



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeurs des soins**  
**Promotion 2006**

---

**« L'organisation en pôles d'activité :  
de la démarche expérimentale à la  
réalité. »**

---

**Véronique THOMAS**

---

# Remerciements

---

Je remercie sincèrement tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je remercie mes amis du « club des cinq » pour leur soutien, leur amitié précieuse et tout ce qu'ils m'ont apporté au cours de cette année de formation.

Merci à Brigitte, Elisabeth et Didier.

Merci à Julien pour son amour, son courage et sa patience.

Merci à mon père qui m'a tellement soutenue cette année et qui aurait tant aimé lire ce travail...

« Le sens n'est pas là où je suis mais là où je vais. »

A. Comte Sponville

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE.....</b>	<b>5</b>
<b>L'APPROCHE THÉORIQUE DE L'ORGANISATION EN PÔLES D'ACTIVITÉ .....</b>	<b>5</b>
<b>1 L'évolution du cadre réglementaire .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La loi hospitalière 91-748 du 31 juillet 1991 .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Les principes de contractualisation.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 La contractualisation externe .....	6
1.2.2 La contractualisation interne .....	6
<b>1.3 La plan hôpital 2007 .....</b>	<b>7</b>
<b>2 La gouvernance et l'organisation en pôles .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 La mise en place de la gouvernance.....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Circulaire DHOS/E1 n°200461 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière .....	8
2.1.2 La mission d'accompagnement.....	9
<b>2.2 L'ordonnance du 2 mai 2005 .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Les grands axes de modernisation .....	11
2.2.2 L'organisation en pôles d'activité .....	13
<b>2.3 Les changements induits.....</b>	<b>18</b>
2.3.1 Les changements structurels et organisationnels .....	18
2.3.2 Les changements managériaux.....	18
2.3.3 Les changements culturels .....	18
<b>3 Accompagner le changement.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Définition et approches du changement.....</b>	<b>19</b>
3.1.1 Définition .....	19
3.1.2 Les approches du changement.....	19
<b>3.2 Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique.....</b>	<b>20</b>
3.2.1 Stratégie et jeu des acteurs .....	20
3.2.2 Pouvoir et zones d'incertitude.....	21
3.2.3 Les résistances au changement .....	21

<b>3.3</b>	<b>L'identité et la culture.....</b>	<b>22</b>
3.3.1	L'identité au travail .....	22
3.3.2	La culture.....	22
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	<b>.....</b>	<b>25</b>
<b>L'ÉTUDE DU TERRAIN</b>	<b>.....</b>	<b>25</b>
<b>1</b>	<b>La méthode .....</b>	<b>25</b>
<b>1.1</b>	<b>Le choix de l'établissement.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2</b>	<b>Les outils de l'étude .....</b>	<b>25</b>
1.2.1	Le recueil documentaire .....	26
1.2.2	Les entretiens.....	26
1.2.3	Les informations complémentaires recueillies .....	27
<b>1.3</b>	<b>Les limites et les points forts.....</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>Bilan de l'existant.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>L'engagement de la direction.....</b>	<b>28</b>
2.1.1	Au niveau central .....	28
2.1.2	Pour le CHU terrain de l'étude.....	28
<b>2.2</b>	<b>Les étapes franchies.....</b>	<b>29</b>
2.2.1	S'appuyer sur les acquis.....	29
2.2.2	Mener la réflexion .....	29
2.2.3	Communiquer sur le projet .....	30
2.2.4	Mettre en place les pôles .....	30
<b>2.3</b>	<b>L'expression des acteurs.....</b>	<b>32</b>
2.3.1	L'appropriation du changement .....	32
2.3.2	Les principales craintes .....	34
<b>3</b>	<b>Une démarche à concrétiser .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1</b>	<b>Les étapes qui restent à franchir.....</b>	<b>36</b>
3.1.1	Le projet de pôle .....	36
3.1.2	Le conseil de pôle .....	37
<b>3.2</b>	<b>Des attentes réciproques.....</b>	<b>37</b>
3.2.1	Au regard des missions et du management.....	37
3.2.2	Au regard des moyens.....	39

<b>3.3</b>	<b>Des difficultés et des risques perceptibles.....</b>	<b>40</b>
3.3.1	Une simplification incertaine .....	41
3.3.2	La perte de la compétence clinique .....	41
3.3.3	Une concurrence entre les pôles .....	41
<b>3.4</b>	<b>Pour conclure sur l'étude du terrain.....</b>	<b>41</b>
<b>TROISIÈME PARTIE.....</b>		<b>43</b>
<b>LES PROPOSITIONS D' ACTIONS.....</b>		<b>43</b>
<b>1</b>	<b>Le positionnement du directeur des soins .....</b>	<b>43</b>
<b>1.1</b>	<b>Le positionnement.....</b>	<b>43</b>
1.1.1	Une place légitime... ..	43
1.1.2	...A l'interface des pôles.....	44
1.1.3	Une fonction et des missions définies.....	44
<b>1.2</b>	<b>La posture du directeur des soins .....</b>	<b>45</b>
1.2.1	Manager les apprentissages .....	45
1.2.2	Développer son rôle de leader .....	46
1.2.3	Pratiquer le « coaching ».....	46
1.2.4	Mobiliser un réseau .....	46
<b>1.3</b>	<b>Maintenir un niveau d'expertise .....</b>	<b>47</b>
1.3.1	Par un principe de veille permanente .....	47
1.3.2	Par une volonté de se comparer aux autres .....	47
<b>2</b>	<b>Développer une culture de la transversalité.....</b>	<b>48</b>
<b>2.1</b>	<b>Par un management par projet.....</b>	<b>48</b>
2.1.1	La phase initiale ou d'analyse.....	49
2.1.2	La phase opérationnelle pédagogique.....	49
2.1.3	La phase expérimentale.....	49
2.1.4	La phase de lancement et de clôture du projet .....	49
2.1.5	La phase de l'évaluation.....	50
<b>2.2</b>	<b>Par une approche processus.....</b>	<b>51</b>
<b>2.3</b>	<b>Par une approche client/fournisseur .....</b>	<b>52</b>
<b>3</b>	<b>Pour fédérer les acteurs.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>En développant les coopérations.....</b>	<b>53</b>
3.1.1	Avec l'équipe de direction .....	53
3.1.2	Avec les pôles .....	55

<b>3.2</b>	<b>Autour de projets institutionnels.....</b>	<b>56</b>
3.2.1	Du projet de soins vers le projet de prise en charge.....	57
3.2.2	De l'amélioration continue de la qualité à la certification .....	57
3.2.3	Dans un espace choisi.....	57
<b>3.3</b>	<b>En utilisant des outils efficaces.....</b>	<b>58</b>
3.3.1	De la déconcentration de gestion au contrat de pôle.....	58
3.3.2	Les tableaux de bord de gestion .....	58
3.3.3	L'intéressement.....	59
	<b>Conclusion.....</b>	<b>61</b>
	<b>Sources et bibliographie .....</b>	<b>63</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe I .....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe II .....</b>	<b>III</b>
	<b>Annexe III.....</b>	<b>IV</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'hospitalisation
CA	Conseil d'Administration
CCC	Comité Consultatif des Cadres
CE	Conseil Exécutif
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLS	Commission locale des Soins
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CCM	Comité Consultatif Médical
CODIR	Comité de Direction
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CR	Centre de Responsabilité
CSIRMT	Commission de Soins infirmiers de Rééducation et Médico-Technique
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	Etablissement Public de Santé
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifification à l'Activité

## INTRODUCTION

Les établissements publics de santé (EPS) se situent aujourd'hui entre forces et faiblesses. Ils subissent la pression conjuguée des évolutions technologiques, architecturales, économiques, sociales et politiques. Les dépenses de santé sont en augmentation constante. Face à cet environnement contraint, l'hôpital doit s'adapter et se moderniser pour répondre aux besoins de santé de la population qui continue de lui accorder sa confiance<sup>1</sup>. Pour cela, il s'appuie sur le professionnalisme et le dynamisme de ses équipes médicales, soignantes et administratives. Ces acteurs doivent intégrer ensemble les éléments complexes de la prise en charge des malades et proposer des soins de qualité. Pour animer une organisation telle que l'hôpital, une gouvernance performante est nécessaire. Celle-ci est actuellement à la une de l'actualité hospitalière. Depuis 1970, l'hôpital a vécu au rythme des réformes. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a introduit une nouvelle planification sanitaire par les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) ainsi que le principe de contractualisation avec l'Etat. Elle demande aux établissements de prodiguer des soins de qualité et de les évaluer. L'ordonnance du 24 avril 1996 instaure les Agences Régionales de l'Hospitalisation, une régulation régionale de l'offre de soins ainsi qu'un système d'accréditation des établissements par l'ANAES. Depuis la loi du 4 mars 2002, les droits du malade sont reconnus. L'ordonnance du 4 septembre 2003, quant à elle rénove en profondeur le régime de planification et d'autorisation des activités de soins.

Plus récemment, les réformes du système de santé se sont succédées les unes aux autres. La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique et celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pour commencer. Ensuite est parue la loi du 13 août 2004 concernant la réforme de l'assurance maladie. Celle-ci met en place la haute autorité de santé<sup>2</sup>. Elle instaure la certification des établissements<sup>3</sup>(V2). Cette méthode s'attache particulièrement au service médical rendu au patient et à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Enfin, manquait à toutes ces réformes celle concernant le régime tarifaire, budgétaire et comptable. Le système de la tarification à l'activité (T2A) remplace

---

<sup>1</sup> Sondage TNS SOFRES réalisé sur un échantillon national de 1000 personnes représentatif de la population française, âgée de 18 ans et plus les 12 et 13 avril 2006. L'hôpital est le service public qui donne « le plus de satisfaction » pour 43% des français devant EDF, les mairies et l'assurance maladie.

82% des français continuent d'avoir une bonne opinion des hôpitaux (taux remarquablement stable depuis 2004).

<sup>2</sup> La Haute Autorité de Santé reprend les missions de l'ANAES.

<sup>3</sup> V2 certification des EPS version 2 de l'accréditation.



donc et de façon progressive le financement par « budget global ». Ce sont maintenant les activités de l'hôpital qui déterminent ses ressources. Les recettes vont ainsi correspondre à une approche médicalisée de l'activité. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) devient le nouvel outil de prévision budgétaire.

Dès 2002, Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, annonçait le plan de modernisation : « hôpital 2007 ». Ce plan s'appuie sur cet important dispositif législatif de réformes qui s'emboîtent les unes dans les autres pour parvenir à un système de santé cohérent.

Depuis la loi du 31 juillet 1991, l'organisation interne des hôpitaux n'a plus été modifiée. A cette époque, les expérimentations menées dans ce cadre cherchaient à tirer les leçons d'un morcellement excessif des services médicaux. Elle proposait de constituer des sous ensembles de gestion disposant d'une taille suffisante pour être partenaires de contrats internes qui feraient écho aux contrats d'objectifs et de moyens (COM) signés avec les ARH. Après plusieurs années de maturation dans certains hôpitaux pilotes, l'organisation en pôles d'activité, structure liée à la notion de pilotage médico-économique, est désormais consacrée dans l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé. Cette organisation s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance des hôpitaux et constitue la mesure phare du plan Hôpital 2007.

Cette ordonnance impose aux EPS, autres que les hôpitaux locaux, une organisation en pôles d'activité au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Un des objectifs de cette réforme est de lutter contre les rigidités et le cloisonnement. Les enjeux sont tant économiques que managériaux. Les avantages potentiellement recherchés sont une mutualisation des moyens, une meilleure coordination des acteurs pour une amélioration du service rendu au patient et une qualité de prise en charge efficiente.

Dans ce contexte de profondes mutations, la place et le rôle du directeur des soins, membre de l'équipe de direction, sont certainement à redéfinir. Dans une structuration en pôles d'activité, le centre de décision est déplacé au plus près du terrain. De ce fait, la fonction hiérarchique peut être moins pertinente. Elle se doit d'évoluer vers un management plus stratégique, vers du conseil et du support aux pôles et tout particulièrement à leurs responsables soignants. Un des enjeux de la mise en œuvre des pôles d'activité serait donc le changement de modèle de hiérarchie : passer d'une hiérarchie pyramidale à un management transversal fondé sur la coopération. Le directeur des soins est le garant de la politique institutionnelle définie dans le projet d'établissement qui rassemble entre autre le projet médical, le projet de soins et le projet social. De ce fait, il doit s'assurer que les décisions prises selon le principe de subsidiarité, le soient en cohérence avec les orientations institutionnelles.

Dès lors, il s'agit pour le directeur des soins d'être capable de préparer et d'accompagner les équipes dans ce changement. La réussite du changement passe d'abord par l'engagement et l'implication de ceux qui sont en charge de le conduire. Tout l'art du management se situe dans le « comment » travailler ensemble.

La question de recherche qui guide ce travail est la suivante :

**En quoi l'accompagnement des différents professionnels est-il déterminant pour mettre en place les pôles d'activités cliniques et médico-techniques ?**

Les sous questions qui suivent permettent d'appréhender et de comprendre la situation ; de mesurer les possibles écarts entre les ambitions de la réforme et les réalités de terrain :

- Quels sont les changements introduits par cette réorganisation hospitalière en terme de missions, de compétences et de système de relations ?
- Quelles sont les attentes des différents acteurs ?
- Quelles stratégies d'accompagnement les dirigeants et cadres doivent-ils mettre en place ?

Le choix du sujet de ce mémoire professionnel est guidé par l'intérêt d'une réflexion d'une part autour du positionnement et de la posture managériale du directeur des soins et d'autre part sur la façon dont il peut promouvoir cette nouvelle organisation en pôles d'activité. L'expérience récente, en tant que cadre de santé, de la mise en place d'un pôle expérimental de cancérologie, a révélé de multiples interrogations, des craintes et parfois des résistances de la part des différents acteurs confrontés à ce changement structurel, organisationnel et culturel. Les nombreux articles parus sur ce thème attestent de l'enjeu et des difficultés pour l'ensemble de la communauté hospitalière. Il lui faut appréhender la réforme, se l'approprier pour la mettre en œuvre sur le terrain.

Pour Jean Castex, « La mise en œuvre des réformes doit être et sera accompagnée »<sup>4</sup>. La création d'un dispositif d'accompagnement : « ENSEMBLE modernisons l'hôpital »<sup>5</sup>, s'appuyant sur l'expérience du terrain, démontre l'engagement politique et les dispositions mises en œuvre pour répondre à cet enjeu prioritaire et d'actualité.

S'appuyant sur les débats actuels et sur les expériences développées par les hôpitaux, ce mémoire tend à apporter un éclairage sur cette nouvelle organisation. Il n'a pas prétention d'apporter des réponses mais d'élargir la réflexion à l'approche d'une prise de fonction en

---

<sup>4</sup> Jean Castex, directeur de la DHOS.

<sup>5</sup> Accessible sur le site [www.reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com).

tant que directeur des soins dans un CHU qui fait de l'organisation en pôles d'activité, un des axes majeurs de sa politique stratégique d'établissement.

La méthode de ce mémoire professionnel s'appuie tout d'abord sur une recherche documentaire et bibliographique sur l'organisation en pôles d'activité et sur les concepts de changement et d'accompagnement du changement.

Le déploiement d'une organisation en pôles d'activités cliniques et médico-techniques est un processus long et complexe. Prenant en compte cette donnée, le postulat méthodologique consiste à cibler l'étude sur un seul établissement engagé dans la démarche. Il s'agit tout d'abord d'analyser les différentes mesures prises en amont (comités de pilotage, comptes-rendus de réunions, formations...) et d'interroger, ensuite, les différents acteurs accompagnants et accompagnés.

Une première partie abordera le contexte, les fondements et les caractéristiques de l'organisation en pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Une approche sociologique du changement viendra enrichir la problématique.

La seconde partie sera réservée à l'étude sur le terrain. Celle-ci permettra à travers une recherche documentaire et un questionnement organisé autour des acteurs considérés comme déterminants, d'exploiter un retour d'expérience en dégagant les points forts mais aussi les limites.

La troisième partie permettra à partir des éléments dégagés par le constat et l'étude du terrain, d'appréhender comment le directeur des soins peut apporter sa contribution à l'organisation en pôles par la mise en œuvre d'un projet stratégique d'accompagnement des professionnels.

# **PREMIÈRE PARTIE**

## **L'APPROCHE THÉORIQUE DE L'ORGANISATION EN PÔLES D'ACTIVITÉ**

### **1 L'évolution du cadre réglementaire**

Le législateur, par une succession de textes réglementaires, réaffirme périodiquement sa volonté de mettre en place des organisations efficaces, de maîtriser les coûts et de développer la responsabilité des acteurs.

#### **1.1 La loi hospitalière 91-748 du 31 juillet 1991**

La réflexion sur les pôles d'activité est initiée au début des années 1990 dans certains CHU et gros établissements. La loi du 31 juillet 1991 crée le SROS et pose le principe de contractualisation externe avec l'Etat. Elle introduit une certaine souplesse dans l'organisation des EPS. En instituant « l'amendement liberté »<sup>6</sup> elle permet au conseil d'administration de décider librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical, dans le cadre du projet d'établissement. La possibilité est donnée aux services de s'associer en départements ou en fédérations. La volonté du législateur est :

- De recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés qui devront être évalués
- D'instaurer un réel dialogue et développer la communication entre les professionnels autour d'objectifs définis en commun
- D'associer les personnels à la gestion et à l'évolution de l'établissement par la création des conseils de service.

Cet « amendement liberté » qui permet aux organisations de dépasser le strict cadre du service, n'a été que peu utilisé par les établissements.

---

<sup>6</sup> Article L 6.146-8 du Code de la Santé Publique(CSP).

