



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2005

**L'encadrement des pôles d'activités au
groupe hospitalier Lariboisière-
Fernand Widal**

Catherine LANCREROT

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont su guider et enrichir ma réflexion pour ce mémoire.

Je les remercie vivement pour le temps consacré et la justesse et la franchise de leurs propos.

Un merci particulier à mon maître de stage et à l'ensemble de l'équipe de direction pour la disponibilité dont ils ont fait preuve.

Un merci particulier à tous ceux qui, dans mon entourage personnel ou professionnel m'ont encouragé et redonné des forces dans les moments de doute.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE MISE EN PLACE DES PÔLES D'ACTIVITÉ.....	4
1.1 L'ANTICIPATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE	4
1.1.1 Les prémices de la nouvelle gouvernance.....	4
1.1.2 La circulaire DHOS du 13 février 2004	7
1.2 LE CADRE JURIDIQUE	8
1.2.1 L'ordonnance du 2 mai 2005	8
1.2.2 Le décret du 4 mai 2005	9
1.2.3 Le décret du 10 mai 2005	10
1.2.4 Le décret du 7 juillet 2005.....	10
1.3 LA MISE EN PLACE DES PÔLES AU GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL.....	10
1.3.1 La dynamique institutionnelle.....	11
1.3.2 La démarche du groupe hospitalier LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL	13
2 DÉFINITION DE L'ENCADREMENT DES PÔLES	20
2.1 LE CADRE THÉORIQUE	20
2.1.1 La définition de l'hôpital comme organisation.....	20
2.1.2 La conduite du changement.....	24
2.2 APPROCHE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE SANTE	25
2.2.1 Les cadres de santé.....	26
2.2.2 Les Attachés d'Administration Hospitalière.....	29
2.3 LE SCHÉMA PRÉCONISÉ PAR LE SIÈGE DE L'AP-HP	31
2.3.1 Méthodologie	31
2.3.2 Résultats des rencontres	31
2.3.3 Les organisations recensées	32
2.3.4 Le schéma retenu par le siège de l'AP-HP	35
2.4 LES SCHÉMAS RETENUS DANS LES ÉTABLISSEMENTS	38
2.4.1 Le schéma retenu par le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Vidal	38
2.4.2 Les autres schémas rencontrés.....	40

2.5	LES FICHES DE POSTES	40
2.5.1	Les fiches de poste élaborées par le siège de l'AP-HP.....	41
2.5.2	Le contenu de la fiche de poste du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.....	44
2.5.3	Le contenu des fiches de postes des autres établissements.....	46
3	L'ÉTUDE DE TERRAIN	47
3.1	LA MÉTHODOLOGIE	47
3.1.1	Le choix des établissements.....	47
3.1.2	Les outils.....	47
3.1.3	Le choix des interlocuteurs.....	48
3.2	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	49
3.2.1	Le schéma retenu pour l'encadrement des pôles.....	49
3.2.2	Les difficultés rencontrées ou futures dans la mise en place de l'encadrement des pôles.....	50
3.2.3	Une plus value pour l'encadrement.....	51
3.2.4	Les facteurs clés de réussite.....	53
3.3	LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	54
3.3.1	Les mesures gouvernementales.....	54
3.3.2	Les mesures institutionnelles.....	55
3.3.3	Les mesures propres aux établissements.....	58
	CONCLUSION	60
	BIBLIOGRAPHIE	61
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
ACH : Adjoint des cadres hospitaliers
AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
BP : Budget Primitif
CA : Conseil d'Administration
CCM : Comité Consultatif Médical
CEL : Comité Exécutif Local
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COPIL : Comité de Pilotage
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DDRH : Direction du Développement des Ressources Humaines
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
ETP : Equivalent temps plein

INTRODUCTION

L'hôpital a fait l'objet de plusieurs réformes successives qui ont chacune apporté des changements sans que pour autant les hospitaliers sur le terrain soient satisfaits.

En 2003, le rapport DEBROSSE¹ fait un constat accablant en disant que « l'organisation interne des hôpitaux est conservatrice, obsolète, basée trop souvent sur son histoire, le dévouement des différents acteurs qui assurent les soins et l'énergie dépensée à parer au plus pressé ». Il rajoute par ailleurs que « le manque de perspectives politiques à moyen terme a renforcé le sentiment d'un combat inutile des hospitaliers faute d'une lisibilité claire de leurs missions ». Il fait un certain nombre de préconisations parmi lesquelles le passage d'un découpage par services à un découpage en pôles d'activité.

Un projet d'ordonnance est élaboré ; le chapitre 6 relatif à l'organisation interne, à l'organisation des soins et au fonctionnement médical décrit le fonctionnement et la mise en place des pôles.

Le Conseil d'Administration ainsi que le Conseil Exécutif décident de la mise en place de pôles d'activité. Ces pôles sont dirigés par un praticien responsable de pôle qui est assisté par une sage femme cadre, un cadre de santé et un cadre administratif.

Parallèlement, il est proposé aux établissements de s'engager dans une démarche d'anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière qui doit être effective au 31 décembre 2006 au plus tard. Ce sont 80 établissements qui s'engageront dans cette démarche et en particulier le Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal.

Sur le terrain, très rapidement un groupe se mobilise et commence à réfléchir à la mise en place des pôles : ce sont les cadres de santé et en particulier le comité des cadres du groupe hospitalier.

Deux points du projet d'ordonnance l'interpellent particulièrement : le cadre de santé qui assiste le praticien responsable de pôles et la présence du cadre administratif. Les membres du comité des cadres se posent des questions :

- quelle sera la place pour les cadres de santé et en particulier pour les cadres supérieurs de santé ?
- qui sera le cadre administratif de pôle ?

¹ Mission sur la "modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale" avril 2003

En effet, dans un contexte de réduction du nombre de cadres supérieurs de santé (non-remplacement de cadres partant à la retraite, rendu de postes dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, pas de postes ouverts au concours), les cadres supérieurs se sentent menacés d'autant plus que le projet d'ordonnance n'explicite pas le grade du cadre de santé.

Rapidement la Direction a répondu à leurs interrogations en affirmant que le cadre paramédical de pôle sera un cadre supérieur de santé et que le cadre administratif sera un attaché d'administration hospitalière même s'il avait été envisagé dans un premier temps que ce soit un adjoint des cadres hospitaliers (agent de catégorie B). Par ailleurs, le schéma retenu leur a été présenté : un cadre supérieur de santé responsable de pôle et pas de cadres supérieurs sur les services ce qui confirme que les cadres supérieurs encore présents dans les services ne seront pas remplacés en cas de mutation ou départ à la retraite sauf pour les pôles comportant des services importants (département d'anesthésie réanimation, urgences).

Lors de mon premier stage hospitalier, j'ai pu observer la réaction des cadres supérieurs de santé à partir de leurs craintes :

- la mise en place de la nouvelle gouvernance ne serait basée que sur une gestion médico-économique de l'hôpital,
- les cadres supérieurs de santé seraient les grands perdants de la réforme d'autant qu'une partie de leurs fonctions en particulier celle concernant la gestion serait absorbée par le cadre administratif de pôle.

Les cadres administratifs, eux, ont semblé moins inquiets voire moins concernés car d'une part ils sont peu nombreux sur le groupe (5 attachés d'administration hospitalière) et d'autre part ils ne verront pas une évolution notable de leur positionnement avec la mise en place des pôles.

Face à cette vision, il y a un autre point de vue émanant plus majoritairement de la direction des soins et de la direction même si on le retrouve aussi chez certains cadres supérieurs de santé : la mise en place des pôles est l'occasion de repositionner les fonctions des cadres supérieurs de santé sur les soins et une opportunité pour les attachés d'administration hospitalière d'occuper des fonctions plus au cœur des soins.

Ces constats faits sur le groupe hospitalier ont conduit à un questionnaire qui orientera notre recherche:

« La mise en place de l'encadrement des pôles constituera-t-elle une plus-value pour les cadres paramédicaux et administratifs de pôle ? »

Nous avons par rapport à la question posée deux hypothèses d'étude :

- la mise en place des pôles apportera une véritable plus-value pour les membres de l'encadrement des pôles,
- la plus-value attendue comporte des limites.

Pour répondre à cette question notre travail comportera 3 parties :

La première partie s'intéressera au cadre de la mise en place des pôles en rappelant le contexte dans lequel s'est instauré la nouvelle gouvernance, le contour juridique et la démarche retenue par le groupe hospitalier.

La deuxième partie portera sur les éléments sociologiques mais aussi pratiques avec en particulier la définition de l'encadrement des pôles et l'ensemble des schémas rencontrés aussi bien sur le groupe hospitalier que sur d'autres établissements de l'AP-HP². L'analyse des fiches de postes des cadres paramédicaux de pôle et de cadres administratifs de pôle fera partie de notre démarche.

Enfin, la troisième partie sera une étude réalisée sur le terrain auprès de différentes catégories de personnels : cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, attachés d'administration hospitalière, directeurs d'hôpital, directeurs de soins, personnels du siège de l'AP-HP impliqués dans la mise en place des pôles. Elle s'attachera à répondre à la question posée et à réfléchir aux moyens mis en place pour l'accompagnement de la réforme.

² Lire partout Assistance Publique Hôpitaux de Paris

LA MISE EN PLACE DES PÔLES

1 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE MISE EN PLACE DES PÔLES D'ACTIVITÉ

1.1 L'ANTICIPATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

La mise en place de la nouvelle gouvernance s'est faite en deux temps puisqu'il a été prévu une phase d'expérimentation à compter de février 2004 ainsi qu'une phase opérationnelle qui prévoit que les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux s'organisent en pôles le 31 décembre 2006 au plus tard.

1.1.1 Les prémices de la nouvelle gouvernance

A) Le plan HÔPITAL 2007

Dans son discours du 20 novembre 2002, Monsieur Jean-François MATTÉI, Ministre de la Santé a présenté son pacte de modernité avec l'hospitalisation : le plan Hôpital 2007. L'objectif de ce plan est de « redonner aux établissements hospitaliers publics et privés confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française ».

Ce plan comporte deux axes généraux :

- l'allègement des contraintes extérieures aux établissements
- la modernisation de la gestion interne des hôpitaux.

Le deuxième axe, base de la réforme de la gouvernance, sur le fondement duquel trois groupes projets seront mis en place : le premier portera sur le décloisonnement de l'hôpital en révisant les règles de son organisation. Il s'agit en fait de réfléchir à l'assouplissement du régime financier des hôpitaux, à l'organisation généralisée des pôles d'activités pour organiser les activités médicales, à la rénovation de

la composition et des compétences des instances (CA³ et CME⁴), à la révision des modalités d'achat.

Le second groupe projet s'intéressera aux moyens de rénover les relations entre les acteurs de l'hôpital et le troisième s'adresse plus particulièrement aux CHU⁵.

Par ailleurs, le Ministre de la Santé a décidé d'approfondir le thème de la gestion interne de l'hôpital en confiant une mission à Monsieur Denis DEBROSSE (Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême), au Docteur Antoine PERRIN, (Chef du Département de Chirurgie tête et cou – Président de la Commission Médicale d'Établissement – Centre Hospitalier du Mans) et au Professeur Guy VALLANCIEN (Faculté de Médecine Broussais-Hôtel Dieu et Chef du Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris).

Cette mission a donné lieu à un rapport préfigurant l'organisation en pôles⁶.

B) Le rapport DEBROSSE

Ce rapport fait des propositions pour une nouvelle organisation des établissements de santé en fonction de priorités :

a) *la généralisation de « l'amendement liberté⁷ » qui permet de développer les initiatives locales*

Cela doit permettre aux établissements d'innover dans un cadre légal redéfini : le règlement intérieur qui est voté par les instances et constitue la base de l'action de tout établissement.

b) *le passage d'un découpage par services à un regroupement en pôles d'activité*

Les centres de responsabilités instaurés en 1983 ont montré leurs limites ; le financement à l'activité inscrit l'hôpital dans une nouvelle logique : ajuster ses revenus en fonction de son activité.

³ lire partout Conseil d'Administration

⁴ lire partout Commission Médicale d'Établissement

⁵ lire partout Centre Hospitalier Universitaire

⁶ projet Hôpital 2007 : Mission sur la "modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale" avril 2003

⁷ article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique

Une nouvelle organisation est à mettre en place et voit la suppression des départements et des services en tant qu'entité juridique au profit du pôle.

A la tête de chaque pôle, un médecin membre de droit de la CME est nommé au comité stratégique. Il sera chargé d'une part de la gestion du pôle tout en conservant une partie de son activité médicale. Il sera nommé pour une période de cinq ans par le directeur avec lequel il déterminera de façon contractuelle les objectifs de gestion du pôle.

Il sera assisté d'un cadre soignant pour la gestion des soins paramédicaux et d'un attaché d'administration hospitalière pour la gestion économique et administrative du pôle ; ces derniers seront placés sous son autorité fonctionnelle.

c) Le pilotage de l'hôpital recentré sur le Conseil d'Administration et le comité stratégique

Il s'agit de responsabiliser le Conseil d'Administration en lui confiant la validation des choix stratégiques et financiers. Un des piliers de cette nouvelle organisation est le règlement intérieur qui deviendra la base de fonctionnement des hôpitaux ; il devra être voté par les instances et faire l'objet d'une évaluation.

Dorénavant la conduite de l'hôpital associera le corps médical et la direction au sein du comité stratégique qui aura un rôle prépondérant dans la mise en place et dans la coordination des pôles. Il sera composé du directeur (président) et de son équipe de direction ainsi que du président et des membres de la CME.

Les propositions faites par ce comité seront validées par le Conseil d'Administration.

d) La réduction du nombre de commissions

Constat d'un trop grand nombre de commissions générant trop de tâches administratives. Il appartiendra à chaque établissement de décider de maintenir certaines commissions mais il s'agira de se recentrer sur trois instances :

- la CME aura un rôle plus central avec l'organisation en pôles puisque les médecins à la tête des pôles seront membres de droit de la CME. Par ailleurs, le président de la CME signera avec le directeur le Contrat d'objectifs et de moyens, les contrats des chefs de pôles et les contrats des médecins.
- Le CTE⁸ sera plus associé à la dimension stratégique de l'établissement puisqu'il sera plus étroitement associé à la mise en œuvre du plan stratégique. Par ailleurs, le président de la CME ainsi que deux médecins assisteront aux réunions du CTE.

⁸ lire partout Comité Technique d'Etablissement

1.1.2 La circulaire DHOS⁹ du 13 février 2004

La circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière fixe d'une part les objectifs et les conditions de réalisation de l'anticipation et d'autre part la sélection des candidatures et le suivi de la démarche d'anticipation.

A) Les objectifs et les conditions d'anticipation

La réforme de la gouvernance modifie l'organisation hospitalière afin de répondre à la nécessité de supprimer ou de limiter les cloisonnements entre services et de lutter contre les rigidités pesant sur les établissements publics de santé.

Le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a installé le 10 février 2004, le comité de suivi de la nouvelle gouvernance avec pour mission de coordonner la réforme, de suivre et d'accompagner les établissements candidats à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

Un certain nombre d'établissements volontaires se sont d'ores et déjà engagés à mettre en place la configuration du conseil exécutif et l'organisation au moins partielle en pôles d'activités. Ils devront en outre engager une démarche de contractualisation interne sur la base d'une délégation de gestion et définir une politique d'intéressement.

Les établissements devront par ailleurs faire état au comité de suivi de l'état d'avancement de leur démarche d'anticipation.

B) La sélection des candidatures et le suivi de la démarche d'anticipation

Une cinquantaine d'établissements (CHU, CH¹⁰, CHS¹¹) pourront faire acte de candidature selon certaines conditions :

- avoir déjà mis en œuvre un changement dans leur organisation et avoir le souhait de le pérenniser
- être volontaire même si aucune démarche n'a été entreprise antérieurement.

