

**Filière des inspecteurs de l'action
sanitaire et sociale**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **mars 2008**

**La mise en œuvre de la nouvelle
gouvernance dans les établissements
publics de santé de la Charente**

Monique NOGARET

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier les directeurs, présidents de CME, attachés d'administration, représentant du personnel des centres hospitaliers de la Charente qui ont accepté de me recevoir en entretien.

Un merci particulier à mon maître de stage, Christophe Bernard, responsable du pôle santé de la DDASS de la Charente qui m'a permis de réaliser ma formation dans de très bonnes conditions, à Doris Pinson inspectrice chargée de l'offre de soins pour ses conseils, à tout le personnel pour l'accueil sympathique que j'ai reçu.

Un grand merci à tous ceux et celles qui m'ont soutenue et aidée dans les moments de découragement.

Sommaire

Introduction	1
1 Une nouvelle gouvernance pour répondre à des difficultés d'organisation interne de l'hôpital	5
1.1 La gouvernance : un axe de la réforme hospitalière.....	5
1.1.1 De nouvelles modalités de planification.....	5
1.1.2 Un nouveau mode de financement.....	6
1.1.3 L'accent mis sur la qualité	6
1.2 Une réforme dictée par diverses problématiques.....	7
1.2.1 Les difficultés liées au contexte socio- économique	7
1.2.2 Des dysfonctionnements dans les établissements pointés par plusieurs missions d'enquête.	8
1.3 L'expression législative de la réforme :.....	11
1.3.1 Une réforme des instances.....	11
1.3.2 Une réforme de l'organisation.....	15
2 La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance en Charente	19
2.1 Le contexte départemental	19
2.2 Une impulsion nécessaire pour réaliser l'organisation en pôles d'activité. 20	20
2.2.1 Une impulsion donnée par les instances décisionnelles	20
2.2.2 Une organisation en pôles d'activité effective	24
2.3 Une mise en œuvre de la nouvelle gouvernance porteuse d'attentes mais qui rencontre des freins.....	28
2.3.1 Les aspects positifs de la nouvelle gouvernance, en Charente.....	28
2.3.2 La mise en œuvre de la réforme rencontre des difficultés et montre des limites. 34	34

3	Quelques propositions pour inciter les établissements à développer leur gouvernance	39
3.1	Des préconisations pour progresser.....	39
3.1.1	Mettre l'accent sur la formation et l'information	39
3.1.2	Rechercher un accompagnement nécessaire	40
3.1.3	S'investir dans les projets de pôle.....	40
3.1.4	Mobiliser le corps médical sur l'avenir de l'hôpital public.....	41
3.1.5	Accompagner l'évolution des établissements.....	42
3.2	L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale et la gouvernance hospitalière.....	43
	Conclusion	45
	Sources et bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	agence régionale de l'hospitalisation
CA	conseil d'administration
CE	conseil exécutif
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène et de sécurité au travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CME	commission médicale d'établissement
CNEH	centre national d'études hospitalières
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	code de la santé publique
CTE	comité technique d'établissement
DARH	directeur de agence régionale de l'hospitalisation l'
DIM	département d'information médicalisée
ETP	équivalent temps plein
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHS	groupe homogène de séjour
IASS	inspecteur de l'action sanitaire et sociale
OQOS	objectifs quantifiés de l'offre de soins
PIB	produit intérieur brut
PMSI	programme de médicalisation du système d'information
RTT	réduction du temps de travail
SMUR	service médical d'urgence
SROS	schéma régional de l'organisation sanitaire
SSG	service de soins gériatriques
SSR	service de soins de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
USLD	unité de soins de longue durée
VAP	valorisation de l'activité psychiatrique

Introduction

Dans son discours du 22 novembre 2002 Jean François Mattei, ministre de la santé annonçait le plan « hôpital 2007 ». L'objectif est clair, moderniser l'hospitalisation publique et privée, l'offre de soins ainsi que le financement de l'activité médicale, dans un contexte marqué par la volonté de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie.

Après une première étape portant sur la révision de la planification et des schémas régionaux de l'organisation sanitaire¹, une réforme du mode de tarification des établissements hospitaliers est mise en place avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Parallèlement l'obligation de satisfaire à des critères de qualité pour maîtriser les risques et mieux prendre en compte l'usager s'impose avec la mise en place de la certification. Un volet portera sur la réorganisation interne de l'hôpital, réforme communément appelée « nouvelle gouvernance ».

Qu'entend-on par gouvernance? Le Petit Robert en donne la définition suivante : Gouvernance (1987; anglais governance) Manière de gouverner, exercice du pouvoir pour gérer les affaires nationales. Méthode de gestion (d'une entreprise).²

J.P. GAUDIN en donne la définition suivante: « *un pilotage pragmatique des pouvoirs* », de « *l'action publique en réseaux, une pratique relationnelle de coopérations non prédéfinies et toujours à réinventer, à distance des armatures hiérarchiques du passé et des procédures routinisées* ». ³ L'utilisation de ce terme, appliqué à la gestion de l'hôpital indique une volonté de rénover en profondeur son pilotage, en le rapprochant des principes de l'entreprise.

¹ Ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle s'articule autour de cinq axes principaux, une nouvelle définition des pouvoirs des Agences Régionales de l'Hospitalisation, une planification hospitalière simplifiée, la simplification du régime des autorisations de soins, le renforcement de la coopération hospitalière, le développement de l'investissement immobilier des établissements de santé.

² Le PETIT ROBERT de la langue française (édition 2006)

³ GAUDIN J.P., Pourquoi la gouvernance? Presses de la FNSP, 2002, p.30 et 43

La nouvelle gouvernance hospitalière est encadrée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière et leurs décrets d'application. L'ordonnance, négociée dès 2002, a été précédée d'une expérimentation de ses grands axes par une anticipation proposée à une centaine d'établissements en 2004.

La réforme porte essentiellement sur les instances et l'organisation interne. Elle a pour objectif de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre des grandes orientations. Le résultat attendu est une amélioration de la qualité du service rendu aux patients et une meilleure coordination des acteurs de santé dans le cadre de l'organisation en réseau. Elle introduit une modification de l'organisation en créant les pôles, généralise la contractualisation interne et développe la délégation de gestion.

A l'exception des hôpitaux locaux, la mise en œuvre de l'ordonnance concerne tous les établissements publics de santé. Ils doivent mettre en œuvre la nouvelle gouvernance et avoir réalisé l'organisation en pôles d'activité au 31 décembre 2006.

Dans le cadre de ma formation d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, j'effectue mon stage professionnel à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Charente, au sein du pôle santé. La réforme de la gouvernance constitue l'un des volets d'une réforme de grande ampleur et se met en place après la réforme de la tarification. Elle conduit à une modification importante de l'organisation interne de l'hôpital et a suscité de nombreuses réactions dans le monde hospitalier.

Il est intéressant d'analyser comment les établissements du département se sont appropriés la réforme, l'état de leur avancement dans la démarche et les apports de cette réforme. Observer les effets de la réforme sur le terrain doit me permettre d'améliorer la visibilité de la DDASS sur cette question, et de définir le positionnement d'un inspecteur des services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale.

Pour orienter ma démarche et faire le point sur l'état d'avancement de la mise en place des principaux axes de la nouvelle gouvernance dans les EPS de Charente, je me suis demandée en quoi elle constitue un atout dans leur gestion interne et une plus value dans l'organisation territoriale de l'offre de soins.

L'hypothèse principale est que la mise en place la gouvernance à l'hôpital est en étroite corrélation avec les dispositifs de planification, et d'organisation en réseau de l'offre de soins de même qu'avec la réforme de la tarification.

