praticiens titulaires de son pôle pour ... ans, renouvelable ... fois (Cf. délibération du CA du ...), au scrutin majoritaire à deux tours à bulletin secret. Le vote par procuration n'est pas admis. Une fois élu, le praticien responsable de pôle désigne un suppléant parmi les praticiens titulaires de son pôle.

Il est nommé conjointement par le Directeur de l'établissement et le président de la CME après avis de la CME et du Conseil Exécutif. Sauf démission ou incapacité, il n'est pas révocable.

Pendant son mandat, il conserve son activité et garde son statut. Il poursuit le déroulement de sa carrière et conserve les responsabilités liées à l'exercice de sa discipline. Les règles de cumul des mandats restent à préciser.

Missions

Le praticien responsable de pôle assure :

- La présidence du conseil de pôle dont il est l'organe exécutif. Il dispose à ce titre d'un rôle de proposition concernant la stratégie présentée dans le projet de pôle.
- La représentation du pôle auprès des instances du Centre Hospitalier dans la limite des compétences attribuées aux pôles.
- La négociation et la signature du contrat de pôle. Ce contrat attribue les objectifs et les moyens du pôle. Il en évalue ensuite périodiquement la réalisation.

Il est assisté dans ses fonctions par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence. Il est également assisté par un cadre gestionnaire. Tous les deux sont nommés avec son accord, par le Directeur ou le Directeur des Soins.

En cas de litige avec les cadres, l'arbitrage se fera en fonction des dispositions prévues dans le règlement intérieur du pôle.

Activités

Pour mener à bien ses missions, le praticien responsable de pôle devra :

- Convoquer régulièrement le Conseil de Pôle. Pour cela, il établira l'ordre du jour ainsi que les procès verbaux de chacune des réunions.
- Rédiger en concertation avec le Conseil de Pôle un projet de pôle.
- Négocier et signer tous les ... ans avec l'établissement un contrat de pôle engageant les objectifs et les moyens de son pôle.
- Suivre l'exécution de ce contrat en collaboration avec le Conseil Exécutif.
- Si besoin, prendre les mesures correctrices nécessaires après concertation avec le Conseil de Pôle et le Conseil Exécutif. Il disposera pour cela de l'aide des tableaux de bord établis conjointement par le DIM et la Direction de l'établissement.
- Réaliser le bilan de chaque projet de pôle en collaboration avec la direction de l'établissement et le Conseil Exécutif.
- Organiser avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle le fonctionnement technique du pôle
- Représenter son pôle au sein du Conseil Exécutif.
- Assurer la coordination avec les autres chefs de pôle.
- Mettre au point des protocoles médicaux et d'évaluation des pratiques professionnelles et de soins.

Profil

Fonction : Cadre soignant responsable de Pôle

Grade : Cadre Supérieur de Santé

Nomination : Par le Directeur, sur proposition du Coordonnateur Général des Soins et après avis du Conseil Exécutif.

Position dans la structure :

Liaisons hiérarchiques

- Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Coordonnateur Général des Soins et du Directeur de l'hôpital
- Il a autorité hiérarchique sur les cadres de santé des services constitutifs du pôle

Liaisons fonctionnelles

- Cadre administratif du pôle
- Chefs de Service et médecins du pôle
- Directions fonctionnelles
- Responsables des autres pôles
- Il collabore avec le chef de pôle et le cadre administratif de pôle.

Présentation du pôle et de son organisation :

A la tête de chaque pôle sont placés un praticien responsable de pôle, un cadre supérieur soignant de pôle, et un cadre administratif qui sont assistés du Conseil du Pôle dont chacun est membre de droit.

Tous les trois participent à l'élaboration du contrat de pôle qui comprend plusieurs volets dont un volet médical, structurel, organisationnel et d'activité.

Ce projet est à la base du contrat annuel que signe le praticien responsable de pôle avec le Directeur de l'hôpital et le Président de la CME.