Les dossiers de sélection ont été remis à la DHOS, le 25 février au plus tard pour une sélection d'une centaine d'établissements au 2 mars 2004.

⁹ lire partout Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

¹⁰ lire partout Centre Hospitalier

¹¹ lire partout Centre Hospitalier Spécialisé

Chaque établissement retenu se verra allouer un crédit de 80 000 euros afin de couvrir les frais engagés par la démarche d'anticipation.

1.2 LE CADRE JURIDIQUE

La nouvelle gouvernance hospitalière est encadrée par des textes parmi lesquels on peut citer l'ordonnance du 2 mai 2005 et ses décrets d'application.

1.2.1 L'ordonnance du 2 mai 2005¹²

Cette ordonnance comporte 4 titres dont un nous intéresse plus particulièrement : les dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé.

Le Conseil d'administration délibère après avis de la commission médicale et du comité technique d'établissement sur l'organisation en pôles d'activité et sur la politique de contractualisation interne.

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

L'article L.6143-6-1 rappelle la composition du conseil exécutif présidé par le directeur. Par ailleurs, les établissements qui ont déjà mis en place une instance associant tout ou partie de l'équipe de direction et des praticiens hospitaliers afin d'exercer les missions d'un conseil exécutif conservent cette instance jusqu'à la date de renouvellement de la commission médicale d'établissement.

Par rapport au sujet des pôles, le conseil exécutif a des missions précises et notamment celle de donner un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services.

L'article L. 6145-16 rappelle qu'il existe des procédures de contractualisation interne entre les pôles et les établissements. Le contrat établi est alors assorti pour le pôle d'objectifs

¹² ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

d'activité, mais aussi d'objectifs qualitatifs et financiers. Il donne lieu à des modalités d'intéressement. Le contrat est évalué chaque année selon des critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

Les pôles sont organisés avec un responsable de pôle qui est un praticien titulaire inscrit par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Il élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui intègre notamment les orientations d'activités et les actions nécessaires à mettre en œuvre pour le développement de la qualité et l'évaluation des soins.

Les responsables de pôle sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. La durée de son mandat ainsi que les conditions de son renouvellement sont définies par le conseil d'administration sans qu'elles puissent être contraires aux modalités fixées par le décret.

Dans l'article L. 6146-4 il est rappelé les conditions des fonctions de chefs de service et vient confirmer que contrairement à ce qui figurait dans le projet d'ordonnance, la notion de service a été maintenue.

Pour ce qui est de l'organisation du pôle, le responsable de pôle est assisté selon le cas 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.

1.2.2 Le décret du 4 mai 2005¹³

Pour ce qui est de l'organisation interne, ce décret précise que la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique intervient après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte.

Celle-ci est composée des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

Par ailleurs, pour les CHU, la nomination des responsables de pôle nécessite en plus de l'avis du conseil de pôle, celui des conseils restreints de gestion des unités de formation et de recherche et du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique après avis de ce comité.

¹³ décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

1.2.3 Le décret du 10 mai 2005¹⁴

Il vient préciser le nombre de personnes composant les conseils exécutifs. Ainsi, il ne peut être supérieur à 12 dans les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires et 16 dans les centres hospitaliers universitaires.

Par ailleurs, le mandat des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique ne peut être d'une durée inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

1.2.4 Le décret du 7 juillet 2005¹⁵

Compte tenu de la mise en place des conseils exécutifs, les commissions médicales et les comités d'établissement se trouvent également modifiées.

En effet, la commission médicale d'établissement est maintenant associée au conseil exécutif pour la préparation du projet médical d'établissement dans le respect de l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques.

Elle est également consultée pour avis sur le fonctionnement des pôles non médicaux et de leurs structures internes dès que la qualité des soins ou la santé des malades est en jeu.

La composition des commissions médicales inclut désormais les responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique ainsi que les chefs de services composant les pôles.

Enfin, le comité technique d'établissement est lui aussi obligatoirement consulté sur les projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 avec notamment l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes et la politique de contractualisation interne.

1.3 LA MISE EN PLACE DES PÔLES AU GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL

La mise en place des pôles est très largement inspirée d'une dynamique impulsée par le siège de l'AP-HP.

¹⁴ décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats de responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

¹⁵ 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

Cette dynamique permet aux établissements anticipateurs ainsi qu'à tous les autres de s'appuyer sur une démarche commune.

1.3.1 La dynamique institutionnelle

Dès février 2004, l'AP-HP a décidé de se lancer dans la démarche d'anticipation de la nouvelle gouvernance. Dans sa séance du 31 mai 2004, la CME a donné un avis favorable à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

Cela a conduit à mettre en place plusieurs instances qui devaient préfigurer la mise en place de la nouvelle gouvernance.

A) Le Conseil Stratégique

Préfigurant le conseil exécutif, le Conseil stratégique est composé à parité des membres du comité de direction général (8) et de représentants de la CME (8 dont le doyen). Ce Conseil a participé à la préparation du plan stratégique 2005-2009 et suit l'avancée de la mise en place des pôles dans les établissements expérimentateurs (Tenon, Lariboisière, HEGP¹⁶, Paul Brousse).

Conformément au texte de l'ordonnance, le Conseil Stratégique est devenu le Conseil Exécutif. Il assure ainsi le pilotage des orientations stratégiques de l'institution :

- élaboration et suivi de la mise en œuvre du plan stratégique,
- pilotage de la mise en place des pôles,
- préparation des délibérations du Conseil d'Administration.

Les établissements anticipateurs ont pour objectif d'avoir établi un projet d'organisation en pôles pour la fin du 3^{ème} trimestre 2004, de constituer au moins deux pôles pour le début de l'année 2005 et d'avoir finalisé l'organisation en pôles de leur établissement pour fin 2005.

Par ailleurs, chaque établissement est plus particulièrement chargé de réfléchir à un point de droit particulier. A cet effet, l'hôpital Lariboisière travaille sur le contrat d'objectifs et de moyens, le règlement intérieur, le budget des pôles et le tableau de bord.

L'hôpital Tenon est chargé de la formalisation des étapes de la réflexion sur les organisations en pôles, l'HEGP travaille sur les profils et les missions du cadre administratif et du coordonnateur des soins. L'hôpital Paul Brousse doit élaborer un contrat d'objectifs et de moyens et travailler sur la délégation de gestion.

¹⁶ lire partout Hôpital Européen Georges Pompidou

B) Le Comité de Coordination de la nouvelle gouvernance

Le comité de coordination anticipation gouvernance est l'instance de pilotage et de suivi de la démarche de mise en place des pôles. Présidé par le secrétaire général de l'AP-HP, il est composé des directeurs généraux des hôpitaux concernés, de leurs présidents de CCM¹⁷ et de leurs coordonnateurs généraux de soins auxquels s'ajoutent le secrétaire général de l'AP-HP, son président de CME, le doyen, la directrice du Cabinet, les 4 directeurs des GHU¹⁸, le directeur d'un établissement non anticipateur (Bichat) et les directeurs des directions suivantes : direction du service central de soins infirmiers, direction de la politique médicale, direction du développement des ressources humaines. C'est ce comité qui impulse la philosophie générale présidant à la mise en place des pôles à savoir :

- le pôle doit regrouper un certain nombre de services liés entre eux par une logique fondée sur la prise en charge du patient et une volonté commune de travailler ensemble
- il est nécessaire que le pôle regroupe un nombre d'unités suffisantes afin de parvenir à une taille critique ; le nombre de pôles envisagé à l'AP-HP est de 150 pôles environ
- les pôles seront dirigés par un responsable de pôle (médecin) assisté d'un coordonnateur paramédical et d'un cadre administratif.

Le comité de coordination de la nouvelle gouvernance a d'ores et déjà travaillé sur les points suivants : la nomination des responsables de pôles, le règlement intérieur des pôles, la délégation de gestion, le plan de formation et d'accompagnement, les nouvelles organisations soignantes, les missions des cadres administratifs de pôles, les missions du coordonnateur paramédical de pôle.

Tous ces travaux se sont inspirés des réflexions de chacun des hôpitaux anticipateurs.

C) Le respect du calendrier fixé par l'ordonnance

La Direction Générale de l'AP-HP suit l'état d'avancement des établissements sur la nouvelle gouvernance et insiste sur la nécessité de respecter un planning pour l'examen des propositions faites par eux.

¹⁷ lire partout Comité Consultatif Médical

¹⁸ lire partout Groupement Hospitalier Universitaire

Les procédures de validation des organisations en pôles des établissements démarreront en septembre 2005. Entre juin et septembre 2006, il y aura les dernières délibérations du Conseil d'Administration sur l'organisation interne des hôpitaux en pôles afin qu'au 31 octobre 2006 au plus tard tous les candidats aux fonctions de responsables de pôles soient proposés à la Directrice Générale et au Président de la CME.

1.3.2 La démarche du groupe hospitalier LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL

A) La situation du groupe hospitalier LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL

Le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal fait partie d'un des 39 établissements de l'AP-HP. L'AP-HP a en juillet 2003 créé des groupements hospitaliers universitaires (GHU) correspondant à un découpage par zone géographique. Il existe quatre GHU : Nord, Sud, Est, Ouest. Le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal fait partie du GHU Nord. Chaque GHU est dirigé par un directeur exécutif.

Le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal est un CHU situé sur deux sites séparés par la gare du Nord.

Le site de Lariboisière comporte les disciplines aiguës avec une activité d'accueil des urgences particulièrement importante de la population adulte, tandis que le site de Fernand Widal accueille les secteurs d'activités de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée. Il prend en charge les patients de psychiatrie non sectorisée et traite toutes les conduites toxicologiques et addictives.

La capacité autorisée du groupe hospitalier est de 1 008 lits d'hospitalisation complète dont 399 lits de médecine et 179 lits de chirurgie et de 30 places d'hospitalisation de jour.

Le groupe hospitalier s'inscrit dans la préparation du plan stratégique 2005-2009 avec une méthodologie définie par le siège de l'AP-HP.

Chaque site doit s'inscrire dans les lignes directrices du projet stratégique institutionnel et dans la réflexion menée au niveau du GHU auquel il appartient. Chaque site présente des propositions d'actions qui répondent aux orientations institutionnelles et qui font l'objet de négociations et d'arbitrages avec le GHU et la direction générale et a la possibilité de présenter d'autres propositions d'actions à sa propre initiative. Une conférence Activité Stratégie Performance est organisée pour arrêter les propositions d'actions. Dans le cadre du projet 2005-2009 de grands projets médicaux et d'investissements sont envisagés :

- regroupement des activités de réanimation chirurgicale, mise aux normes de la réanimation médicale et organisation de la surveillance continue
- transferts d'activités de pathologie digestive et de cardiologie avec l'hôpital Beaujon
- développement des complémentarités avec l'hôpital Saint-Louis
- réorganisation de la filière gériatrique
- poursuite de la mise en conformité de la pharmacie à usage intérieur
- restructuration des activités de biologie
- mise en place du schéma directeur spatial et des mises en conformité techniques
- mise en place du projet logistique.

B) La mise en place des pôles au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal

Dès février 2004, le groupe hospitalier s'est engagé dans la mise en place des pôles afin de pouvoir répondre aux objectifs fixés par le siège à savoir la mise en place opérationnelle de deux pôles début 2005 et la mise en place de l'ensemble des pôles fin 2005 au plus tard.

Dans cette démarche plusieurs instances ou groupes de travail se sont réunis : tout d'abord le CCM qui a validé le contour des pôles, le CEL¹⁹ et le Comité de Pilotage de la Nouvelle Gouvernance (COFIL) créés en juillet 2004.

a) *Le rôle du CCM*

Le découpage en pôles

Le découpage en pôles devra être adopté par les instances locales puis validé par le Conseil Stratégique du siège et les instances centrales.

C'est lors d'un séminaire spécial du CCM en mars 2004 que l'organisation en pôles a été abordée et que la proposition d'un premier découpage a été présentée. Présenté en CCM et adopté le 29 mars 2004, le projet comportait à l'origine onze pôles qui sont les suivants :

- pôle locomoteur (FGC rhumatologie, chirurgie orthopédique et traumatologique)
- pôle tête et cou (neurochirurgie, ophtalmologie, ORL²⁰ et douleur)
- pôle digestif
- pôle obstétrique

¹⁹ lire partout Comité Exécutif Local

²⁰ lire partout Oto-rhino-laryngologie

- pôle médecine, spécialités médicales, aval des urgences (médecine interne A, médecine interne B, policlinique, hématologie)
- pôle laboratoires (tous les laboratoires et les explorations fonctionnelles)
- pôle imagerie (FGC²¹ radiologie, biophysique, URC²²)
- pôle addictologie et toxicologie,
- pôle réadaptation (soins de suite, soins de longue durée)
- pôle pharmacie
- pôle urgences (SAU²³, DAR²⁴, SMUR²⁵, réanimation médicale et toxicologique, cardiologie, neurologie).

Cependant, ce projet de découpage présenté fin août 2004 à la direction de la politique médicale du siège a reçu un avis défavorable au motif que le nombre de pôles était trop important et que cela ne permettait pas d'atteindre la masse critique souhaitée.

C'est lors d'un CCM du 18 octobre 2004 en présence du Secrétaire général de l'AP-HP qu'il a été rappelé que le Conseil d'Administration du 17 décembre 2004 présenterait le découpage des pôles d'activité.

Le CCM du 8 décembre 2004 a validé un nouveau découpage ci-après exposé :

- les services cliniques :
 - o pôle locomoteur (FGC rhumatologie, chirurgie orthopédique et traumatologique)
 - o pôle neurosensoriel (neurochirurgie, neurologie, ophtalmologie, ORL et douleur)
 - o pôle viscéral (hépato-gastro-entérologie, chirurgie digestive, gynécologie-obstétrique)
 - o pôle médecine (médecine interne A, médecine interne B, angio-hématologie, gériatrie aiguë, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, médecine physique et réadaptation)

²¹ lire partout Fédération de Gestion Commune

²² lire partout Unité de Recherche Clinique

²³ lire partout Service d'Accueil des Urgences

²⁴ lire partout Département d'Anesthésie et de Réanimation

²⁵ lire partout Service Médicale d'Urgences et de Réanimation

- pôle addictologie et toxicologie (médecine toxicologique, centre anti-poison, psychiatrie, Espace Murger)
- pôle urgences (SAU, policlinique, DAR, SMUR, réanimation médicale et toxicologique, cardiologie)
- les services médico-techniques
 - pôle laboratoires (biochimie, hématologie, toxicologie, bactériologie, anatomie et cytologie pathologiques, génétique moléculaire, centre de tri, laboratoire de garde, explorations fonctionnelles)
 - pôle imagerie (FGC radiologie, biophysique, URC, médecine nucléaire)

soit au total six pôles cliniques et deux pôles médico-techniques.

Chaque pôle s'est constitué autour d'une logique médicale :

- pôles cliniques
 - pôle locomoteur : appareil locomoteur
 - pôle neurosensoriel : prise en charge médico-chirurgicale des pathologies neuro-sensorielles
 - pôle viscéral : prise en charge médico-chirurgicale des pathologies viscérales et de la grossesse
 - pôle médecine : premier et deuxième aval des urgences
 - pôle addictologie et toxicologie : prise en charge des patients victimes d'addictologie
 - pôle urgences : prise en charge de l'urgence générale et vitale
- pôles médico-techniques
 - pôle laboratoires : prise en charge des examens para-cliniques
 - pôle imagerie : pôle médico-technique partageant les équipements d'imagerie et les personnels médico-techniques.

A ce jour, la place des structures transversales des blocs opératoires et de rééducation reste à définir. Pour les pôles médecine, locomoteur et laboratoires, l'objectif est de les rendre opérationnels pour début 2005, pour les autres pôles la date de mise en œuvre retenue est fin 2005 voire début 2006.

Par ailleurs, la pharmacie à usage intérieur sera rattachée au pôle laboratoires fin 2007.