Dans le cadre des missions de planification de l'offre hospitalière et de l'organisation en réseau des différents acteurs de la santé, l'inspecteur représente un maillon essentiel qui doit pouvoir apporter une valeur ajoutée pour animer et faire vivre les outils que sont notamment les SROS, les projets médicaux de territoire, les contrats d'objectifs et de moyens. La gouvernance interne des CH doit inscrire leurs professionnels dans cette organisation.

Aborder la question de la gouvernance hospitalière a impliqué un travail de recherche sur l'état de la loi concernant ce thème et la consultation d'ouvrages et articles s'y rapportant. Je me suis attachée à recueillir des informations sur le territoire de santé de la Charente : équipement en établissements de soins, projet médical de territoire, déclinaison territoriale du schéma régional d'organisation sanitaire Poitou- Charente.

Pour répondre à ma question de départ, j'ai réalisé neuf entretiens auprès de directeurs d'établissements publics de santé, de présidents de CME, d'un attaché d'administration chargé de la mise en place de la gouvernance, d'un représentant du personnel. Ils m'ont permis de constater l'avancée des établissements dans la démarche. L'analyse des informations recueillies lors de chaque entretien, dont la transcription a été soumise à mes interlocuteurs, constitue le support de mon analyse.

Ces approches se sont inscrites dans mon stage d'exercice professionnel. Par ailleurs, j'ai participé à un certain nombre de réunions de travail notamment la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements et l'agence régionale d'hospitalisation.

Pour compléter mon approche, j'ai mené une observation sur le CH d'Angoulême, et j'ai assisté à plusieurs réunions de travail, notamment réunions de direction et du comité de pilotage pour la préparation de la convention tripartite de l'unité de soins de longue durée. J'ai pu rencontrer la direction de la qualité sur la certification et la gestion des risques et assister aux réunions des instances (CME, CA) concernant les CPOM.

Les informations recueillies auprès du secrétaire général de l'ARH, de l'inspecteur principal du pôle santé, de l'inspectrice en charge de l'offre de soins et des personnels de la DDASS alimentent mon questionnement sur le rôle de l'inspecteur par rapport au thème de la gouvernance.

Mes questionnements, mon observation m'amènent à organiser mon travail autour de trois axes :

Dans un premier temps, je montrerai comment la législation régissant la nouvelle gouvernance répond à des difficultés d'organisation interne de l'hôpital public.

Une deuxième partie portera sur l'analyse de sa mise en œuvre dans les établissements publics charentais.

Enfin, je formulerai quelques propositions pour inciter les établissements à développer leur gouvernance, et proposerai une analyse du positionnement de l'inspecteur dans le dispositif général de la gouvernance.

1 Une nouvelle gouvernance pour répondre à des difficultés d'organisation interne de l'hôpital

1.1 La gouvernance : un axe de la réforme hospitalière

La nouvelle gouvernance constitue un axe essentiel d'une réforme de grande ampleur ; le processus mis en œuvre prend appui sur d'autres volets portant sur la planification, le financement, la qualité, tous ces aspects de la réforme trouvant leur déclinaison dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

1.1.1 De nouvelles modalités de planification

L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, renforce les pouvoirs de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) par le transfert de compétences antérieurement détenues par le Ministre et le Préfet. Elle simplifie la planification sanitaire avec un réaménagement des schémas de l'organisation sanitaire.

Les schémas régionaux de l'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), mettent en place des découpages territoriaux qui renforcent l'approche territoriale de la santé et des soins. Ce nouvel abord permet une organisation de l'offre de soins plus rationnelle en fonction des réalités de terrain. Les schémas sont arrêtés sur la base de l'évaluation des besoins de santé de la population et du contexte global et intègrent les recommandations de la conférence sanitaire de territoire. Les annexes qui y sont jointes fixent les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)⁴ conclus entre chaque établissement de santé et l'ARH sont le support de la mise en œuvre de cette démarche, les objectifs et les moyens étant discutés sur la base de la contribution de chacun au développement des orientations du SROS.

⁴ Décret du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

1.1.2 Un nouveau mode de financement

La réforme de la gouvernance intervient après la mise en œuvre de la réforme de la tarification. La dotation globale de financement mise en place par la loi du 19 janvier 1983 avait pour but de limiter les dépenses hospitalières jugées trop inflationnistes avec le prix de journée. Ce mode de financement a trouvé ses limites car il ne prend pas en compte l'évolution de l'activité.

La tarification à l'activité (T2A) a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ses objectifs sont une plus grande médicalisation du financement, la responsabilisation des acteurs avec des enveloppes allouées en fonction de prévisions d'activité et de recettes, l'équité de traitement entre le secteur public et privé, le développement d'outils de pilotage médico-économique au sein des hôpitaux.

Le système de la T2A met en valeur les recettes liées à l'activité médicale. La mise en évidence de cette dernière dépendra de la qualité du recueil de l'information médicale et de l'investissement des praticiens dans le département d'information médicale.⁵

Selon Patrick EXPERT « *Le contexte de la réforme [de la tarification] est aussi marqué par le fait qu'elle est liée au « plan hôpital 2007 » dont elle constitue la pierre angulaire. Il doit faire face à une série de péripéties qui s'attachent à l'un de ses éléments : la nouvelle gouvernance* ». ⁶

1.1.3 L'accent mis sur la qualité

L'émergence de la notion de qualité dans sa forme moderne a été soutenue par des avancées législatives et réglementaires successives (loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, ordonnance n° 96-346 du 24 mai 1996). L'ordonnance de 1996 met l'accent sur le souci de garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins. La mise en place de procédures de certification pérennes et évolutives donne une place centrale au patient, valorisant l'implication des professionnels pour une amélioration du service rendu au patient, une amélioration continue de la qualité, et des soins. La dimension médicale de la démarche qualité se développe avec un accent mis sur l'évaluation des pratiques professionnelles, éléments qui sont un axe des CPOM.

⁵ JM CLEMENT Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière. Les études hospitalières

⁶ P.EXPERT La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle

1.2 Une réforme dictée par diverses problématiques

Les difficultés propres au monde hospitalier ont fait l'objet d'une analyse approfondie grâce aux travaux de plusieurs missions d'enquête. Les évolutions sociologiques, augmentation des besoins, augmentation des exigences des usagers, se conjuguent avec la volonté de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie.

1.2.1 Les difficultés liées au contexte socio- économique

A) L'impact des dépenses hospitalières dans le déficit de l'assurance maladie

La réforme hospitalière s'est inscrite dans un contexte de volonté de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie.

Un rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale publié en mai 2003 fait apparaître que le déficit de la sécurité sociale incombe en grande partie à l'assurance maladie. Il est lié à l'inflation des dépenses de santé ; la croissance rapide des dépenses de santé (+26% de 1999 à 2003) constitue un problème récurrent pour les différents gouvernements »⁷, d'autant que les recettes de la sécurité sociale n'évoluent pas aussi vite que les dépenses en raison de la conjoncture économique.

La part des dépenses hospitalières représente 44,63% de celles de l'assurance maladie, qui se montent, en 2006, à 150,6 milliards d'euros et représentent 10,5 % du PIB de la France,

Ces dépenses couvrent une activité très importante. En effet, il ne faut pas oublier que *« l'hôpital c'est aussi plus de 250 000 personnes accueillies chaque jour (dont 200 000 pour le seul secteur public), 20 000 interventions chirurgicales ou exploratoires réalisées dans les blocs opératoires et 17 000 diagnostics ou traitements pratiqués sur le parc d'équipements lourds. Plus d'un million de personnes travaillent dans les établissements de santé. Chaque année, on compte plus de 10 millions de passages aux urgences, dont les neuf dixièmes à l'hôpital public. Les 1 058 établissements publics, 3 145 hôpitaux privés et cliniques recensés en 2002 représentent 2 253 690 lits et places. »*⁸

Si l'activité du secteur hospitalier génère un coût important pour l'assurance maladie, elle constitue également une richesse économique pour le pays.