## **1.2 Les principes de contractualisation**

### **1.2.1 La contractualisation externe**

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Celles-ci mettent en œuvre la politique régionale d'offre de soins, analysent et coordonnent l'activité des établissements de santé publics et privés et déterminent leurs ressources. Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) sont systématisés entre les ARH et les établissements. Ils déterminent désormais les orientations stratégiques des établissements et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations dans le cadre du projet d'établissement.

### **1.2.2 La contractualisation interne**

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

Elle institue un mode de contractualisation interne et facultatif, consistant en la création de centres de responsabilité (CR). Fondé sur une notion comptable et financière, le CR est l'unité d'œuvre qui permet de rapprocher les moyens consommés et les actes produits. Le législateur souhaite associer plus étroitement à la gestion de moyens ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent, influencent directement les évolutions des coûts et des activités. La délégation de gestion fait l'objet d'un contrat négocié par le responsable du CR avec le directeur. Le contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi du CR. Les modalités d'intéressement aux résultats de la gestion sont prévues ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Certains établissements comme Nantes, Rennes ou Toulouse ont eu recours aux CR. Néanmoins, la contractualisation ne concerne souvent qu'une activité spécifique ; la délégation de gestion n'autorise pas l'existence d'un ordonnateur secondaire.

B) Le décret 97-6347 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé

Il permet au directeur d'établissement de donner une délégation de signature aux praticiens responsables des CR dans les conditions prévues par le contrat de délégation de gestion.

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

Elle prescrit les idées suivantes :

- Déconcentrer les procédures internes et appliquer le principe de subsidiarité selon lequel les décisions sont prises au plus près des personnes qu'elles concernent. La participation des équipes est encouragée.
- Décliner les objectifs de qualité des soins et d'activités médicales
- Développer le dialogue entre la direction et les équipes, dans le respect du projet d'établissement et des moyens globaux.
- Elaborer un contrat négocié et la mise en oeuvre d'une délégation de gestion. Ce contrat a pour but de fixer les objectifs et les moyens, et d'intéresser les équipes à la réalisation des objectifs.

La circulaire prévoit un dispositif d'accompagnement des établissements. Un bilan sur la base du retour d'expériences, ainsi qu'un guide méthodologique seront élaborés par un groupe de travail.

### 1.3 La plan hôpital 2007

Il est annoncé dès novembre 2002 par le gouvernement sous l'impulsion du Professeur Jean-François MATTEI, ministre de la Santé de la Famille et des personnes handicapées. Celui-ci décide de lancer une vaste réflexion sur la modernisation de l'hôpital. Il part du constat suivant : alors que l'hôpital a considérablement changé en termes techniques, son organisation interne n'a pas évolué au même rythme. Des rapports ont donc été commandés en 2003 afin d'obtenir une photographie du système hospitalier.

- En mars, le rapport d'information du député René COUANAU<sup>7</sup> sur l'organisation interne de l'hôpital dénonce une organisation qui selon lui souffre d'une balkanisation excessive et d'une multiplication des services. Il conclut :  
« l'organisation interne de l'hôpital ne pourra être améliorée qu'avec l'adhésion et le concours de tous les professionnels travaillant à l'hôpital, qui ont déjà démontré leur capacité d'adaptation. Il faut aménager les conditions d'une organisation qui libère les énergies et les talents, aménage une véritable évaluation et reconnaît les compétences et les dévouements ».
- En avril, le rapport de messieurs D. Debrosse, A. Perrin, G. Vallancien<sup>8</sup> intitulé :

---

<sup>7</sup> COUANAU R. Rapport d'information « l'organisation interne de l'hôpital » - Assemblée Nationale, 19 mars 2003.

<sup>8</sup> Denis DEBROSSE, Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême - Docteur Antoine PERRIN, Président de la commission médicale d'établissement, Centre Hospitalier du Mans - Professeur Guy VALLANCIEN, Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu et Chef du Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris.

« La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » livre 17 propositions et écrit en conclusion : « Il en va de notre responsabilité collective. Retrouver l'harmonie entre le progrès médical et le fonctionnement quotidien au lit du malade est un pari que nous pouvons gagner. De très nombreux hospitaliers sont prêts à relever le défi pour bâtir un hôpital qui ne fasse plus la Une avec ses difficultés, ses conflits et ses insuffisances mais avec la qualité de ses professionnels et de ses techniques au service des malades qui se confient à lui. ».

La volonté politique de faire évoluer et de moderniser l'hôpital public est inscrite dans le plan Hôpital 2007. Un changement certain des mentalités est attendu. Les principes de la nouvelle architecture organisationnelle de l'hôpital s'appliquent autour d'une confiance et de la responsabilité partagée. Le chantier « nouvelle gouvernance hospitalière » est lancé ; il complétera les trois autres axes du plan : la relance de l'investissement, la simplification de la planification sanitaire et de la coopération entre établissements et la tarification à l'activité (T2A). La mise en place de la T2A permet la mise en œuvre des dispositifs de contractualisation interne liés à l'organisation en pôles.

## **2 La gouvernance et l'organisation en pôles**

### **2.1 La mise en place de la gouvernance**

Le mot gouvernance n'est pas nouveau. Il est synonyme de réforme. La notion de gouvernance est anglo-saxonne et trouve son origine dans le droit des sociétés. Pour le secteur hospitalier, la gouvernance renvoie à une approche juridique et fonctionnelle faite de pouvoirs, de délégation de gestion mais aussi de participation des différents acteurs hospitaliers. Elle implique également la recherche d'un équilibre des pouvoirs. Parce qu'elle est applicable à droit futur, la méthode choisie par le législateur est qualifiée d'innovante.

#### **2.1.1 Circulaire DHOS/E1 n°200461 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière**

Elle s'adresse à des établissements volontaires. Ceux-ci doivent anticiper, sur la base des dispositions législatives en vigueur, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. L'utilisation de « l'amendement liberté »<sup>9</sup> et les organisations en CR<sup>10</sup> permettent :

- la mise en place d'un conseil exécutif (CE) : instance paritaire médico-administrative présidée par le directeur de l'établissement et qui prépare

---

<sup>9</sup> Article L. 6146-8 du CSP.

<sup>10</sup> Article L. 6145-16 du CSP.

l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du CPOM.

- L'organisation au moins partielle en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne (et donc la mise en œuvre de la subsidiarité) avec délégations de gestion et politique d'intéressement.

L'évolution de l'organisation en pôles d'activité doit faciliter le décloisonnement des organisations médicales. Cette nouvelle organisation nécessite également de repenser l'organisation et les responsabilités des équipes hospitalières.

Toutefois, cette démarche novatrice est encadrée et accompagnée. Chaque établissement anticipateur a reçu un crédit annuel de 80 000 euros qui a été utilisé pour des actions de formation, le recours à un cabinet de consultants, le recrutement de personnel ou l'acquisition d'outils informatiques.

### **2.1.2 La mission d'accompagnement**

#### A) Le suivi

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) a été créée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Avec la Mission " Tarification à l'activité " et la Mission "Aide à l'investissement", elle fait partie des trois missions opérationnelles voulues par le Ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007.

Elle est chargée de mutualiser les retours d'expériences de la centaine d'établissements engagés dans la démarche de la nouvelle gouvernance hospitalière. Elle propose un guide méthodologique qui retrace les expériences les plus abouties et les modalités de conduite du changement mises en œuvre dans les établissements. La mise en place des pôles d'activité et de la création des conseils exécutifs a fait l'objet d'un suivi afin de contribuer à l'amélioration du projet de texte et à l'élaboration de ses décrets d'application.

#### B) Le bilan

En juin 2004, un premier bilan est réalisé par la MEAH assistée de deux cabinets de conseil. Ils ont procédé à des entretiens téléphoniques auprès des établissements anticipateurs de la nouvelle gouvernance. Ces entretiens étaient centrés sur la création du conseil exécutif et la constitution des pôles d'activité.

##### a) *Le conseil exécutif*

Il rapproche la direction et le corps médical, favorise le décloisonnement et améliore le dialogue interne. Le travail collégial favorise le développement d'une culture médico-administrative. Certains établissements attirent l'attention sur :



- La place incertaine de la direction des soins (la direction des soins est membre dans près de 80% des cas),
- Les efforts à fournir pour maintenir la cohésion médico-administrative,
- la nécessité d'un système d'information adapté.

b) *L'organisation en pôles*

- 16 % des établissements anticipateurs sont totalement organisés en pôles d'activité.
- 50 % des établissements ont constitué au moins un pôle d'activité.

L'organisation en pôles a suivi des logiques différentes en fonction des établissements. Ils ont cité quelques principes qui ont guidé l'organisation<sup>11</sup> :

- le pragmatisme,
- la progressivité au fur et à mesure de l'acculturation des acteurs,
- la réduction des services redondants,
- la capacité à mutualiser les moyens,
- l'existence d'un projet fédérateur,
- la présence d'une masse critique suffisante,
- la cohérence avec le projet médical,
- la rareté du temps médical,
- Le volontariat est hautement affirmé. C'est la notion de « vouloir vivre ensemble ».

c) *En résumé*

Le besoin d'aide méthodologique et d'outils pédagogiques concernant la mise en place de la contractualisation est rappelé. Afin de réduire les peurs et les résistances au changement, nombre d'établissements ont conscience de la nécessité d'un programme de formation des médecins et des soignants, d'un accompagnement particulier des futurs chefs de pôle voire de « coaching » à leur intention. Cependant peu d'établissements l'ont lancé.

D'une façon générale, un long travail d'abandon des services est à prévoir mais une majorité d'établissements n'a pas clairement défini sa façon d'aborder concrètement la question<sup>12</sup>.

Les règles de la mise en place de la nouvelle gouvernance ne doivent pas être trop rigides, pour ne pas freiner les appropriations locales de ce nouvel exercice de management.

---

<sup>11</sup> Circulaire DHOS / E1/ n°499 du 4 avril 2005 sur le bilan d'état d'avancement de la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

<sup>12</sup> Bilan MEAH des entretiens téléphoniques de juin 2004.

Ces expérimentations ont également montré la valeur ajoutée par le rapprochement des cultures, l'expression des personnels et l'efficacité dans la stratégie.

## **2.2 L'ordonnance du 2 mai 2005**

Cette ordonnance fait suite à l'application anticipée et expérimentale de la circulaire du 13 février 2004. Le droit commun va pouvoir être appliqué à l'ensemble des EPS. Annoncée pour l'automne 2004, elle est à la fois attendue et redoutée des professionnels de santé. Depuis 2002, pas moins de sept versions et multiples amendements se sont succédés. L'ordonnance est prise sur le fondement des lois 2003-591 du 2 juillet 2003 et 2004-1343 du 9 décembre 2004 qui autorisent le gouvernement à simplifier par voie d'ordonnance l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

Afin de susciter l'adhésion des professionnels réticents, les mots « réforme » et « gouvernance » ont disparu du texte final ainsi libellé : « ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ». Il s'accompagne d'un rapport au Président de la République. L'ordonnance répond aux objectifs de qualité, de transparence et d'efficience dans le fonctionnement interne des établissements. Plusieurs décrets d'application ont suivi sa publication.

### **2.2.1 Les grands axes de modernisation**

Cette ordonnance s'adresse à tous les EPS mais de façon partielle pour les hôpitaux locaux. Elle est composée de six titres et comporte cinq axes d'intérêt majeurs.

- les missions du conseil d'administration (CA)

Elles sont recentrées autour des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle. Sur le plan stratégique, le CA arrête la politique générale de l'établissement au regard du projet d'établissement et du CPOM conclu avec l'ARH. Ce projet s'inscrit dans une approche territoriale et déconcentrée compatible avec le SROS. Sur le plan de l'évaluation, le CA évalue la mise en œuvre et l'exécution du projet d'établissement sur la base d'indicateurs d'activités et de résultats. Sur le plan du contrôle, le CA peut décider de la réalisation d'un audit en cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats d'activité<sup>13</sup>.

- la création du conseil exécutif

---

<sup>13</sup> Cet audit peut être également le fait d'une demande conjointe de la CME et du CTE. REPUBLIQUE FRANCAISE, 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal officiel de la République Française*, n° 104 du 5 mai 2005. et 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal officiel de la République Française*, n° 159 du 9 juillet 2005.

Ce dispositif est emprunté de façon significative à la notion de gouvernance. Il est placé sous la responsabilité du directeur. Il associe à parité le directeur et les membres de l'équipe de direction désignés par lui, le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et les praticiens désignés par celle-ci. Dans les CHU, le doyen de la faculté de médecine compose le conseil exécutif. Ce conseil est constitué de 12 membres (dans les CH) à 16 membres (dans les CHU)<sup>14</sup>. Il est en charge des orientations fondamentales de l'établissement. En résumé, ses compétences s'articulent autour de :

- la préparation et la mise en œuvre du projet d'établissement et du CPOM avec l'ARH
- l'élaboration et de la mise en œuvre du plan de redressement<sup>15</sup> (avec le CA)
- l'avis sur la nomination des responsables de pôles d'activités
- la préparation du projet médical

Il est à noter que les directeurs de soins ne sont pas mentionnés explicitement dans la composition du conseil exécutif. En tant que membre de l'équipe de direction le coordonnateur général des soins peut, au choix du directeur, être membre de cette instance. De même, des membres de la CME et des équipes de direction ne composent pas le conseil exécutif. Ainsi ils ne participent pas à l'élaboration de la stratégie globale de l'établissement. Ceci peut engendrer un sentiment d'exclusion partagé<sup>16</sup>.

- le dispositif de contrôle en cas de dérive de gestion

Comme cité précédemment, le CA peut adopter un plan de redressement en cas d'écart entre les objectifs fixés et les réalisations effectives. De manière corrélée, le directeur de l'ARH peut demander au CA de lui présenter un plan de redressement. A défaut de présentation de ce plan et si la situation financière l'exige, il peut placer l'établissement sous administration provisoire confiée à des conseillers généraux.

- la rénovation des instances consultatives

Cette rénovation se traduit pour l'essentiel par une augmentation des compétences de la CME. Dans un objectif de simplification de fonctionnement et de meilleure coordination de leurs actions, les divers comités et commissions de vigilance (commission du

---

<sup>14</sup>REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique. *Journal officiel de la République Française*, n° 108 du 11 mai 2005.

<sup>15</sup> Ce plan de redressement peut faire suite à l'audit demandé par le CA la CME et le CTE.

<sup>16</sup> FAURE A., « Nouvelle gouvernance inquiétudes et espoirs des futurs acteurs ». *Gestions hospitalières*, janvier 2006, p.30.

médicament, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur...) deviennent une ou plusieurs sous-commissions de la CME.

Créée par la loi du 31 juillet 1991, la Commission du service de Soins Infirmiers devient la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)<sup>17</sup>. En complément des missions traditionnelles d'organisation des soins, la CSIRMT voit son champ d'action étendu aux soins médico-techniques et de rééducation et sa composition élargie. L'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins font également partie de ses prérogatives. Par l'intermédiaire du coordonnateur général des soins, président de la CSIRMT, elle informe et rend compte de ses réflexions et avis au CE.

- l'assouplissement de l'organisation médicale par la mise en place des pôles d'activité

L'ordonnance pose les fondements de l'organisation en pôles. Celle-ci ne concerne pas les hôpitaux locaux ; elle est obligatoire au plus tard au 31 décembre 2006. Elle est censée « permettre le décloisonnement des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire »<sup>18</sup>. Elle répond à la triple logique de déconcentration de gestion, de simplification et de contractualisation interne. Cela permet d'associer les médecins, les cadres soignants et administratifs aux choix économiques découlant des stratégies médicales. La dénomination, le nombre et la taille des pôles sont laissés à la libre appréciation des établissements mais « l'amendement liberté » est supprimé en tant que tel. Les contours et la substance du pôle d'activité sont peu définis dans l'ordonnance. Chaque EPS, en lien avec son projet médical et ses options stratégiques définit son organisation interne.

## **2.2.2 L'organisation en pôles d'activité**

### **A) Définition**

Le pôle est constitué par un regroupement de structures internes, services et/ou unités médicales ou médico-techniques. Il est fondé sur un projet médical partagé et fait l'objet d'une allocation et d'une mutualisation de ressources communes. Il est également un lieu de fédération des volontés et des compétences.

---

<sup>17</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel de la République Française*, n° 301 du 28 décembre 2005.

<sup>18</sup> Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance du 2 mai 2005.

L'organisation et le fonctionnement du pôle sont régis par une charte constitutive du pôle ainsi que par un règlement intérieur qui définit les règles internes spécifiques du fonctionnement du pôle. Pour maintenir un fonctionnement homogène de l'ensemble des pôles constitués, l'élaboration d'un socle commun règlement intérieur et charte est indispensable.

## B) Les principes

La constitution des pôles d'activités cliniques et médico-techniques tient compte de plusieurs contraintes majeures et variables selon les établissements. Peuvent être retenues :

- la géographie d'ensemble et l'architecture de l'établissement. Elle peut permettre de tenir compte de l'éloignement des sites.
- la taille du pôle qui doit atteindre une masse critique de 250 à 600 agents<sup>19</sup>.
- la logique médicale qui s'appuie sur l'existence ou non d'un projet médical commun.