La taille des pôles est également variée ; en effet le pôle urgences comporte un effectif de 439,5 ETP²⁶ tandis que le pôle imagerie en comporte 140.

La présentation pour avis du contour des pôles a ensuite été faite au CTE et à la Commission de surveillance et pour information au CHSCT²⁷, à la Commission Locale du Service de soins infirmiers et en réunion de cadres.

L'adoption d'une méthode de désignation des premiers chefs de pôles

La méthode retenue a été largement discutée en CCM et s'appuie largement sur celle utilisée à l'HEGP.

Elle est la suivante :

- l'appel à candidature dans tout le pôle
- l'audition des candidats par une commission ad hoc sur le projet de pôle
- l'avis des conseils de service sur le projet de pôle
- l'avis du conseil exécutif provisoire
- l'avis du CCM
- la nomination par la Directrice Générale et le Président de la CME, après avis des instances centrales.

Des conditions particulières doivent également être remplies par le chef de pôle :

- appartenir au pôle sur lequel il se déclare candidat
- être praticien titulaire
- s'engager à consacrer une part significative de son temps au management et à la gestion du pôle pendant la durée de son mandat qui sera de 4 ans
- s'engager à mettre en place les modalités de gestion de pôle qui seront définies par la réglementation et par le règlement intérieur type du pôle
- s'engager à utiliser la délégation de gestion qui lui sera consentie dans le respect de la réglementation.

Les dossiers de candidature des chefs de pôle devront par ailleurs comporter à minima:

- une lettre de candidature

²⁶ lire partout Equivalents Temps Pleins

²⁷ lire partout Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail

- les grandes orientations du projet médical du pôle que le candidat entend mettre en œuvre ainsi qu'une description de l'utilisation des moyens mis à la disposition du pôle
- une description sommaire des relations que le pôle entretiendra avec les autres pôles du groupe hospitalier
- l'accord des autres chefs de services sur le projet au cas où le candidat est seul à poser sa candidature sur le pôle
- les comptes rendus des conseils de service des services composant le pôle.

A ce jour, deux chefs de pôles sont effectivement nommés : il s'agit du chef de pôle du pôle médecine et du chef de pôle du pôle Laboratoires.

Les candidatures des autres chefs de pôle seront examinées lors des CCM d'octobre, de novembre et de décembre.

b) Le Conseil Exécutif Local

Le Conseil exécutif local prépare le projet d'établissement, en suit l'exécution, propose les actions correctrices nécessaires et contribue à la mise en œuvre du plan de redressement.

Le premier CEL a été mis en place en juillet 2004 et se compose de huit membres soit :

- le directeur
- le directeur des soins
- le directeur de la politique médicale et de la qualité
- le directeur des services économiques et financiers
- le président du CCM
- le vice-président du CCM
- le président de la commission des effectifs
- le responsable du groupe stratégie de l'hôpital.

Le travail de ce premier conseil a porté sur l'élaboration du budget, la mise en place des pôles, le projet d'investissement, le projet de règlement intérieur des pôles, le projet de délégation de gestion et tous les autres sujets spécifiques.

Puis l'établissement a décidé de renouveler ce conseil dans sa composition qui est devenu la suivante :

- le directeur
- le directeur des soins

- quatre directeurs adjoints (patrimoine, finances et politique médicale, ressources humaines, économat –hygiène et logistique)
- le président du CCM
- le représentant du doyen
- deux chefs de pôles élus par le CCM parmi les trois premiers chefs de pôles nommés
- deux non-chefs de pôles élus par le CCM.

c) *Le Comité de Pilotage Nouvelle Gouvernance*

La mise en place des pôles s'est accompagnée de la création d'un comité de pilotage dont les missions sont les suivantes :

- préparation du document de consultation des sociétés de conseil qui seront mises en concurrence afin d'accompagner l'établissement dans sa démarche de mise en place des pôles
- proposition d'un cadre général du règlement intérieur des pôles que chaque pôle déclinera
- réflexion sur le rôle de l'encadrement et son organisation au sein des pôles
- proposition du cadre général du contrat d'objectifs et de moyens qui sera signé avec chaque pôle
- réflexion sur la délégation de gestion que la direction pourrait consentir aux pôles.

Ce comité de pilotage est composé de :

- trois représentants de la direction (directeur des finances et de la politique médicale, directeur des soins, secrétaire général)
- trois représentants du corps médical (PU-PH²⁸ chefs de services)
- trois représentants des cadres supérieurs de santé et trois suppléants.

Afin d'améliorer la représentativité de ce comité d'autres personnes y ont fait leur entrée :

- pour le corps médical : un MCU-PH²⁹ et un PH³⁰
- pour les cadres de santé : intégration de deux cadres du collège des cadres

²⁸ lire partout Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

²⁹ lire partout Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier

³⁰ lire partout Praticien Hospitalier

- pour la direction : intégration de deux Attachés d'Administration Hospitalière (personnel médical et logistique).

Le travail du comité de pilotage est venu s'enrichir des réflexions du comité des cadres sur les fiches de poste de cadre paramédical de pôle et du cadre administratif de pôle.

En effet, ce dernier a présenté lors d'une réunion d'encadrement qui réunit l'ensemble des cadres de l'hôpital toutes catégories confondues, les fiches de poste en réfléchissant particulièrement au niveau de la délégation de gestion.

Ce comité des cadres a également présenté sa réflexion au comité de pilotage.

A ce jour, le Comité de pilotage a finalisé le règlement intérieur des pôles, le contrat d'objectif et de moyens ainsi que les fiches de postes du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif de pôle.

2 DÉFINITION DE L'ENCADREMENT DES PÔLES

2.1 LE CADRE THÉORIQUE

La mise en place des pôles et de son encadrement met en jeu plusieurs acteurs qui appartiennent à trois corps différents : le corps médical, le corps paramédical et le corps administratif. Ces acteurs évoluent dans un cadre bien précis qui est celui de l'hôpital qui est une organisation qui fonctionne selon certaines règles qui ont fait l'objet d'études sociologiques.

2.1.1 La définition de l'hôpital comme organisation

L'analyse de l'hôpital montre que ce dernier met en œuvre plusieurs strates hiérarchiques avec d'un côté l'organisation administrative, le personnel paramédical et le personnel médical chacun reprochant parfois à l'autre de ne pas prendre en compte les réalités de son domaine.

La mise en place des pôles répond bien à cette problématique puisque désormais ce sont le médecin responsable de pôle, le cadre paramédical et le cadre administratif de pôle qui vont se retrouver à travailler ensemble en vue d'une meilleure prise en charge des patients.

Afin de mieux comprendre l'hôpital et son fonctionnement on peut s'appuyer sur deux modèles que sont l'analyse stratégique et le modèle de la bureaucratie professionnelle.

A) L'analyse stratégique

L'hôpital peut être décrit comme un modèle de la « bureaucratie à la française » selon Michel CROZIER. En effet, cet auteur rappelle les quatre traits fondamentaux qui caractérisent ce modèle :

- « l'extension considérable de la *réglementation impersonnelle* prescrivant de façon souvent très détaillée les tâches et postes organisationnels et surtout les conduites à tenir par leurs occupants
- la *centralisation très poussée* du pouvoir de décision éloignant les décideurs de ceux qui seront affectés par leurs décisions
- la *stratification* des individus en groupes homogènes et séparés les uns des autres par des barrières infranchissables
- enfin, le développement de *pouvoirs parallèles* autour de zones d'incertitudes non prévues et, de ce fait, non codifiées et non réglées dans l'organigramme ou dans les prescriptions formelles. »³¹

Selon lui, cette organisation n'est pas adaptée au changement puisqu'elle est trop rigide. Il parle alors de cercle vicieux bureaucratique.

Dans un raisonnement stratégique, il faut partir de postulats de base :

- chaque individu, acteur d'une organisation a des objectifs qui lui sont propres en dépit du fait que des objectifs aient été préalablement fixés par les organisateurs
- chaque acteur a une marge de liberté qu'il utilise plus ou moins,
- la rationalité dont les acteurs peuvent faire preuve est limitée.

L'analyse stratégique étudie les relations particulières entre les membres d'une organisation à partir des concepts suivants.

Chaque membre est un acteur dans le sens où il joue un rôle en fonction de sa propre rationalité ; il adapte son comportement aux opportunités qu'il rencontre et au comportement des autres.

Crozier parle également des relations qui s'établissent entre les acteurs : c'est une relation de pouvoir. De même, il semble que cette relation de pouvoir entraîne les acteurs à exercer leur liberté. Ainsi dans le cadre de la mise en place de l'encadrement des pôles,

³¹ CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Editions du Seuil, Collection Points, 2002, p. 198

on peut imaginer que même s'il y a eu une réflexion sur les fonctions que occupées par chacun des membres du pôle, il y aura tout des aléas, des tensions dans les organisations qui se mettront en place.

Cela est d'autant plus vrai que les cadres supérieurs de santé comme les attachés d'administration hospitalière ont des parcours de formation différents et des modes d'exercices différents au sein même du corps auquel ils appartiennent.

« Le pouvoir d'un individu ou d'un groupe, bref d'un acteur social, est bien ainsi fonction de la *zone d'incertitude* que l'imprévisibilité de son comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires ³²».

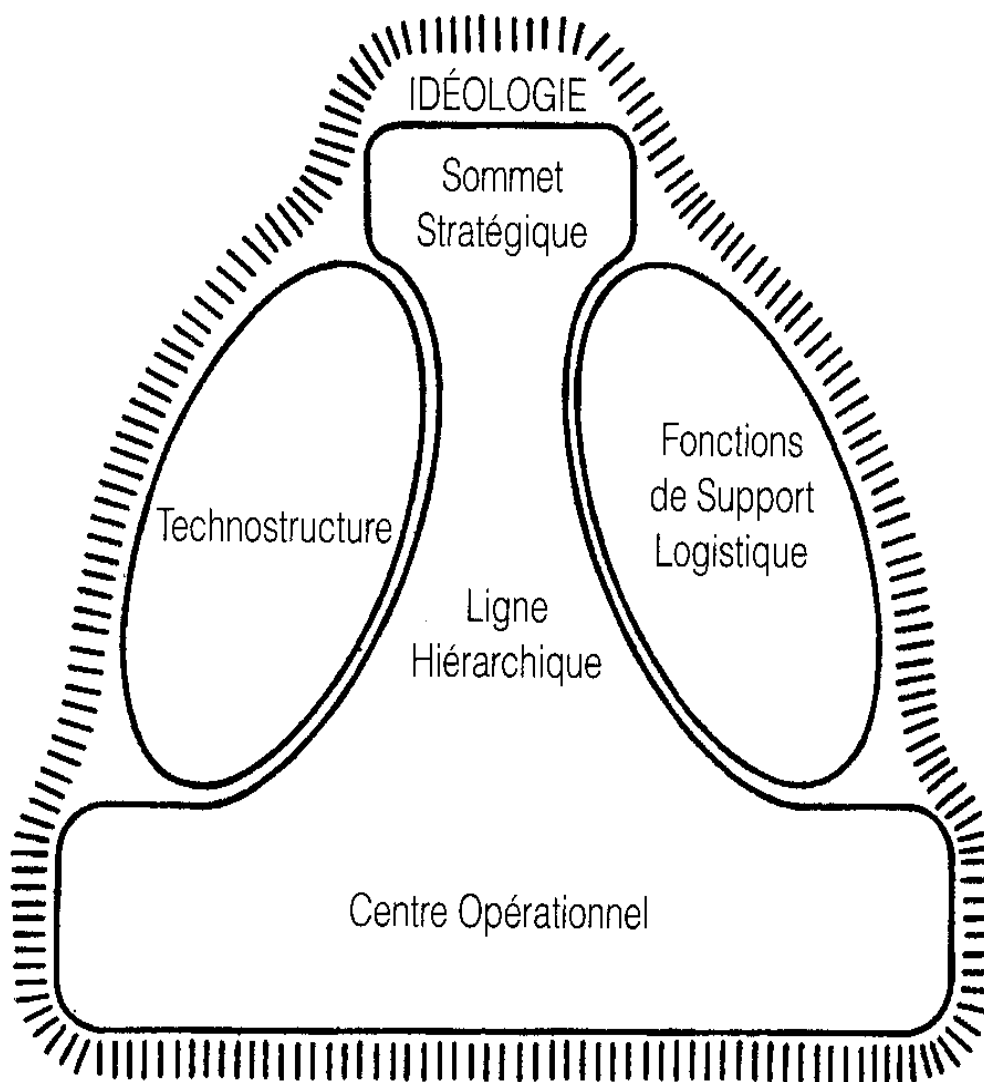
Cela signifie que tous les membres d'une organisation ne sont pas égaux pour maîtriser les incertitudes.

B) Le modèle de la bureaucratie professionnelle

Ce modèle met l'accent sur le pouvoir de la compétence indépendamment de la ligne hiérarchique.

Décrit par Henri MINTZBERG, il répartit la complexité de l'organisation en six groupes qui peuvent être schématisés de la façon suivante :

³² Ibid. 27, p.72



Le centre opérationnel se caractérise au niveau de l'hôpital par son importance car il est représenté par les professionnels des unités de soins, personnel soignant et personnel médical : infirmières, aides soignantes, médecins. Tous ces acteurs jouissent d'une certaine autonomie en raison de leur spécialisation et de l'expertise de leurs actes.

Le sommet stratégique représente la fonction de direction et donc l'ensemble des personnes qui ont en charge de diriger l'organisation, d'administrer l'hôpital : direction générale, équipe de direction, conseil d'administration.

La ligne hiérarchique relie le sommet stratégique au centre opérationnel. Elle est représentée par les agents qui ont une autorité directe sur le centre opérationnel.

La logistique comporte toutes les fonctions support : cuisines, services médico-techniques, informatiques, services techniques. Ce sont des prestataires internes nécessaires au fonctionnement de l'hôpital.

La technostructure procède à la standardisation des procédés de travail, des résultats, des qualifications : il s'agit de la direction des services financiers, du département d'informatique médicale, de la formation...

Au-dessus de ces cinq groupes, on peut également citer un sixième groupe qui intervient au-dessus. En effet, MINTZBERG considère que « chaque organisation active est composée d'une sixième partie que nous appellerons son *idéologie* (un terme du même type et qui est devenu récemment très populaire dans la littérature spécialisée est celui de « culture »). L'idéologie se nourrit des traditions et des croyances d'une organisation et c'est ce qui la distingue d'une autre et c'est ce qui insuffle une certaine existence à travers le squelette de sa structure³³».

Tout cela montre que dans le cas de la mise en place des pôles, le changement à mettre en œuvre peut être difficile car c'est aussi la remise en cause de certaines organisations et notamment le décloisonnement des services de l'hôpital.

2.1.2 La conduite du changement

Le changement que l'on veut mettre en place dépend de plusieurs facteurs :

- l'adaptation du système à l'environnement,
- l'évolution des hommes.

Dans le cas de l'encadrement des pôles, il faut donc envisager par exemple que les cadres de santé et l'ensemble du personnel des pôles s'adaptent à un environnement où la mise en commun au sein du pôle est une nouvelle donnée. Par exemple, la dotation en personnel se fera au niveau du pôle ; à charge pour le cadre paramédical de pôle d'affecter les agents dans le service qui en aura besoin. Cela pourra être vécu dans un premier temps comme une « mobilité forcée » des agents, alors que cela répond aux nécessités d'une meilleure optimisation des moyens alloués au niveau du pôle.

³³ MINTZBERG H., Le management, Voyage au centre des organisations, Editions d'Organisation, 1990, p. 185

Par ailleurs, MINTZBERG fait une analyse « des difficultés habituelles auxquelles se heurte tout effort de changement volontaire d'une organisation ou d'un ensemble organisé. Dans cette perspective pratique, deux problèmes apparaissent toujours : celui de l'élaboration du projet de changement et celui de la mise en œuvre du changement une fois que celui-ci a été décidé³⁴ ».