Missions du poste**Missions générales :**

- Contribue à la définition et à la déclinaison de la politique de soins et de management du centre hospitalier au sein du pôle.
- Assiste le responsable de pôle, en collaboration avec le cadre administratif, pour l'élaboration et la réalisation du contrat de pôle.
- Assure l'organisation générale, le suivi et l'évaluation, des activités exercées par les personnels soignants du pôle.

Missions permanentes au sein du pôle :

Temps consacré : 4 journées par semaine.

1. Organisation et fonctionnement du pôle :

- Assure la mise en œuvre de la politique de soins du centre hospitalier et le projet de soins du pôle
- Participe à l'élaboration du projet du pôle
- Assure le management des équipes de soins en collaboration avec :
 - ? Le praticien responsable de pôle
 - ? Le cadre administratif de pôle
 - ? Le Conseil de pôle
 - ? La Direction des Soins
 - ? Les cadres de santé des différents services et unités de soins
- Gère, en collaboration avec l'encadrement soignant, les lits et le plateau technique en regard de l'activité et en adéquation avec les ressources du pôle.
- Assure, en collaboration avec le responsable de pôle et le cadre administratif, le suivi de la réalisation des objectifs du pôle.
- Participe à la négociation avec les directions fonctionnelles des changements structurels du pôle et à la mise en place des actions correctrices liées aux résultats de l'activité du pôle.

2. Gestion des ressources humaines :

Le cadre supérieur soignant de Santé intervient dans les domaines de délégation du pôle en matière de ressources humaines c'est à dire :

- ? la gestion des emplois permanents
- ? la gestion des emplois de remplacement
- ? la gestion des recrutements, de l'accueil et de l'intégration
- ? la gestion du temps de travail
- ? la gestion de l'absence
- ? la gestion de la mobilité interne
- ? la formation continue
- ? l'organisation du travail au sein du pôle
- ? le management au sein du pôle
- ? l'intéressement

Dans ce cadre, il est chargé :

- De garantir la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en l'adaptant aux projets du pôle
- D'assurer, en collaboration avec l'encadrement soignant, le management des différentes équipes et leur évaluation
- De contribuer au recrutement des personnels avec la D.R.H et la Direction des Soins
- D'organiser la continuité des soins en quantité et en qualité au sein des différentes équipes soignantes et secteurs en collaboration avec l'encadrement soignant.
- D'organiser la mobilité.
- De veiller au climat social.
- D'assurer la gestion des risques professionnels.
- Avec le responsable de Pôle et le cadre administratif et après validation du Conseil de Pôle :
 - ? De participer à l'élaboration d'actions correctrices liées aux résultats de l'activité du pôle.
 - ? D'accompagner les évolutions structurelles du pôle, en proposant les changements de type d'emploi.
 - ? De préparer un plan de formation en cohérence avec le projet du pôle.
 - ? De participer à l'élaboration des indicateurs sociaux.

3. Gestion des ressources de l'activité :

- Contribue à la préparation des contrats de pôles, en collaboration avec le responsable de pôle, le cadre administratif, les responsables d'unités fonctionnelles, les chefs de services et l'encadrement soignant.
- Exerce, pour chacun des domaines de délégations du pôle et en collaboration avec le cadre administratif et l'encadrement soignant, un contrôle mensuel des engagements réalisés et à venir.
- Doit optimiser les moyens issus de la rémunération de l'activité.
- Avec le responsable de Pôle et le cadre administratif et après validation du Conseil de Pôle :
 - ? Analyse l'exécution budgétaire du pôle et les tableaux de bord.
 - ? Met en place les actions correctives nécessaires.
 - ? Analyse les propositions de réajustement effectuées par les directions fonctionnelles.
 - ? Prépare et suit la réalisation du plan d'investissement et du plan de travaux du pôle.

4. Gestion de la qualité et gestion des risques :

- Management par la qualité.
- Evaluation de la pertinence des pratiques professionnelles c'est à dire de l'adéquation aux besoins des patients des durées de séjour, des actes et des prescriptions.
- Mise en place des veilles et suivi des vigilances.
- Gestion des risques et des événements indésirables.
- Il dispose d'un droit d'alerte en cas de constat d'une situation présentant un risque particulier pour le patient ou le personnel.