⁷ Vie-publique.fr/actualitévp/dossier/depensesante1 consulté le 7/12/07

⁸ Vie-publique.fr/politique-publiques/politique-hospitalière/index consulté le 7/12/07

B) Les perspectives d'évolution des besoins

Les besoins en matière de santé vont considérablement évoluer dans les années à venir, en raison du vieillissement de la population. Comme le rappelle René COUANAU « *Il y aura en 2020 plus de deux millions de personnes âgées de plus de 85 ans. Au moment où[...], l'hôpital verra ses effectifs diminuer brusquement en raison des départs à la retraite ! Comment faire, sachant que les ressources ne suivront probablement pas une croissance similaire ?* »⁹

1.2.2 Des dysfonctionnements dans les établissements pointés par plusieurs missions d'enquête.

A) Des difficultés mises en évidence par plusieurs rapports :

Pour faire évoluer les modalités de gestion interne à l'hôpital, la concertation est privilégiée et se fondera sur l'expertise de groupes de projets. Les rapports issus de ces groupes de travail expliquent la crise que traverse, en particulier, l'hôpital public.

En octobre 2002, Monsieur Angel PIQUEMAL a rendu le rapport définitif de la Mission Nationale d'évaluation de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé. Il conclut que la mise en place de la RTT agit à la fois comme une cause et un révélateur d'une crise du secteur hospitalier.

A sa suite, la mission parlementaire dirigée par monsieur René COUANAU a conduit ses travaux de novembre 2002 à mars 2003. Elle affirme que l'hôpital public est en crise. « *Se cumulent à l'hôpital une réelle perte de moral chez tous les hospitaliers, des difficultés de fonctionnement, des défauts d'organisation, une moindre réactivité face aux évolutions des besoins sanitaires et des techniques, une montée des griefs faits aux tutelles et une baisse de la confiance en l'avenir* », même si les effets de la crise d'organisation et de pilotage sont retardés grâce au sens du service public dont font preuve les personnels.

Le rapport met en évidence le malaise des personnels soignants, médicaux, administratifs qui risque de conduire à une dégradation de la qualité du service rendu. L'hôpital est en difficulté pour « absorber » l'évolution constante de la législation, des normes et les mettre en application. Par ailleurs il doit faire face à une demande accrue, il doit assumer des missions de plus en plus complexes et répondre aux attentes d'une population dont l'exigence évolue.

⁹ « *L'organisation interne de l'hôpital* » rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, présenté par M. René COUANAU en mars 2003 Page 8

De plus, ces changements sont mal pris en compte par l'organisation interne des établissements. Le rapport insiste sur la nécessité d'améliorer l'organisation interne en faisant évoluer les esprits et les mentalités. Il dénonce l'absence d'autorité à l'hôpital faite de jeux complexes entre le conseil d'administration, le directeur, la CME, les chefs de services *« ce déficit d'autorité nuit au fonctionnement efficace de l'hôpital. Il rend difficile l'élaboration des décisions, ralentit leur exécution et décourage les personnels hospitaliers »*.¹⁰ L'organisation interne souffre de la multiplication des services qui favorise concurrence et cloisonnement au détriment de la coopération interne qui permettrait les économies d'échelle.¹¹

Le rapport réalisé par Denis DEBROSSE, Antoine PERRIN et Guy VALLANCIEN, consacré au statut de l'hôpital et portant sur la gestion financière, l'organisation et le rôle des instances, sur la gestion sociale (gestion des hommes et organisation du dialogue social) est rendu en avril 2003. Il met en évidence *« cinq dysfonctionnements majeurs responsables de la crise morale, démographique, financière et managériale qui secoue les hôpitaux...Les directeurs ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires .Les médecins s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer. Les personnels hospitaliers qui se dévouent au quotidien ont pris de plein fouet la réglementation des trente cinq heures qui n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire. L'absence de prise en compte de la pénibilité et de la responsabilité dans les rémunérations est régulièrement évoquée. Les malades et leurs familles se plaignent d'une absence de prise en charge globale de leur cas, en insistant sur les difficultés d'information qu'ils rencontrent, sur les délais d'attente aux urgences et sur la pauvreté des établissements de soins de suite et de long séjour »*.

Il dénonce *« L'organisation interne des hôpitaux [qui] est conservatrice, obsolète, basée trop souvent sur son histoire, le dévouement des différents acteurs qui assurent les soins et l'énergie dépensée à parer au plus pressé. [et ajoute que] Le manque de perspectives politiques à moyen terme a renforcé le sentiment d'un combat inutile des hospitaliers faute d'une lisibilité claire de leurs missions. »*¹²

Ces rapports ont donné lieu à des préconisations dont bon nombre ont été déclinées dans la réforme de gouvernance hospitalière.

¹⁰ Id. p. 27, p.35, p. 37

¹¹ Id Rapport R. COUANAU p.37

B) Un diagnostic peu favorable qui suscite une réforme législative.

La mission menée par R. COUANAU considère qu'une nouvelle organisation interne de l'hôpital et du système hospitalier dans son ensemble est indispensable pour faire face à l'accroissement inévitable de la demande sur les prochaines décennies.

Elle estime qu'il faut se fonder sur deux principes, l'autonomie des établissements et l'affirmation des responsabilités. Il y a lieu de mettre en cause une trop forte étatisation, la complexité et l'inflation des textes et normes, la déresponsabilisation à tous les niveaux (du conseil d'administration au personnel soignant), le gaspillage des talents par manque de motivation, d'évaluation.¹³

Le rapport « DEBROSSE » propose *« une série de mesures concrètes dont le but est, avant tout, d'alléger le carcan administratif actuel et de redonner la confiance aux acteurs en les laissant s'organiser librement et surtout rendre aux jeunes médecins, directeurs et personnel l'envie et la fierté d'exercer leurs métiers à l'hôpital. »*

Il préconise notamment de revoir l'organisation interne de l'hôpital. Je reprendrai quatre de ses propositions. *« Afin d'améliorer l'efficacité médicale, l'organisation interne de l'hôpital doit être entièrement revue [pour*

- *Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation,*
- *Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin,*
- *Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction,*
- *Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles (CME, CTE, CHSCT) pour recentrer l'action sur le soin.¹⁴*

Les préconisations de ces rapports se recoupent et sont largement prises en compte dans l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, comme le confirme le rapport de présentation du texte au

¹² D.DEBROSSE, A. PERRIN, G. VALLANCIEN « Projet hôpital 2007. Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale. » 3 av.2003

¹³ R.COANAU L'organisation interne de l'hôpital- rapport enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 19 mars 2003. Page 8

Président de la République. « *Plusieurs rapports parlementaires ou administratifs récents convergent d'ailleurs, au-delà du constat partagé d'insatisfaction, pour demander que soient levés, afin de ne pas laisser perdurer le dangereux « désenchantement » des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant ou administratif, les freins qui pèsent sur les hôpitaux, au moment où ces derniers, confrontés à des exigences économiques et de sécurité croissantes, doivent au contraire témoigner d'un dynamisme sans faille* ».

Les maîtres mots de la réforme sont « *souplesse, reconnaissance et responsabilisation* », grâce à une réorganisation qui doit permettre, « *le décroisement des hôpitaux et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire* ». ¹⁵ La nouvelle législation va faire participer le corps médical aux décisions et à la gestion de l'hôpital.