Il prend l'exemple de l'exécution d'une « décision ou de la mise en œuvre d'une action une fois que celle-ci a été conçue. Ce problème est perçu habituellement comme un problème de résistance au changement. Pour vaincre la résistance naturelle d'hommes dérangés dans leurs habitudes ou leurs intérêts, il faut, pense-t-on, persuader, former et éduquer sans relâche³⁵ ». Il démontre que contrairement aux idées reçues, les « membres d'une organisation ne sont pas, en effet, attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans le jeu qu'on leur propose. Les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne croit. En revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut représenter pour eux le changement³⁶ ».

En fait, pour que le changement soit accepté il faut que les différents acteurs sentent qu'ils vont gagner quelque chose. Par exemple, la mise en place des pôles devra permettre de rationaliser le parcours du patient, d'optimiser sa prise en charge. Le personnel en tirera aussi une satisfaction puisque le patient sera lui aussi satisfait. Pour l'instant, il existe des doutes puisque par exemple, le personnel paramédical pointe du doigt les délais parfois trop longs du brancardage, la programmation des blocs.

2.2 APPROCHE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE SANTE

La mise en place des pôles fait intervenir d'une part les cadres supérieurs de santé et d'autre part les Attachés d'Administration Hospitalière (AAH).

Il convient de faire un rappel sur ces différents corps afin de mieux comprendre ce qui fait leur spécificité.

³⁴ Ibid. 29 p. 385

³⁵ Ibid. 29 p. 385

³⁶ Ibid. 29 p. 386

2.2.1 Les cadres de santé

Les cadres supérieurs de santé ont une évolution différente qui justifie que l'on s'intéresse à l'évolution de la profession infirmière et à son encadrement en particulier.

A) Histoire de l'encadrement infirmier

Si dans un premier temps l'infirmière est étroitement liée à l'image de la religieuse au service des pauvres et des démunis, elle prend peu à peu une autre place. A partir des années 70, la loi reconnaît le rôle propre de l'infirmière³⁷ renforçant ainsi la professionnalisation. D'autres textes suivront parmi lesquels on peut citer le décret sur les actes professionnels³⁸ et celui plus récent sur la nouvelle version du décret de compétence³⁹. Le grade de surveillant apparaît en 1943⁴⁰ et les fonctions sont occupées par les supérieures des communautés religieuses. Le grade de surveillant chef apparaît en 1962⁴¹.

La profession d'infirmière évolue et permet aux infirmières d'avoir des compétences managériales grâce à la création du certificat de cadre infirmier en 1975.⁴²

Le grade de surveillant évolue puisqu'il devient cadre infirmier puis cadre de santé.

La fonction de surveillant est clairement définie dans la circulaire du 20 février 1990.⁴³ Cette circulaire rappelle que le surveillant est « responsable d'une unité et qu'il organise la prise en charge globale de la personne soignée ». « Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité. Il est une référence pour le soin spécifique. Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche ».

Ses activités se déclinent selon quatre axes :

- la technicité qui comprend l'élaboration du projet de soins, la gestion et l'animation d'une équipe placée sous sa responsabilité, la formation des stagiaires et la recherche

³⁷ loi du 31 mai 1978

³⁸ décret du 17 juillet 1984

³⁹ décret du 11 février 2002

⁴⁰ décret du 27 avril 1943 relatif aux hospices et aux hôpitaux

⁴¹ décret du 2 février 1962

⁴² décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier

⁴³ circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers

- l'information vis-à-vis de la direction, de l'équipe mais aussi envers les patients
- la relation avec les autres directions et les services de l'hôpital mais aussi avec les malades et leur famille
- la contribution économique qui consiste à utiliser de façon optimale des ressources affectées à l'unité et à dégager des indicateurs de suivi de l'unité dont il a la charge.

La spécificité du grade de surveillant chef est qu'il n'y a pas obligation de formation. C'est le décret du 18 décembre 1991⁴⁴ qui réglementera l'accession au grade par un concours interne sur titres et travaux avec inscription sur le bulletin officiel.

B) De l'encadrement infirmier à l'encadrement de santé

L'encadrement infirmier évolue et c'est en 2001 qu'est créé le statut des cadres de santé⁴⁵. Le décret institue un corps à deux grades : celui de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé. L'article 1 stipule que les cadres de santé sont organisés en trois filières :

- infirmière (infirmiers cadres de santé, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, infirmiers anesthésistes cadres de santé, puéricultrices cadres de santé)
- de rééducation (pédicures-podologues cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé, ergothérapeutes cadres de santé, psychomotriciens cadres de santé, orthophonistes cadres de santé, orthoptistes cadres de santé, diététiciens cadres de santé)
- médico-technique (préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, techniciens de laboratoire cadres de santé, manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé).

Par ailleurs, ce décret a conduit au reclassement des surveillants en cadres de santé et des surveillants chefs en cadres supérieurs de santé.

Les cadres de santé sont recrutés sur concours sur titre ouverts dans chaque établissement.

Les articles 4 et 5 du décret définissent les missions des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé à savoir :

⁴⁴ décret n° 91-1271 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux

⁴⁵ décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

- pour les cadres de santé :
 - o l'encadrement des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements
 - o des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement
 - o des fonctions d'encadrement dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques.

- pour les cadres supérieurs de santé :
 - o l'encadrement des cadres d'unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements
 - o l'encadrement de services, départements ou fédérations, compte tenu de l'activité, des techniques ou des effectifs des personnels de ces structures
 - o les missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement
 - o les fonctions d'encadrement dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques ou au diplôme de cadre de santé lorsque les instituts de formation des cadres de santé sont agréés pour leur qualification d'origine.

L'article 10 du décret prévoit les conditions d'accès au grade de cadre supérieur de santé : le concours professionnel ouvert, dans chaque établissement, aux cadres de santé comptant au moins trois ans de services effectifs dans le grade de cadre de santé ou dans le grade de surveillant.

Enfin, il aura fallu attendre 1995, pour que le diplôme de cadre de santé soit créé.⁴⁶

L'annexe du décret de 1995 donne les objectifs de la formation qui conduit au diplôme de cadre de santé : garantir la qualité de l'encadrement, assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités, favoriser l'acquisition d'une

⁴⁶ décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles.

La formation est dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil.

La formation se compose de 6 modules avec une partie théorique et une partie pratique.

Les modules dispensés sont les suivants :

- Module 1 : Initiation à la fonction de cadre
- Module 2 : Santé publique
- Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche
- Module 4 : Fonction d'encadrement
- Module 5 : Fonction de formation
- Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle.

Les cadres de santé à l'AP-HP sont aussi appelés cadres de proximité ; ils sont en charge d'une unité de soins (consultations, hôpital de jour, étage d'hospitalisation) et sont, selon les services et les organisations mises en place, en charge de fonctions spécifiques.

Ainsi, on peut retrouver un cadre supérieur à la tête d'une équipe de cadres de proximité ayant chacun des fonctions spécifiques : formation des personnels, encadrement des aide-soignants, encadrements des infirmiers, hygiène, suivi et intégration des nouveaux personnels. On peut dire que ces cadres de proximité seront peu impactés par la mise en place des pôles.

2.2.2 Les Attachés d'Administration Hospitalière

Les Attachés d'Administration Hospitalière sont régis par le décret du 19 décembre 2001 et font partie des corps de catégorie A. Ce décret est venu modifier celui de 1990⁴⁷ portant entre autres sur les chefs de bureau. En effet, avant le corps des AAH⁴⁸, il y avait le corps de chefs de bureau, corps de catégorie A également. Les chefs de bureau ont la responsabilité d'une ou plusieurs unités administratives. « A ce titre, ils encadrent le personnel affecté dans cette ou ces unités et, dans les domaines de leur compétence,

⁴⁷ décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière.

participent à la préparation des objectifs de l'établissement et mettent en œuvre les décisions arrêtées par la direction »⁴⁹.

Le corps des chefs de bureau ne comportait qu'un grade unique de sept échelons alors que celui des AAH en comporte deux (attaché et attaché principal) s'alignant ainsi sur le corps des attachés des autres fonctions publiques.

A la date de publication du décret portant création du corps des AAH soit le 20 décembre 2001, le corps des chefs de bureau est constitué en cadre d'extinction.

Les chefs de bureau ont ainsi été reclassés pendant une période de deux ans à raison du tiers de l'effectif pour les 2/3 par liste d'aptitude après examen du dossier individuel et pour 1/3 par liste d'aptitude après examen professionnel. La troisième année, l'effectif restant est reclassé par inscription sur liste d'aptitude après examen du dossier individuel.

Les AAH sont recrutés sur concours externe ou interne sur épreuve. Il s'agit d'un concours national avec un recrutement local. Une fois les candidats admis, ils sont nommés attachés stagiaires pour une durée d'un an durant laquelle ils suivent une formation de six mois auprès de l'Ecole Nationale de la Santé Publique avec un cycle théorique de trois mois et un cycle pratique de trois mois dont deux passés hors de l'établissement d'affectation. Enfin, dans un délai de trois années suivant leur titularisation, les AAH doivent suivre une formation d'adaptation à l'emploi d'une durée de six mois organisée par l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

L'article 2 du décret du 19 décembre 2001 rappelle « qu'ils participent sous l'autorité du directeur d'établissement, à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prises dans les domaines administratif, financier, économique, sanitaire, social. Ils peuvent se voir confier des missions, des études ou des fonctions comportant des responsabilités, notamment dans les domaines des admissions et des relations avec les usagers, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des achats et des marchés publics, de la gestion financière et du contrôle de gestion ».

On peut dire que les AAH ont un champ de compétence élargi qui leur permet d'assumer toutes les fonctions administratives de pôle. La différence réside dans l'absence de personnel à encadrer au niveau du pôle comme ils peuvent le faire quand ils ont la responsabilité d'un bureau ou d'un service.

Enfin, la question de la rémunération des AAH est évoquée par les cadres supérieurs de santé puisqu'en effet leur rémunération part d'un indice majoré 348 à un indice majoré

⁴⁸ Lire partout Attachés d'Administration Hospitalière

782 pour le dernier échelon du grade d'attaché principal 1^{ère} classe. Cette rémunération est supérieure à celle des cadres supérieurs de santé (indice majoré terminal 641) ce qui leur fait dire qu'ils auraient préféré que le cadre administratif soit un cadre de catégorie B.

2.3 LE SCHÉMA PRÉCONISÉ PAR LE SIÈGE DE L'AP-HP

Il est apparu nécessaire de se pencher sur les organisations à mettre en place dans les pôles. A ce niveau la dynamique institutionnelle continue à s'exercer en collaboration avec les établissements anticipateurs.

La Direction du Service Central des Soins a réfléchi aux organisations paramédicales à mettre en place dans les pôles d'activités médicales

Dans un document datant d'avril 2005, la DSCS⁵⁰ fait un constat sur les organisations paramédicales recensées et fait des propositions.

2.3.1 Méthodologie

Au cours du mois de février 2005, sept réunions ont eu lieu avec sept établissements dont trois anticipateurs afin de faire remonter la réalité des organisations sur le terrain et de faire des propositions quant à une organisation la plus adéquate possible.

Un groupe de travail a été constitué avec pour coordinatrice, la Directrice du DSCS et quatre autres membres à savoir trois directrices des soins dont une appartenant à un établissement anticipateur et un ingénieur en organisation de la DDRH⁵¹.

Ce groupe a rencontré 127 personnes (annexe 1).

2.3.2 Résultats des rencontres

La rencontre avec les personnels de terrain a fait remonter, d'une part, les craintes et les souhaits des paramédicaux et, d'autre part, a permis de faire un recensement des organisations paramédicales en place.

⁴⁹ Article 2 du décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

⁵⁰ lire partout Direction du Service Central des Soins

⁵¹ lire partout Direction du Développement des Ressources Humaines

Les cadres paramédicaux ont plusieurs craintes :

- Ils sont inquiets sur la place qu'ils auront dans les pôles d'autant plus que tous ne feront pas partie de l'exécutif du pôle, d'autres ne se sentent pas « prêts à assumer les responsabilités d'organisation directe des soins » qui sont aujourd'hui du ressort des cadres supérieurs de service
- La mise en place des pôles ne semble répondre qu'à des contingences économiques
- Ils ne perçoivent pas toujours la cohérence médicale et soignante du pôle d'autant plus que parfois les médecins ne les ont pas associés
- La présence du cadre administratif est vécue comme une « intrusion » et est synonyme de « perte de responsabilité et de manque de reconnaissance du travail accompli depuis des années ». Ils pensent que certaines missions du cadre administratif sont actuellement exercées par les cadres supérieurs.

Face à cette situation, ils ont également exprimé leurs espoirs :

- la mise en place des pôles est l'opportunité tout en réfléchissant à de nouvelles organisations de travail de « redonner du sens et de l'intérêt au travail »
- la mutualisation des moyens permettra d'améliorer la qualité et la prise en charge des patients
- la nouvelle organisation est porteuse d'une plus grande adaptation des horaires des personnels.

2.3.3 Les organisations recensées

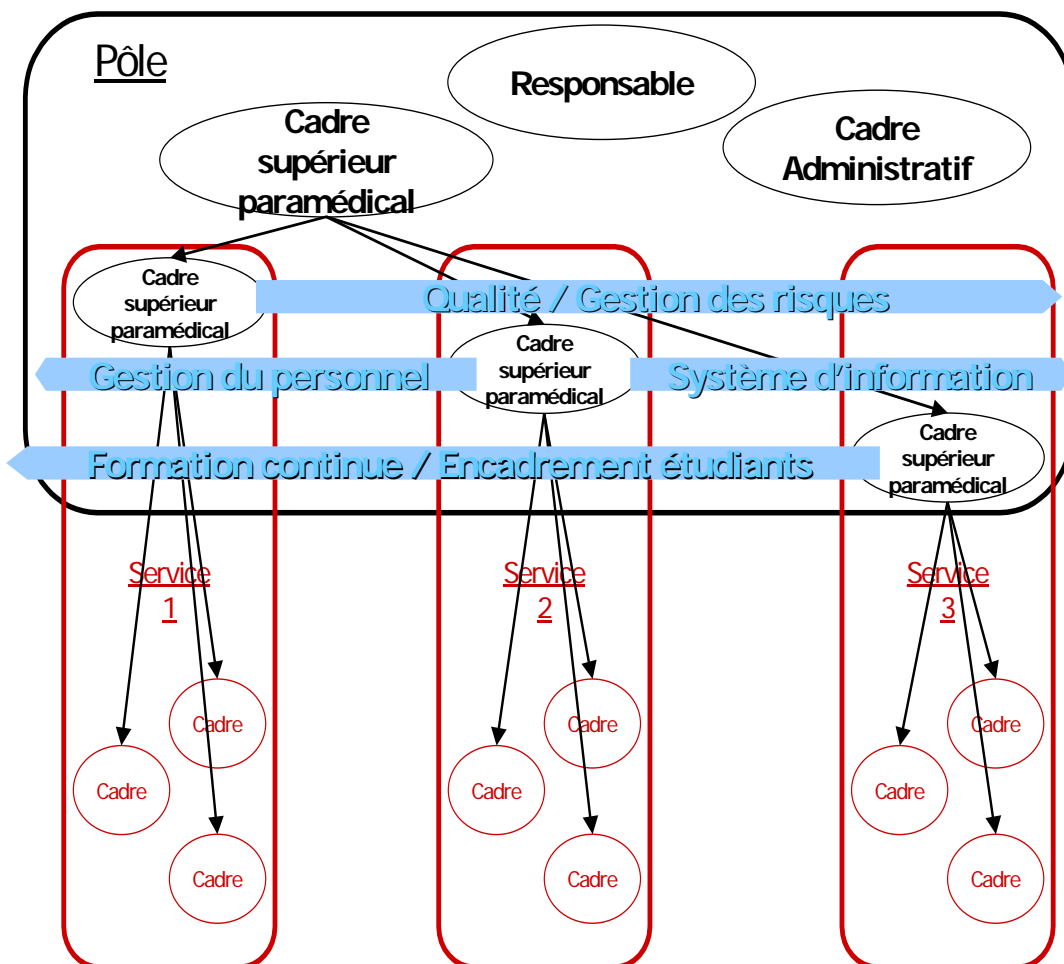
Avant la mise en place des pôles l'organisation en place est celle où un cadre supérieur de santé dirige un ou plusieurs services avec dans chaque service des cadres de proximité. Certains services ont déjà mis en place ces cadres de services sur des responsabilités transversales alors que dans d'autres cas ces cadres sont encore responsables d'un étage ou d'une unité sur une tranche horaire définie (cadre du matin : cadre de l'après-midi).