Une certaine homogénéité médicale et structurelle est recherchée. En fonction des établissements, et de façon non exhaustive l'organisation en pôles suit des logiques différentes telles que :

- la logique architecturale
- l'orientation structure avec mutualisation des ressources
- le projet médical (cohérence médicale par organe ou par pathologie)
- l'orientation patient par filière de soins ou modalités de prise en charge
- les pôles cliniques ou médico-techniques
- la logique de prestataire de service (client/fournisseur)
- la logique d'acteurs en lien avec la capacité à travailler ensemble voire en fonction d'affinités ou de jeux de pouvoirs des services et des praticiens

L'organisation en pôles maintient les services et les chefs de service. La communauté médicale et soignante reste particulièrement attachée à ces entités qui pourtant maintiennent un modèle d'organisation en territoires. Le sentiment d'appartenance au service prime sur le sentiment d'appartenance à l'hôpital. Ceci pourrait constituer un frein à la volonté de décloisonnement et de simplification réaffirmée dans l'ordonnance.

---

<sup>19</sup> Equivalents Temps Plein médicaux et non médicaux.

Le travail à accomplir pour mobiliser les acteurs autour d'objectifs partagés se rapprochant d'une « culture d'entreprise » est un véritable défi.

C) Le pilotage

Ce pilotage s'articule autour du triumvirat : responsable médical de pôle, cadres de santé et administratif assistants du responsable de pôle.

a) *Le responsable médical de pôle*

Il s'agit d'un médecin, praticien titulaire, inscrit sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle (à paraître au plus tard au 31 décembre 2007) agréée par le ministère de la santé.

La nomination (mandat de 3 à 5 ans) des chefs de pôle est effectuée par décision conjointe du directeur de l'hôpital et du président de la CME (et le cas échéant le doyen de la faculté de médecine pour les CHU), après avis du conseil exécutif et de la CME. La fonction de médecin chef de pôle est particulièrement chronophage tant au niveau de la charge de travail que du temps consacré à la coordination des équipes. De ce fait, le temps consacré à l'activité clinique auprès des patients (voire à l'activité universitaire) peut s'en trouver réduit. Cette notion constitue une préoccupation majeure de la communauté médicale et pourrait rendre la fonction peu attractive.

De part sa fonction, le responsable de pôle, dispose, dans le respect de la responsabilité médicale, d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé et par un cadre administratif.

b) *Le cadre de santé assistant le médecin responsable de pôle*

Le cadre de santé assiste le responsable de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences. Il a donc un rôle essentiel à jouer par sa participation active à la gestion du pôle. L'ordonnance ne précise pas s'il s'agit d'un cadre supérieur de santé mais les établissements expérimentateurs ont priorisé ce positionnement partant des compétences acquises en terme de management transversal. La réorganisation en pôles lui confère un positionnement stratégique et affirmé inscrit dans une politique institutionnelle. Compte tenu des enjeux (mutualisation, responsabilisation, subsidiarité, délégation) de l'organisation en pôles d'activité nous sommes face à un nouveau métier. De ce fait, certains craignent l'éloignement de leur cœur de métier : l'expertise de la qualité des soins. Une réflexion s'impose sur l'identification des candidats pouvant exercer cette nouvelle fonction. Un accompagnement est à mettre en œuvre. De nouvelles compétences managériales, économiques et financières sont attendues. Des formations sont à prévoir. De plus il est indispensable de faire évoluer les profils de poste en cours afin de faciliter le nouveau

positionnement (positions hiérarchiques et fonctionnelles, champ de responsabilités, compétences attendues, missions...). Le cadre de santé assistant est nommé par le directeur sur proposition du directeur des soins qui dispose par délégation de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé<sup>20</sup> et sur l'avis du médecin responsable du pôle.

c) *Le cadre administratif assistant le médecin responsable de pôle*

Son statut est peu précisé dans l'ordonnance. Les positionnements sont variables d'un établissement à l'autre. Peuvent être choisis : des attachés d'administration hospitalière, des directeurs, des contrôleurs de gestion, des adjoints des cadres...

Dans tous les cas le choix est à mettre en lien avec les compétences nécessaires pour remplir cette fonction.

d) *Le conseil de pôle*

Il est composé de membres de droit et de membres élus pour une durée de 4 ans. Le règlement intérieur de l'établissement fixe les règles d'organisation et de fonctionnement de cette instance consultative. Il est mis en place pour chaque pôle au plus tard au 30 juin 2007.

Son rôle est assimilé à celui des conseils de services et des conseils de département instaurés par la loi hospitalière de 1991. Il est « de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques » et « de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service »<sup>21</sup>.

Le conseil de pôle est présidé par le médecin responsable du pôle. Il peut comprendre un bureau de pôle. Cette formation restreinte est en charge de préparer les réunions du conseil de pôle. Le nombre de réunions est à définir dans le règlement intérieur.

Le fonctionnement du conseil de pôle et son efficacité dépendront de la capacité du responsable à manager son équipe et à faire réellement travailler les individus ensemble.

e) *L'assemblée générale du pôle*

Elle regroupe l'ensemble des professionnels du pôle. Elle se réunit une fois par an.

---

<sup>20</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>21</sup> Décret 2005-1656 du 26 décembre 2005.

## D) Les outils de pilotage

### a) *Le projet de pôle*

Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle, approuvé par les chefs de service du pôle et en cohérence avec le projet médical d'établissement. Celui-ci prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Le projet de pôle comporte également des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles<sup>22</sup>.

Le projet de pôle est un document qualitatif, sa mise en oeuvre concrète est traduite dans le contrat interne. Un bilan annuel de son exécution est présenté dans le rapport d'activité. Ce projet devrait pouvoir rassembler les individus autour de valeurs identiques et d'objectifs partagés centrés sur une prise en charge efficiente du patient.

### b) *Le contrat de pôle et la délégation de gestion*

Il s'agit du cadre juridique qui légitime la constitution du pôle. L'ordonnance prévoit la généralisation de la contractualisation<sup>23</sup>. Le contrat est négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la CME d'une part et chaque responsable de pôle d'autre part. Il témoigne de l'engagement réciproque des parties signataires à la réorganisation interne de l'établissement. Il définit les objectifs d'activité et de qualité ; les objectifs financiers, les moyens (personnels et crédits) et les indicateurs de suivi des pôles. Cette réorganisation en lien avec la réforme T2A, permet à budget identique, de dégager des nouvelles marges de manoeuvre en redistribuant et en redéployant les moyens alloués aux pôles. Elle favorise l'application du principe de subsidiarité. Selon la décision du directeur, la délégation de gestion peut être associée à une délégation de signature. Le médecin chef de pôle peut ainsi être ordonnateur secondaire. Il engage et liquide certaines dépenses dans les limites fixées par la délégation. Ceci laisse à penser que les hôpitaux adopteront sans doute des stratégies différentes, avec des niveaux variables de déconcentration. Ces choix feront appel à la négociation sous la forme de contribution/rétribution. En fonction de la politique institutionnelle, il peut s'agir de dépenses de personnel, de dépenses à caractère médical (pharmacie, dispositifs médicaux), hôtelier ou d'investissement.

Le contrat permet de donner du sens à des formes d'intéressement aux résultats de gestion. La politique d'intéressement (collectif dans un premier temps) doit être définie et

---

<sup>22</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, n° 102 du 3 mai 2005. Article L 6146-6.

<sup>23</sup> Ibid. Article L 6145-16.



validée par le CA en fonction, par exemple, d'objectifs d'organisation, d'activité médicale, ou d'économie. Les choix qui seront faits joueront probablement sur le degré d'implication des différents responsables de pôles. Le contrat fixe également les modalités en cas de non exécution.

In fine, contractualisations interne et externe sont imbriquées : le contrat de pôle est conforme au projet d'établissement qui lui-même est conforme au CPOM lui-même en lien avec le SROS.

## **2.3 Les changements induits**

### **2.3.1 Les changements structurels et organisationnels**

Les observations précédentes démontrent que la mise en place de la nouvelle gouvernance et sa composante économique (volet indissociable) va se traduire par des changements structurels et organisationnels.

### **2.3.2 Les changements managériaux**

Elle constitue une nouvelle approche managériale dont le facteur humain est le socle essentiel et l'enjeu majeur dans la réussite de cette réforme.

Elle propose une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers dans le cadre de la réorganisation en pôles d'activité. Cette nouvelle organisation engendre une redéfinition des règles du jeu, le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités du terrain. La segmentation en pôles d'activité, accompagnée de la contractualisation interne, crée de profonds changements. Ce dispositif correspond à une innovation en matière de management. L'ensemble de la communauté hospitalière doit désormais rendre des comptes, des sanctions positives mais aussi négatives sont à envisager pour véritablement responsabiliser les acteurs. Ce changement devrait induire un processus d'apprentissage organisationnel par l'interaction des acteurs avec leur environnement.

### **2.3.3 Les changements culturels**

Devant les perspectives d'un pilotage collectif, ce nouveau mode de management devrait contribuer, par une qualité d'écoute réciproque, à un rapprochement des différentes logiques professionnelles : administratives, médicales et soignantes. La coopération entre ces trois sous-ensembles aux cultures, métiers et compétences différents, devrait progressivement évoluer vers une identité collective loin des corporatismes. La mise en oeuvre de cette nouvelle organisation est conditionnée par le niveau d'adhésion et d'implication de ses différents acteurs. Dès lors, un changement culturel s'impose et comme tout changement il doit être accompagné.

### 3 Accompagner le changement

L'objet de ce chapitre porte sur l'apport de la sociologie des organisations dans la compréhension des problématiques de changement. Cette approche met en lumière différents éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'un projet de changement pour ceux qui auront à en assurer la conduite et l'accompagnement.

#### 3.1 Définition et approches du changement

##### 3.1.1 Définition

Le changement peut être considéré comme le passage d'un état stable à un autre état stable. Ce processus s'opère en réponse à des modifications de l'environnement, à la fois sur les organisations et sur les individus qui les composent. Selon ALTER<sup>24</sup>, le changement ne doit pas être analysé de manière statique mais plutôt dans le moment de passage. Selon BERNOUX<sup>25</sup>, le changement dans une organisation est un apprentissage de nouvelles règles et de nouvelles manières de faire.

Plusieurs approches du changement sont décrites<sup>26</sup>.

##### 3.1.2 Les approches du changement

Trois approches : systémique, temporelle et dynamique sont succinctement développées.

A) Une approche systémique pour comprendre les interactions

Il apparaît essentiel tout d'abord de construire son projet en partant de la réalité sociologique de l'institution dans laquelle le projet s'inscrit, sans perdre de vue qu'aucune organisation ne se résume à son organigramme, à la définition des fonctions, mais qu'il convient de prendre en compte les interactions entre les différents acteurs impliqués directement ou non dans le projet. Ce qui importe c'est la dimension systémique du changement. La notion de système implique une vision d'ensemble à l'intérieur de laquelle les différentes parties sont en interaction (lien des parties entre elles et des parties avec le tout). Selon CROZIER, le système est plus que la somme des ses parties<sup>27</sup>. En se recentrant sur l'hôpital, celui-ci est composé de systèmes restreints (structures de soins, pôles d'activité) mais il est aussi un sous système d'un système plus

---

<sup>24</sup> ALTER N., *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000.

<sup>25</sup> BERNOUX P., *Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 2004.

<sup>26</sup> LETEURTRE H., MALLEA P., *Performance et Gouvernance hospitalières : Les indispensables*. Paris : Berger-Levrault, 2005. introduction p 1-11.

<sup>27</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Points, 1977.

large qu'est le système de santé. L'approche managériale devra prendre en compte les interactions entre les éléments plus que les éléments eux-mêmes.

#### B) Une approche temporelle pour permettre l'anticipation

Si l'approche systémique intègre à la fois les éléments de l'environnement et leurs interactions, elle prend aussi en compte les facteurs temporels d'évolution :

- le passé : analyse rétrospective des activités, cultures et valeurs de l'institution,
- le présent : analyse stratégique et capacité de l'hôpital à se positionner dans un environnement actuel,
- le futur : analyse prospective pour quel avenir à créer, quelles activités à développer.

#### C) Une approche dynamique pour prendre en compte les contraintes du changement

Cette approche permet de prendre en compte l'intervalle entre les 2 états de stabilité et vise à maîtriser le changement plutôt qu'à le subir. Elle est particulièrement centrée sur les forces en présence et donc principalement sur les acteurs de l'hôpital.

Le modèle de l'analyse stratégique permet d'approfondir cette notion.

## 3.2 Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique

### 3.2.1 Stratégie et jeu des acteurs

L'analyse stratégique, développée selon FRIEDBERG<sup>28</sup> s'appuie sur trois principes :

- l'individu n'accepte pas d'être traité comme un moyen au service d'un but fixé par l'organisateur.

Il convient d'intégrer les logiques propres à chaque acteur ou groupe d'acteurs en cherchant à identifier leurs objectifs,

- il dispose d'une liberté relative. Il garde une possibilité de jeu autonome, qu'il utilise plus ou moins. Il peut aussi « passer des alliances » avec le ou les acteurs de son choix,
- la rationalité de ses stratégies est toujours limitée. En effet, devant tenir compte des stratégies des autres et des multiples contraintes liées à l'environnement, aucun acteur n'a ni le temps, ni les moyens de trouver la solution la plus rationnelle dans l'absolu pour atteindre ses objectifs. Il s'arrête à la solution la moins insatisfaisante pour lui.

L'analyse stratégique propose également le « pouvoir » comme élément d'explication.

---

<sup>28</sup> FRIEDBERG E., L'analyse sociologique des organisations, Revue POUR 1988 n°28, p 35.

### 3.2.2 Pouvoir et zones d'incertitude

Le pouvoir est une capacité à orienter la conduite de l'autre, à l'influencer ou à la diriger.

« Sans structure, il n'y a pas de permanence du pouvoir, car le jeu des acteurs qui cherchent à contraindre les autres membres de l'organisation pour assurer leurs gains tout en protégeant leur marge de manœuvre, se déroulent au sein d'une organisation qui permet ces jeux. »<sup>29</sup>

Plus une organisation est complexe et spécialisée (l'hôpital), plus les stratégies (en lien avec les multiples rationalités) sont différentes, divergentes voire en opposition. Dans le sens où la stratégie d'un acteur trouve sa limite dans celle des autres acteurs, le phénomène de pouvoir découle tout naturellement de ce constat. Le pouvoir est diffus dans l'organisation et présent à tous les niveaux hiérarchiques.

Le pouvoir survient principalement autour des zones d'incertitudes. Ces incertitudes sont les failles dans les règles, les changements d'individus, d'organisation ou les contraintes de l'environnement. Dans une organisation, face aux aléas, les comportements des acteurs sont souvent imprévisibles et inégaux à maîtriser les incertitudes.

Les quatre sources essentielles de pouvoir sont :

- l'expertise

L'expert dispose des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience du contexte ce qui confère la possibilité de négocier.

- la maîtrise des relations avec l'environnement

La force de celui qui les maîtrise et les communique à l'organisation vient de ce qu'il détient la connaissance des réseaux à la fois dans les deux domaines. C'est le fameux "marginal sécant" partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres.

- la communication

le contrôle de l'information donnée, reçue et sa possible rétention ce qui lui confère donc une grande valeur stratégique

- la connaissance et l'utilisation des règles organisationnelles (formelles ou informelles)

### 3.2.3 Les résistances au changement

Le changement est toujours possible mais il ne va pas de soi et ne se décrète pas.

Les acteurs «...n'acceptent les changements imposés que dans la mesure où ils comprennent la logique, où ces changements permettent de donner du sens à leur travail

---

<sup>29</sup> HART J., LUCAS S., *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002. p. 47.

(de se l'approprier) et où ils peuvent en partie les négocier et les modifier.»<sup>30</sup>

La résistance qu'une action de changement peut rencontrer ne doit pas être comprise comme une simple inertie mais comme une phase de maturation dont on ne peut faire l'économie. Plus les apprentissages individuels nécessités par un changement organisationnel seront complexes, plus les résistances au changement seront longues et difficiles à gérer pour celui qui conduit le changement. Les principales causes de résistance au changement sont :

- Individuelles en lien avec la personnalité (système émotionnel)
- Structurelles en lien avec un défaut de communication ou de concertation.

Apporter un éclairage uniquement en terme de stratégie et jeux des acteurs peut apparaître réducteur pour appréhender les changements, c'est pourquoi il convient d'aborder les notions d'identité et de culture.

### **3.3 L'identité et la culture**

#### **3.3.1 L'identité au travail**

L'identité est un construit social qui s'établit dans un rapport de force, dont l'enjeu est la reconnaissance de soi par autrui.

Pour SAINSAULIEU<sup>31</sup> l'identité au travail se définit comme la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux autres groupes, aux chefs. L'identité professionnelle est fondée sur des représentations collectives distinctes. Les individus appartiennent à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent ou non comme suffisamment reconnus et valorisés. L'organisation offre plus ou moins l'occasion de constituer des coalitions offensives ou défensives, de développer des jeux de pouvoir plus ou moins complexes et changeants.

#### **3.3.2 La culture**

Toujours selon SAINSAULIEU, la culture apparaît « comme le réservoir intériorisé transmis et soigneusement élaboré par l'histoire d'un ensemble de valeurs, de règles et de représentations collectives qui fonctionnent au plus profond des rapports humains. »<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> BERNOUX P., Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations, op. cit. p. 11.

<sup>31</sup> SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*. Paris : presse de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 1988. 476 p.

<sup>32</sup> Ibid. p.20.

Le groupe n'est pas seulement la somme des individus qui le composent, mais une entité à part entière avec sa propre réalité. La culture aide à comprendre la collectivité. La mettre en évidence, c'est en clarifier la logique.

A force de travailler ensemble, les professionnels élaborent des règles et des valeurs pour gérer leur système de relations. L'entreprise est considérée comme source d'apprentissage culturel par l'acquisition de nouveaux savoirs et par l'expérience du rapport au pouvoir.

De nombreux métiers existent déjà à l'hôpital, de nouveaux apparaissent. La force des communautés issues des métiers porte sur leur capacité de réaction collective au changement. Leur logique réside dans la défense de leur identité sociale et professionnelle.