5. Liaisons inter pôles :

- Développe des actions de coordination entre les pôles.
- Veille au respect des règles liant le pôle aux autres pôles et aux pôles prestataires.
- Propose au coordonnateur général des soins, membre du Conseil Exécutif, les actions correctrices pour améliorer les relations inter pôles.

6. Communication :

- Peut participer au Conseil Exécutif pour argumenter des dossiers dans son domaine de compétence.
- S'engage à renseigner les systèmes d'information selon son niveau de délégation.

7. Missions spécifiques

- A élaborer dans le cadre du pôle

Missions permanentes transversales :

Temps consacré : 1 journée par semaine.

Le cadre supérieur soignant de pôle est redéployé sur des missions transversales par le Coordonnateur Général des Soins en fonction de ses compétences pour assurer des missions de :

- Communication extra pôle
- Recherche dans le domaine des soins et enseignement
- Mise en œuvre de coopérations et de réseaux
- Qualité, gestion des risques, vigilance
- Rédaction de projets institutionnels

A ce titre, il participe à la réunion hebdomadaire de tous les cadres supérieurs de santé de pôle à la Direction des Soins.

Compétences requises

- Management d'équipes et accompagnement de projet
- Capacité à négocier
- Maîtrise des outils bureautiques
- Intérêt pour les outils informatiques

Textes de référence

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005

VU l'ordonnance 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
VU la délibération du Conseil d'Administration du
Le Conseil Exécutif Provisoire entendu,

Entre :

- Le Centre Hospitalier, représenté par ... , Directeur et ... , Président de la CME, d'une part
- Le pôle ..., représenté par Mr ..., praticien responsable de pôle, d'autre part,

Il est convenu ce qui suit pour une durée de ... ans à compter du :

PREAMBULE

La contractualisation Interne, dans le cadre de l'expérimentation des pôles d'activité au Centre Hospitalier de Chambéry, est aujourd'hui un instrument indispensable de gestion permettant :

- de sensibiliser l'ensemble des acteurs à une gestion à l'activité de l'hôpital en rapprochant les décisions de gestion des cliniques médicales.
- de fédérer les énergies autour du conseil et du contrat de pôle.
- de faciliter la gestion quotidienne par la simplification des procédures administratives.

Pour autant, le pôle est une des composantes du Centre Hospitalier de Chambéry. Son projet de développement doit s'inscrire dans les lignes d'évolution du projet médical en cours (2001-2005) et à venir (2006-2010) ainsi que du projet d'établissement.

En outre, le représentant légal de l'établissement, le Directeur, demeure la seule autorité compétente de négociation externe, notamment avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les représentants de l'Etat.

CLAUSES GENERALES

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités d'engagement réciproque des signataires ci dessus désignés, concernant :

- les objectifs d'activité, financiers et de qualité du pôle,
- les moyens mis à sa disposition ainsi que les domaines de délégation de gestion prévus,
- les indicateurs de suivi de sa gestion, de son activité et de la qualité,
- les modalités d'intéressement aux résultats de cette gestion dûment constatés ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Ce présent contrat est établi d'une part sur la base du projet d'établissement et notamment du projet médical, du projet de soins, du projet social, du projet de gestion et de la politique de gestion des risques, d'autres part sur la base du projet de pôle décidé par le conseil de pôle en collaboration avec le praticien responsable de pôle.

Dans ce cadre,

- Le Directeur s'engage à octroyer au pôle ... et pour l'exercice de son activité, des moyens déconcentrés.
- Le praticien responsable de pôle s'engage, en coordination avec le conseil de pôle qu'il réunit régulièrement, à respecter l'ensemble des dispositions prévues dans le règlement du pôle ainsi que l'ensemble des préconisations du présent contrat.

ARTICLE 2 : PRINCIPES DE LA DELEGATION

Dans l'exercice des actes de gestion, le praticien responsable de pôle est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur de l'établissement. Le pôle n'ayant pas de personnalité juridique, le pouvoir décisionnel appartient en dernier ressort au Directeur, qui reste entièrement responsable de la gestion. Le chef de pôle ne peut transférer sa délégation à une tierce personne.