Trois types d'organisation ont été recensés, comportant chacune leurs avantages et leurs inconvénients et démontrant que les cadres de proximité voient également une modification de leur fonctionnement.

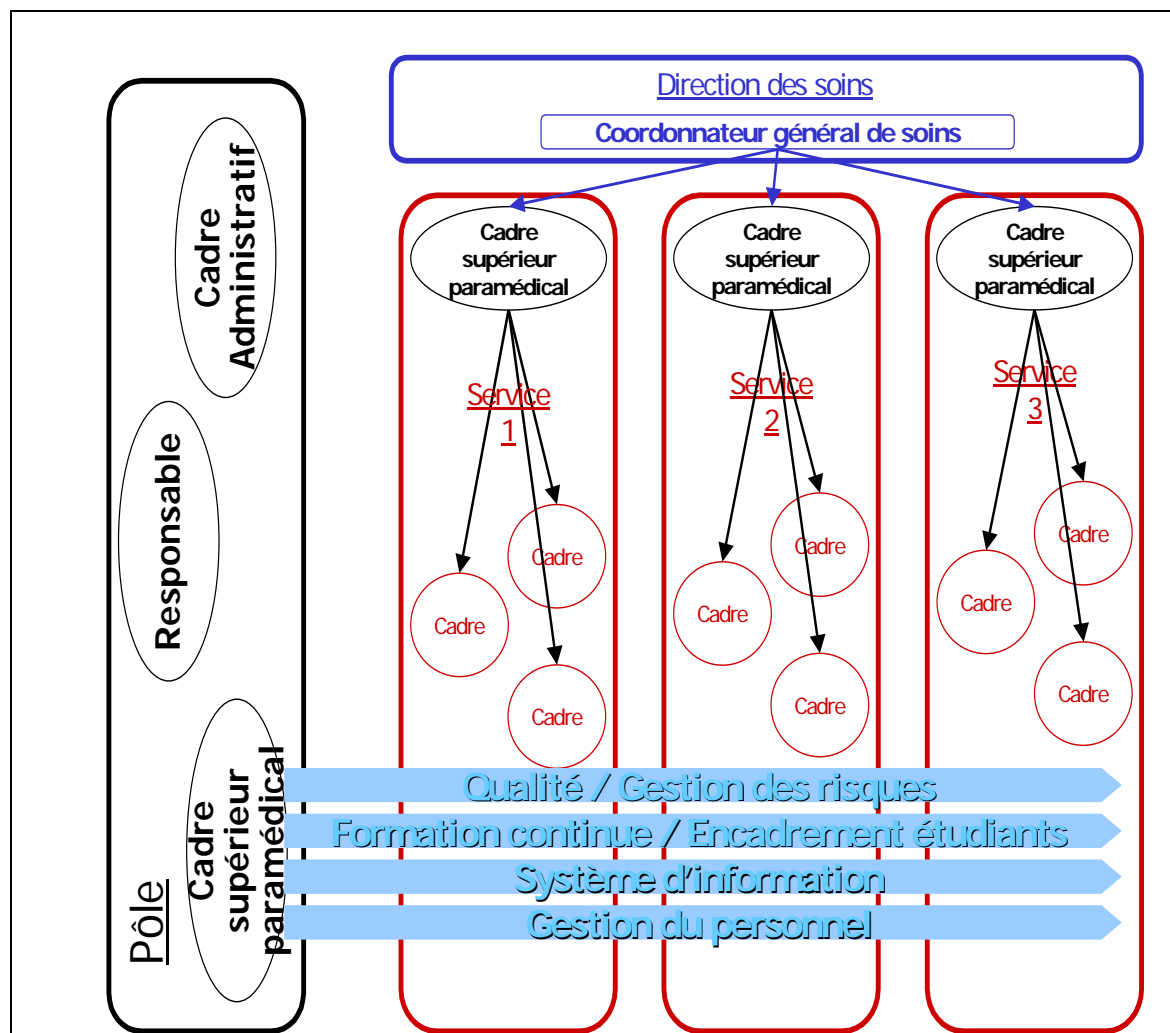
Chaque organisation comporte bien un encadrement du pôle qui se base sur trois personnes : le médecin responsable de pôle, le cadre administratif et le cadre supérieur paramédical. C'est au niveau du cadre paramédical qu'il existe plusieurs schémas possibles. Les schémas qui suivent sont issus du document intitulé « synthèse sur les organisations paramédicales dans les pôles d'activités médicales » réalisé en avril 2005 par la direction du service central des soins.

La première organisation rencontrée (**schéma n°1**) comporte un cadre supérieur paramédical qui encadre d'autres cadres supérieurs paramédicaux qui restent sur les services, chaque service conservant ses cadres de proximité. Ceux-ci ont des responsabilités transversales sur le pôle comme par exemple la qualité et la gestion des risques, la gestion du personnel, la formation continue.

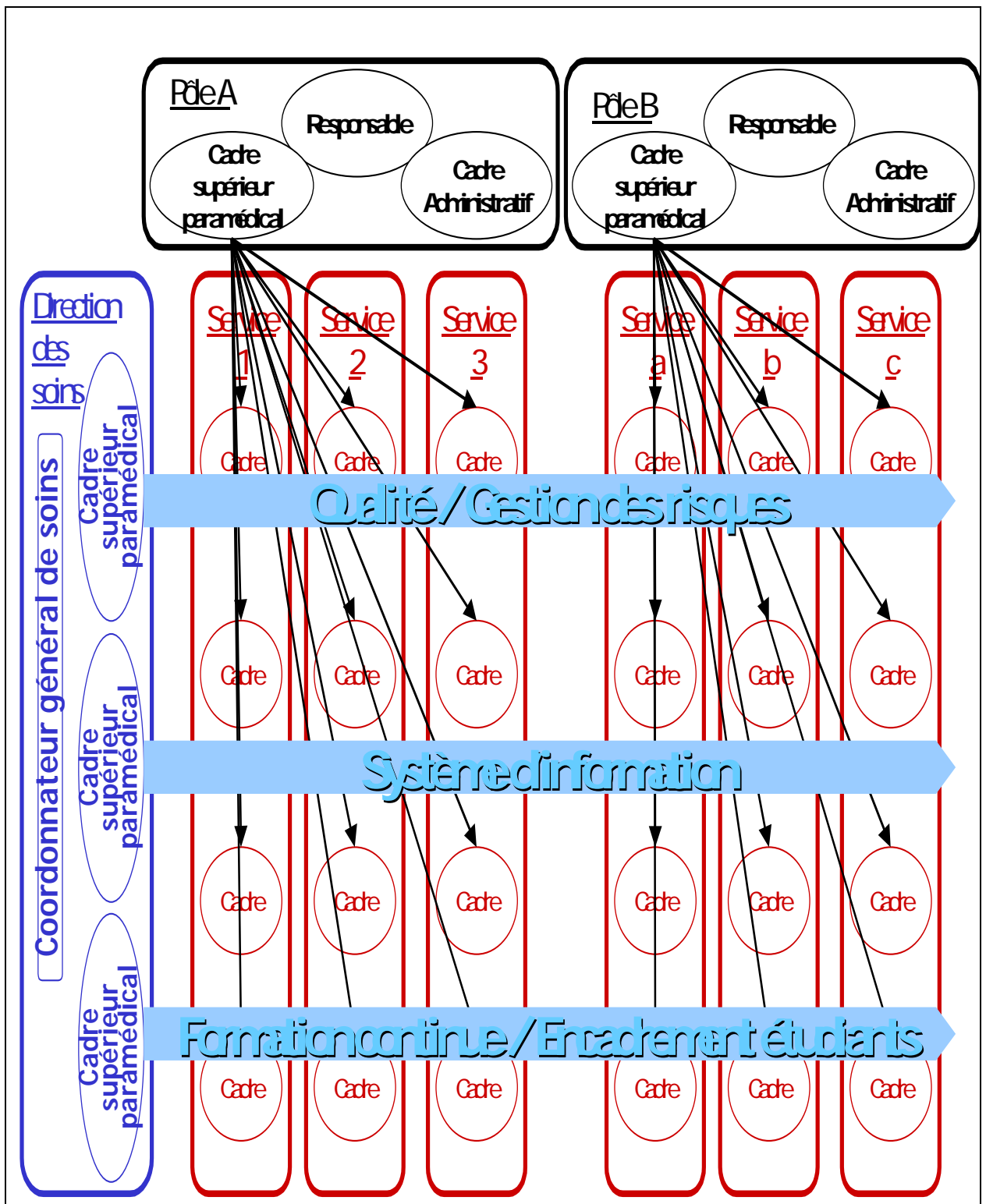
Cette organisation donne plus de responsabilités aux cadres supérieurs paramédicaux.



La seconde organisation (**schéma n°2**) comporte des services avec à leur tête des cadres supérieurs paramédicaux directement rattachés à la direction des soins et à son coordonnateur général. C'est le cadre paramédical de pôle qui prend à son compte l'ensemble des missions transversales alourdissant ainsi sa tâche puisque cette dernière n'est pas déléguée au niveau des services.



Enfin, la troisième organisation (**schéma n°3**) plus lourde, garde le schéma d'un pôle avec un cadre paramédical de pôle pour plusieurs services avec des cadres de proximité qui leur sont directement rattachés. D'autres cadres supérieurs paramédicaux sont détachés auprès de la direction des soins avec des missions transversales. Cette organisation fait de ces derniers des cadres experts éloignés du terrain.



2.3.4 Le schéma retenu par le siège de l'AP-HP

Suite à cette étude menée par le siège, ce dernier a élaboré un schéma sachant que selon un membre de la DDRH⁵² rencontré « il n'y a pas d'imposition de schéma mais des

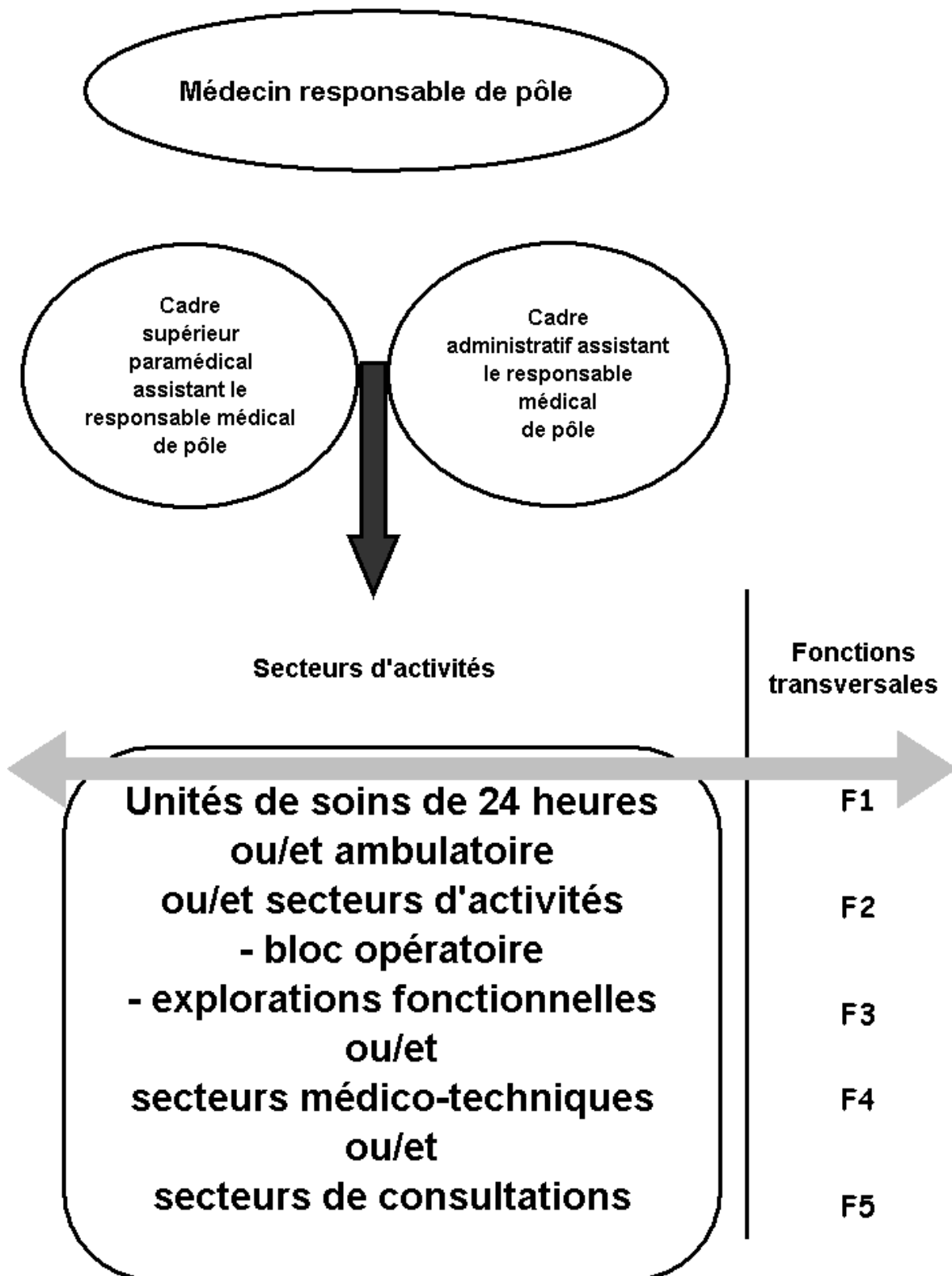
⁵² lire partout Direction du Développement des Ressources Humaines

règles du jeu à respecter, voire des interdictions ». En effet, le siège ne souhaite pas que les postes de cadres supérieurs de pôle soient occupés par des cadres de proximité faisant fonction de cadres supérieurs ; de même il n'est pas souhaitable que la fonction de cadre administratif soit occupée par des cadres supérieurs médico-techniques au prétexte que ces derniers sont mieux formés à la gestion que leurs collègues de la filière infirmière. Il est rappelé que le cadre administratif apporte sa vision et que « cela tuerait la réforme car le pôle est une fonction médico-administrative ». Enfin, en dépit du faible nombre d'attachés d'administration hospitalière, il est demandé que le poste de cadre administratif soit occupé par un Attaché plutôt que par un Adjoint des Cadres Hospitaliers.

Par ailleurs, le siège prévoit une évolution du corps des cadres de santé qui à ce jour compte 3 460 cadres de santé dont 840 cadres supérieurs. Avec les départs en retraite et les mutations, le recrutement portera sur les cadres de proximité en priorité et 90 postes de cadres supérieurs seront supprimés.

Le schéma préconisé par le siège (**schéma n°4**) positionne les pôles de la façon suivante :

- le pôle est dirigé par un médecin coordonnateur du pôle assisté d'un cadre supérieur paramédical et d'un cadre administratif de pôle qui est un AAH
- par ailleurs, les autres cadres supérieurs paramédicaux restent en fonctions transversales afin de mieux épauler les soignants (cadres de proximité, infirmiers, aide-soignants) qu'ils déchargeront de certaines tâches et fonctions.
- Les fonctions repérées sont les suivantes :
 - o mise en œuvre du système d'information et suivi du schéma cible informatique
 - o suivi et gestion des lits et des séjours des malades
 - o suivi et intégration des nouveaux professionnels
 - o prise en main de la gestion logistique et hôtelière
 - o amélioration de la qualité et gestion des risques.