A l'hôpital, les multiples influences culturelles interfèrent les unes sur les autres. Comprendre, reconnaître les éléments qui initient, induisent et produisent des comportements porteurs d'une culture (de métier, de service, de site, d'hôpital...) va permettre de mieux appréhender toute la complexité du changement lié à la réorganisation en pôles d'activité. Comprendre pour mieux préparer et accompagner les hommes.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **L'ÉTUDE DU TERRAIN**

Les constats, l'approche réglementaire et conceptuelle abordés dans la première partie apportent des éléments de réponse à la question de recherche et attestent de la nécessité d'un accompagnement pour la mise en place des pôles d'activités cliniques et médico-techniques. L'étude du terrain s'attache à confirmer ou infirmer ces éléments au regard de l'état des lieux d'un établissement. Elle permet d'appréhender et de comprendre la situation en présence, de mesurer les possibles écarts entre les ambitions de la réforme et les réalités de terrain. L'analyse permet de mettre en évidence la stratégie mise en oeuvre et les difficultés rencontrées par les acteurs au regard de cette réorganisation complexe.

#### **1 La méthode**

Elle aborde successivement le choix de l'établissement, les outils utilisés pour le recueil de l'information ainsi que les limites et les points forts de l'étude du terrain.

##### **1.1 Le choix de l'établissement**

L'ordonnance du 2 mai 2005 impose aux EPS l'organisation en pôles d'activité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Ce processus long et complexe est donc d'actualité dans l'ensemble des établissements en sachant que l'engagement dans la démarche demeure variable. Ce mémoire est à caractère professionnel, il témoigne d'une réalité avec un regard critique pour parvenir à des préconisations. Prenant en compte cette donnée, le postulat méthodologique consiste à cibler l'étude sur un seul établissement engagé dans la démarche. Il s'agit de mettre à profit le terrain du deuxième stage pour conduire cette étude de terrain.

Le choix s'est porté sur un CHU de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP). Cet établissement a la particularité d'avoir mis partiellement en place une organisation en fédérations de gestion. L'organisation en pôles d'activité est inscrite dans les axes de son projet d'établissement.

##### **1.2 Les outils de l'étude**

L'étude s'est déroulée du 22 mai au 16 juin 2006.

### 1.2.1 Le recueil documentaire

Ce temps de l'étude a consisté en un recueil de documents qui attestent de l'engagement du CHU dans la réorganisation en pôles. Nous pouvons citer : le projet d'établissement, les comptes-rendus des Comités de Direction, des réunions avec l'encadrement de l'établissement. Des présentations de type « PowerPoint » ont également été consultées.

### 1.2.2 Les entretiens

En amont du temps de stage, un premier guide d'entretien a été élaboré. L'atelier mémoire<sup>33</sup> a permis de tester la pertinence des questions et d'apporter les ajustements nécessaires au regard du choix des personnes à interviewer.

#### A) Le choix des interviewés

Il nous a paru indispensable de recueillir les expériences et réflexions auprès des différents acteurs impliqués à différents niveaux dans cette réorganisation. Les différentes cultures professionnelles, la logique d'appartenance suscitent des appropriations variables du changement. C'est pourquoi les personnes interviewées sont issues des filières administratives, soignantes et médicales. Elles sont les suivantes :

- 1 directeur de la stratégie et des affaires médicales (DIR)<sup>34</sup>
- 2 directeurs des soins (DS1) et (DS2)
- 1 attaché d'administration hospitalière responsable de la formation (AAH)
- 2 cadres supérieurs de santé futurs assistants de responsables de pôles (CSS1) et (CSS2)
- 1 cadre supérieur de santé (CSS3)
- 1 cadre de santé (CS)
- 1 médecin futur responsable de pôle (MED)

Le choix de ne pas interroger de soignants de proximité s'argumente par la volonté de cibler l'étude de terrain sur les acteurs ayant un rôle stratégique dans l'organisation en pôles ou sur ceux qui bénéficieront en priorité et dans un premier temps, d'un accompagnement par la direction des soins (cadres supérieurs et cadres de santé).

#### B) La technique d'entretien

Pour huit d'entre eux, les entretiens de type semi directif ont été conduits à partir du guide élaboré<sup>35</sup>. Ils étaient tous programmés et se sont déroulés en face à face pour une durée

---

<sup>33</sup> En mars 2006 au cours de la formation à l'ENSP.

<sup>34</sup> Toutes les abréviations entre parenthèses permettent de reprendre le discours des acteurs.

<sup>35</sup> Annexe I.



moyenne de cinquante minutes. Le recueil d'informations a été réalisé par enregistrement après accord des personnes et en rappelant les règles de confidentialité. Pour la personne responsable de la formation, l'entretien s'est déroulé sans guide et les informations ont été recueillies par prise de notes.

### **1.2.3 Les informations complémentaires recueillies**

Le temps de stage a été l'occasion d'ajuster le recueil d'informations. En effet, la direction des soins a conduit, au cours de cette période, trois réunions de cadres supérieurs.

L'objectif était dans un premier temps et pour chaque réunion, de réfléchir sur les rôles et missions des cadres supérieurs, assistants des responsables de pôle ou en « positionnement transversal ». Puis dans un second temps, après une synthèse du travail des trois groupes, de proposer les fiches de poste correspondantes<sup>36</sup>.

La participation à deux de ces réunions a été mise à profit pour :

- attester de l'engagement des cadres supérieurs dans la mise en œuvre de la réforme. Ce dernier point a fait l'objet d'un recueil de données sous forme de grille<sup>37</sup>.
- recueillir par prise de notes, des réflexions complémentaires. Les questions fermées (réponses de type oui/non attendues) ont apporté quelques commentaires.

Au total, 22 cadres supérieurs sur 39 que compte le CHU ont été interrogés au cours de ces deux réunions.

La question : « avez-vous informé vos équipes sur la mise en place des pôles ? » a permis d'établir de manière quantitative, le niveau d'information des acteurs soignants ne faisant pas partie des catégories interviewées.

## **1.3 Les limites et les points forts**

L'étude de terrain ne consiste pas en une recherche exhaustive. Le nombre d'entretiens réalisés est limité. La durée du stage, le temps imparti et la disponibilité des acteurs en sont les principales raisons. Les données recueillies au cours des entretiens sont principalement d'ordre qualitatif et mettent en évidence les points les plus marquants pour répondre à l'objectif de l'étude. Cependant, l'approche des différentes personnes et la richesse de leurs discours ont permis d'analyser les points de vue des acteurs représentant les différentes logiques et cultures de l'hôpital.

---

<sup>36</sup> Annexe III pour la fiche de poste du cadre supérieur assistant le responsable de pôle.

<sup>37</sup> Annexe II.

## 2 Bilan de l'existant

### 2.1 L'engagement de la direction

#### 2.1.1 Au niveau central

Depuis le début 2004, l'APHP s'est engagée dans une démarche de réorganisation de ses hôpitaux en pôles d'activité. Cet engagement s'inscrit dans une des lignes prioritaires de son plan stratégique 2005-2009 et poursuit un triple objectif :

- une meilleure organisation de la prise en charge des patients ;
- une meilleure utilisation des moyens ;
- un renforcement du potentiel de soins, d'enseignement et de recherche.

En février 2004, un comité stratégique, devenu en cours d'année conseil exécutif, a été mis en place au niveau du siège de l'APHP. Il a assuré le pilotage mensuel des orientations stratégiques de l'APHP et une réflexion a été conduite sur la démarche de mise en place des pôles d'activité.

Quatre établissements ont participé à la mise en oeuvre de cette organisation dans le cadre du dispositif d'expérimentation national (circulaire ministérielle de février 2004).

A la fin 2004, l'anticipation est entrée dans une phase opérationnelle.

En 2005, le plan stratégique 2005-2009 est validé par le conseil d'administration. Ce plan se compose de quatre axes stratégiques déclinés en vingt-et-une lignes directrices. Le troisième axe : « Une APHP efficiente »<sup>38</sup> annonce en onzième ligne l'organisation en pôles d'activités, pour tous les établissements de l'APHP, au 31 décembre 2006.

#### 2.1.2 Pour le CHU terrain de l'étude

Les axes du plan stratégique de l'APHP sont déclinés au niveau local dans chaque établissement. Fin 2005, le CHU élabore son propre projet d'établissement : au total cinq axes prioritaires, déclinés en seize programmes et soixante-six actions. Le troisième axe : « Accentuer l'efficacité des activités »<sup>39</sup> prévoit en douzième ligne :

« Organiser l'hôpital en pôles pour décloisonner son fonctionnement, mieux coordonner les soins pluridisciplinaires autour du malade et mieux utiliser les ressources. »<sup>40</sup>.

Deux projets sont associés :

- structurer l'hôpital en pôles

---

<sup>38</sup> Plan stratégique APHP 2005-2009.

<sup>39</sup> Projet d'établissement 2005-2009.

<sup>40</sup> Ibid.

- mettre en place les outils de pilotage médico-économique et la gestion contractualisée.

Le CHU a communiqué sur son projet d'établissement notamment au niveau de son site intranet et par le biais du journal interne mensuel<sup>41</sup>.

## 2.2 Les étapes franchies

### 2.2.1 S'appuyer sur les acquis

La loi hospitalière de 1991 donne la possibilité aux EPS de s'organiser en départements ou en fédérations. L'ordonnance de 1996, instaure les centres de responsabilités et le principe de contractualisation interne. En 1999, le CHU met en place une organisation partielle en fédérations de gestion.

- la fédération d'imagerie
- la fédération de biologie
- la fédération de chirurgie
- la fédération clinique des maladies du développement.

Les fédérations ont débuté leur deuxième mandat en janvier 2005. Au sens juridique, elles deviennent caduques et sont supplées par l'organisation en pôles mais comme le souligne le directeur interrogé : *« les messages peuvent être brouillés par rapport aux équipes, il faut animer une vraie réflexion et prendre le temps, ne pas casser les unités de travail reconnues avec un vrai service médical rendu »*.

### 2.2.2 Mener la réflexion

#### A) S'appuyer sur les retours d'expériences

L'APHP a proposé début 2005 des réunions d'informations ainsi que des présentations de la nouvelle organisation, sur la base des expérimentations en cours dans les quatre établissements. Des séminaires ont été proposés à l'encadrement supérieur médical et paramédical.

#### B) Les prémices d'un conseil exécutif

Dans le même temps, la direction du CHU met en place un comité stratégique médico-administratif composé :

- du directeur du CHU,
- du directeur adjoint,
- du directeur de la stratégie et des affaires médicales,

---

<sup>41</sup> Ce journal est adressé à tous les personnels avec le bulletin de salaire.

- du directeur des ressources humaines,
- du directeur en charge du projet de construction d'une structure « mère/enfant »,
- du coordonnateur général des soins,
- du président du Comité Consultatif Médical (CCM)<sup>42</sup>,
- du doyen de la faculté de médecine,
- des médecins coordonnateurs des fédérations en place.

Ce comité stratégique traite des sujets tels que : l'EPRD, les restructurations, les projets, les préparations d'instances, les effectifs et le management général de l'hôpital.

Pour l'organisation en pôles, ce comité stratégique joue le rôle de comité de pilotage. Il élabore la stratégie et prépare le management général par pôle.

Le conseil exécutif, tel que le définit l'ordonnance n'est pas mis en place. Le coordonnateur général des soins représente la direction des soins au comité stratégique. En cas d'absence, il n'est pas prévu explicitement de le remplacer. Cependant, les autres directeurs des soins placés sous son autorité peuvent être invités lorsque des points les concernant (missions confiées, projets) sont traités.

### **2.2.3 Communiquer sur le projet**

Les choix proposés en comité stratégique sont présentés en comité de direction (CODIR)<sup>43</sup>. Pour la direction du CHU, l'encadrement est la cible prioritaire. Des informations sur l'avancée du projet sont donc données lors des Comités Consultatifs des Cadres (CCC) organisés par la direction et lors des réunions de cadres de la direction des soins.

### **2.2.4 Mettre en place les pôles**

A) Se donner du temps

La réflexion sur le découpage des pôles a débuté début 2006. Plusieurs propositions ont été faites. Le découpage définitif a été validé par la CME de l'APHP le 13 juin 2006 et par le CA du 23 juin 2006.

B) Pour établir le découpage final

Au total 7 pôles sont mis en place :

- 1 pôle adulte médico-chirurgical
- 3 pôles pédiatriques
  - Pédiatrie générale et multidisciplinaire

---

<sup>42</sup> Pour l'APHP la CME est au niveau central et la CCM au niveau local.

<sup>43</sup> Le CODIR est composé de tous les membres de l'équipe de direction. La direction des soins dans son ensemble (le coordonnateur et 2 DS). Il se réunit tous les quinze jours.

- Médico-chirurgical et urgences
- Périnatalogie et cardiologie
- 2 pôles transversaux
  - Imagerie adulte et pédiatrique
  - Biologie, pharmacie et explorations fonctionnelles
- 1 centre de ressources (pôle transversal)
  - Equipes supports (douleur, soins palliatifs, nutrition, kinésithérapie)
  - Anesthésie réanimation adulte et pédiatrique
  - Santé publique
  - Réseaux

### C) La logique de découpage

Comme nous l'avons exposé dans la première partie de ce travail. Il n'y a pas une, mais des logiques. Sur une si courte période, les choix retenus ne sont pas simples à appréhender. Pour nous aider, nous abordons dans la suite de l'étude le point de vue des acteurs.

### D) Le pilotage des pôles

#### a) *Les médecins responsables de pôle*

Un appel à candidature est lancé en janvier 2006. Afin de choisir les responsables médicaux des pôles, un comité d'audition est mis en place<sup>44</sup>. Son objectif est de proposer des échanges approfondis et de sensibiliser les acteurs à ce que sera ce nouveau métier. Comme le souligne le directeur c'est proposer « *un coaching individuel pour les futurs responsables de pôles* ». Ce comité se réunit le 1<sup>er</sup> juin. Les candidats présentent un projet médical. Au niveau local, les responsables médicaux de pôles sont choisis à la fin juin 2006.

#### b) *Les cadres assistant le responsable de pôle*

Pour les cadres de santé et les cadres administratifs, l'appel à candidature est lancé en juin. Conformément aux directives de l'APHP le cadre de santé assistant le responsable de pôle est un cadre supérieur. La direction des soins travaille avec les cadres supérieurs de santé<sup>45</sup> sur ce nouveau métier.

Pour le cadre administratif, le choix n'est pas finalisé. La question de positionner un cadre administratif par pôle n'est pas résolue. Le périmètre d'intervention de ces acteurs n'est

---

<sup>44</sup> Composé de directeurs généraux d'établissements extérieurs avancés dans la démarche, des membres de la direction et d'un consultant en management.

<sup>45</sup> Cf : la méthode paragraphe 1.2.3.

pas défini. Ces points sont à l'ordre du jour du séminaire de direction prévu fin juin. Les cadres assistant les responsables de pôles seront choisis à l'automne 2006.

### c) *Les outils de pilotage*

Compte tenu de l'avancée du CHU, les outils de pilotage ne sont pas en place. Cependant, à partir des expérimentations un socle commun a été construit pour l'ensemble des établissements de l'APHP. Le règlement intérieur, la charte de pôle, le contrat de pôle et les délégations possibles existent en « modèle type ». Il s'agit de se les approprier et de les adapter à la spécificité de l'établissement.

## 2.3 L'expression des acteurs

### 2.3.1 L'appropriation du changement

A) Au regard de la réforme et de la nouvelle organisation en pôles

- Ce que les acteurs connaissent

La grille exploitée à partir de la réunion des cadres supérieurs a permis une approche à la fois quantitative et qualitative.

A la question : « avez-vous bénéficié d'informations ou de formations sur la mise en place des pôles ? »

La totalité des cadres interrogés<sup>46</sup> a déclaré être informée sur cette nouvelle organisation. Les cadres nous disent avoir bénéficié d'informations et d'une « *sensibilisation* » à l'occasion de réunions organisées par la direction du CHU ou par la direction des soins. A peine un tiers<sup>47</sup> des cadres se dit bien informé. Il s'agit des cadres qui ont bénéficié d'informations rapportées par les sites expérimentateurs et qui ont complété leurs connaissances par des lectures de textes et d'articles sur le sujet.

A la question : « avez-vous informé vos équipes sur la mise en place des pôles ? »

Les cadres supérieurs déclarent, pour une grande majorité<sup>48</sup>, avoir informé les équipes mais précisent que cette information est plutôt de type « *informelle* ».

Les cadres supérieurs possèdent une connaissance de la réorganisation en cours. Ils se situent dans une phase de compréhension. Néanmoins, les résultats ci-dessus ne préjugent ni de leur niveau d'implication, ni des possibles résistances qu'ils peuvent développer au regard de ce changement.

---

<sup>46</sup> Au total 22 cadres supérieurs ont été interrogés.

<sup>47</sup> 7 cadres soit 32% de la population interrogés.

<sup>48</sup> 80% des cadres supérieurs.

- Ce que les acteurs disent et pensent de la nouvelle organisation

#### Selon les acteurs, quel est le sens de la réforme ?

La mise en place des pôles est principalement ressentie dans son approche économique. Les discours n'évoquent pas l'objectif d'intérêt pour les patients.

CSS1 : « *elle trouve une logique dans le contexte général de la santé en terme économique...* »,

CSS2 : « *j'adhère d'un point de vue économique. Il faut ménager l'argent public* »,

CS : « *ceux qui sont en pôles en tirent les bénéfices ; une meilleure efficience financière...* ».