1.3 L'expression législative de la réforme :

Le titre Ier de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, comporte les « dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé » et des dispositions financières fondées sur une mise en place progressive de la rémunération à l'activité et consacre un nouveau positionnement des organismes de tutelle.

1.3.1 Une réforme des instances

La réforme de la nouvelle gouvernance est marquée par la volonté de passer d'une logique « d'administration » à une logique de « management ». Elle impose une organisation renouée des établissements publics de santé avec la création d'un conseil exécutif et une recomposition de l'organisation médicale en pôles d'activité.

Les compétences des principales instances décisionnelles et consultatives sont modifiées.

¹⁴ D. DEBROSSE, A. PERRIN, G. VALLANCIEN « *Projet hôpital 2007. Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale.* » 3 av.2003

¹⁵ 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. (J.O. du 3 mai 2005).

A) La réforme des instances décisionnelles et exécutives

a) *Un CA recentré sur les questions stratégiques*

Art L.6143-1, « Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement ... »

Ses compétences sont recentrées sur les questions stratégiques autour de 14 attributions. Il délibère notamment sur :

- le projet d'établissement,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM),
- le budget, les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation,
- le bilan social
- la politique sociale et en matière d'intéressement
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et prise en charge des usagers,
- l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, ses modifications, ses éléments annexes, le plan de redressement, les comptes et l'affectation des résultats.

Parmi ses nouvelles attributions figure celle de l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité et la définition de la politique de contractualisation. De plus, ses compétences connaissent une extension en matière d'évaluation et de contrôle, il fixe les conditions d'évaluation du fonctionnement des pôles d'activité.

Certaines compétences ne sont plus visées dans les textes notamment les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements lourds désormais insérés dans la définition du projet d'établissement, les emprunts, les compétences concernant les personnels, les dons, les legs ou encore les actions judiciaires..¹⁶

b) *Une évolution du rôle du directeur*

L'évolution des compétences du conseil d'administration impacte la compétence générale du directeur qui se trouve renforcée d'autant. Ses attributions antérieures sont maintenues.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel hospitalier en tenant compte des règles de la déontologie médicale. Il conserve sa qualité de représentant légal de

¹⁶ D.JAAFAR «De nouveaux pouvoirs à l'hôpital ?» Revue Technologie et santé n°58 avril – mai 2006

l'établissement et d'exécutif du conseil d'administration. Il « est chargé de l'exécution des décisions du CA et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».¹⁷

c) La création du conseil exécutif

Le conseil exécutif est une instance créée par l'ordonnance du 2 mai. Cette nouvelle structure dont le décret du 10 mai 2005 fixe les compétences et la composition, doit être installée au plus tard au 31 janvier 2006, dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

La présidence est assurée par le directeur, le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit. Le CE associe à parité des membres de l'équipe de direction et des praticiens désignés par la CME, dont au moins la moitié doivent exercer des fonctions de responsables de pôle d'activité. Il comporte au maximum douze membres (seize dans les centres hospitaliers universitaires). Son objet est d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement et à la mise en œuvre des orientations. Ainsi, aux termes de l'article L.6143-6-1 CSP le conseil exécutif :

- prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du CPOM
- coordonne et suit l'exécution de ces délibérations
- prépare le projet médical
- prépare les plans de formation et d'évaluation
- donne un avis sur la nomination des responsables de pôles et chefs de service.

¹⁷ Article L6143-7 [Rôle du directeur]

Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration et la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur ordonnateur des dépenses peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits entre les comptes. Ces virements sont portés à la connaissance du comptable. Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.

- Donne son avis sur l'évaluation annuelle des conditions d'exécution des contrats internes et de réalisation des objectifs assignés aux pôles
- Désigne les professionnels de santé que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut associer à ses travaux.

En associant de manière importante les praticiens à la gestion de l'hôpital, l'ordonnance renforce considérablement leur place.

B) Les instances consultatives connaissent quelques modifications

a) *La commission médicale d'établissement*

Concernant la commission médicale d'établissement, l'article L.6144-1 du CSP précise : *«dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, des décisions dans les matières et dans les conditions fixées par voie réglementaire ».*

Le décret du 7 juillet 2005 rend sa consultation obligatoire pour l'ensemble des matières donnant lieu à délibération du CA. Elle est donc consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le fonctionnement des pôles, les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Elle doit être tenue informée de la situation budgétaire de l'établissement et de ce qui a trait à l'effectif de personnel des praticiens hospitaliers.

Comme antérieurement elle prépare le projet médical d'établissement, et est associée à l'organisation de la formation continue et aux actions d'évaluation de la pratique professionnelle.

Même si l'ordonnance élargit le champ des domaines dans lequel la CME est consultée certains considèrent qu'elle perd certaines des compétences plus opérationnelles dont elle disposait dans l'élaboration du projet médical, l'organisation des structures médicales. Sa composition est adaptée à la création des pôles d'activité, les responsables des pôles étant membres de droit de la CME. Le règlement intérieur de l'établissement établit les critères d'ouverture aux responsables d'unités fonctionnelles ou de services.

Dans un souci de simplification du fonctionnement les divers comités et commissions de vigilance (lutte contre les infections nosocomiales, politique du médicament, prise en charge de la douleur) sont remplacés par une ou plusieurs sous commissions spécialisées de la CME créées par le règlement intérieur (Décret n° 2006-550 du 15 juin 2006).

b) La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques

Elle est composée des représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers de rééducation et médico- techniques (article R. 6146-51 CSP) et remplace l'ancienne commission des soins infirmiers.

c) Le comité technique d'établissement

Ses compétences sont inchangées, il dispose de la possibilité de délibérations communes avec CME pour exercer un droit d'alerte sur des faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement. L'ordonnance prévoit aussi la possibilité d'expérimenter la fusion des deux instances (CTE et CME) en un comité d'établissement ce qui pourrait constituer une opportunité intéressante pour rapprocher les personnels médicaux et non médicaux.

1.3.2 Une réforme de l'organisation

A) L'organisation en pôles

Cette idée n'est pas réellement nouvelle. La loi du 7 janvier 1982 crée la notion de département et supprime les services de soins, le décret du 11 août 1983 crée les centres de responsabilité. Avec « L'amendement liberté » institué par la loi du 31 juillet 1991 permettait un assouplissement des règles d'organisation de l'hôpital, de gros établissements expérimentent des sous ensembles de gestion partenaires de contrats internes. La mise en chantier de la nouvelle gouvernance donne un regain d'actualité à la notion de pôle.

« Pour l'accomplissement de leurs missions les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne (art. 6146 -1 du CSP) [...] », autour de pôles d'activité clinique, médico-technique, administrative, créés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif et après consultation de la CME (art. R. 6144-1-1) et du CTE (art. R. 6144-40-1). Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis sur la base du projet médical intégré au projet d'établissement.

Ils sont constitués par regroupement de services ou d'unités fonctionnelles préexistants à la réforme. Dans la logique de la réforme, les pôles doivent revêtir une masse critique pour permettre une gestion déconcentrée. La dénomination, le nombre et configuration des pôles sont laissés à l'appréciation de l'établissement mais supposent un travail conséquent de recherche de consensus.

Cette organisation obéit à une logique de simplification, de déconcentration, de découplage par le biais de la démarche de contractualisation et avec les délégations de gestion consenties aux responsables des pôles. La structuration en pôles trouve son achèvement avec la conclusion de contrats internes et l'élaboration de projets de pôle qui en sont les instruments. Son but est de favoriser le développement du travail pluridisciplinaire et une meilleure qualité de prise en charge des patients.