Les fonctions identifiées pourront être assurées par un pôle ou deux ; de même, un cadre supérieur peut assurer plusieurs fonctions.

S'il avait été envisagé de prévoir un cadre supérieur paramédical qui seconde le cadre paramédical de pôle et qui le supplée en cas d'absence, il a rapidement fallu clarifier la situation : c'est au sein de l'ensemble des cadres supérieurs occupant des fonctions transversales que devra émerger ce cadre capable de suppléer et de faire le lien entre l'ensemble des cadres.

Ces dernières peuvent être assurées par un pôle voire deux et un cadre supérieur peut assurer plusieurs fonctions.

2.4 LES SCHÉMAS RETENUS DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Chaque établissement a retenu un schéma pour la mise en place des pôles en fonction du projet médical mais aussi du nombre de cadres supérieurs en activité. Chaque établissement doit par ailleurs tenir compte du plan de retour à l'équilibre qui vise à rééquilibrer les emplois entre les services cliniques.

2.4.1 Le schéma retenu par le groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal

A) La problématique de l'encadrement des services cliniques

Celle-ci est largement liée à l'élaboration du tableau des emplois cibles qui part d'une remise à jour du tableau des emplois des services en fonction des organisations, du nouveau temps de travail (passage aux 35 h de jour et 32 h 30 de nuit). C'est dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens des pôles que le tableau des emplois cibles sera mis en œuvre.

Pour aboutir à ce tableau il a fallu rencontrer les services et faire le point sur les besoins en personnels (infirmiers, aides-soignants, encadrement). A partir de ces rencontres, la direction des soins a procédé à un calcul des effectifs théoriques en fonction d'organisations proposées et validées par la direction des soins.

Pour ce qui est de l'encadrement, il y a une diminution du nombre d'emplois cadres de - 13,6 % sur la période 2000-2005 avec une diminution de - 34,5 % pour les cadres supérieurs de santé soit un effectif de 29 emplois au BP⁵³ 2000 contre 19 au BP 2005.

L'évolution du tableau des emplois des cadres supérieurs s'explique d'une part par la transformation d'emplois (huit emplois) et deux emplois rendus au titre du plan de retour à l'équilibre.

A partir du tableau des emplois inscrits au BP 2005, la direction des soins a élaboré le tableau des emplois cibles en intégrant les transferts d'activités, les modifications de structures (fermeture de lits, ouverture de lits, travaux, mise aux normes des réanimations).

Globalement le TEC⁵⁴ aboutit pour les pôles et toutes les structures transversales à une diminution de - 5,5 emplois d'encadrement dont - 2,5 emplois de cadres supérieurs de santé et - 3 emplois de cadres de proximité.

B) Le schéma retenu

Il prend en compte, le TEC et s'appuie sur les principes suivants :

- positionnement d'un attaché d'administration hospitalière pour les postes de cadre administratif, ces emplois sont créés par transformation de postes. Dans la mesure, où il n'y a pas eu de candidature en interne, les candidats des premiers pôles seront recrutés par la voie du concours externe d'AAH, les autres seront recrutés par le biais du prochain concours.
- Pour l'encadrement supérieur soignant, il a été décidé pour les cadres supérieurs une mutualisation des emplois entre les services. Pour cette catégorie d'emplois, cela aboutit à un taux d'encadrement de un cadre supérieur pour 114 agents. Chaque pôle a son cadre supérieur paramédical de pôle avec pour certains pôles le maintien d'autres cadres supérieurs sur les services ou sur des fonctions transversales. Le caractère bi-site de certains pôles sera plus consommateur de cadres supérieurs sur les services (exemple du pôle médecine). Il est à prévoir que pour d'autres pôles, certains postes de cadres supérieurs présents sur les services ne seront pas renouvelés en cas de départ à la retraite ou de mutation.
- Pour les cadres de proximité, il a été retenu de positionner un cadre par unité d'hospitalisation en charge du suivi des équipes et des patients sur 24 heures et un cadre pour les structures les plus importantes de consultations et

⁵³ lire partout Budget Primitif

⁵⁴ lire partout Tableau des Emplois Cibles

d'explorations. Avec 81 cadres de proximité, le taux d'encadrement est de un cadre pour 21 agents soit un taux de 5,1 %.

- L'organisation retenue pour les pôles devra, selon la directrice de l'établissement, « amener le cadre paramédical de pôle à organiser son pôle en directions fonctionnelles avec l'ensemble des cadres de santé ». En effet, il s'agit pour le cadre supérieur de pôles de distribuer les fonctions transversales aux autres cadres du pôle, soit qu'il s'agisse d'un pôle avec d'autres cadres supérieurs ou d'un pôle avec un seul cadre supérieur qui distribuera ces fonctions à des cadres de proximité.

La répartition des emplois par pôle figure en annexe 2.

2.4.2 Les autres schémas rencontrés

Lors de mes entretiens, je me suis intéressée aussi bien au découpage des pôles qu'à l'organisation et à la mise en place de l'encadrement des pôles.

En effet, même si tous les établissements rencontrés appartiennent à l'AP-HP et que le siège a déterminé une ligne directrice, les schémas retenus pour l'encadrement des pôles peuvent différer. La différence peut porter sur le positionnement du cadre administratif mais aussi du cadre paramédical avec une conséquence sur le contenu des fiches de poste.

Ainsi, dans certains cas, il existe un cadre supérieur de pôle et celui-ci est secondé par un cadre supérieur adjoint qui n'est pas du tout dans les services et assure des fonctions transversales. Le poste d'adjoint peut en cas d'absence de cadre supérieur être occupé par un cadre de proximité.

Un autre établissement propose un schéma où le cadre supérieur de pôle partage une partie de son temps entre le service dont il avait jusque-là la charge et le pôle. Cela répond à la difficulté que les cadres supérieurs ont à quitter les services.

2.5 LES FICHES DE POSTES

Dans tous les établissements, les fiches de postes ont été élaborées par des groupes de travail ou comités de pilotage qui ont associé à la fois les médecins, les cadres de santé, les directions fonctionnelles et les cadres administratifs.

Avant d'en préciser le contenu, il s'agit de recenser les points qui posent des difficultés et qui sont sources de discussions dans les groupes de travail aussi bien au siège de l'AP-HP qu'au niveau des établissements rencontrés. Une fois le contenu de la fiche de poste décrit, il s'agira d'en décrire les variantes.

2.5.1 Les fiches de poste élaborées par le siège de l'AP-HP

La mise en place des pôles fait intervenir un « triumvirat » composé du médecin responsable de pôle, du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif. Il y a une nouveauté créée par la présence du cadre administratif qui se retrouve au cœur des soins. Il apparaît nécessaire de trouver un équilibre entre les compétences du cadre paramédical et du cadre administratif, d'autant plus que les cadres supérieurs ont souvent une maîtrise de gestion et qu'ils ne comprennent pas forcément que le cadre administratif ait lui aussi une compétence en matière de gestion.

Par ailleurs, d'autres points demeurent sensibles :

- le management des personnels administratifs du pôle avec notamment les secrétaires médicales. Qui sera leur supérieur hiérarchique ?
- le partage des compétences en ressources humaines et en gestion des moyens entre le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif,
- le choix du type de liaison (hiérarchique ou fonctionnelle) entre le cadre paramédical de pôle et les autres cadres supérieurs faisant partie du pôle.

Le siège de l'AP-HP a en partie répondu à ces questions en élaborant d'une part un glossaire et d'autre part des fiches type. A ce jour, les fiches transmises constituent un document de travail et ne sont pas diffusables parce que justement certains points n'ont pas encore été tranchés.

Il a élaboré un glossaire dans lequel le cadre paramédical de pôle est ainsi défini : « Cadre supérieur de santé, le cadre paramédical de pôle assiste le praticien responsable de pôle. Ses missions essentielles sont orientées notamment vers l'organisation et la planification des soins, la gestion des ressources humaines au sein du pôle et les liens transversaux avec les autres pôles. Il est désigné par le directeur de l'établissement sur avis du coordonnateur général des soins et après avis favorable du praticien responsable de pôle ».

Selon ce même glossaire, « le cadre administratif de pôle assiste le praticien responsable de pôle dans le pilotage médico-économique, la gestion économique, financière et en ressources humaines ».

A) La fiche de poste du cadre paramédical de pôle

Le contenu de la fiche de poste vient confirmer que le cadre paramédical est centré sur la fonction soins et les fonctions de gestion sont assurées en collaboration avec le praticien responsable de pôle et le cadre administratif de pôle.

Pour ce qui est des liaisons hiérarchiques, la fiche de poste rappelle que le cadre paramédical de pôle a autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels paramédicaux du pôle, ce qui suppose que les secrétaires médicales sont sous l'autorité hiérarchique du cadre administratif de pôle et que les autres cadres supérieurs sont aussi sous son autorité.

Il est intéressant de comparer le contenu de ses missions permanentes avec le contenu des missions permanentes d'un cadre supérieur de santé à partir d'une fiche de poste en les regroupant par grandes fonctions. Dans le cas présent, il s'agit de la fiche de poste d'un cadre supérieur de santé en chirurgie cardiaque et vasculaire. (annexe 3)

La comparaison de leurs missions conduit à remarquer que finalement les différences sont minimes et que c'est l'introduction du cadre administratif qui vient modifier le fonctionnement du cadre supérieur cadre paramédical de pôle.

Seulement, il apparaît selon les objectifs poursuivis pour l'élaboration des fiches de postes que les nouvelles missions pourront mieux être accomplies dans la mesure où, d'une part, le cadre administratif aura un champ de compétence en gestion qui va au-delà de la simple gestion des approvisionnements et que, d'autre part, les autres cadres supérieurs de pôle auront des missions transversales à effectuer.

En effet, certains cadres supérieurs rencontrés n'ont pas hésité à dire que ce n'est pas seulement la gestion des approvisionnements qui leur prenait du temps mais « le papier qui va avec et qu'il y a autour ». Certains ont exprimé le fait qu'avec le passage aux 35 heures, les directions fonctionnelles avaient déchargé sur les services certaines tâches et que le cadre administratif pourra alors les absorber. Cela semble d'autant plus pertinent que le contour de la délégation de gestion viendra à nouveau et de façon plus formelle délimiter les champs d'intervention des directions fonctionnelles délégués aux pôles.

Cadre paramédical de pôle	Cadre supérieur de service
<i>Gestion des ressources humaines</i>	
Coordonne et assiste les cadres supérieurs rattachés au pôle dans les missions transversales qui leur sont confiées	Gestion du personnel : affectation du personnel au sein de services de soins infirmiers, plan de formation, actions de formation
Supervise et anime les équipes de cadres de proximité	
Développe la politique ressources humaines du pôle (recrutement, développement des compétences, accueil et intégration des stagiaires)	
<i>Mise en œuvre du projet de soins</i>	
Elaboration et mise en œuvre du projet de pôle en cohérence avec le projet de soins et le projet social	Collaboration avec la direction des soins pour la mise en œuvre de la politique des soins
Organise la continuité des soins en quantité et en qualité au sein des différentes structures internes	Coordonne et veille à la cohérence des politiques médicales et de soins dans le cadre du projet de service
	Optimisation des missions et projets de l'institution : vigilances sanitaires et gestion des risques, tutorat des étudiants, dossier de soins, prise en charge de la douleur, fin de vie, gestes d'urgence, sécurité incendie
	Mise en œuvre et évaluation du projet de soins
<i>Qualité et gestion des risques</i>	
Coordonne l'harmonisation des procédures et leur mise en œuvre dans les domaines de l'assurance qualité et de la sécurité (vigilances sanitaires, surveillance des risques, règles de bonne pratique..)	Responsable de la qualité et de l'évaluation des soins infirmiers dispensés dans le cadre du projet de soins
	Veille au respect des règles professionnelles

Cadre paramédical de pôle	Cadre supérieur de service
<i>Gestion des moyens</i>	
Suivi de la réalisation des objectifs du pôle en collaboration avec le praticien responsable de pôle et le cadre administratif	Détermination de l'activité avec le chef de service en prenant en compte les moyens humains et matériels disponibles
Gestion des lits et du plateau médico-technique en regard de l'activité et en adéquation avec les ressources du pôle	
Participation à l'élaboration de plan de travaux et du plan d'équipement du pôle	

B) La fiche de poste du cadre administratif de pôle

Le grade retenu est celui d'attaché d'administration hospitalière ou d'adjoint des cadres hospitaliers.

Par contre, la fiche de poste ne fait pas état des liaisons hiérarchiques avec le personnel administratif du pôle, il s'agit peut-être d'un oubli ou d'une volonté de laisser chaque établissement le soin de trancher la question.

La fiche de poste est clairement orientée vers des compétences en gestion financière et contrôle de gestion et semble confirmer que le cadre administratif de pôle n'a aucune compétence en ressources humaines. Par ailleurs, les craintes des cadres paramédicaux de pôle de voir les compétences du cadre administratif empiéter sur les leurs ne sont pas justifiées puisque leurs tâches sont clairement séparées et positionnent le cadre administratif comme un expert en contrôle de gestion.

2.5.2 Le contenu de la fiche de poste du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Vidal

A) La fiche de poste du cadre paramédical de pôle

Cette fiche figure en annexe 4.

C'est la fiche de poste qui a été plus difficile à élaborer car un certain nombre de points ont fait l'objet d'un arbitrage par le CEL après transmission de la fiche par le comité de pilotage.

Les points litigieux ont été les suivants :

- le niveau de partage en matière de gestion des ressources humaines entre le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif,

- le type d'autorité du cadre paramédical de pôle sur l'ensemble du personnel du pôle en particulier les cadres supérieurs restant sur les services du pôle,

Une réponse a été apportée même si elle ne convient pas d'une part aux membres du comité de pilotage et d'autre part aux cadres supérieurs de santé :

- le cadre paramédical de pôle ainsi que le cadre administratif ont des compétences en gestion des ressources humaines, le cadre paramédical ayant des prérogatives en matière de management,
- le cadre paramédical de pôle a une autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels non médicaux du pôle, y compris d'encadrement, à l'exception du cadre administratif de pôle

Les missions qu'il exerce se font sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. On peut les regrouper sous quatre grandes fonctions :

- o l'organisation et le fonctionnement du pôle
- o la gestion des ressources humaines
- o la gestion des moyens
- o la gestion de la qualité et la gestion des risques.

Pour chacune de ces quatre fonctions, il apparaît que le cadre paramédical collabore avec la direction des soins, les autres cadres du pôle, le chef de pôle et le cadre administratif de pôle.

La gestion des moyens se fait en étroite collaboration avec le chef de pôle et le cadre administratif.

B) La fiche de poste du cadre administratif

Cette fiche figure en annexe 5.

La fiche de poste du cadre administratif se décline sous les quatre fonctions précédemment énumérées. Cela peut laisser envisager des difficultés à délimiter les champs de compétence entre le cadre paramédical et le cadre administratif. Par ailleurs, il semble nouveau que le cadre administratif puisse lui aussi mettre en œuvre les veilles sanitaires et le suivi des vigilances.

Comme pour la fiche de poste élaborée par le siège de l'AP-HP, il n'est pas fait mention d'une autorité hiérarchique du cadre administratif sur les autres personnels administratifs du pôle.

Il y a une nouveauté pour les AAH qui ont pour habitude de travailler avec une équipe qu'ils doivent manager. Le plus souvent, ils bénéficient d'un secrétariat dédié selon la taille de son service ou d'un agent qui peut même ponctuellement assurer son secrétariat. C'est ainsi qu'un établissement anticipateur a mentionné la possibilité de créer un secrétariat de pôle à moins que ce secrétariat puisse être effectué par la secrétaire hospitalière.