L'autre bénéfice très souvent rappelé par les acteurs est en lien avec la logique de décloisonnement (un des objectifs de la réforme).

CSS3 : « *il faut apprendre à se décloisonner* »,

CSS1 : « *cette volonté de décloisonnement a été appréciée* ».

#### Selon les acteurs, comment faire pour atteindre les objectifs ?

La totalité des acteurs s'accorde sur la nécessité de travailler ensemble.

DIR : « *faire travailler ensemble les équipes* »,

DS1 : « *il faut avancer ensemble* »,

CSS1 : « *il faut s'approprier la démarche ensemble* ».

Mais avant tout, la totalité des acteurs interrogés caractérise la réforme de « réforme culturelle ».

DI : « *on touche à des ressorts culturels profonds qu'il ne faut pas sous estimer* »,

DS1 : « *c'est un processus culturel qui se prépare* »,

DS2 : « *c'est une révolution culturelle* »,

CS : « *si on néglige l'aspect culturel, on va droit dans le mur* ».

Les acteurs sont donc parfaitement conscients du défi à relever. Ils insistent sur la prise en compte de l'aspect culturel pour accompagner la réorganisation en pôles. Ils perçoivent une difficulté dans le passage d'une logique individuelle à une logique collective. Ainsi le médecin MED nous dit : « *on travaillait en se regardant le nombril* » ; de plus, en référence au travail collectif, CSS1 nous dit : « *il faut apprendre à travailler en triumvirat* » et CSS3 : « *c'est pas une mince affaire...* ».

B) Au regard de la logique d'organisation en pôles retenue par le CHU

DS1 : « *il n'y a pas de logique pure, c'est le croisement de logiques* ».

Les acteurs retiennent particulièrement la logique médicale pour l'organisation en pôles du CHU. DS1 ajoute : « *c'est la propension des médecins à travailler ensemble* ». Le directeur de la stratégie ne pense pas qu'il y ait une logique d'affinité médicale. Il annonce la recherche d'une taille critique, le nombre de personnels pour constituer les pôles. Cependant, nous constatons que le futur pôle d'imagerie compte moins de cent cinquante

personnes. Force est de constater que la constitution des pôles revêt un caractère particulièrement complexe et ne peut répondre à un modèle imposé.

Si la moitié des personnes (principalement les directeurs et le médecin) évoque également la logique de prise en charge des patients, aucun acteur ne fait référence à une organisation qui permet l'amélioration de cette prise en charge. Par contre cette logique de prise en charge des patients n'est pas retenue comme prioritaire par les cadres. Les quatre cadres interrogés nous témoignent (spontanément) leur regret au regard de leur « non participation » aux réflexions constitutives de l'organisation en pôles. Nous retrouvons ce discours au cours des réunions sur les profils de poste. Un manque d'information et d'explication sur les critères qui prévalent au regroupement des services au sein d'un pôle est évoqué à plusieurs reprises par les cadres supérieurs. Ceux-ci évoquent le risque de se retrouver dans un pôle sans réelle cohérence médicale et soignante.

Pour prendre en compte l'historique de l'établissement, nous avons cherché à mettre en évidence l'influence positive ou non de l'organisation en fédérations de gestion.

Les acteurs s'accordent à dire que l'organisation en fédérations facilite l'appropriation de la réforme et la réorganisation en pôles. CS nous dit : « *ça nous a permis d'être sur les rails* » ; CSS1 : « *c'est déjà un exercice d'apprentissage novateur* ». Le directeur insiste également sur ce principe d'apprentissage.

Selon Norbert Alter on ne passe pas facilement d'une invention managériale à une innovation, c'est-à-dire le fait que ça marche. Pour qu'il y ait innovation le corps social doit s'emparer de l'invention. Si les acteurs le font c'est qu'ils ont une capacité de distanciation, une capacité à faire des choses différentes, à changer leurs pratiques. Il explique également le concept d'apprentissage organisationnel : « il existe un apprentissage lorsque l'organisation parvient à agir plus collectivement et plus efficacement en intégrant les savoirs tirés de la pratique dans les nouveaux dispositifs de gestion ».<sup>49</sup>

Dans le cas des fédérations il s'agit d'un apprentissage positif qui permet à ceux qui portent déjà cette pratique de faire reconnaître aux autres son utilité et sa légitimité.

### **2.3.2 Les principales craintes**

Dans un premier temps, nous cherchons dans les discours les mots ou groupe de mots annonçant une difficulté, une crainte, une interrogation. Par exemple « *c'est flou* » est

---

<sup>49</sup> ALTER N., *L'innovation ordinaire*. op. cit p.185.



employé à plusieurs reprises, « *c'est pas facile* » ou encore « *c'est pas précisé* », « *on ne voit pas très bien* ». Dans un second temps, nous classons ces craintes par thèmes.

Ainsi, sont retenues des inquiétudes en liens avec :

- le positionnement des professionnels
- les missions des professionnels
- la délégation de gestion

#### A) Le positionnement des professionnels

Tous les acteurs interrogés font référence au positionnement. Les interrogations sont plus sensibles pour les cadres supérieurs qui s'inquiètent de leur propre positionnement ; ils ont quelques difficultés à l'anticiper. La seule réponse donnée par les deux cadres supérieurs de santé qui seront « responsables » de pôles concerne leur positionnement physique. En effet tous les deux nous disent qu'ils vont devoir quitter leur service « *prendre de la distance* » et se rapprocher du médecin responsable de pôle.

Le DIR évoque le positionnement des directions fonctionnelles et nous dit : « *il faut repositionner le rôle des directions fonctionnelles plus dans une logique de contributions que dans une logique de fonctionnement hiérarchique* ».

Il voit, par sa présence au conseil exécutif, un positionnement renforcé de la direction des soins. Selon le DIR : « *la direction des soins possède la connaissance des unités de production, l'expertise n'est contestée par personne, la direction des soins doit être au conseil exécutif* ».

De son côté, DS1 pense que « *cela oblige les médecins à se positionner* ». A cela le médecin répond « *je dois laisser ma place de chef de service* ».

Le discours des acteurs confirme que la réorganisation en pôles d'activité questionne le positionnement des acteurs de l'hôpital.

#### B) Les missions des professionnels

Les interrogations des acteurs portent sur les missions de la direction des soins, du cadre administratif de pôle et des cadres supérieurs qu'ils soient ou non « à la tête » d'un pôle. Certains s'accordent à dire qu'il s'agit de nouveaux métiers. La réunion sur les profils de poste affirme ce questionnement pour l'ensemble des cadres supérieurs. Certains d'entre eux pensent même qu'à l'avenir il n'y aura plus de cadres supérieurs en dehors de ceux qui seront « à la tête » des pôles. Ce ressenti tient certainement au fait que les établissements APHP emploient plus de cadres supérieurs que d'autres EPS (à taille et activités équivalentes). Les cadres supérieurs sont inquiets pour leur avenir.

Au regard de questions telles que : CS, CSS1 et CSS2 : « *que fera le cadre administratif ?* » ; « *qui va évaluer les cadres supérieurs ?* » ; « *quelles missions transversales pour les cadres supérieurs ?* », la clarification des fonctions et des missions

de chaque acteur apparaît comme une évidence pour tous et surtout pour les directeurs. Pour le DIR : « *il faut réfléchir au périmètre d'intervention pour éviter les conflits, avoir une vision claire et partagée* » et DS1 à propos des cadres supérieurs « *ça risque d'être un peu dur pour eux* ». Nous constatons que la réflexion sur les profils de poste est pratiquement finalisée pour les cadres supérieurs assistants du responsable de pôle. Pour autant, il n'y a pas eu d'élaboration de profil de poste pour les cadres supérieurs chargés de missions transversales.

En lien avec les missions, les acteurs évoquent leurs compétences mais plus en terme de manque que de compétences acquises. Cette notion est reprise un peu plus loin.

### C) La délégation de gestion

Les acteurs s'accordent à dire leurs inquiétudes au regard de la délégation de gestion.

CS : « *il faut avancer sur la délégation* » ; CSS1 : « *quel sera le niveau de délégation ?* »

DIR : « *au sujet de la délégation, les directions fonctionnelles peuvent entrer en résistance* » ; « *il faut avoir une discussion approfondie sur ce qui relève des directions fonctionnelles et ce qui sera donné au chef de pôle* ».

Le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée suscite des interrogations chez les acteurs. Effectivement, il s'agit de passer de la logique de statut, basée sur une hiérarchie pyramidale, à une logique de contractualisation, basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles, des systèmes de relation et des pouvoirs. Il est donc source de résistances.

DS1 : « *ça va être dur de faire une coordination correcte (...) il faut se garder des fonctions régaliennes pour que ça reste coordonnable* ».

Ce qui concerne la délégation de gestion doit être abordé au cours du séminaire de direction du mois de juin.

## 3 Une démarche à concrétiser

### 3.1 Les étapes qui restent à franchir

#### 3.1.1 Le projet de pôle

En juin, les médecins responsables de pôle ont présenté lors du comité d'audition, un projet médical. Celui-ci constitue le premier volet du projet de pôle. En effet, le projet de pôle définitif, appelé « projet 3D » comporte :

- le projet médical,
- le projet paramédical en cohérence avec le projet de soins,
- le projet de gestion.

*DIR souligne : « le projet définitif sera élaboré à l'automne en concertation avec l'ensemble des acteurs du pôle ».*

*MED : « c'est le projet médical qui m'importe ».*

Les cadres de santé n'apportent pas d'éléments significatifs sur le thème du projet de pôle.

Au niveau de la méthode de travail pour les projets de pôles les acteurs proposent :

*DIR et CSS1 : « il faut développer la relation client fournisseur » et MED : « il faut travailler sur les interfaces (...) ce qu'il faudrait c'est que tous ceux qui sont associés travaillent ensemble ».*

*DS2 : « il faut travailler sur les interfaces et déterminer les processus ».*

### **3.1.2 Le conseil de pôle**

Les acteurs sont plutôt attentistes et dubitatifs au regard de cette instance.

*DS1 : « les conseils de pôle il faut attendre les élections »,*

*DS2 : « que vont donner les conseils de pôle ? »,*

*DIR : « on a raté les conseils de service, il faut développer un travail d'écoute aux personnels, développer le sentiment d'appartenance ».*

*CSS1 : « il y a 2 conseils de service par an mais il n'y en a pas eu l'an dernier ».*

On note également qu'au cours de la réunion sur les profils de poste, aucun acteur n'aborde cette instance ; elle n'apparaît pas non plus dans la proposition de profil<sup>50</sup>.

Selon Marie-Ange Coudray et Richard Barthès : « le sentiment d'appartenance le plus fort et surtout le plus partagé reste encore celui du métier. »<sup>51</sup>.

Des incertitudes demeurent à propos du conseil de pôle. Il est de la responsabilité du médecin (assisté du cadre de santé) d'activer cette instance et de le faire vivre.

## **3.2 Des attentes réciproques**

### **3.2.1 Au regard des missions et du management**

L'organisation en pôle et la contractualisation font évoluer les rôles des acteurs, il est donc nécessaire de clarifier leurs missions. A l'analyse des entretiens quelques axes se dégagent.

#### **A) Les missions des cadres supérieurs**

*CSS1 précise que : « l'encadrement est en première ligne de la réforme ».*

---

<sup>50</sup> Présentée en annexe III.

<sup>51</sup> COUDRAY M. A., BARTHES R., «Le management hospitalier à la croisée des chemins». Gestions hospitalières, janvier 2006, p.18.

CSS2 : « *il faut maîtriser le contenu de la réforme* ».

Les cadres supérieurs dans leurs discours font, à plusieurs reprises, référence à l'élaboration des profils de poste. Cependant, ils n'apportent que peu d'éléments sur leurs rôles et missions. Seul le DIR nous dit : « *les cadres deviennent des chefs de projet* ».

Pour parler de leur rôle, les cadres supérieurs s'impliquent difficilement et ne font référence qu'à des missions très générales. Le flou autour de ces missions les maintient dans l'attente et la crainte.

Tout comme les missions des cadres supérieurs « à la tête » des pôles, les missions des autres cadres supérieurs n'apparaissent pas clairement aux yeux des acteurs. Certains voient au travers de ces missions un éloignement « du terrain », de la gestion de proximité et de leur cœur de métier<sup>52</sup>.

Par contre tous expriment spontanément des compétences insuffisantes pour tout ce qui concerne la gestion financière.

- La collaboration avec le médecin responsable de pôle

Les cadres disent qu'il est indispensable de développer l'écoute et le dialogue avec le médecin responsable de pôle ; l'entente doit être parfaite. Le médecin interrogé déclare également vouloir agir en complémentarité avec les cadres supérieurs, chacun devant s'appuyer sur les compétences de l'autre.

- Le management des cadres de santé et de l'équipe

Les cadres supérieurs sont à l'écoute et sensibilisent leur équipe. Plusieurs d'entre eux considèrent qu'ils sont une aide pour les agents, qu'ils ont un rôle de « coache » à jouer.

*DIR nous dit : « les cadres doivent s'articuler avec la direction des soins ».*

## B) Les missions de la direction des soins

Tous les acteurs s'accordent sur les missions suivantes :

- *Un rôle d'accompagnement*

La direction des soins va jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement des acteurs au regard des réorganisations en pôles, et comme le rappelle MED en parlant du directeur des soins : « *il faut donner du sens au projet (...) il faut un chef de mission qui fédère les gens* ».

- *Un rôle de soutien, d'aide, de coaching*

Ce rôle est cité à plusieurs reprises par les différents acteurs. Pour trois d'entre eux, cette aide est apportée dans la gestion des conflits.

---

<sup>52</sup> Réflexions recueillies au cours des réunions sur les profils de postes.

*CSS3 précise : « le directeur des soins doit être l'arbitre, il juge les dérapages ».*

- *Un manager qui communique*

L'ensemble des acteurs souhaite des échanges, du dialogue, un management collégial et participatif.

*DS1 propose : « on fera tous les quinze jours des réunions à la direction des soins pour les cadres supérieurs de pôles »,*

*MED précise : « quelqu'un qui me transmette les messages administratifs ».*

Les directeurs des soins apportent des informations supplémentaires sur leurs missions. Les directeurs des soins vont se partager les pôles et les missions.

*DS1 : « on va faire de l'inter pôle en transversal, on va faire les liens »,*

*DS2 : « on fera les liens, pour que les pôles bénéficient d'une certaine régulation (...) on a de la régulation, de la coordination et de l'évaluation à faire ».*

En ce qui concerne l'évaluation des cadres, le directeur des soins coordonnateur général, procède à l'évaluation des cadres supérieurs « à la tête des pôles ». Toutefois un doute subsiste pour les autres cadres supérieurs (à qui sont confiées des missions transversales). Lors des réunions sur les profils de poste, les cadres supérieurs ont largement témoigné de leurs inquiétudes à ce sujet.

*Selon DIR : « il faut aller de l'avant et ne pas entrer en résistance par rapport à cette nouvelle organisation ».*

### **3.2.2 Au regard des moyens**

#### **A) Des outils à mettre à disposition**

Les personnes interviewées s'entendent sur la nécessité de mettre à disposition des outils communs pour faciliter la gestion et rendre des éléments lisibles. Ils font référence principalement :

- aux tableaux de bord,
- aux contrats.

Ces contrats sont établis à plusieurs niveaux :

- des contrats de pôles pour la déconcentration de gestion,
- des contrats inter pôles pour des approches de type client/fournisseurs.

## B) Des formations à mettre en œuvre

Ces formations sont attendues pour favoriser le positionnement. L'ensemble des acteurs souhaite des formations qui réunissent le « trinôme » du pôle c'est-à-dire le médecin et les deux cadres assistants. Des axes prioritaires se dégagent :

- la gestion financière et l'utilisation d'outils,
- la délégation.

Si ces actions sont directement en lien avec la réorganisation en pôles d'activité (nouvelles compétences), les cadres supérieurs souhaitent également pouvoir suivre des formations complémentaires sur des « fondamentaux » tels que :

- l'accompagnement du changement,
- la gestion de projet.

L'entretien avec IAAH responsable de formation nous confirme l'engagement du CHU pour proposer des formations en adéquation avec les besoins de l'établissement et les attentes des cadres et des médecins responsables de pôles. Il est prévu dès l'automne 2006 :

- une formation sur le principe « apprendre à travailler ensemble » pour le trinôme du pôle,
- la conduite de projet.

Des séminaires sont également prévus ainsi que des échanges sur le principe du « retour d'expérience ». La sollicitation de consultants en management, extérieurs à l'établissement est envisagée.

## C) Une reconnaissance attendue

Les cadres supérieurs s'interrogent sur la reconnaissance de ce nouveau métier de cadre assistant le responsable de pôle.

CSS2 souligne : « *c'est pas la même chose que de gérer 260 personnes ou d'en gérer 30* ». La législation prévoit des possibilités d'intéressement collectif en lien avec l'atteinte ou non des objectifs fixés par le contrat de pôle. Elle peut être facteur de motivation.

Cependant, ce questionnement laisse apparaître en filigrane, la valorisation salariale de cette fonction et la progression de carrière également source de motivation.

### **3.3 Des difficultés et des risques perceptibles**

Au cours de leurs discours, les acteurs évoquent des difficultés et des risques induits par la réorganisation en pôles.

### **3.3.1 Une simplification incertaine**

La coexistence de différents modes de gestion (centralisée et déconcentrée) entraînant la cohabitation de deux circuits décisionnels, tend à aboutir à une complexité croissante de l'organisation interne de l'établissement. Les acteurs considèrent que la mise en place des pôles se traduit davantage par un niveau de décision supplémentaire, que par une simplification de la structure interne de l'hôpital.