B) Le fonctionnement interne du pôle

a) *Fonctions des responsables de pôle*

Les conditions de nomination des responsables de pôles cliniques ou médico- techniques diffèrent de celles des responsables de pôles administratifs. Concernant les premiers, les candidats doivent être des praticiens titulaires inscrits sur une liste d'habilitation (texte non paru). Ils sont nommés, après consultation du conseil de pôle, de la CME, et du conseil exécutif, par décision conjointe du président de la CME et du directeur, et par le CA en cas de désaccord de ces cosignataires.

Ils détiennent à la fois des pouvoirs propres définis par les textes et des pouvoirs qui découlent des délégations de gestion que leur confie le directeur.

Les pouvoirs propres portent sur la conclusion et l'exécution du contrat interne, les modalités d'organisation et de fonctionnement du pôle dans le respect du projet d'établissement, du projet médical, de l'organisation interne du pôle définie par le conseil d'administration. Il dispose de pouvoirs sur le choix de certains collaborateurs, il élabore le projet de pôle avec le conseil de pôle (*art L.6146- 6 alinéa 2*).

Concernant le fonctionnement et l'autorité fonctionnelle, tout responsable de pôle est fondé à prendre les mesures nécessaires à l'optimisation des moyens dont il dispose en vertu du contrat interne, en vue d'assurer le bon fonctionnement du pôle (personnel, locaux, matériel, gestion des lits et places), mais il n'a pas d'autorité de nomination ni disciplinaire.

b) Les conseils de pôle :

Leurs attributions et leur composition sont fixées par le décret du 26 décembre 2005, alors que leur fonctionnement et leur organisation sont définis dans le règlement intérieur. Ils remplacent les conseils de service.

Le conseil de pôle participe à l'élaboration du projet de contrat interne, qui est négocié d'une part entre le directeur, le président de la CME et d'autre part le responsable de pôle (art. R. 6146-10 0 R. 6410-16) mais aussi à celle du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle dans le respect de la déontologie médicale. Il permet l'expression des personnels, de leurs propositions sur le fonctionnement du pôle, il favorise les échanges d'informations. Il est présidé par le responsable du pôle et sa composition est prévue par le règlement intérieur. Les élections doivent intervenir dans un délais de 6 mois après la constitution des pôles, arrêtée par le CA, soit au plus tard au 30 juin 2007. Dans l'attente, l'expression des personnels se manifeste par le biais des conseils préexistants.

c) Les contrats de pôle

Le contrat interne (art.6145-16 du CSP) constitue un outil opérationnel, il est négocié entre le pôle et le directeur de l'établissement et permet d'assurer la cohérence de l'organisation du pôle avec la politique générale de l'établissement, la lisibilité des objectifs et des moyens. Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi de l'activité, les modalités d'intéressement aux résultats. L'évaluation de l'exécution du contrat est annuelle sur la base de critères définis par le CA après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif.¹⁸

¹⁸ Art. L. 6145-16. - Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.
« Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. »

d) *La délégation de gestion*

Après signature du contrat interne, le directeur a toute latitude pour apprécier la portée, le contenu des délégations, sous réserve qu'elles permettent l'exécution du contrat. La délégation de gestion ne comporte pas obligatoirement délégation de signature, elle ne peut concerner que les pouvoirs propres du directeur, et les attributions du pôle.

Elle suppose l'élaboration d'outils de gestion (tableaux de bord incluant des données médico- économiques, des données relatives à la qualité des soins) permettant de disposer de données objectives sur le fonctionnement du pôle et de vérifier le respect des objectifs du contrat.

La délégation peut être limitée (pas de délégation de signature) à l'octroi d'une marge de manœuvre donnant un droit de tirage limité à des dépenses de fonctionnement. Elle peut être plus large (délégation de signature), le directeur déléguant une partie de ses attributions au responsable de pôle.¹⁹

¹⁹ Art L.6143-7 CSP « le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret » et art L.6145 -16 les délégataires «sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement ».

2 La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance en Charente

2.1 Le contexte départemental

Le département de Charente compte 344 000 habitants dont 118 000 sur l'agglomération d'Angoulême. Il appartient à une région caractérisée par un peuplement rural (39% de la population vit en zone rurale). La population est vieillissante, les moins de 20 ans représentent 22% de la population alors que les plus de 60 sont à 26%.

En matière d'offre de soins, une étude fondée sur des indicateurs démographiques couplés avec des indicateurs sur les besoins de santé, l'offre disponible, détermine plusieurs zones de fragilité pour l'accès aux soins. Quatre bassins de vie sont concernés.

L'offre de soins est graduée selon quatre niveaux reposant sur une technicité croissante. Les territoires de premier recours correspondent à un bassin de vie donnant accès à des services de santé de premier recours (omnipraticien, pharmacien, infirmier libéral, dentiste...). Le deuxième niveau, le territoire de proximité donne accès à des soins hospitaliers de proximité, offrant au minimum médecine, imagerie conventionnelle, laboratoire.

Les territoires de plateau technique sont définis comme un ensemble d'établissements situés sur une même ville (ou à proximité) qui doivent rechercher la complémentarité et offrir une activité 24/24h notamment dans les disciplines de chirurgie, pédiatrie, obstétrique, réanimation... .

Les territoires de proximité s'établissent pour la Charente autour d'Angoulême, Barbezieux, Cognac, Confolens et Ruffec.

L'offre hospitalière pour la région comporte 5 765 lits et places en médecine, chirurgie obstétrique (MCO), et 2 275 en soins de suite polyvalents (SSP).

Dans le département de la Charente, six établissements publics de santé sont concernés par la réforme de la gouvernance. On notera que ces établissements présentent des caractéristiques assez différentes à la fois par leur dimension et par les activités qu'ils développent.

établissement	Activité	Lits et places
CHS Camille Claudel	psychiatrie	430
CH Angoulême	MCO SL	682
CH Cognac	MOSL	267
CH Sud Charente (Barbezieux)	MC SL	333
CH Confolens	MC SL	134
CH Ruffec	MC S	99

Dans ce contexte, les recommandations générales du SROS vont dans le sens d'une augmentation de l'offre de santé en médecine, soins de suite, unités de soins de longue durée et hospitalisation à domicile. Les établissements du territoire de santé de la Charente doivent s'engager dans une démarche de coopération afin de maintenir une chirurgie publique de qualité, établir des complémentarités. Il convient de développer les consultations avancées de spécialités médicales selon les besoins et des filières de soins de suite et palliatifs. La chirurgie doit être réorganisée sur les CH de Barbezieux, Ruffec et Confolens.²⁰

Les établissements sont donc en pleine évolution au moment de mettre en place la nouvelle gouvernance.

2.2 Une impulsion nécessaire pour réaliser l'organisation en pôles d'activité.

2.2.1 Une impulsion donnée par les instances décisionnelles

- A) Une instance que la plupart des établissements se sont bien appropriés : Le conseil exécutif

Cette instance a généralement bonne presse comme le confirme une enquête nationale menée auprès d'une centaine d'établissements *« Ceux qui en sont membres et participent à son fonctionnement se déclarent plutôt agréablement surpris de ce qui s'y déroule. Le sentiment de discuter librement, [...] la volonté de faire avancer la réflexion sur les orientations de l'hôpital sont autant de points qui font apprécier cette nouvelle instance.[...]. L'implication dans la vie de nouveau dispositif semble participer d'une redéfinition des contours des relations entre médecins et « gestionnaires » ».*²¹

Parce qu'existait souvent une « préfiguration » du conseil exécutif dans certains hôpitaux de la Charente le principe de sa constitution n'a pas posé de problème majeur.