2.5.3 Le contenu des fiches de postes des autres établissements

A) Le cadre paramédical de pôle

Dans certains établissements, il est intitulé coordonnateur paramédical de pôle.

La fiche de poste jointe en annexe fait état de l'autorité fonctionnelle du coordonnateur paramédical sur les autres cadres supérieurs de santé du pôle ainsi que sur l'ensemble des autres personnels administratifs à l'exception du cadre administratif de pôle. On constate que les missions du coordonnateur sont centrées sur le soin et la gestion des ressources humaines. Dans ces deux cas, il s'agit d'une mise en oeuvre par le coordonnateur paramédical du projet de soins et de la politique de gestion des ressources humaines. Pour ce qui est de la gestion médico-économique, il y participe en y associant étroitement le cadre administratif de pôle.

B) Le cadre administratif de pôle

Les fiches de postes de cadre administratif de deux établissements (Hôpital Tenon et Hôpital Paul Brousse) figurent respectivement en annexes 6 et 7.

Elles sont très orientées vers le contrôle de gestion même si la deuxième fait également état de la gestion des ressources humaines avec la possibilité de gérer le personnel administratif voire les secrétaires hospitalières.

On constate que chaque établissement en fonction de son contexte trouve une organisation qui lui est propre même si globalement les fiches sont similaires. Reste à chacun à trouver son fonctionnement et à se positionner les uns par rapport aux autres et à prévoir d'éventuels réajustements. Il faudra attendre la mise en place effective des pôles et notamment la délégation de gestion pour faire le point sur les organisations en place et la répartition des compétences entre tous les acteurs du pôle. Par ailleurs, la taille du pôle aura aussi des conséquences sur la répartition des tâches entre le cadre administratif de pôle et le cadre paramédical de pôle.

3 L'ÉTUDE DE TERRAIN

3.1 LA MÉTHODOLOGIE

3.1.1 Le choix des établissements

Le lieu de stage est un établissement de l'AP-HP qui a démarré sa démarche d'anticipation comme trois autres établissements de l'AP-HP. Si le siège a demandé à chaque établissement de s'inscrire dans la démarche institutionnelle, il n'en demeure pas moins que chaque établissement bâtit sa démarche en fonction de plusieurs facteurs.

En effet, chaque établissement part d'un existant qui lui est propre, à savoir son tableau des emplois, sa pyramide des âges, la répartition des effectifs de cadres supérieurs entre les différents services, son projet médical, le nombre de pôles à mettre en place, l'avancée de la communauté hospitalière sur la mise en place des pôles.

Il a fallu faire un choix dans les établissements rencontrés et se fixer une limite. Dans la mesure où mon lieu de stage est un établissement anticipateur de l'AP-HP, j'ai décidé de me concentrer sur des établissements de l'AP-HP rencontrant à la fois des établissements anticipateurs ou non anticipateurs. Toutefois, il faut savoir que certains établissements non anticipateurs étaient très avancés dans leur démarche de mise en place des pôles. J'ai rencontré d'une part certaines personnes du siège qui contribuent à la mise en place des pôles et qui ont réfléchi à l'impact sur l'encadrement et des établissements de l'AP-HP : trois établissements anticipateurs (y compris mon lieu de stage) et deux non anticipateurs.

3.1.2 Les outils

L'entretien semi-directif a été le principal outil utilisé pour répondre aux hypothèses annoncées. Il a lieu face à face avec les interlocuteurs rencontrés ; il a duré en moyenne 1 heure à 1 heure 30.

Il s'est réalisé par la prise de notes directe puis par une reprise des éléments par thème à la suite des entretiens en essayant de dégager des idées force sur chaque thème de l'entretien.

J'ai d'abord délimité le contexte de mon mémoire, ma démarche et la progression de l'entretien.

Chaque grille d'entretien (annexe 8) a fait l'objet d'une analyse afin de faire ressortir les lignes directrices selon les hypothèses énoncées pour traiter le sujet.

Trois lignes directrices m'ont paru importantes :

- le positionnement de l'intéressé par rapport au schéma retenu pour l'encadrement des pôles, ce qui a mis en évidence des schémas différents d'un établissement à l'autre
- les difficultés rencontrées ou à venir dans la mise en place de l'encadrement
- L'existence d'une réelle plus value pour l'encadrement ?
- Les facteurs clés de réussite.

3.1.3 Le choix des interlocuteurs

La mise en place des pôles et de son encadrement fait intervenir des médecins, des cadres paramédicaux et des cadres administratifs.

Il m'a semblé important d'analyser le travail avec le cadre administratif et le cadre paramédical. Il m'a semblé donc plus essentiel de rencontrer celles et ceux qui seraient le plus touchés dans leur mode de fonctionnement à savoir les cadres paramédicaux et les cadres administratifs.

Autant sur mon lieu de stage j'ai rencontré des personnes facilement du fait de mon intégration, autant ailleurs j'ai utilisé une autre méthode. J'ai d'abord commencé à rencontrer soit un directeur des soins, un coordonnateur général des soins ou un directeur d'hôpital qui m'a conseillé de rencontrer tel ou tel cadre de santé ou cadre administratif. Pour les entretiens au niveau du siège, j'ai rencontré essentiellement des membres du comité d'anticipation nouvelle gouvernance ainsi que d'autres personnes qui m'ont été recommandées.

Pour les cadres supérieurs de santé et les cadres administratifs, j'ai rencontré aussi bien des cadres amenés à prendre des fonctions dans des pôles que des cadres qui n'en prennent pas.

Au total, j'ai rencontré :

- trois directeurs d'hôpitaux dont un du siège (délégation à la formation et au développement des compétences)
- une chargée de mission à la DDRH au département prospectives métiers et nouvelles organisations,
- deux coordonnatrices générales de soins
- quatre directeurs des soins dont un au siège (direction du service central des soins infirmiers) et un responsable d'un centre de formation des cadres de santé,

- sept cadres supérieurs paramédicaux dont quatre prenant un poste de cadre paramédical de pôle,
- un cadre de proximité,
- quatre attachés d'administration hospitalière dont trois prenant un poste de cadre administratif de pôle
- un chef de projet filière administrative au département développement des compétences et formation continue,
- un chef de projet développement des compétences et mise en place des pôles au département de la formation continue des médecins.

3.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Il s'agit ici de faire la synthèse des entretiens en suivant les lignes directrices précédemment énumérées.

3.2.1 Le schéma retenu pour l'encadrement des pôles

Globalement, toutes les personnes interrogées sont en accord avec le schéma retenu dans leur établissement même si chez les cadres supérieurs il y a des remarques récurrentes :

- dans les établissements où il y a eu des départs à la retraite ou des mutations non remplacées, les cadres supérieurs pensent que même si le schéma retenu est satisfaisant, il sera difficile au quotidien de s'y tenir si on n'augmente pas le nombre de cadres
- Tous ne sont pas d'accord avec la présence d'un attaché d'administration hospitalière qui a un positionnement de cadre A identique au leur et qui serait en droit de prendre un certain pouvoir ; ils préféreraient que le cadre administratif soit un ACH⁵⁵ afin qu'il n'y ait pas de lutte de pouvoir
- La cohabitation avec le cadre administratif ne sera pas facile même si « on ne peut s'en passer compte tenu de la complexité administrative » ; il s'agira de ne pas « marcher sur les plates bandes les uns des autres »
- Pour d'autres au contraire « l'arrivée du cadre administratif nous déchargera du papier car le métier du cadre supérieur est un métier de soignant ».

⁵⁵ adjoint des cadres hospitaliers

Un directeur d'établissement a trouvé que « la fonction de cadre administratif » est mal identifiée et que c'est pour cela que « l'on aura du mal à attirer les meilleurs attachés d'administration hospitalière ».

3.2.2 Les difficultés rencontrées ou futures dans la mise en place de l'encadrement des pôles

Les difficultés rencontrées ou à venir viennent essentiellement du fonctionnement actuel et du changement culturel qui devra être opéré.

Les difficultés existent aussi bien pour les cadres supérieurs de santé que pour les cadres administratifs.

A) Difficultés pour les cadres administratifs

Comme indiqué par le siège, il y a avant tout un problème de nombres : les attachés d'administration hospitalière sont environ 300 pour l'AP-HP avec une prévision de 70 départs sur les 4 ans à venir.

De ce fait, dans certains établissements en l'absence d'attachés, le cadre administratif est soit un ACH expérimenté, soit un recrutement extérieur (contractuel, personnel de France Télécom).

Par ailleurs, certaines questions n'ont pas encore été résolues : l'évaluation, la détermination de la partie modulable de la prime de service.

Certains attachés manifestent leur réticence à postuler à la fonction de cadre administratif de pôle car ils pensent qu'il y a une prise de risques à laquelle ils n'ont pas été préparés. Ils disent qu'ils attendent de voir comment les premiers pôles fonctionnent pour se décider à y aller plus tard.

Enfin, les attachés ont été habitués à exercer leurs fonctions sur des postes très spécialisés : finances, ressources humaines, personnel médical. Tous ne se sentent pas capables d'exercer une fonction qui leur demandera une plus grande polyvalence.

B) Difficultés pour les cadres paramédicaux

Les cadres paramédicaux devront avant tout intégrer la présence du cadre administratif dont ils ne comprennent pas tout le temps les missions. Certains cadres supérieurs disent que la fiche de poste du cadre administratif se rapproche beaucoup de celle d'un cadre supérieur.

L'organisation en pôles met les cadres paramédicaux hors des services laissant le management des équipes aux cadres de proximité : cela peut représenter une difficulté

pour les cadres supérieurs qui auront du mal à laisser leurs services. Un directeur des soins explique « qu'à l'Assistance Publique, les cadres ont été détournés de la fonction soins et qu'ils auront du mal à laisser les services ».

Dans un établissement rencontré, il a été proposé aux cadres supérieurs des pôles de laisser progressivement les services avec une répartition 40 % de temps pour les services et 60 % pour le pôle avec une montée en charge progressive.

D'autres difficultés apparaîtront : il s'agit des cadres de proximité qui auront désormais la responsabilité d'unité sur 24 h alors que dans la majorité des cas ils travaillaient sur le mode du cloisonnement : matin/après-midi/nuit.

3.2.3 Une plus value pour l'encadrement

Jean-Marc BOULANGER, Secrétaire général de l'AP-HP et président du comité de coordination de l'anticipation a dit que « le type de management prévu dans les pôles va permettre aux cadres paramédicaux de se consacrer pleinement à leur métier ». « Cette nouvelle organisation répond à une demande souvent formulée par les cadres de se recentrer sur les fonctions d'organisation et de gestion des soins ⁵⁶».

Il semble que cette organisation amènera une plus-value pour des cadres demandeurs.

A) Une plus-value indéniable

Pour les cadres administratifs, la polyvalence donnera de la valeur ajoutée à leurs fonctions ainsi qu'un bon niveau d'expertise dans le domaine du pilotage de l'activité notamment avec la mise en place de la Tarification à l'Activité. Un attaché affirme que c'est « une occasion de se former avec les médecins sur d'autres problématiques ».

Un directeur pense que « le cadre administratif sera beaucoup plus au cœur de l'activité de l'hôpital, qu'il aura une vision transversale au plus près du terrain ».

Un coordonnateur général pense que « la présence du cadre administratif est une aide indispensable car les cadres supérieurs ont abandonné la gestion des soins et des malades pour se retrancher derrière les réunions, le papier, l'administratif apportera un éclairage avec l'élaboration de tableaux de bord, d'indicateurs ».

Pour les cadres supérieurs, la plus-value est évidente même si en pratique il y aura des difficultés qui sont à mettre en lien avec la mise en place des 35 heures, la gestion de la pénurie de personnels infirmiers et la mise en place du plan équilibre.

⁵⁶ TRANSMISSIONS , journal des équipes de l'AP-HP, n° 30 , septembre-décembre 2004

Selon un directeur des soins, « il y a une valorisation des fonctions de cadres de santé en général avec plus d'autonomie et de responsabilisation ».

Un coordonnateur général des soins pense que « la mise en place des pôles est l'occasion ou jamais d'être réellement en position d'encadrement » car les cadres supérieurs sont soit dans de la « petite exécution soit plein positionnement de cadres ». « C'est une grande chance pour l'encadrement mais on doit l'accompagner ».

Il pense que beaucoup de cadres de proximité ont compris que « ce sont eux qui donneront le la sur 24 h ».

Un autre coordonnateur général des soins pense que « l'on parviendra à une harmonisation des pratiques et à apprendre à travailler ensemble ». C'est « aussi l'occasion de ramener les cadres supérieurs sur les fonctions soins et de se réorganiser dans une logique d'efficience ».

B) Une plus-value à tempérer

Les cadres administratifs restent globalement plus optimistes par rapport aux cadres paramédicaux même si certains rechignent à présenter leur candidature préférant attendre de voir comment les pôles vont fonctionner. Ils ont des interrogations sur le niveau réel de ce qui leur sera demandé d'autant plus que le système d'information n'a pas encore intégré tous les paramètres pour assurer une véritable délégation de gestion. Certains ne veulent en aucun cas devenir « la petite main » du cadre paramédical du pôle qui leur confierait toutes les tâches qu'ils ne veulent pas faire.

Par ailleurs, certains ont peur de perdre l'autonomie dont ils jouissent dans leur service avec une équipe qu'ils managent même s'ils connaissent de grandes difficultés au quotidien (gestion de l'absentéisme, pénurie de personnel).

Certains cadres évoquent la nécessité de se voir attribuer un temps de secrétariat de pôle. A ce jour cette éventualité a été envisagée dans un seul établissement sans que cela soit formalisé.

Enfin, se pose le problème de la durée du poste à savoir qu'il existe une incertitude sur le devenir du cadre paramédical de pôle une fois que le médecin responsable de pôle aura achevé son mandat de 4 ans. Ils craignent de ne pas avoir de point de repli en cas d'échec de leur mission. Se pose aussi la question de la prise de responsabilités différentes pour des cadres en fin de carrière compte tenu du nombre de départ à la retraite qui auront lieu prochainement.

Pour les cadres supérieurs de santé, la plus-value est à tempérer car pour eux les choses ne sont pas claires ; ils craignent que « la réforme échoue si les pôles ne deviennent qu'un amalgame de services ».

Ils ne veulent pas non plus se retrouver au milieu de plusieurs médecins expliquant que jusqu'alors ils n'avaient qu'un seul chef de service et que dorénavant ils en auraient plusieurs. Ils y voient un renforcement du pouvoir des médecins.

Certains cadres supérieurs pensent que l'organisation en pôle implique « une présence plus forte de la direction des soins » ce qu'ils ne souhaitent pas. Ils souhaitent plus d'autonomie par rapport à cette direction.

Un directeur d'établissement pense que la réforme impactera tous les soignants et que de ce fait « la fonction cadre sera moins attractive puisque de fait on formera moins de cadres supérieurs ». Les cadres qui ne seront pas positionnés de cadre paramédical de pôle se demandent ce qu'ils vont devenir et comment ils seront positionnés ; ils craignent un nivellement par le bas car ils deviendraient alors des cadres de proximité avec moins de pouvoirs et de prérogatives.

Des cadres paramédicaux ont aussi exprimé la perte de pouvoir et la mauvaise définition des tâches entre eux et les cadres administratifs. Ils ne sont pas certains que la présence du cadre administratif sera un plus et le vivent parfois comme une ingérence l'assimilant à un plus grand contrôle de la direction sur les activités soignantes d'un point de vue économique.

Les cadres supérieurs pensent qu'ils auront des difficultés à faire évoluer les cadres de proximité sur une responsabilité sur 24 heures même si « certains vont s'y retrouver car ils sont frustrés de ne pas être responsabilisés ». Un directeur d'établissement a exprimé la crainte « d'une incapacité des cadres supérieurs à se positionner en expertise et de ce fait de ressentir une perte de pouvoir et de reconnaissance ».

Enfin, d'autres pensent que la pénurie de personnel ne s'améliorera pas avec la mise en place des pôles et qu'ils auront de grandes difficultés d'autant plus les pôles seront de taille importante.