### **3.3.2 La perte de la compétence clinique**

La gestion prend du temps. La répartition du temps de gestion et du temps clinique est évoquée. Le MED qui est responsable de pôle ajoute que pour lui : *« c'est un vrai déchirement »*,

Le DIR ajoute : *« il faut faire attention à la possible perte des compétences cliniques pour les médecins chefs de pôles »*.

### **3.3.3 Une concurrence entre les pôles**

Comme le souligne les acteurs, tous les pôles ne sont pas au même niveau. La concurrence inter pôle ne doit pas être occultée.

## **3.4 Pour conclure sur l'étude du terrain**

L'analyse réalisée confirme l'engagement du CHU dans la mise en place des pôles d'activité. CS nous dit : *« on a passé la phase d'éducation »*. Les étapes qui restent à franchir pour réduire les écarts entre les attentes de la réforme et la réalité du terrain sont mises en évidence.

CSS1 : *« on est dans le passage »* et CSS3 : *« il faut se lancer »*. DIR ajoute : *« pas de projet cosmétique beau sur le papier »*. Il est donc nécessaire de concrétiser ce plan d'actions et d'expérimenter cette nouvelle organisation pour faciliter l'appropriation, l'adaptation par les acteurs et réussir cette mutation. Pour cela laissons du temps.

Nous avons mis en évidence les changements introduits par la réorganisation. Ceci a éclairé notre questionnement de départ et nous confirme qu'un accompagnement est nécessaire ; que cet accompagnement s'envisage sur du long terme car les nouveaux comportements, les nouvelles pratiques doivent être pérennisés.

DS2 nous dit : *« le 1<sup>er</sup> janvier 2007, c'est là où tout commence »*.

Au regard de cette analyse et en tenant compte des attentes exprimées par les différents acteurs, quelles actions pouvons nous proposer ?

# **TROISIÈME PARTIE**

## **LES PROPOSITIONS D' ACTIONS**

La conduite du changement est une responsabilité qui appartient en propre au manager. L'accompagnement en lien avec l'organisation en pôles d'activité est déterminant pour l'ensemble de la communauté hospitalière. Les recherches, les analyses précédentes et notre propre expérience ont mis en évidence l'engagement indispensable des cadres de santé (supérieur et de proximité) dans la réforme qu'ils sont en train de vivre et qui les interpelle. Situés à l'interface des logiques administratives et soignantes, ils sont particulièrement exposés aux pressions, questionnements et inquiétudes des différents acteurs soignants et soignés. C'est pourquoi les propositions qui vont suivre sont centrées principalement sur l'accompagnement des cadres de santé. Lorsqu'ils se seront appropriés le changement, ils pourront à leur tour mettre en œuvre un management adapté auprès des équipes soignantes. Celles-ci ne doivent pas être négligées tant leur rôle dans la qualité du service rendu aux patients est primordiale.

Les propositions d'actions pour accompagner l'organisation en pôles d'activité s'inscrivent dans trois dimensions complémentaires. Il nous paraît essentiel de réfléchir sur le positionnement du directeur des soins avant d'aborder le développement d'une culture de la transversalité et de proposer pour terminer des moyens pour fédérer les acteurs.

### **1 Le positionnement du directeur des soins**

#### **1.1 Le positionnement**

##### **1.1.1 Une place légitime...**

La mise en place des pôles d'activité amène le directeur des soins à s'interroger sur son avenir au sein de cette nouvelle organisation. La démarche expérimentale, les entretiens que nous avons menés, les professionnels rencontrés au cours de cette année de formation, nous amènent à penser que le directeur des soins a une réelle place à occuper. Pour autant, en conséquence de la réorganisation, sa fonction et ses missions évoluent comme celles des autres acteurs hospitaliers. Même si la présence du directeur des soins coordonnateur général au sein du conseil exécutif n'est pas obligatoire, elle est légitime et une grande majorité des directeurs ont fait ce choix. Au regard de ses domaines de compétences et de responsabilités<sup>53</sup>, de son expertise dans l'organisation

---

<sup>53</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002, op. cit. Art 4.



des soins et de sa qualité de membre de l'équipe de direction, le directeur des soins apporte une valeur ajoutée indéniable. Il est le lien essentiel entre le directeur et le président de la CME.

Dans une organisation plus importante, un ou plusieurs directeurs des soins peuvent être placés sous son autorité<sup>54</sup>. C'est le cas de l'établissement dans lequel s'est réalisée l'étude du terrain. C'est le choix également du CHU où nous sommes affectés. Dans ce type de configuration, quel sera le positionnement de la direction des soins ?

### **1.1.2 ...A l'interface des pôles**

Sa place est à l'interface des pôles. Le directeur des soins coordonnateur général coordonne l'ensemble des pôles ; il affecte les autres directeurs des soins sur un nombre de pôles plus restreint. Ainsi, le directeur des soins écarte la balkanisation souvent citée comme un des risques majeurs de l'organisation en pôles. La place qu'il occupe et sa connaissance des différentes logiques et cultures en présence lui assurent une vision transversale de l'ensemble des activités. Elle permet le maintien de l'équilibre, de la cohérence et de l'intérêt général.

### **1.1.3 Une fonction et des missions définies**

A) Pour le directeur des soins

L'étude de terrain et les entretiens ont montré qu'il persistait des interrogations (chez les cadres de santé) sur le positionnement des directeurs des soins. C'est pourquoi il est indispensable de repréciser les responsabilités pour chaque membre de cette direction. Les organigrammes hiérarchiques et fonctionnels doivent être établis, diffusés, expliqués et connus de tous les acteurs de la structure. Les profils de poste précisent les responsabilités. Ils peuvent être complétés par des lettres de missions pour des projets spécifiques (limités dans le temps).

B) Pour l'encadrement

L'organisation en pôles d'activité modifie les rapports hiérarchiques entre le directeur des soins et l'encadrement. Un dialogue constant et une transparence sont attendus. Comme pour la direction des soins, les organigrammes, profils de poste et lettre de missions sont établis. Une vigilance s'impose pour les hôpitaux où le nombre de cadres supérieurs est plus important que le nombre de pôles constitués. Que deviennent les cadres supérieurs qui ne sont pas « responsables » de pôles ? Quelles sont leurs missions ? Qui va les évaluer ? Les réponses dépendent du contexte et des choix stratégiques de

---

<sup>54</sup> Ibid. Art 6.

l'établissement<sup>55</sup> sachant que l'organisation en pôles ne remet pas en cause l'autorité hiérarchique du directeur des soins sur les cadres de santé.

«Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.»<sup>56</sup>.

S'intéresser uniquement au positionnement est toutefois réducteur. Il s'agit d'aborder également la posture du directeur des soins vis-à-vis du changement.

## **1.2 La posture du directeur des soins**

Pour aborder le changement, le directeur des soins adapte sa posture managériale. Notre « savoir être » est fondé sur un principe d'ouverture. Par ouverture nous entendons une volonté de communiquer pour partager ; une curiosité et une disponibilité pour de nouvelles idées. Cela suppose des relations basées sur la confiance, sur le respect et l'estime réciproque.

Face au changement il faut savoir donner « du temps au temps » savoir prendre de la distance et appliquer quelques méthodes pour répondre aux attentes des acteurs.

### **1.2.1 Manager les apprentissages**

Organisation en pôles, contractualisation, responsabilisation et subsidiarité sont les « maîtres mots » d'une réforme qui se veut innovante.

Selon Norbert Alter<sup>57</sup>, la culture de l'innovation permet d'intégrer le changement et son mouvement ; ne plus subir l'instabilité liée à l'incertitude mais la gérer. Accompagner le changement et l'innovation par un apprentissage organisationnel permet aux professionnels de s'inscrire dans un environnement et un contexte. Pour les acteurs concernés, c'est donner du sens au changement. C'est aussi leur permettre de s'investir dans l'organisation, de développer leurs idées personnelles, d'orienter les pratiques quotidiennes et de favoriser l'autonomie.

L'approche conceptuelle du changement, développée dans la première partie de ce travail trouve ici son application pratique. Soutenir les professionnels fait partie de la relation de confiance que le directeur des soins s'emploie à mettre en œuvre avec conviction et en toute cohérence. Il doit être aussi le leader de son équipe.

---

<sup>55</sup> Des missions transversales peuvent être confiées.

<sup>56</sup> Ibid. Art 4.

<sup>57</sup> ALTER N., *L'innovation ordinaire*, op. cit.

### **1.2.2 Développer son rôle de leader**

Etre un leader est certainement une des compétences les plus importantes de tout dirigeant.

Le management est souvent défini comme la capacité de faire faire (par les autres) ce qui a été décidé. Par ses compétences managériales, le leader est celui qui amène les autres à vouloir faire les choses. Il s'efforce d'établir un équilibre entre les valeurs, les discours et les actes, aussi bien qu'entre les actes eux mêmes. Il se traduit par une force de conviction, observable dans les faits et gestes quotidiens. Le leader possède la capacité de motiver et d'influencer les autres, de faire partager sa vision des choses et des événements. Le directeur des soins doit comprendre ce qui motive les professionnels (particulièrement les cadres de santé), faire levier sur cette motivation et ne pas se contenter de leur montrer une direction. Les personnes interviewées ont insisté sur les capacités de « coaching » que doit déployer le directeur des soins.

### **1.2.3 Pratiquer le « coaching »**

Le « coaching » se définit comme la capacité de guider, de former et d'offrir du soutien pendant les moments difficiles. Il s'appuie sur la connaissance de l'équipe et la possibilité qui lui est donnée de se développer au travers d'un apprentissage continu. Il facilite l'intégration et la cohésion. Le « coaching » est basé sur l'écoute et le respect des personnes. Il valorise l'estime de soi, la relation de confiance et la recherche de sens. Cela implique la reconnaissance et la valorisation du potentiel individuel (certains pouvant être sous-utilisés) et de s'engager à développer les compétences de chacun.

Les cadres supérieurs de santé sont aussi des personnes ressources pour le directeur des soins. Ils bénéficient d'une expérience dans de nombreux domaines, que le directeur des soins ne possède pas forcément. Ils savent mieux parfois ce dont ils ont besoin. Il s'agit donc de leur accorder un espace de liberté, une permission d'agir et une possibilité d'introduire eux-mêmes des changements ; de conduire des projets innovants. En tenant compte de ses marges de manœuvre, le directeur des soins fournit les ressources nécessaires pour aider les cadres à atteindre leurs objectifs.

Chaque professionnel contribue à créer de la valeur ajoutée. La mobilisation d'un réseau favorise la mise en œuvre de cette pratique.

### **1.2.4 Mobiliser un réseau**

Le réseau assure la mise en commun des savoirs et favorise le retour d'expériences. Ce processus permet d'explicitier et d'exploiter les connaissances et les expériences d'une organisation. Il vise à transformer les savoirs et les savoirs faire accumulés par les professionnels, en flux d'informations opérationnelles. In fine, il permet la modélisation

des domaines de connaissance pour établir par exemple des référentiels métiers, méthodologiques ou opérationnels. Le directeur des soins facilite la mobilisation du réseau. Il pose également les règles de son bon fonctionnement : écoute, respect, confiance loyauté.

Sur le même principe, la constitution d'un réseau professionnel de directeurs des soins nous semble pertinent. Des rencontres au niveau départemental, régional et national facilitent et enrichissent les réflexions. Elles peuvent être centrées autour de thématiques, de l'actualité en cours mais aussi des mutations à venir.

Cette année de formation à l'École Nationale de la Santé Publique, par les rencontres et les échanges qu'elle a suscités contribue au développement d'un réseau qui dépasse le cadre formel. Parmi les collègues en formation, des « référents », des expériences ont été repérés. Leur sollicitation est d'ores et déjà prévue.

Face aux évolutions constantes, le directeur des soins s'attache à maintenir son niveau d'expertise.

### **1.3 Maintenir un niveau d'expertise**

Le directeur des soins actualise ses connaissances et adapte ses stratégies.

#### **1.3.1 Par un principe de veille permanente**

Cela lui permet de détecter les opportunités et les menaces dans tout changement de l'environnement de l'hôpital et de mettre en œuvre une stratégie (veille prospective), d'améliorer sa réactivité ou d'orienter ses décisions (veille d'alerte). Elle vient en complément du système de veille institutionnelle (réglementaire, technologique, scientifique) et du fonctionnement en réseaux<sup>58</sup>. Des outils tels que le réseau Internet ou le courrier électronique en facilitent la mise en œuvre.

#### **1.3.2 Par une volonté de se comparer aux autres**

Il s'agit pour le directeur des soins de mettre en œuvre une démarche de type benchmarking. Celle-ci consiste à comparer dans un domaine d'activité, ses performances (en vue de les améliorer) à celles des autres. Elle permet de se confronter à d'autres professionnels, d'échanger des informations et des observations sur ses pratiques. Cette démarche est devenue courante à l'hôpital comme dans toute entreprise. Elle signe l'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

---

<sup>58</sup> En lui apportant de nouveaux axes de travail.

Un positionnement légitime, une posture adaptée et cohérente et une volonté d'améliorer ses performances nous permettent d'appréhender plus sereinement le changement. Les objectifs sont transparents, compris et connus de tous ; les zones d'incertitude sont limitées. Mais manager c'est prévoir, organiser, décider, motiver, animer et évaluer. Pour accompagner les acteurs et principalement les cadres de santé, la stratégie managériale que nous avons choisi de mettre en œuvre s'appuie sur le développement d'une culture de la transversalité basée sur la démarche projet.

## **2 Développer une culture de la transversalité**

L'organisation en pôles, associée à la déconcentration de gestion, oblige le directeur des soins à adapter ses modes de management. Le management transversal favorise la collaboration des personnels, leur participation à la prise de décisions et par conséquent, leur motivation. En cela, il supplée de plus en plus un management pyramidal et bureaucratique, traditionnellement mis en œuvre au sein des hôpitaux. Son succès dépend de la capacité des personnels à vivre le changement et la complémentarité. Dans cette perspective, le management par projet, par processus ainsi qu'une approche client/fournisseur nous semblent pertinents. Dans leurs conceptions, ces démarches s'inscrivent dans une vision systémique.

### **2.1 Par un management par projet**

Le management par projet permet l'émergence de représentations collectives, et favorise l'amélioration continue de la qualité. Il s'appuie sur un mode de pilotage assuré par des groupes de travail. Il permet l'émergence progressive de pratiques communes par la mise en œuvre d'un projet, d'une méthode et d'un langage commun. Il garantit une plus grande réactivité de l'hôpital dans sa globalité lui conférant ainsi une meilleure capacité d'adaptation au changement.

Il suscite :

- Un engagement mutuel de ses membres autour d'actions collectives, de la recherche de solutions adaptées et consensuelles,
- Des relations fondées sur un sentiment de responsabilité entre les acteurs,
- L'élaboration de pratiques nouvelles et la production documentaire,
- Des échanges entre les acteurs des différentes catégories socioprofessionnelles présentes à l'hôpital,
- L'émergence de potentiels et de capacités nouvelles.

Le management par projet respecte plusieurs phases. Pour chacune d'entre elles, le directeur des soins adapte sa communication en tenant compte de son auditoire : orale et/ou écrite, présentations...

### **2.1.1 La phase initiale ou d'analyse**

Dans cette première étape, le directeur des soins définit le cadre, pose le problème, vérifie la cohérence du projet et définit les objectifs à atteindre. Il constitue si besoin un dossier documentaire (réglementation, normes, rapports, articles...).

Il sollicite les professionnels en fonction des expertises et des compétences. Il favorise la pluridisciplinarité du groupe par la représentation des différentes catégories socioprofessionnelles.

Avant d'engager les membres des groupes projet, le directeur des soins s'assure de sa faisabilité, de sa viabilité. Il cherche à garantir la pérennité des décisions. En effet notre expérience antérieure garde en mémoire des projets qui ont mobilisé des acteurs et dont les solutions n'ont jamais vu le jour du fait de financements impossibles, de surcoûts induits non évalués. Ces situations sont vécues par les acteurs comme des échecs et génèrent des insatisfactions et une démotivation.

Le directeur des soins constitue son groupe de travail et désigne le chef de projet. Il rend compte de ses décisions (coordonnateur général des soins, directeur). Il apporte une définition claire du rôle de chacun. Il fixe les objectifs, les échéances, les délais et responsabilise les acteurs.

### **2.1.2 La phase opérationnelle pédagogique**

Le directeur des soins met à disposition des membres du groupe des outils facilitant les modes de collaboration (salles de réunions et de travail, informatique...).

En continu, il s'enquiert des activités réalisées et de l'avancée du projet. Il organise la régulation. Pour cela il rencontre le chef de projet ou l'ensemble du groupe qui lui rendent compte des travaux et des solutions envisagées.

### **2.1.3 La phase expérimentale**

Cette phase de test participe à la logique d'amélioration continue de la qualité par l'application des critères et des indicateurs de mesures. Elle permet les réajustements avant la validation du projet.

### **2.1.4 La phase de lancement et de clôture du projet**

Il s'agit d'une étape essentielle qui consiste en une synthèse de fin de projet pour faciliter et organiser son application (ou son implantation). Le dossier documentaire final peut être constitué pour une traçabilité du projet.

Le directeur des soins va ensuite favoriser la diffusion d'informations. Pour se faire, il propose aux membres du groupe (ou à des rapporteurs) de présenter leur projet. Les lieux de présentations dépendent de son niveau d'activité (réunions de cadres, CSIRMT, autres instances, forum de soins). Ces occasions de rencontres contribuent à faire découvrir les réalisations, à reconnaître les expertises, les performances et à valoriser le

travail. La communication peut se faire aussi par l'envoi de documents écrits, par le biais du site intranet ou par une publication locale (journal interne). Selon la portée du sujet, la diffusion peut se faire « hors les murs » auprès des instituts de formation, d'autres établissements, d'associations ou lors de salons ou de congrès.