Pour le CHS, il existait un comité de suivi du projet d'établissement auquel le conseil exécutif (CE) s'est substitué. Il comportait initialement l'ensemble des médecins chefs de service et des directeurs administratifs. Avec la parution de l'ordonnance du 2 mai 2005, la composition du CE est ramenée à douze membres, les médecins étant désignés en CME. Toutefois, l'ensemble des médecins est invité aux réunions.

²⁰ D'après SROS III Poitou- Charentes

²¹ HERREROS G., MILLY B. « Une nouvelle sociologie de l'hôpital ? » Technologie et santé n° 58 avril– mai 2006p.26

Le conseil exécutif se réunit une fois par mois, avec si nécessaire des séances supplémentaires. Un ordre du jour précis et les comptes rendus des réunions sont établis. Le secrétariat général assure la logistique.

Pour le CH d'Angoulême, le conseil exécutif a remplacé une instance préexistante qui réunissait l'équipe de direction et le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Dans un premier temps, pour se rapprocher du fonctionnement de cette formation, le CE s'est adjoint des invités permanents. Le CH de Cognac était doté d'une organisation similaire.

Pour le CH Sud Charente, un conseil exécutif a été constitué en septembre 2006, (arrêté du 11 septembre 2006) sous une forme provisoire pour préparer l'organisation en pôles. Il a permis de faire aboutir une nouvelle organisation.

Les formes ou la composition des conseils exécutifs qui ont présidé à la réorganisation interne des hôpitaux ont rapidement connu des modifications. En effet, après la validation de leur nouvelle organisation, les CH ont procédé au renouvellement de leurs commissions médicales d'établissement. Les conseils exécutifs ont à leur tour subi des modifications dans leur composition, et connu une évolution de leur fonctionnement pour devenir conformes aux textes. Cependant des nuances persistent.

Après le renouvellement de la CME, en mars 2007, le conseil exécutif du CH d'Angoulême répond aux formes prévues par décret du 10 mai 2005. Il est composé de six représentants du Corps médical (désignés par la CME) et de six représentants de la direction. Le nouveau président de la CME a souhaité, en accord avec le directeur, l'application stricte de la loi. Le conseil exécutif se réunit dans sa composition officielle, il y gagne en efficacité : du fait d'un nombre moindre de participants, la discussion est plus facile. En cas de besoin, il peut être fait appel ponctuellement à d'autres professionnels, notamment le médecin du département d'information médicale (DIM).

La composition du Conseil Exécutif de l'hôpital de Cognac a également été revue après le renouvellement de la CME. Il fonctionne en conformité avec les textes.

Par contre, dans un établissement (CHS Camille Claudel), malgré une composition du conseil exécutif conforme aux textes (la composition du CE a été ramenée à douze membres, les médecins étant désignés en CME), le fonctionnement reste dérogatoire car l'ensemble des médecins est invité aux réunions

Tous les établissements ont mis en place une charte de fonctionnement de leur CE pour en préciser les règles de fonctionnement (fréquence des réunions, ordre du jour, production de documents préparatoires, compte rendu des séances).

De manière générale, les établissements ont une vision positive du conseil exécutif. Il suscite beaucoup d'intérêt pour le corps médical qui s'implique. *« La participation au conseil exécutif représente un grand intérêt pour les praticiens hospitaliers qui s'impliquent beaucoup, ce qui en fait un très bon outil »* dit un directeur. Plusieurs considèrent que le législateur a entériné, en quelque sorte, l'existence d'une instance déjà mise en place dans de nombreux établissements.

Cette instance, bien accueillie dans les établissements du Département, joue un rôle important dans la réorganisation en pôles puisqu'elle participe à la validation des étapes de la démarche et à l'élaboration des outils qui la soutiennent.

B) Une démarche à construire pour s'approprier l'esprit de la réforme

Quatre des six centres hospitaliers publics concernés par la réforme ont avancé dans la mise en place de la nouvelle gouvernance. Si chacun en est à un stade différent, les directeurs ont tous mis en avant l'importance de la démarche d'accompagnement, d'information et de communication.

Le directeur du CHS Camille Claudel, seul établissement du département à s'être porté candidat pour participer à l'anticipation a souligné qu'il avait été difficile de convaincre le conseil d'administration d'engager l'établissement dans la démarche d'anticipation, mais il en a validé le principe en mai 2004 et par la suite toutes les étapes de la mise en œuvre de la réforme dans un strict respect de la règle.

La démarche d'organisation en pôles a fait l'objet d'un important travail avec le président de la CME et les médecins chefs de service *« Au départ, le corps médical était opposé au principe, il craignait de passer sous les fourches caudines de l'administration et refusait de passer dans une logique gestionnaire et financière »*. Le développement d'actions de communication, assemblées générales du personnel, bulletins d'information, réunions avec les cadres de santé et les cadres administratifs a été nécessaire.

Le CH d'Angoulême a mis en place une démarche de projet formalisée qui a permis de faire évoluer la vision sur l'organisation à mettre en place; après avoir parlé de «segmentation» et de « découpage », on est arrivé à l'idée de «composition».

La démarche lourde à mener a mis neuf mois à aboutir. Tout au long du processus, le CE a donné les grandes lignes, laissé le temps de la réflexion, recueilli les propositions. Des arbitrages ont été nécessaires. En fait une logique doit être identifiée mais « libre ».

Pour un établissement de proximité, (CH de Cognac) il faut *« laisser le temps au temps, il ne faut pas «plaquer» la réforme mais adapter sa mise en place à la problématique de l'établissement »*.

Dans tous les établissements, la mise en place des pôles d'activité a nécessité de développer la négociation. Il a fallu jouer sur la logique médicale mais accepter certains arguments du registre des affinités.

Un président de CME affirme que la réflexion s'est appuyée sur le projet médical de l'établissement, mais des considérations d'opportunité ont été prises en compte pour éviter les blocages.

Une fois la réorganisation en pôles d'activité décidée par les conseils d'administration et les responsables de pôle nommés, il a été nécessaire de mettre en place des outils. Elle s'appuie sur un cadrage donné par le conseil exécutif et validé par le conseil d'administration.

C) Un cadrage de la démarche pour accompagner son avancée

Au fil de l'avancée dans la démarche, les établissements se sont dotés d'outils d'aide pour donner vie aux pôles d'activité et favoriser l'élaboration des projets de pôle, contrats de pôles et autres instruments supports de la délégation de responsabilité.

Le conseil exécutif du CHS Camille Claudel a préparé une trame commune, présentée à chaque pôle par son responsable et le cadre supérieur de santé pour permettre une harmonisation formelle des projets. Il est à noter que le projet de pôle élaboré dans le cadre de la nouvelle gouvernance, est une reprise des projets de service préexistants.

Pour ce qui concerne le CH d'Angoulême, afin de faciliter ou d'harmoniser l'élaboration des contrats de pôle, trois outils ont été mis à disposition, un guide de la délégation, un contrat type, un budget de pôle.

Le guide de la délégation, outil élaboré en interne, validé en conseil d'administration le 01/02/2006, définit 3 niveaux de délégation : ce qui ne peut pas être délégué, ce qui l'est d'emblée, ce qui relève d'un contrôle de la direction fonctionnelle.

Le contrat type, signé pour 1 an, détermine les objectifs d'activité, comporte des objectifs médico-économiques et l'évaluation du contrat annuel à son terme.