3.2.4 Les facteurs clés de réussite

Toutes les personnes interrogées reconnaissent que la mise en place des pôles est un sujet difficile qui créera beaucoup de bouleversements dans le fonctionnement des équipes.

Pour les uns et les autres les conditions de réussite sont nombreuses. Ainsi pour les attachés, ils souhaitent être formés sur des sujets qu'ils connaissent moins en fonction de leur spécialité d'origine.

Pour les cadres supérieurs de santé, ils pensent que la base de la réussite de la mise en place des pôles et de leur bonne intégration passe par la définition d'un axe de progression sur le projet médical et le projet managérial en accord avec les cadres.

Pour eux, le travail avec les attachés est une nouveauté, il faudra bien savoir communiquer ; ils pensent qu'une formation au savoir-être est aussi importante qu'une formation au savoir-faire.

Ils pensent également que pour l'instant les cadres ne sont pas tous bien formés au management et qu'ils auront encore plus besoin d'eux, qu'ils soient de véritables chefs d'équipe. Il faudra également encadrer les cadres de proximité dans la mise en place des 24 heures.

Un directeur des soins dit que « les pôles ne se feront que si les cadres supérieurs les mettent en place » ; les cadres doivent s'impliquer et porter le projet de pôles.

3.3 LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Les personnes interrogées pensent que des mesures d'accompagnement sont nécessaires. Plusieurs mesures sont mises en place, venant tant du ministère que du siège et des établissements eux-mêmes.

3.3.1 Les mesures gouvernementales

A) Le plan Hôpital 2007 et la MEAH⁵⁷

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, le gouvernement a mis en place des mesures d'accompagnement. La réforme de la gouvernance hospitalière s'accompagne de la mise en place de la MEAH. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, elle fonctionne depuis mai 2003. Ainsi, en 2004 la MEAH a suivi les établissements anticipant la nouvelle gouvernance et a été chargée à la demande du Ministre de la santé de mutualiser les expériences des établissements.

Un colloque s'est tenu en septembre 2004 et a permis de présenter des expériences sur l'organisation en pôles d'activité, la mise en œuvre d'un dispositif de déconcentration managériale.

A ce jour, d'autres études sont en cours : elles portent sur les moyens et modalités de conduite du changement.

⁵⁷ lire partout Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

B) Les mesures d'accompagnement des réformes

Le 26 mai 2005, Monsieur Philippe Douste-Blazy, Ministre de la santé a proposé un dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières afin d'apporter à tous les établissements qui le souhaitent un soutien et un conseil pour une mise en œuvre optimale des réformes.

Le même jour, un comité de pilotage présidé par le directeur de la DHOS et par le Directeur général du CHU de Nice a été mis en place et a présenté ses orientations.

Le dispositif comporte trois volets dont un volet portant sur le suivi et l'adaptation des réformes et un autre sur l'accompagnement.

Ce sont les ARH⁵⁸ qui seront chargées de repérer les établissements en difficulté et de leur proposer un accompagnement individualisé. Des chargés de missions sont en cours de recrutement.

3.3.2 Les mesures institutionnelles

A) L'accompagnement de l'exécutif du pôle

L'AP-HP s'intéresse avant tout à la mise en place de l'équipe du pôle constitué par le médecin responsable de pôle, la cadre paramédical de pôle et la cadre administratif. C'est la délégation à la formation et au développement des compétences qui se charge de mettre en place la formation du trio. Un recensement des besoins de formation a été réalisé auprès de ces personnes afin de répondre au mieux à leurs attentes.

Les objectifs de la formation sont multiples :

- apprendre à travailler ensemble
- appréhender les missions collectives et individuelles pour chaque membre de l'encadrement du pôle
- clarifier le champ de responsabilité de chacun
- inscrire leur pratique dans la nouvelle organisation hospitalière
- mobiliser et développer les compétences nécessaires à leurs missions.

Le dispositif de formation mis en place comporte trois modules :

- un séminaire sur le management et la gestion des pôles d'activité

⁵⁸ lire partout Agence Régionale d'Hospitalisation

- un module d'enrichissement des compétences
- une formation d'adaptation à l'emploi

Le séminaire d'une durée de quatre jours porte entre autres sur les thèmes suivants :

- les problématiques de la nouvelle gouvernance
- les facteurs clés et les missions d'une équipe d'exécutif des pôles d'activité
- les attentes inter métiers
- la construction du pôle, l'offre de service
- le projet de pôle, la Tarification à l'Activité
- la délégation de gestion.

B) L'accompagnement des cadres paramédicaux de pôle

L'accompagnement des cadres paramédicaux de pôles se fera avec l'IFCS –Institut de Formation des Cadres de Santé- qui a en charge la formation initiale et continue des cadres de santé.

Pour ce qui est de la formation des cadres de proximité, elle va être adaptée avec des apports théoriques sur la gouvernance et une journée de formation spécifique sur la gouvernance et les pôles d'activité à l'AP-HP.

Par ailleurs, les stages sur le terrain vont permettre d'appréhender la problématique des pôles.

Pour les cadres supérieurs, la formation se faisait par le biais de la maîtrise de gestion, celle-ci sera remplacée par un mastère.

Il sera demandé aux établissements de prévoir des formations d'accompagnement de tous les cadres de santé (cadres de proximité et cadres supérieurs) au sein même des pôles.

Par ailleurs, dans le cadre du plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP, la directrice des soins de l'institution a énoncé les 16 actions à mettre en place au niveau des soignants. Parmi celles-ci on peut en citer 3 qui ont un lien direct avec la mise en place de la nouvelle gouvernance :

- centrer l'activité des cadres infirmiers rééducateurs et médico-techniques sur la supervision des soins et des activités paramédicales, l'information et l'accueil des patients et de leurs proches, la construction d'un environnement professionnel sécurisant et serein pour les malades et les professionnels,
- participer aux travaux visant la mise des pôles d'activité médicale, l'informatisation du domaine patient et les projets d'amélioration de l'organisation de la prise en charge du patient

- formaliser les projets de soins de chaque hôpital et de chaque structure (pôle, service)

C) L'accompagnement des cadres administratifs de pôle

L'accompagnement des cadres administratifs de pôles se fait par le CFTA -Centre de Formation aux Techniques Administratives- qui a recensé leurs besoins.

Il est apparu une demande forte de formation en finances et en contrôle de gestion puisque le module sera d'une durée de cinq jours.

Un autre module a été demandé : les ressources humaines à la fois pour les débutants mais aussi pour les professionnels plus confirmés. La difficulté de ces formations est le temps consacré ; en effet, le recensement de tous les besoins aboutirait à un volume de formation de 25 à 30 jours.

Par ailleurs, il est prévu d'inclure les attachés issus du concours externe dans la formation d'adaptation à l'emploi des adjoints des cadres hospitaliers sur le module « connaissance institutionnelle » d'une durée de trois semaines. Il faudra également prévoir un coaching à la demande des établissements au fur et à mesure que les pôles se mettront en place.

Globalement, il s'avère aussi nécessaire de revoir la formation des attachés tant au niveau national qu'au niveau des établissements.

D) L'adaptation de la formation des médecins

Les médecins de l'AP-HP ont la possibilité de suivre le cycle de l'E.M.A.M.H.⁵⁹ Créée en 1991, en partenariat avec l'Ecole des Mines de Paris et l'Université Paris 7, elle a pour objectif de préparer les médecins à des fonctions de responsable de structures médicales hospitalières (services, fédérations, pôles).

Depuis sa création l'école a accueilli 661 stagiaires dont 618 médecins, 13 directeurs et 30 cadres supérieurs paramédicaux.

L'Ecole est animée par des responsables de l'AP-HP et par des dirigeants d'institutions publiques ou privées.

La formation est modulaire et capitalisable et comporte 10 modules dont 8 de tronc commun et 2 optionnels qui peuvent être suivis en un ou deux ans.

Les objectifs pédagogiques de cette formation sont les suivants :

- comprendre l'environnement économique de l'hôpital
- accompagner les évolutions liées à la réforme hospitalière

⁵⁹ lire partout : Ecole de Management pour les Médecins des Hôpitaux

- connaître la stratégie et les enjeux de l'AP-HP
- savoir utiliser les outils de gestion pour améliorer le fonctionnement du service
- avoir un langage commun avec celui des autres décideurs de l'hôpital, acquérir la connaissance et les outils permettant d'animer une équipe
- connaître les techniques de base du management.

Pour la prochaine promotion, la formation sera adaptée à la mise en place de la nouvelle gouvernance puisque le module de cinq jours sur l'environnement de l'hôpital et l'organisation hospitalière comportera un point sur :

- les travaux sur la nouvelle gouvernance,
- les contrats d'objectifs et de moyens et la contractualisation interne,
- l'ordonnance du 2 mai 2005.

3.3.3 Les mesures propres aux établissements

Lors de mes entretiens, j'ai pu mesurer l'état d'avancement de la mise en place des pôles (y compris dans les établissements anticipateurs) et des mesures envisagées pour l'accompagner.

Un établissement a au sein de son équipe de direction un directeur chargé de la mise en place des pôles et qui envisage deux types d'actions :

- un séminaire qui réunirait le médecin responsable de pôle, le cadre administratif et le cadre paramédical
- un complément de formation, complémentaire à celle du siège, sur les points manquants
- la formation des cadres au management.

Un directeur des soins m'a fait part de mesures d'accompagnement dans son établissement, à savoir :

- l'encadrement des cadres de santé qui auront désormais la responsabilité d'une unité sur 24 H en envoyant deux cadres paramédicaux de pôle dans un CHU de province afin d'observer ce fonctionnement
- la mise en place dans chaque pôle d'un référent Ressources Humaines qui discutera avec la direction des soins pour l'allocation mensuelle de moyens
- la désignation de directeurs référents dans des directions fonctionnelles afin de finaliser les projets de pôle et de les accompagner.

Enfin, ces projets, comme chacun a pu le dire ne sont pas limitatifs. En effet, au fur et à mesure de la mise en place des pôles, des besoins émergeront et donneront lieu à la mise en place de nouvelles mesures d'accompagnement.

CONCLUSION

La mise en place des pôles intervient à un moment particulier de l'évolution de l'AP-HP. En effet, elle intervient dans un contexte de plan stratégique et de plan de retour à l'équilibre, laissant parfois penser que la mise en place des pôles concourt à la réalisation du plan de retour à l'équilibre.

Avant tout, elle doit chercher à optimiser la prise en charge des patients grâce au regroupement de services qui sauront répondre à la logique du circuit patient ou à la logique des organes.

Des incertitudes demeurent pour les acteurs du pôle qui montrent parfois qu'ils ont souvent vu une succession de réformes sans qu'elles aboutissent. Les cadres supérieurs craignent pour leur positionnement et leur nombre tandis que les cadres administratifs semblent pour certains sceptiques quant à leurs fonctions au sein des pôles.

La Directrice générale de l'AP-HP a réaffirmé que « les cadres constituent un atout dans la modernisation de l'institution et jouent un rôle fondamental dans la mise en place de la nouvelle gouvernance⁶⁰ ». La mise en place effective et progressive des pôles montrera si les cadres sont au cœur de ce changement qui n'est pas qu'organisationnel mais aussi culturel.

C'est une véritable révolution culturelle d'autant plus difficile à mettre en place qu'une notion pourtant supprimée dans le projet d'ordonnance a été maintenue : les services. Cela laisse perplexes certains acteurs du terrain qui pensent que les chefs de services continueront à fonctionner comme avant tant il est vrai que certaines associations se feront parfois à contre cœur avec des divergences fortes de la communauté médicale.

Les cadres, qu'ils soient paramédicaux ou administratifs, ont des difficultés réelles pour évaluer sereinement le devenir de leurs métiers. Il faudra les accompagner et leur donner les moyens de conduire le changement sur le terrain. C'est également à ce prix qu'ils vivront leurs nouvelles fonctions comme une amélioration dans leur positionnement et sauront si vraiment cette nouvelle organisation est porteuse d'une plus-value de leurs fonctions.

⁶⁰ Soins Cadres , n° 55 août 2005

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

République Française, 2005 -ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

République Française, 2005 -décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

République Française, 2005 -décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats de responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

République Française, 2005 -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

République Française, 2004- circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance

République Française, 1975 -décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier

République Française, 1990- circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers

République Française, 1991- décret n° 91-1271 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux

République Française, 2002-décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

République Française, 1995- décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé
République Française, 1990- décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

République Française, 1990- décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

OUVRAGES

MINTZBERG H., Le management, Voyage au centre des organisations, Editions d'Organisation, 1990, 703 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Editions du Seuil, Collection Points, 2002, 500 p.

REVUES

Transmissions : le journal des équipes de soins de l'AP-HP, n°30 septembre-décembre 2004, p 2.

CREMADEZ M. « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière », Revue Hospitalière de France, Janvier- Février 2003, n° 490, pp 42-49.

Dossier l'hôpital et ses cadres - Hôpital d'île de France- revue trimestrielle de l'UHRIF- n°34- novembre 2003-p.9 à 16

Dossier la nouvelle gouvernance expérimentée à l'hôpital - Hôpital d'île de France- revue trimestrielle de l'UHRIF- n°36- novembre 2004-p.8 à 14

RAPPORTS ET DOCUMENTS INTERNES

Hôpital 2007, Anticipation de la « nouvelle gouvernance hospitalière »- Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés au 21 juin 2004, 29 p.

Les pôles d'activité, Note de la Direction Générale de l'AP-HP- 7 mai 2004

Organisation en pôles- document conférence ASP- Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal- mars 2005.

Plan stratégique 2005-2009-Michelle BRESSAND- Directrice des soins- AP-HP

Management et gestion des pôles d'activités – Délégation à la formation et au développement des compétences

DDRH- Glossaire V1 – AP-HP

Avis de la CME sur l'expérimentation de la nouvelle gouvernance des hôpitaux- séance du 11 mai 2004

Synthèse sur les organisations paramédicales dans les pôles d'activités médicales-DSCS-AP-HP- Michelle BRESSAND- Avril 2005

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLENCIEN G. ; Rapport "modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale" avril 2003

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

MEMOIRES

PLAETEOVOET JM. « L'autonomie des cadres infirmiers de proximité ». Mémoire filière infirmiers généraux : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999, 78 p.

JUILLARD-FOURNIER N. « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins ». Mémoire directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002, 73 p.

DESPLAT-CASTANIE F. « Quelle stratégie pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activités ? ». Mémoire directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 83 p.

DURANDEAU-SIKORA MJ. «Le cadre de santé 2004...Acteur dans le changement sur la route 2007...». Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé- Assistance Publique Hôpitaux de Paris- Institut de formation des Cadres de Santé, 2004, 83 p.

SITES INTERNET

www.sante.gouv.fr

www.fhf.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.infirmiers.com

www.cadresante.com

Liste des annexes

- Annexe 1 : liste des personnes interrogées pour l'étude sur les organisations réalisée par la DSCS - **annexe non publiée**
- Annexe 2 : répartition des emplois par pôles annexe 11 du tableau des emplois cibles-Proposition de tableau des emplois cibles- Services Cliniques- Direction des Soins- Juin 2005- groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Vidal - **annexe non publiée**
- Annexe 3 : fiche de poste d'un cadres supérieur de santé en chirurgie cardiaque et vasculaire - **annexe non publiée**
- Annexe 4 : fiche de poste du cadre paramédical de pôle du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Vidal - **annexe non publiée**
- Annexe 5 : fiche de poste du cadre administratif de pôle du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Vidal - **annexe non publiée**
- Annexe 6 : fiche de poste du cadre administratif de pôle de l'hôpital TENON - **annexe non publiée**
- Annexe 7 : fiche de poste du cadre administratif de pôle de l'hôpital Paul BROUSS - **annexe non publiée**
- Annexe 8 : grille d'entretien - **annexe non publiée**