### **2.1.5 La phase de l'évaluation**

En tant que manager, le directeur des soins évalue la performance du projet. Cette action peut être envisagée selon deux dimensions. La première porte sur le processus dans le cadre de la gestion de projet alors que la seconde porte sur la pertinence des solutions proposées par le dit processus. Des exemples d'indicateurs de résultats tant quantitatifs que qualitatifs sont proposés ci après (liste non exhaustive).

#### **A) Indicateurs de processus de gestion de projet**

- le nombre de projet en cours
- la représentation des catégories socioprofessionnelles
- les modifications de planification
- le nombre de nouveaux membres entrant dans le groupe
- le nombre de réunions (effectives, reportées, annulées)
- le nombre d'heures consommées (coût humain)

#### **B) Indicateurs de résultat du processus**

- le nombre de solutions à l'étude
- le nombre de solutions mises en œuvre
- la satisfaction des destinataires du projet (le client)
- la satisfaction des membres du groupe
- les gains de productivité
- le nombre de publications
- le nombre de participation à des congrès

Cependant, face à la multiplication des projets, le directeur des soins semble légitimé pour veiller à leur hiérarchisation et à leur coordination. Il se positionne à l'interface en jouant le rôle de facilitateur et de médiateur. Il donne du sens aux projets.

## 2.2 Par une approche processus

L'approche processus est issue de l'approche systémique : l'analyse à plusieurs niveaux selon l'objectif recherché. Elle est mise en relief par la version 2000 du système normatif qualité<sup>59</sup>.

Un processus se définit comme "un regroupement cohérent d'activités, disposant de ressources, alimenté par des entrées, qui sont transformées en sorties en y apportant une valeur ajoutée pour le client"<sup>60</sup>

Il peut être présenté à la fois verbalement et graphiquement à travers l'association de 4 éléments :

- un nom : qui doit être court et évocateur (pour être compris de tous) ;
- une finalité : quelle est la raison d'être, la valeur ajoutée du processus ? Elle est exprimée avec une phrase courte comportant un ou deux verbes d'action ;
- des entrées, qui indiquent sur quoi intervient le processus ;
- des sorties, qui indiquent ce que produit le processus.

Certains processus élémentaires devront être découpés en sous processus, d'autres pourront tout de suite être décrits à travers un enchaînement de tâches. A l'hôpital, lieu de multiples activités, il peut être nécessaire de regrouper les processus élémentaires dans une cartographie de synthèse (macro-processus) et parvenir ainsi à une modélisation. Un processus est toujours orienté vers un bénéficiaire ou un système bénéficiaire, interne ou externe. Il peut comprendre des activités réalisées par différents services, différentes entités. Il peut être transversal ce qui induit des points de rencontre entre les services appelés interfaces, points déterminants de l'amélioration du service rendu au client. Cette mise à plat des processus permet aussi :

- de clarifier les rôles et responsabilités exercées ;
- de comprendre et satisfaire les exigences ;
- de définir les marges de manœuvre et de mettre en évidence les cohérences et les incohérences, de même que les risques encourus ;
- d'identifier des lacunes, des dysfonctionnements dans le circuit et dans la manière de faire ;
- d'optimiser les interfaces ;
- de considérer les processus en termes de valeur ajoutée ;

---

<sup>59</sup> ISO 9004 version 2000.

<sup>60</sup> Définition de la Haute Autorité de Santé (HAS).



- de mesurer la performance et l'efficacité des processus ;
- d'identifier des attentes jusqu'alors minimisées ;
- de diminuer les coûts, les délais d'un processus.

L'approche processus peut s'inscrire dans une organisation en pôles d'activité<sup>61</sup>. En effet elle a une incidence sur les modes d'anticipation du management (meilleure connaissance de la structure) et sur la responsabilisation des acteurs. Elle met en exergue leur pluridisciplinarité et la transversalité de l'hôpital. De ce fait elle concerne les processus d'activité en lien direct avec la prise en charge des patients mais également les processus supports (ou de soutien) et le processus de pilotage (ou de management) de l'hôpital dans son ensemble.

Cependant la mise en œuvre de cette démarche peut rencontrer des résistances en lien avec la diversité des appartenances socioprofessionnelles (logiques d'acteurs, de territoires, enjeux de pouvoirs). Un management décloisonné s'impose ainsi qu'un engagement réel de toute l'équipe de direction, autour de compétences partagées. En outre, notre expérience personnelle témoigne que les processus d'activités de soins ne sont pas tous facilement modélisables. De plus leur nombre nécessite de longs mois pour parvenir à leur formalisation. Cette méthode ne peut s'envisager sans un changement culturel en profondeur.

### **2.3 Par une approche client/fournisseur**

Pour mettre en œuvre une approche client/fournisseur, les acteurs hospitaliers doivent comprendre que dans la chaîne de prestation de soins, chacun peut être à la fois :

- demandeur d'un service, d'une prestation. Dès lors il occupe la place de client ;
- redevable d'un autre qui joue le rôle de fournisseur.

De ce fait, les attentes des uns et des autres qu'ils soient clients ou fournisseurs sont toutes légitimes. L'hôpital avec la multiplicité de ses acteurs, porteurs de valeurs différentes et répondant à multiples logiques a tout intérêt à développer cette approche. Le directeur des soins, est à même de fédérer les cadres de santé autour de ce principe, favorisant l'ouverture et les interactions. La mise en œuvre de cette relation client/fournisseur nécessite de

- définir et délimiter la prestation à fournir au client ;
- d'identifier les exigences des clients et les besoins envers les fournisseurs ;
- de permettre la communication entre clients et fournisseurs.

---

<sup>61</sup> Pour les pôles de filières de prise en charge : mère/enfant, oncologie, gériatrie.

Cette démarche doit être évaluée. Le directeur des soins participe à l'élaboration de questionnaires ou d'enquête de satisfaction et communique les résultats. Cette relation trouve tout son sens dans une organisation en pôles d'activité particulièrement pour les relations inter-pôles et la contractualisation qui en découle. La prise en compte de cette approche est tout à fait pertinente pour des contrats entre les pôles cliniques et médico-techniques, les pôles cliniques et la logistique...

Mais cette approche ne doit pas se développer uniquement en interne. Le même type de relations peut s'envisager des acteurs de l'hôpital (internes) vers tous les acteurs (externes) intervenant dans le système de soins : autres structures de soins, réseaux de santé, associations, instituts de formation, médecins de ville, fournisseurs de l'hôpital, entreprises...

In fine c'est répondre aux exigences, anticiper les attentes et accroître la satisfaction de notre principal client consommateur de soins : le malade et ses proches.

Dans ce nouveau cadre organisationnel, la direction des soins par son management de projets, est en mesure d'accompagner les acteurs, de favoriser le changement et l'innovation mais il doit aussi les fédérer. Pour ce faire il développe les coopérations, implique les acteurs. Il dispose d'outils pour y parvenir.

### **3 Pour fédérer les acteurs**

#### **3.1 En développant les coopérations**

La coopération oblige les acteurs à se confronter à des logiques différentes, à s'exposer aux conflits, à accepter les divergences d'intérêts et à faire des compromis. Selon François Dupuy, « la coopération ne se décrète pas, elle se crée. »<sup>62</sup>. Elle est une façon de travailler différente, parfois inconfortable.

##### **3.1.1 Avec l'équipe de direction**

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, rend compte auprès du directeur général et du directeur des soins coordonnateur général. Les réunions de l'équipe de direction sont des temps privilégiés. Elles sont des lieux de circulations d'informations descendantes et ascendantes. L'objectif est de travailler ensemble, de partager des regards différents, de laisser la place à l'expression individuelle, en vue d'une appropriation des changements et des projets. La coopération et la concertation sont

---

<sup>62</sup> DUPUY F., *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod, 1998. p 75.

indispensables et permettent à chaque membre de l'équipe de relayer l'impulsion et de soutenir les projets, chacun dans son domaine d'action, en toute loyauté.

Le directeur des soins agit en partenariat avec :

A) La direction des ressources humaines

a) *Autour de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*

L'importance d'une GPEC n'est pas une donnée nouvelle. Dès 1997, elle apparaît avec la contractualisation interne comme « un facteur clé de la réussite de la politique de gestion des ressources humaines et financières de l'hôpital. »<sup>63</sup>.

Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines (DRH) mènent ensemble des réflexions sur : les profils de poste, la répartition des effectifs, les qualifications et l'octroi des promotions professionnelles (départs en institut de formation des cadres de santé)...

b) *Autour du plan de formation*

Lors des entretiens, l'ensemble des acteurs interrogés ont exprimé leurs besoins de formations. Le plan de formation s'élabore au regard des demandes des professionnels en adéquation avec les exigences institutionnelles, au regard des évolutions structurelles, organisationnelles, culturelles et managériales que vit l'hôpital. Le directeur des soins s'attache à prioriser des formations (propositions et argumentations) pour les cadres de santé très sollicités par les réformes en cours. La pluridisciplinarité des groupes est un critère à ne pas négliger. Les actions suivantes nous semblent légitimes.

- accompagner le changement ;
- former les personnels aux méthodes et aux outils de l'amélioration continue de la qualité (la démarche projet, approche processus) applicables dans leur champ de compétences ;
- former les personnels à l'utilisation des tableaux de bord (gestion financière, ressources humaines...);
- développer une culture de l'évaluation.

Le directeur des soins et le DRH, contribuent à la déconcentration de gestion et à l'élaboration des tableaux de bords adressés aux pôles.

---

<sup>63</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. – Circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics. *Bulletin officiel de la République Française*. N°97/18 du 31 mai 1997.

## B) Avec les services financiers et informatiques

Au regard des évolutions, on assiste actuellement à une multiplication de systèmes d'information pour une gestion efficiente en interne et en externe. Les projets (tels que le dossier patient unique, l'informatisation des prescriptions médicales...) doivent faire l'objet d'une démarche rigoureuse dans le cadre de groupes projet pluriprofessionnels comme décrits précédemment. Le travail de collaboration est primordial. De plus, une réflexion commune s'impose au sujet de l'élaboration des tableaux de bords indispensables à la déconcentration de gestion. Ces outils sont abordés à la fin de cette partie.

### 3.1.2 Avec les pôles

Comme nous l'avons défini précédemment, le directeur des soins se positionne à l'interface des pôles car c'est là qu'il joue pleinement son rôle de régulation et de coordination.

Les principes de responsabilisation et de subsidiarité donnent aux pôles un pouvoir de décision et une autonomie de fonctionnement à leurs responsables. Le positionnement du directeur des soins est le résultat d'un équilibre subtil entre la prise nécessaire de distance, pour préserver l'autonomie des acteurs, et une proximité fondamentale pour qu'autonomie ne devienne pas indépendance. Une implication hiérarchique moindre de la part du directeur des soins, facilite la gestion de ce paradoxe.

Le directeur des soins décline au niveau des pôles la politique institutionnelle et ses choix stratégiques. Il est garant de sa mise en œuvre. Il rend compte à la direction générale des réalités du terrain. Il reste vigilant au regard des possibilités de mettre en avant des intérêts particuliers en lien avec les stratégies et jeux des acteurs.

Sa vision transversale de l'ensemble des activités permet au directeur des soins de conduire ses actions et de faciliter les échanges tant en intra qu'en inter pôles.

La coopération avec les acteurs du pôle permet au directeur des soins de communiquer, de répéter ses messages (même et surtout lorsque les décisions paraissent d'une telle évidence qu'il n'est pas nécessaire d'en parler). Elle permet de réaffirmer les références communes et de donner du sens aux actions.

## A) Le médecin responsable de pôle

Selon le principe de déconcentration, le médecin bénéficie de la délégation de signature. Le directeur des soins joue pleinement son rôle de modérateur et de facilitateur pour la conduite de projets.

Le médecin responsable a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle. Le directeur des soins veille à ce qu'aucune dérive autoritaire ne s'installe.

## B) Les cadres de santé

Le directeur des soins est un interlocuteur privilégié des équipes des pôles. La posture managériale<sup>64</sup> qu'il adopte lui permet d'apporter le soutien, le conseil et l'aide attendus des cadres de santé. Cette aide est à la fois méthodologique pédagogique et technique. Elle est centrée sur l'harmonisation des pratiques et des modes organisationnels.

La redistribution des responsabilités impose de clarifier la fonction et les missions du personnel d'encadrement. L'évolution des profils de postes sont l'occasion de formaliser les compétences existantes et à acquérir pour être en adéquation avec les besoins du terrain. Des missions définies facilitent le positionnement. A ce propos, il s'agit de travailler sur des modèles existant au niveau local (modèle produit en annexe) ou national à partir du répertoire des métiers.

Le positionnement du cadre supérieur (à côté du médecin responsable) lui confère d'une part une fonction de régulation et d'autre part une fonction plus stratégique qui consiste à impulser les orientations médico-soignantes du pôle. Il facilite les mutualisations et développe la polyvalence pour les personnels. En cela, le cadre de santé est une personne ressource essentielle pour le directeur des soins.

Des rencontres entre le directeur des soins, le médecin responsable de pôle et les cadres assistants (cadre supérieur et administratif) sont à envisager d'une part pour dresser le bilan de la situation du pôle au regard de l'atteinte des objectifs fixés et d'autre part pour anticiper les choix stratégiques et les objectifs de l'année N+1.

## C) Le conseil de pôle

Le directeur des soins peut être invité à participer ponctuellement aux conseils de pôles et aux bureaux de pôles. A cette occasion il transmet et recueille des informations mais peut également observer, au cours de ces rencontres, les jeux, stratégies et collaborations des acteurs et leur donner du sens.

### 3.2 Autour de projets institutionnels

La démarche projet permet de traiter des activités complexes et transversales. Celles-ci peuvent être permanentes ou non en fonction de la nature du projet.

Marie-Ange Coudray et Richard Barthès souligne : « il ne peut y avoir de sens sans projet qui ait une valeur pour les équipes, dans lequel elles se reconnaissent et littéralement « se projettent », s'intègrent, se positionnent. »<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Développée au début de cette 3<sup>ème</sup> partie.

<sup>65</sup> COUDRAY M. A., BARTHES R., « *Le management hospitalier à la croisée des chemins* ». Op. Cit. p.19.

### **3.2.1 Du projet de soins vers le projet de prise en charge**

La politique institutionnelle est déclinée dans le projet d'établissement dont le projet de soins est un volet essentiel.

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.(...).Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,(...). »<sup>66</sup>

L'ordonnance représente donc une avancée par rapport à la loi hospitalière de 1991. En effet, elle met en place un projet global (médico-soignant) de prise en charge des patients.

Le projet de soins se révèle être un outil créatif, transversal et fédérateur autour de valeurs partagées. L'approche pluridisciplinaire du soin, permet à tous les soignants de trouver leur place dans le dispositif de soin, d'être connus et reconnus. Au regard de la nouvelle gouvernance, le directeur des soins contribue à la déclinaison du projet de soins au niveau de chaque pôle et veille à sa cohérence. Il est ensuite porté par les cadres qui le déclinent à leur tour dans le projet de pôle et les projets de services.

Les capacités d'anticipation et de réactivité dont fait preuve le directeur des soins contribuent à faire de cet outil un vecteur culturel et un levier de changement au service de l'institution et au final des patients qui en sont le fil conducteur.

### **3.2.2 De l'amélioration continue de la qualité à la certification**

L'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins sont des axes de travail collectif intra et inter pôles. Ils garantissent le maintien d'une cohérence avec la politique institutionnelle et répondent aux exigences des usagers. La version 2 déclinée par la HAS instaure la certification des établissements de santé et l'évaluation des pratiques professionnelles concernant à terme tous les acteurs du soins. Le développement par le directeur des soins d'une culture d'évaluation où l'erreur plus que la faute est mise en avant, permet d'accompagner ce changement.

### **3.2.3 Dans un espace choisi**

La CSIRMT dans sa nouvelle configuration élargie est un espace de communication pertinent. Le directeur des soins utilise et fait vivre cette instance. Elle est un lieu d'échanges et de productions de travaux pluriprofessionnels. En plus des grands sujets tels que l'amélioration continue de la qualité, le projet de soins..., l'organisation en pôles apporte de nouveaux axes de travail. Par exemple un travail sur les interfaces intra et

---

<sup>66</sup> Ordonnance du 2 mai 2005. op. cit.

inter pôles sera proposé. Il favorisera l'intégration des « nouveaux venus » dans cette instance.

Par ailleurs, la CSIRMT est consultée sur le projet et l'organisation interne de l'établissement (constitution des pôles) ce qui garantit l'avis des soignants sur ce choix structurant.

### **3.3 En utilisant des outils efficaces**

#### **3.3.1 De la déconcentration de gestion au contrat de pôle**

Mise en œuvre par le « trinôme du pôle », elle est un des principaux sujets d'inquiétude. « Les pôles et les délégations de gestion sont susceptibles de transformer l'hôpital en un réseau de PME veillant d'abord à leur intérêt propre, et peu enclines à se montrer solidaires dans le partage des recettes issues de la T2A »<sup>67</sup>. Pour autant, elle représente une véritable opportunité de diffuser une culture de gestion et de faciliter l'apprentissage et l'appropriation par les médecins et les soignants, de la réforme T2A.

Tout va dépendre donc, de la marge de manœuvre budgétaire accordée au pôle. Qu'est-ce qui sera possible de déléguer ? Qu'est-ce qui sera vraiment délégué ? A chaque établissement d'apporter des réponses pertinentes en fonction de son contexte.