La délégation de gestion se traduit par :

- La définition des procédures et règles de gestion ainsi que les modalités de suivi des objectifs contractualisés.
- Les principes de bonnes gestion : sécurité des patients et des utilisateurs, standardisation des biens et des services utilisés, globalisation des besoins, garantie du respect du Code des Marchés Publics.

L'établissement s'engage pour sa part à satisfaire les demandes formulées par le pôle, sous réserve qu'elles soient compatibles avec les objectifs et que le pôle dégage par son activité les ressources nécessaires.

ARTICLE 3 : LES MOYENS

Le pôle dispose de moyens :

- Physiques
- Humains

En ce qui concerne les moyens financiers, ceux-ci sont liés à la valorisation de l'activité du pôle. Le pôle clinique ou médico technique dispose de moyens financiers prévisionnels non pérennes qui seront négociés annuellement au regard du bilan d'activité de l'année n-1, de l'atteinte ou non de ses objectifs en fonction de facteurs structurels ou conjoncturels, et des prévisions de l'année n.

ALINEA 1 : LES MOYENS PHYSIQUES DU POLE

Ils sont constitués des équipements affectés au pôle et des lits ouverts dans le pôle :

- L'affectation des locaux aux pôles relève de la compétence du directeur de l'établissement.
- Le praticien responsable de pôle valide les propositions du cadre administratif de pôle en ce qui concerne la conservation et la maintenance des ressources physiques du pôle .
- *Le praticien responsable de pôle propose éventuellement, après concertation avec le conseil de pôle, des fermetures temporaires de lits au Comité Exécutif Provisoire qui valide ces propositions avant leur entrée en vigueur. De manière tout à fait exceptionnelle, et après avis du conseil de pôle, une fermeture de lits, dans la limite de 25% des capacités du pôle au maximum, peut être décidée par le praticien responsable de pôle qui doit prendre toutes les dispositions pour en informer la Direction de l'établissement dans les plus brefs délais. A VALIDER*
- Les transformations, créations ou fermetures de lits sont proposées par le praticien responsable de pôle au Directeur après avis du conseil de pôle.

ALINEA 2 : LES RESSOURCES HUMAINES

Le pôle gère les moyens humains conformément à la délégation de gestion et dans le respect des règles statutaires ainsi que des accords et engagements spécifiques à l'établissement.

ALINEA 3 : LES MOYENS FINANCIERS DU POLE

Les moyens financiers du pôle sont liés à la valorisation de son activité.

Sur la base des informations et données traitées par le DIM et la DAF, des modifications de moyens pourront être envisagées en concertation entre les signataires de ce présent contrat et à partir de la définition de nouveaux objectifs d'activité.

La validation de la modification de moyens est arrêtée par la direction après avis du Conseil Exécutif Provisoire.

ARTICLE 4 : L'EXECUTION DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une durée de _____ années. *En outre, il sera révisable annuellement ? / mensuellement ? /trimestriellement ? au regard de l'évolution et des prévisions de l'activité du pôle. En cas de baisse prévisionnelle d'activité, ce contrat peut faire l'objet d'une révision exceptionnelle.* A VALIDER

Le suivi de l'exécution des activités du pôle, de ses moyens délégués et des objectifs définis au présent contrat s'effectue à partir du tableau de bord de gestion qui sera établi par la Direction Financière et le DIM-EM et dont les responsables seront en contact permanent avec les services constituant les pôles, les directions fonctionnelles et les services prestataires.

Les tableaux de bord comportent :

- Des indicateurs de structure et d'activité
- Des indicateurs relatifs aux moyens humains du pôle
- Des indicateurs relatifs à ses dépenses
- Des indicateurs relatif à la valorisation de l'activité

Les résultats ainsi mis en évidence sont analysés conjointement par le praticien responsable de pôle , la DAF et le DIM-EM. Les éventuels écarts feront l'objet d'une analyse et des mesures correctives pourront être recherchées et décidées conjointement au niveau du pôle. Ces résultats sont portés à la connaissance du conseil de pôle.