Le budget de pôle : chaque pôle produit un compte d'exploitation et un compte de résultat. Ces documents motivent beaucoup les médecins car ils sont calqués sur le guide de la comptabilité analytique hospitalière de manière à permettre non seulement les comparaisons en interne mais aussi entre établissements de profil similaire. (Travail de réflexion mené en commun avec le CH de Périgueux, par exemple).

Sur un établissement de proximité, CH Sud Charente, une charte de fonctionnement inscrite au règlement intérieur fixe à la fois le fonctionnement du conseil exécutif et l'organisation et le fonctionnement de chaque pôle. Pour préparer la mise en place des contrats de pôle qui ne sont pas encore discutés, et afin que chacun partage le même niveau d'information, un séminaire animé par le CNEH est organisé en octobre.

Les établissements avancent chacun à son rythme pour mettre en place conseils de pôle, projets de pôle, contrats internes.

2.2.2 Une organisation en pôles d'activité effective

L'organisation en pôles d'activité est considérée comme un axe majeur de la nouvelle gouvernance hospitalière. Créés par le Conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif, en cohérence avec la politique globale de l'établissement, les pôles d'activité clinique et médico- technique sont définis sur la base du projet médical intégré au projet d'établissement (art.L.6146-1).

Comment les établissements de Charente ont-ils organisé leur découpage en pôles ?

A) Une organisation variable d'un établissement à l'autre :

Comme nous le verrons, les pôles d'activité ont des périmètres différents, ceci est lié à l'esprit de la réforme mais aussi, très vraisemblablement, à la configuration des établissements du département.

Nous l'avons constaté, les établissements de Charente sont sensiblement différents par les activités qu'ils développent et par leur taille (cf. partie 2.1 présentation du contexte). Le CHS Camille Claudel a une vocation départementale et une activité spécifique, son organisation ne peut pas être comparée avec celle des autres établissements.

Les organisations mises en place dans les centres hospitaliers généralistes sont diverses ne serait-ce que par le nombre de pôles constitués.

Ainsi le CH d'Angoulême comporte neuf pôles cliniques et médico techniques, alors que celui de Cognac en compte trois et le CH Sud Charente cinq, le CH de Confolens en annonce trois.

a) *Un cas particulier, celui du CHS à vocation départementale :*

Son organisation en pôles reprend des découpages antérieurs. Les pôles sont organisés par secteur et par filières (reprise des fédérations préalablement existantes). Quatre pôles couvrent les secteurs de psychiatrie générale, deux pôles correspondent aux secteurs de psychiatrie infanto juvénile, deux pôles regroupent les activités transversales).

«L'organisation en place collait déjà à l'esprit de l'ordonnance ». L'établissement a utilisé la possibilité qu'offrait l'ordonnance de calquer les pôles sur les secteurs.²²

Les médecins chefs de service sont devenus responsables de pôle.

Le directeur reconnaît que des organisations différentes auraient pu être mises en place. Il est permis de se poser la question de l'intérêt de reprendre sous une autre appellation les organisations déjà existantes. D'autres choix auraient peut-être permis des évolutions nouvelles et le développement d'activités nouvelles. Alors que l'établissement est sollicité, et malgré la volonté des professionnels, il est en difficulté pour s'engager du fait de la diminution des crédits (difficulté liées au taux de conversion) et au gel de postes.

L'établissement se présente comme ayant déjà, antérieurement à la réforme, des modes d'organisation et de travail s'en rapprochant (rencontre annuelle pour répartition des moyens alloués aux services, outil maison pour évaluer le coût par activité).

b) Situation du CH de Cognac :

Le découpage a été arrêté en conseil d'administration le 22 décembre 2006, sur la base d'un avis favorable unanime de la CME. L'organisation proposée comporte trois pôles cliniques et médico- techniques: un pôle « services cliniques court séjour », un pôle « plateau technique », un pôle de gériatrie.

Les regroupements se sont opérés sans difficulté majeure mais présentent un intérêt relatif dans un petit établissement, en terme de management, en effet le directeur n'y est pas éloigné des personnels comme dans un établissement important (type CHU).

c) Situation du CH Sud Charente :

Le projet médical, déjà bien avancé, a servi de fondement pour la réorganisation. Le président de la CME souhaitait une organisation autour de quatre pôles dont un regroupant urgences, soins continus, chirurgie. Cependant pour prendre en compte une situation de conflit et éviter le blocage des négociations, un pôle urgences/soins continu a dû être reconnu.

Ainsi, l'organisation arrêtée lors du Conseil d'administration du 16 décembre 2006 comporte cinq pôles d'activité clinique et médico technique : pôle médico- chirurgical, pôle urgences/surveillance continue/ SMUR, pôle soins de suite et de réadaptation, pôle gériatrie, pôle médico- technique.

Les avis du président de la CME et du directeur convergent. Trois pôles dont les missions sont claires, devraient bien fonctionner car les responsables et cadres sont motivés et des projets préexistants les sous tendent : le pôle gériatrique est fondé sur un projet de filière

²² Article L.6146-1, 4ème alinéa « Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité »

complète, le pôle soins de suite et de réadaptation s'appuie sur le projet médical de l'établissement. De plus les conseils de pôle devraient amener du dynamisme.

Le pôle médico technique risque, du fait de sa configuration, d'être moins dynamique ; celui-ci inclut les consultations externes (plateau technique mis à la disposition des médecins du CH mais aussi des praticiens extérieurs), et rassemble des métiers très différents, il peut avoir des difficultés à construire un projet commun. Le directeur du CH de Cognac a la même préoccupation.

d) L'organisation du CH d'Angoulême :

Elle découle principalement d'une logique médicale mais a aussi pris en compte des questions d'affinités personnelles et des critères liés aux modalités de financement.

Le Conseil d'administration du 15 mars 2006 a créé neuf pôles : pôle mère/enfant, pôle chirurgie/anesthésie, pôle urgences/réanimation/gériatrie, pôle soins de suite et de rééducation, pôle médicosocial, pôle spécialités médicales, pôle cœur/poumon/scintigraphie, pôle cancérologie, pôle activités transversales.

L'organisation du pôle soins de suite a été « facile » malgré la complexité de la situation. Un site extérieur doit être ramené dans le giron du CH, au terme d'un projet architectural en préparation. Il doit y avoir transformation du pôle SSR en SSG. De plus, les soins de suite sont un domaine dans lequel des évolutions sont à prévoir et où règne des incertitudes (ainsi un projet de coopération dans le cadre d'un GCS a été brutalement abandonné du fait du retrait brutal d'un partenaire privé). La configuration du pôle devra évoluer.

La création d'un pôle médico-social faisant prévaloir la logique financière du mode de tarification a fait débat, l'activité d'hébergement a été dissociée de la médecine gériatrique qui a rejoint le pôle réanimation/urgences.

Concernant le pôle cœur/poumon, auquel est rattachée la scintigraphie, le rapprochement des services a été difficile à faire accepter, bien qu'il y ait une logique médicale et une configuration architecturale favorable.

La création du pôle médico technique a rencontré des difficultés : les services ne voulaient pas être regroupés dans un pôle unique.

La cancérologie (difficile à marier avec une autre activité) constitue un pôle et regroupe oncologie et radiothérapie

Comme on le voit l'organisation des établissements en pôles ne s'est pas faite sans difficultés. Elles étaient pressenties par de nombreux observateurs : « *le chantier de la création des pôles est immense. Il est fort probable que l'on ait à se heurter dans un premier temps à la personnalité des acteurs en présence et principalement à celle des chefs de service.* »²³

B) Une réorganisation confirmée avec la nomination des responsables de pôles.

Globalement, les établissements ont mené à bien les nominations des responsables de pôles. Elles n'ont pas posé problème dans l'établissement qui a participé à l'anticipation, en effet les chefs de service sont devenus responsables de pôle.