Le directeur des soins intervient dans l'élaboration des procédures par exemple pour les dépenses du titre 1 (GRH). Les points suivants peuvent être l'objet de délégations :

- gestion des effectifs du pôle : effectifs rémunérés (décision du pôle) ;
- formation continue en lien avec le projet de pôle ;
- mensualités de remplacements (selon critères d'attribution) ;
- politique de mobilité intra-pôle.

La déconcentration de gestion est formalisée dans le contrat de pôle. Le directeur des soins participe à sa rédaction et veille à sa cohérence.

#### **3.3.2 Les tableaux de bord de gestion**

Partie intégrante du management, le pilotage des activités peut s'appuyer sur l'utilisation de tableaux de bord, outils privilégiés de contrôle et de suivi mais aussi d'aide à la décision.

« Le système d'information crée une valeur ajoutée en produisant des informations adaptées, par leur contenu et par leur présentation aux destinataires »<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> FAURE A., « Nouvelle gouvernance inquiétudes et espoirs des futurs acteurs ». Gestions hospitalières, janvier 2006, p.32.

<sup>68</sup> LETEURTRE H., MALLEA P., *Performance et Gouvernance hospitalières : Les indispensables*. Paris : Berger-Levrault, 2005. p 63.

Cependant ces tableaux ont aussi leurs limites. Tout d'abord, afin de favoriser leur remplissage, leur exploitation et leur lisibilité, leur nombre doit être limité. Le temps accordé à leur tenue ne doit pas être au détriment de la réflexion ou de l'action. De plus, leur première analyse ne permet pas d'emblée de découvrir la cause des écarts constatés entre objectifs et résultats. Le plus souvent l'analyse corrélée de plusieurs tableaux est nécessaire pour donner du sens aux informations. Enfin, en fonction de leur complexité et du type de données à recueillir, certains tableaux parviennent aux responsables avec un décalage (activités médicales, circuit comptable). Cela peut entraîner un retard dans la prise de décision. Le directeur des soins, au fait de ces limites et par le travail en collaboration avec les directions fonctionnelles argumente les choix de ces outils en fonction de ses besoins propres et de ceux de l'encadrement.

### **3.3.3 L'intéressement**

Ce sujet (très présent au cours des entretiens) ne doit pas être occulté. Le directeur des soins sera certainement amené à réfléchir avec la direction et les partenaires sociaux aux modalités d'intéressement collectif lié au principe de contractualisation. L'intéressement est un facteur de motivation et de responsabilisation des acteurs. Ses modalités, formalisées dans le contrat de pôle, permettent par exemple l'achat de petits matériels médicaux, de matériels informatiques ; la réalisation de travaux d'embellissement des locaux ou d'actions de formation.

Au regard de l'approche théorique et conceptuelle et de l'étude de terrain traitées précédemment, cette partie a contribué à dégager des axes de travail pour l'exercice futur. L'affectation prochaine dans un CHU laisse à penser, au regard des échéances toutes proches (mise en œuvre de la réforme au 1<sup>er</sup> janvier 2007) que les problématiques rencontrées seront à l'évidence similaires. Toutefois, il est irréaliste de calquer un modèle d'action car tout établissement a sa spécificité en lien avec son contexte historique, politique, socio économique et environnemental. De ce fait, les propositions d'actions s'inscrivent dans une vision à la fois stratégique et systémique qui lui confère sa singularité. Toute mise en œuvre d'une action de changement comporte une part d'inconnu et forcément un risque d'erreurs. Nous les acceptons car les échecs probables sont pour nous une source d'enseignements et d'améliorations de nos actions.



## CONCLUSION

Pour répondre aux besoins de santé de la population, l'organisation hospitalière est actuellement en pleine mutation. L'ampleur et la complexité des changements, sont sources d'interrogations pour l'ensemble des acteurs hospitaliers. Ils doivent appréhender le sens et la cohérence des réformes en cours et porter celles-ci sur le terrain.

L'organisation en pôles d'activités clinique et médico-technique constitue un des axes de modernisation de l'hôpital. Une phase d'apprentissage a été nécessaire. Elle a favorisé le dialogue autour du partage d'expériences. Elle a révélé des leviers d'actions pour qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, cette réorganisation soit mise en œuvre dans tous les établissements publics de santé.

L'organisation en pôles s'appuie sur un projet médical et de soins, centré sur la prise en charge du patient et construit en concertation. Fondée sur une contractualisation interne associée à une délégation de gestion, l'organisation en pôles requiert une redéfinition du rôle et des compétences de chaque professionnel hospitalier. Cette évolution structurelle et organisationnelle redessine les champs de responsabilités et redistribue le pouvoir entre les différents acteurs. L'enjeu est important. La réussite de cette réorganisation innovante, est en partie liée à l'articulation entre des relations hiérarchiques pyramidales et des relations transversales, contractuelles, favorisant l'autonomie des responsables de pôles. Un changement culturel est attendu qui nécessite un engagement de tous et une volonté d'apprendre ensemble.

Dans ce contexte, le directeur des soins adapte son positionnement et sa stratégie managériale dans le respect du principe de subsidiarité. Un management par projet lui permet de fédérer les acteurs et de rapprocher les différentes logiques en présence.

La conduite du changement s'appuie sur un climat de confiance que le directeur des soins a pour responsabilité d'initier, de construire et d'alimenter.

Ces changements prendront du temps. La mise en place des pôles ne peut faire l'objet d'un modèle unique. Chaque établissement devra s'approprier la réforme pour améliorer l'efficacité de ses organisations dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé. Les modalités de pilotage sont encore confuses. La réorganisation en pôles d'activités clinique et médico-technique a besoin de maturation. Ses conséquences concrètes devront être régulièrement évaluées à l'avenir.

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit. *Journal officiel de la République Française*, n° 287 du 10 décembre 2004, art 73.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. – Loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit. *Journal officiel de la République Française*, n° 152 du 3 juillet 2003, art 21.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. – Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 179 du 2 août 1991.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, n° 102 du 3 mai 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. – Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel de la République Française*, n° 206 du 6 septembre 2003.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. – Ordonnance n° 96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, n° 98 du 25 avril 1996.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal officiel de la République Française*, n° 301 du 28 décembre 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal officiel de la République Française*, n° 159 du 9 juillet 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-techniques. *Journal officiel de la République Française*, n° 108 du 11 mai 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal officiel de la République Française*, n° 104 du 5 mai 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, n° 95 du 23 avril 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Circulaire DHOS/E1 n° 499 du 4 avril 2005 relative au bilan d'état d'avancement de la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Circulaire DHOS/E1 n° 2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. *Bulletin officiel de la République Française*, n°2004-11 du 8 au 14 mars 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. – Circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics. *Bulletin officiel de la République Française*. N°97/18 du 31 mai 1997.

### **Ouvrages :**

ALTER N., *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. 284 p.

BERNOUX P., *Sociologie du changement : dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 2004. 307 p.

CLEMENT J. M., *La crise de confiance hospitalière*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières Editions, 2003. Le constat, pp.9 – 67

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Points, 1977, 500 p.

DE KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod / La Mutualité Française, 2003. 329 p.

DE KERVASDOUE J., *L'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004. 127 p.

DUPUY F., *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod, 1998. 178 p.

FRIEDBERG E., L'analyse sociologique des organisations, Revue POUR 1988 n°28

GONNET F., *L'Hôpital en question(s) : Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Lamarre, 1992. 272 p.

HART J., LUCAS S., *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002. 180 p.

LETEURTRE H., MALLEA P., *Performance et Gouvernance hospitalières : Les indispensables*. Paris : Berger-Levrault, 2005. 255 p.

REYNAUD J. D., *Les règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin, 2004. 348 p.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*. Paris : presse de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 1988. 476 p.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R., *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil, 2002. 189 p.

## **Articles de revues :**

BITAUD M., FERNANDES I., « Réingénieries des ressources humaines un levier pour renforcer la gestion de proximité ». Gestions hospitalières, janvier 2005, pp. 52 - 56

CAILLET R., CRIE D., « Organisation par pôles de l'hôpital public réflexions pour l'hôpital 2007 ». Gestions hospitalières, octobre 2004, pp. 596 - 602

CHAGUE V., « La nouvelle gouvernance, une révolution en marche ». Revue du cadre de santé, juillet - août 2005 n° 19, pp. 10 - 14

CLAVERANNE J. P., « L'hôpital en chantier : du ménagement au management crise ». Revue française de gestion, septembre / octobre 2003, volume 29 n° 143.

COUDRAY M. A, BARTHES R., « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp. 18 – 22

DOMIN J. P., « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp. 24 - 28

FAURE A., « Nouvelle gouvernance inquiétudes et espoirs des futurs acteurs ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp. 29 - 32

JANIN A., « Organisation hospitalière en pôle comment assurer un accès équitable à l'expertise médicale ». Gestions hospitalières, janvier 2006, pp. 33 - 35

VILLENEUVE P., « La mise en place des pôles d'activité à l'hôpital : enjeu et méthode ». Revue du cadre soignant, octobre 2004-n°13, pp. 28 - 30

## **Mémoires :**

CHASTAGNOL N., « Pôles d'activité et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le directeur des soins ». Mémoire filière directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 59 p.

DESPLAT CASTANIE F., « Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ». Mémoire filière directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 59 p.

JUILLIARD FOURNIER N., « *L'hôpital organisé en pôles. Perspectives et enjeux pour le directeur des soins* ». Mémoire de fin d'études d'infirmier général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002, 78 p.

LEDEZ C., « *Quelle fonction pour l'infirmier général de 2<sup>nd</sup> classe dans un dispositif en pôles et gestion de proximité* ». Mémoire de fin d'études d'infirmier général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001, 79 p.

PLAN E., « *Les enjeux organisationnels et managériaux dans un projet de réorganisation interne en pôles par pathologies au Centre hospitalier de la côte basque* ». Mémoire filière directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, 82 p.

### **Rapports et collectifs :**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, n° 102 du 3 mai 2005.

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

DEBROSSE D, PERRIN A, VALLENCIEN G. Projet HOPITAL 2007 - Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003.

ELEVES-DIRECTEURS D'HOPITAL DE LA PROMOTION 2005-2007, DIRECTEURS DES SOINS. *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière n° 1 juillet / août 2005*. 8 p.

ELEVES-DIRECTEURS D'HOPITAL DE LA PROMOTION 2005-2007, DIRECTEURS DES SOINS. *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière n° 2 septembre / octobre 2005*. 6 p.

ELEVES-DIRECTEURS D'HOPITAL DE LA PROMOTION 2005-2007, DIRECTEURS DES SOINS. *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière n° 3 novembre 2005 / janvier 2006*. 8 p.

ELEVES-DIRECTEURS D'HOPITAL DE LA PROMOTION 2005-2007, DIRECTEURS DES SOINS. *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière n° 4* février / mars 2006. 18 p.

MEAH / CNEH. Anticipation de la «nouvelle gouvernance » synthèse des entretiens téléphoniques réalisés - Paris, 21 juin 2004.

**Documents non publiés :**

Projet stratégique APHP 2005-2009

Projet d'établissement CHU 2005-2009

**Sites Internet :**

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

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

[www.reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com)

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

---

## Liste des annexes

---

- Annexe I :** Guide d'entretien.
- Annexe II :** Grille de recueil de données.
- Annexe III :** Fiche de poste du cadre supérieur assistant le responsable de pôle.



# Annexe I

## GUIDE D'ENTRETIEN

- 1/ Quelles ont été les grandes étapes de la nouvelle gouvernance dans votre établissement (Conseil exécutif, pôles...) ?
- 2/ Quelle logique a été retenue pour la constitution des pôles ? Pourquoi ?
- 3/ En amont, un ou plusieurs groupes de travail ont-ils participé à la définition des actions à mettre en place ?
- 4/ Des actions de formation ont-elles été organisées ? les avez-vous suivies ?
- 5/ Quelle a été la politique de communication de l'établissement ?
- 6/ Où en êtes vous aujourd'hui (règlement intérieur, charte, contrat, délégation, conseils de pôle...) = décalage avec l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- 7/ Est-ce que cela a changé votre façon de travailler ou la nature de votre activité ?
- 8/ Que faisiez vous avant, que faites vous maintenant ?
- 9/ Qu'est ce qui a changé en terme de compétence des acteurs?
- 10/ En quoi les relations entre les directions fonctionnelles ont-elles été modifiées par l'organisation en pôle?
- 11/ Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la direction des soins ?
- 12/ Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres supérieurs ?
- 13/ Quels sont les travaux qui restent en cours ?
- 14/ Quelles sont vos principales difficultés ?
- 15/ Que pensez-vous de cette réforme?

## Annexe II

### GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES

Question 1 : avez-vous bénéficié d'informations ou de formations sur la mise en place des pôles ?

Question 2 : avez-vous informé vos équipes sur la mise en place des pôles ?

Question 3 : allez-vous être candidat pour un poste de cadre supérieur assistant le responsable de pôle ?

Question 4 : envisagez-vous un positionnement sur des missions transversales ?

CADRES SUP Secteur d'activité	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4
1	Réponse de type oui/non et commentaires	Réponse de type oui/non et commentaires	Réponse de type oui/non et commentaires	Réponse de type oui/non et commentaires
4	idem	idem	idem	idem
3				
4				
5				

...

Au total, 22 cadres supérieurs sur 39 que compte le CHU ont été interrogés au cours de deux réunions.

## **Annexe III**

### **FICHE DE POSTE DU CADRE SUPÉRIEUR ASSISTANT LE RESPONSABLE DE PÔLE.**

## **FICHE DE POSTE PÔLE**

---

### **IDENTIFICATION DU POSTE**

Fonction : Coordonnateur de pôle para – médical

Grade : Cadre Supérieur de Santé

#### **Position dans la structure :**

- Liaisons hiérarchiques :
  - o Directeur de l'établissement,
  - o Coordonnateur Général des soins
  
- Liaisons fonctionnelles :
  - o Coordonnateur médical de pôle
  - o Coordonnateur administratif du pôle
  - o Directeur(s) des soins
  - o Cadres supérieurs et cadres de proximité
  - o Equipes para médicales et médicales
  - o Directions fonctionnelles

#### **Présentation du Pôle :**

#### **Composition de l'équipe :**

## **MISSIONS GENERALES**

- Il assure en partenariat avec le praticien responsable et le cadre administratif du pôle l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence et son champs d'activité .
- Il contribue à la définition ,à la déclinaison et à l'évaluation de la politique de soins et de management de l'hôpital au sein du pôle.
- Il contribue à l'élaboration du projet de soin

## **MISSIONS PERMANENTES**

- Il contribue à l'élaboration du projet de pôle et à la définition des objectifs , en cohérence avec le projet d'hôpital (et en particulier le projet de soins et le projet social).
- Il s'assure, en collaboration avec le praticien responsable et le cadre administratif du pôle, de la mise ne œuvre et de la réalisation des objectifs du pôle (qualité-quantité).
- Il est garant de la continuité, de la sécurité des soins et des prestations au sein des différentes structures internes
- Il défini les missions et les responsabilités de ses collaborateurs en collaboration avec l'encadrement
- Il assure, en collaboration avec l'encadrement paramédical, la gestion des ressources du Pôle en regard de l'activité
- Il coordonne et accompagne les cadres supérieurs rattachés au pôle dans les missions transversales qui leurs sont confiées. Il anime les équipes d'encadrement
- Il développe la politique de ressources humaines du pôle (recrutement, développement des compétences, accueil et intégration des stagiaires).
- Il met en place une politique de motivation pour le personnel en lien avec l'encadrement
- Il prépare le budget, en collaboration avec le praticien responsable de pôle, le cadre administratif de pôle, les responsables des structures internes du pôle et l'encadrement paramédical.
- Il participe à l'élaboration des plans de travaux et d'équipement du pôle.
- Il met en place une politique de communication intra et inter pôles

## **MISSIONS SPECIFIQUES**

- Il participe à des groupes transversaux au sein de l'hôpital (ex : mise en œuvre des projets transversaux...).

## **COMPETENCES REQUISES**

### Expérience professionnelle

Une expérience dans l'encadrement de service ou dans la conduite de projets transversaux.

### Qualités professionnelles

- Capacité à diriger une équipe
- Goût de l'innovation et de l'expérimentation
- Capacité à argumenter et à communiquer
- Sens de l'organisation et capacité d'anticipation
- Capacité à s'adapter à des interlocuteurs différents
- Intérêt pour les domaines diversifiés de la gestion hospitalière

### **gestion des ressources humaines**

- Il définit l'organisation générale du pôle en collaboration avec l'encadrement et du projet d'établissement et du projet du pôle.
- Il met en adéquation les ressources et les besoins : évolution du tableau des emplois/recrutement/formation.
- Il évalue la réalisation des objectifs avec l'ensemble de l'encadrement
- Il évalue l'encadrement de proximité
- Il élabore le plan de formation en des besoins du projet de pôle ,du développement des compétences et de l'évolution des métiers et des carrières .
- Il participe à la répartition de la surprime

### **Suivi budgétaire, équipements, travaux**

- Contrôle et suivi de l'activité et des dépenses à l'aide d'outils (tableaux de bord ...)
- Elabore des indicateurs de suivi et de spécifiques à ses secteurs d'activités
- Contrôle et évalue les coûts des équipements : fonctionnement et maintenance

### **Compétences requises**

- compétences managériales : animation, coaching, leadership, gestion de conflit
- connaissance de la législation professionnelle et hospitalière
- gestion économique et financière : négociation, anticipation.....
- compétences organisationnelles : optimisation des moyens (locaux, personnel, matériel)

### **Qualités requises**

- Maîtrise de soi
- Capacité d'adaptation
- Esprit d'ouverture
- Disponibilité
- Dynamisme
- Rigueur
- Discrétion
- Goût de l'innovation et de l'expérimentation