La synthèse de l'analyse des tableaux de bord de l'activité est portée régulièrement à la connaissance du conseil de pôle par le praticien responsable de pôle et du Conseil Exécutif pour validation et /ou pour corrections éventuelles.

ARTICLE 5 : MODALITES D'INTERESSEMENT

Le processus d'intéressement doit respecter les principes suivants :

- L'intéressement a un caractère collectif.
- La solidarité institutionnelle est un corollaire indispensable à l'introduction du mécanisme d'intéressement
- L'intéressement ne peut résulter que de la mise en évidence de résultats de gestion positifs par rapport aux objectifs et aux moyens négociés dans ce présent contrat.

Le résultat de l'exercice constaté au budget du pôle est constitué :

- Des économies de dépenses réalisées par rapport à l'objectif de gestion contractualisé.
- Des recettes supplémentaires liées à un gain de productivité ou à une augmentation de l'activité dans le cadre des moyens alloués au pôle.

Ce résultat donne lieu à un intéressement selon les règle suivantes :

- *50% du résultat servent à participer au financement global des projets de l'établissement*
- *25% du résultat servent à la solidarité entre les pôles*
- *25% seront rétrocédés au pôle qui pourra les utiliser pour financer des projets non perennes et conformes à la mission du pôle. A VALIDER*

Par ailleurs, l'engagement du pôle dans le plan d'action qualité du DIM-EM et de la Direction qualité ouvre droit à une majoration de 10% de l'enveloppe d'intéressement.

Modalités d'évaluation ?

ARTICLE 6 : CONSEQUENCES DE L'INEXECUTION DU CONTRAT

Le pôle s'engage à respecter les objectifs arrêtés. Dans l'hypothèse de non respect de ces objectifs contractualisés, et en l'absence de circonstances indépendantes de la maîtrise du pôle qui entraîneraient la renégociation du contrat, des mesures seront engagées sur l'exercice suivant en concertation entre le Conseil Exécutif, le conseil de pôle et le praticien responsable de pôle..

Le Conseil Exécutif est l'instance consultative du présent contrat. Son avis sera obligatoirement requis dans les cas suivants :

- Désaccord dans l'interprétation et l'application des dispositions du contrat
- Incompatibilité d'objectifs avec un ou plusieurs autres pôles
- Validation des résultats des analyses des différents tableaux de bord
- Validation des circonstances susceptibles de réajuster l'appréciation des résultats du pôle
- Nature et importance des mesures envisageables en cas d'inexécution du présent contrat

CLAUSES PARTICULIERES

ARTICLE 1 : OBJECTIFS CONTRACTUALISES

ALINEA 1 : Objectifs médicaux

ALINEA 2 : Objectifs structurels

ALINEA 3 : Objectifs organisationnels

ALINEA 4 : Objectifs d'activité (en volume et qualité)

ARTICLE 2 : MOYENS ET INDICATEURS DE SUIVI

ALINEA 1 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (VOIR EXTRAIT PAGES SUIVANTES)

ALINEA 2 : GESTION DES RESSOURCES LOGISTIQUES, TECHNIQUES ET BIOMEDICALES (VOIR EXTRAIT PAGES SUIVANTES)

Fait à Chambéry, le :

Le Praticien responsable de
pôle

Le Directeur

Le Président de la CME

Objectifs du contrat de pôle :

Ce contrat a pour objectif de :

- . **définir les ressources en personnel** du pôle (effectif permanent, de remplacement)
- . **fixer des règles précises et partagées** entre la Direction des Ressources Humaines et l'équipe dirigeante du pôle ...
- . **définir les délégations** faites au pôle et les activités restant affectées à la DRH

sur les thèmes de :

- . la gestion des emplois permanents
- . la gestion des emplois de remplacement
- . la gestion des recrutements, de l'accueil et de l'intégration
- . la gestion du temps de travail
- . la gestion de l'absence
- . la gestion de la mobilité interne
- . la formation continue
- . l'organisation du travail au sein du pôle
- . le management au sein du pôle
- . l'intéressement

Annexes :

- Annexe 1 : définition des postes fonctionnels par service
- Annexe 2 : tableau de bord des services

LES EMPLOIS PERMANENTS

Volume et Répartition des emplois permanents du pôle :

Pôle	Qualification	Emplois permanents du pôle (en ETP)
	IDE	
	AS	
	Autre	
	Total	

Avec une répartition par service définie comme suit :

Service	Cadre	IDE	AS	Administratif	Médico-technique	TOTAL

- Annexe 1 : définition des postes fonctionnels par service
- Annexe 2 : tableau de bord des services

NB : le rattachement des TEUS au pôle est à définir

Délégations :

Acteurs	Délégations
L'équipe dirigeante du pôle	<p>Est garante : du respect des postes fonctionnels définis et validés (horaire, nombre) de la conformité des plannings aux postes fonctionnels de l'affectation du personnel dans les services et du respect de l'effectif budgété du déclenchement des demandes de recrutement des demandes de variations de quotité au sein du pôle dans le respect des tableaux des effectifs</p> <p>A la possibilité : de proposer les adaptations de ses ressources en personnel au sein du pôle (nouvelle répartition des postes fonctionnels, évolution entre les qualifications, transformation de postes permanents en mensualités de remplacement, ...)</p>
La Direction des Ressources Humaines	<p>S'assure mensuellement, en collaboration avec le pôle, : du respect de l'effectif budgété par service du respect de l'affectation du personnel dans les services du respect des postes fonctionnels sur les plannings de la conformité des demandes de recrutement aux tableaux des effectifs</p> <p>Valide, en collaboration avec le pôle, et après étude : les modifications des postes fonctionnels, les évolutions entre qualifications, les transformations de postes permanents en mensualités de remplacement les modifications de budget (création de poste, transformation) les demandes de modification de quotité</p> <p>Est garante : Du recrutement suite aux demandes faites par le pôle</p>

Le suivi et l'évaluation :

A/ Documents cadre

- . le tableau des postes fonctionnels par qualification et par service :
document signé par la Direction des Ressources Humaines et le Cadre Supérieur du pôle
- . le tableau des emplois budgétés par service

B/ Procédure de mise à jour de ces documents

- . le tableau des postes fonctionnels
toute modification du tableau des postes fonctionnels doit faire l'objet d'un courrier de demande de modification du cadre au cadre supérieur du pôle, ce dernier le transmettant ensuite à la Direction des Ressources Humaines pour validation.
- . le tableau des emplois
les changements devant intervenir sur le tableau des emplois (départ d'un agent, entrée, changement de quotité, remplacement, ...) sont définis sur une fiche de liaison générée par le cadre supérieur du pôle qui la transmet à la Direction des Ressources Humaines pour validation et saisie (logiciel de paie et mise à jour du tableau des emplois du service).

C/ Procédure de suivi et de contrôle

Les effectifs des services (tableaux de bord) sont contrôlés et mis à jour une fois par mois entre la Direction des Ressources Humaines et le Cadre Supérieur du pôle. Un compte-rendu de la réunion est réalisé et signé par le Cadre supérieur du pôle et le Directeur des Ressources Humaines.

L'application des postes fonctionnels est vérifiée par la Direction des Ressources Humaines lors du contrôle des plannings (cf. partie : la gestion du temps de travail). Cette analyse est restituée au cadre supérieur du pôle.

Les indicateurs de résultat :

Effectifs budgétés respectés
Affectation du personnel conforme à la réalité du travail du personnel
Postes fonctionnels validés respectés dans les plannings prévisionnels et réels
Demandes de recrutement traitées dans les temps et information transmise

LES EMPLOIS DE REMPLACEMENT

Les ressources de remplacement :

Gestion des ressources :

Les mensualités de remplacement sont exclusivement dédiées au remplacement des congés maternité. Cette gestion est de la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines. Le pôle effectue les demandes de remplacement.

Le service de suppléance est de la responsabilité des pôles, il est géré directement par ce dernier.

Ressources	Volume	Missions	Domaine d'intervention
Mensualités de remplacement		Remplacement des congés maternité exclusivement	L'ensemble des pôles et des qualifications
Service de suppléance		Remplacement des arrêts pour maladie ordinaire, accident de travail, maladie professionnelle Renfort ponctuel dans les unités	Le pôle

Délégations :

Acteurs	Délégations
L'équipe dirigeante du pôle	Est garante : de la gestion du service de suppléance IDE / AS du pôle: de ses missions de son fonctionnement (cadre référent, rythme de travail, planning) de son affectation (critère d'intervention dans les services) de la répartition entre IDE et AS A la possibilité : de ne pas remplacer un congé maternité, dans ce cas, les mensualités non utilisées sont mises à sa disposition pour une autre utilisation (maladie, heures sup...)
La Direction des Ressources Humaines	Est garante : de la gestion des mensualités de remplacement (pour les congés maternité)

Les procédures de suivi et d'évaluation :

La liste des congés maternité de l'année ainsi que la consommation des mensualités de remplacement est suivie mensuellement par la Direction des Ressources Humaines et transmise à l'équipe dirigeante du pôle. Un point est fait trimestriellement avec le Cadre Supérieur du pôle pour définir le nombre de mensualités remises à la disposition du pôle.

La Direction des Ressources Humaines en collaboration avec l'équipe dirigeante du pôle s'assure que la procédure de demande d'intervention du service de suppléance et les critères de priorisation sont définis et respectés.

La Direction des Ressources Humaines contrôle la gestion des services de suppléance en collaboration avec le Cadre Supérieur du pôle (respect des règles d'affectation dans les services, planning des agents, ...).

Les indicateurs de résultat :

Délai de remplacement des congés maternité

Taux de remplacement des congés maternité ayant fait l'objet d'une demande

Formalisation des règles de gestion du service de suppléance

Qualifications et critères d'intervention respectés

Conformité de la réponse à la demande (horaire, délai, qualification, ...)

Les services économiques et les services logistiques participent au pilotage medico-économique du pôle en apportant :

- Des informations sur la nature et le niveau de dépenses des pôles à travers la diffusion de tableaux de bord de gestion
- Une animation des commissions d'équipements qui élaborent les différents plans pluriannuels d'investissements sur la base du projet d'établissement et leur suivi.
- Une organisation et des moyens logistiques adaptés à l'activité des pôles

LES INFORMATIONS DE GESTION

Les services économiques s'engagent à fournir régulièrement sous forme de tableaux de bord des informations à caractère économique permettant au pôle et à ses structures internes d'avoir une connaissance précise des dépenses et des coûts des prestations délivrées par les services économiques.

Ces tableaux de bord seront élaborés en collaboration avec le pôle et les services financiers en fonction des possibilités offertes par le système d'information. Ils définiront ensemble les objectifs de contrôle et les indicateurs de gestion nécessaires au pilotage du pôle.

Dans la mesure du possible ces tableaux de bord seront personnalisés par pôles ou par unités fonctionnelles, ils tiendront compte des spécificités et des besoins d'information particuliers du pôle.

Les tableaux de bord communs à l'ensemble des services demeurent un objectif prioritaire ; ils permettront de standardiser les informations et de faciliter les analyses comparatives dans l'établissement.

Les services économiques sont en mesure de communiquer un certain nombre de données de base qui touchent aux secteurs d'activités suivants :

- restauration
- blanchisserie
- consommations de produits et de fournitures
- prestations de services

Restauration :

- le nombre de repas servis par unités fonctionnelles
- le niveau des dépenses d'épicerie

Blanchisserie :

- le nombre de kg de linge lavé par unités fonctionnelles
- le pourcentage des retours de linge propre

Consommations produits

- un palmarès des consommables les plus utilisés par unités fonctionnelles
- le montant des dépenses par famille d'articles ou par article (à la demande)
- des indications sur l'évolution de la consommation des articles de protection

Prestations de services

- Nombre, nature et coût de la location des supports anti escarres

LA PLANIFICATION DES EQUIPEMENTS

L'achat des équipements biomédicaux et hôteliers doit faire l'objet d'une planification annuelle ou pluriannuelle. L'intérêt d'une planification des investissements est multiple et indispensable dans le cadre d'une conduite prévisionnelle et stratégique de l'établissement.

La planification permet :

- d'avoir une vision globale et analytique des besoins
- de mettre en adéquation budgétaire les demandes d'investissements
- de responsabiliser les pôles
- de définir les priorités de l'établissement en fonction de critères objectifs et d'orientations stratégiques
- de permettre une meilleure visibilité aux acteurs du pôle
- de répondre aux impératifs fixés par les règles de l'achat public en matière de détermination des besoins à satisfaire
- d'optimiser les conditions d'achats auprès de nos fournisseurs

Il convient de distinguer les investissements relevant d'opérations importantes (restructuration, construction neuve, équipements lourds, etc...) pour lesquelles des enveloppes budgétaires ciblées sont arrêtées, des investissements courants visant à améliorer l'existant ou à renouveler du matériel ou des équipements.

La mise en œuvre de cette planification exige le respect d'un certain nombre de règles qui seront précisées dans une procédure cadre applicable à l'ensemble des pôles. D'une manière générale la procédure consiste dans une première phase et sur une période déterminée à :

- recenser les besoins internes du pôle par catégories d'investissement
- procéder à l'analyse de ce recensement en conseil de pôle
- faire des choix et les classer par ordre de priorité en tenant compte des moyens financiers du projet médical du pôle et du projet d'établissement
- établir une proposition de plan annuel ou pluriannuel du pôle à examiner en commission des équipements

Cette phase est entièrement réalisée par les instances du pôle ; le pôle devenant l'interlocuteur « unique » des services économiques et des cadres de santé des unités fonctionnelles.

La deuxième phase consiste :

- à arrêter, après négociations si elles s'avèrent nécessaires, les plans annuels ou pluriannuels définitifs en commission des équipements (biomédical et hôteliers) :
- à les faire valider par la Commission Médicale d'Etablissement pour le plan biomédical et à la commission des soins infirmiers pour les matériels et mobiliers hôteliers.

La troisième phase consiste à exécuter les plans en respectant les règles énoncées ci-dessous :

- Chaque pôle sera destinataire d'un courrier contractualisant le programme d'investissement du pôle
- Les modifications des programmes en cours d'année seront exceptionnelles mais possibles sous réserve de l'état des commandes passées et du respect de l'enveloppe budgétaire allouée
- Toutes les demandes d'investissement non inscrites dans le programme d'investissement retenu ou n'émanant pas d'un pôle seront systématiquement retournées sans suite au demandeur
- La mise en œuvre et le suivi du programme d'investissement biomédical est assuré par l'unité biomédicale en étroite collaboration avec les praticiens hospitaliers concernés.
- La mise en œuvre et le suivi du programme d'investissement hôtelier est assuré par les services économiques et notamment l'attaché d'administration responsable du pôle économique en étroite collaboration avec les cadres de santé concernés.
- Une réserve budgétaire, correspondant à 10% du programme d'investissement sera constituée pour faire face aux éventuelles urgences imprévues.

Les services économiques informeront régulièrement les pôles sur l'état d'avancement des plans d'investissements.

UNE ORGANISATION ET DES MOYENS LOGISTIQUES ADAPTES

Les achats, la mise en œuvre et le suivi des moyens délégués restent de la compétence exclusive de la DSEE.

Les pôles ainsi que les services économiques et logistiques s'engagent à respecter et à appliquer strictement les procédures cadres arrêtées conjointement avec les instances consultatives spécialisées telles que le comité linge, le comité magasin, les commissions de menu, le comité déchet etc ...et validées par la direction de l'établissement.

Ces procédures définissent les relations clients- fournisseurs et fixent les modalités pratiques d'obtention des prestations offertes par les services logistiques. Elles découlent d'une organisation générale et toutes modifications nécessitent un consensus de la part des pôles représentés dans les instances consultatives.

Le développement d'intra net facilitera les échanges d'information par la mise à disposition de catalogue produit et la dématérialisation des documents internes. Les deux parties s'engagent à utiliser au maximum ce moyen de communication.

Une évaluation des prestations logistiques sera faite régulièrement et les services économiques s'engagent à corriger les points négatifs dans le cadre des plans d'action qualité.