Sur le CH d'Angoulême, tous les responsables de pôle ont été nommés dans les mois qui ont suivi l'organisation en pôle. Cet établissement a d'ailleurs arrêté un modèle d'organisation de ses pôles, chacun est bâti sur la même structure décisionnelle et organisationnelle :

- médecin coordonnateur nommé après avis du conseil de pôle
- vice coordonnateur (pas prévu par les textes)
- cadre supérieur de santé, après nouveau découpage
- directeur référent (pour équivalent 5 à 10% ETP), il est en quelque sorte le conseiller politique du coordonnateur pour aider à la compréhension de l'environnement, de ses règles, de ses limites (exemple : SROS, OQOS...)
- assistant de gestion à mi-temps

La composition en pôles génère de la curiosité, du dynamisme, une réflexion commune. L'encadrement commence à s'approprier les nouvelles frontières des pôles. Tous les responsables sont maintenant désignés et le CE passe toujours par le canal du coordonnateur de pôle.

Sur un établissement (CH Cognac) la chefferie de pôle n'a pas suscité d'engouement particulier (contrairement à l'appartenance au Conseil Exécutif) Les fonctions de responsable de pôle n'ont pas attiré de nombreuses candidatures et n'ont pas constitué un enjeu de pouvoir. Le directeur fait état d'une candidature spontanée pour le pôle de gériatrie, d'une candidature « encouragée » par le Président de CME pour le pôle plateau technique. Pour le pôle médecine, elle s'est exprimée au bout de deux mois. Les responsables de pôle ont été nommés conformément aux textes, par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis de la CME.

²³ CALLET R, CRIE D., Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007,

En ce qui concerne le CH « Hôpitaux du Sud Charente », la nomination des responsables est effective pour quatre pôles.

2.3 Une mise en œuvre de la nouvelle gouvernance porteuse d'attentes mais qui rencontre des freins

2.3.1 Les aspects positifs de la nouvelle gouvernance, en Charente

A) Une organisation sur laquelle portent des espoirs :

a) *Parce que fondée sur des projets construits ou susceptibles d'évoluer*

Comme ont pu le dire les directeurs et parfois les présidents de CME, certains pôles sont porteurs d'espoir parce qu'ils sont fondés sur un projet construit. De plus les regroupements ne sont pas considérés comme figés mais susceptibles de modifications liées aux évolutions probables des activités ou de la législation.

Ainsi, le directeur du CHS reconnaît que des organisations différentes auraient pu être mises en place, avec par exemple un pôle de pédopsychiatrie. Des évolutions sont possibles, ainsi un projet de rapprochement des structures prenant en charge la toxicomanie et celles d'alcoologie pourraient évoluer vers un pôle d'addictologie.

Le développement de formules de prise en charge plus souples peut aussi influencer sur la configuration des pôles tout comme la mise en place de la VAP (valorisation de l'activité psychiatrique) ou des contraintes liées à la démographie médicale

Le directeur et le président de la CME évoquent aussi des évolutions possibles sur le CH d'Angoulême. Le directeur de l'hôpital de Barbezieux prévoit l'évolution du pôle médicochirurgical car il a fallu prendre en compte une situation conflictuelle très difficile au moment de la mise en place des pôles. Ce pôle devrait être recomposé et constitué de consultations avancées et d'un service de chirurgie ambulatoire regroupé avec le service de médecine. En effet l'activité de médecine devrait augmenter alors que celle de chirurgie devrait baisser.

Nous voyons que les organisations mises en place n'ont pas un caractère figé, puisque des évolutions sont envisagées. De plus, si tous les établissements n'en sont pas au même stade pour le développement des outils internes aux pôles, ils fondent des espoirs sur le dynamisme qu'ils devraient générer.

b) *Parce qu'elle s'appuie sur des outils internes efficaces*

Un établissement a mené l'organisation à son terme

L'établissement le plus avancé à tous les stades est le CHS Camille Claudel, qui a participé à l'anticipation. La réorganisation ne semble pas avoir posé de problème, tous les outils sont mis en place. Projets de pôle, conseils de pôles, contrats internes et délégation de gestion reprennent en fait, sous une forme adaptée à la nouvelle législation, des organisations déjà mises en place.

Les élections des conseils de pôle ont eu lieu en juin 2006. Dans cet établissement, ils font suite aux conseils de services qui existaient et réunissaient l'ensemble des personnels. L'organisation des élections a été rendue difficile par la nécessité de respecter un formalisme et d'obtenir des candidatures.

S'il existe une composition officielle des conseils, certains pôles invitent l'ensemble du personnel pour garantir la représentation de toutes les spécialités. Un attaché d'administration s'occupe de l'ensemble des secteurs à travers les conseils de pôle (soit seize séances par an), il fait le lien entre les conseils et l'administration. Cette personne ressource, bien repérée par les interlocuteurs, se trouve en capacité d'informer au fil de l'eau. Mais l'organisation des réunions des conseils de pôles, deux fois par an, présente des contraintes d'organisation complexes lourdes à assumer.

Le CHS bénéficie d'atouts particuliers, les unités intersectorielles avaient déjà l'habitude de réfléchir, produire, travailler ensemble, ainsi tous les projets de pôle ont avancé car les médecins sont « porteurs » et dans une démarche d'innovation.

Les contrats internes ont été signés avec chaque responsable de pôle. Ils comportent des objectifs de qualité et en regard les moyens octroyés pour les atteindre. Ils constituent la déclinaison en interne des contrats externes. Là encore, l'établissement s'appuie sur des habitudes de fonctionnement. Des réunions budgétaires organisées chaque année avec les médecins chefs de service, cadres supérieurs de santé permettaient d'analyser l'activité produite par secteur, les dépenses réalisées, les budgets prévisionnels en rapport avec les besoins des unités, les difficultés rencontrées.

Avec la nouvelle gouvernance, le contrat initial est renégocié et fait l'objet d'un avenant annuel.

Alors que les autres sont moins avancés

Au CH d'Angoulême, la négociation des projets de pôles et contrats internes est bien avancée. En 2006, le contrat du pôle mère/enfant a pu être signé. Pour le pôle médicosocial, le conseil de pôle est élu, le contrat est constitué par la Convention tripartite. En 2007, quatre nouveaux contrats seront négociés et signés mais pour deux

pôles la négociation est peu avancée. La gouvernance trouvera sa pleine signification quand tous les contrats seront signés.

Deux établissements de proximité prévoient d'organiser les élections des conseils de pôles au cours du deuxième semestre 2007. Le directeur du CH Sud Charente pense qu'ils vont créer une bonne dynamique dans trois des pôles. Le directeur du CH de Cognac en attend également un effet positif. Cet établissement n'avait utilisé la possibilité de disposer de conseils de services que sur la maternité. Cet outil de démocratie interne créé par la loi de 1991 y a favorisé la communication interprofessionnelle, il a permis de résoudre les problèmes de fonctionnement et d'organisation, de faire le point sur les projets du service, d'avoir une bonne visibilité de leur évolution, il a été source d'amélioration de la qualité. De sa généralisation il attend « *qu'ils soient utiles à la résolution des problèmes et à la circulation de l'information au sein des pôles* » Bien sûr, cet outil est tributaire de l'implication des leaders, cadres et médecins pour mobiliser le personnel, là encore il s'agit de mettre en place des méthodes de travail pour rendre les outils efficaces.

En matière de contenu, les contrats de pôle des CH de proximité mettront l'accent sur la qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation.

B) Une organisation porteuse d'effets positifs

a) *Amélioration de la communication interne et de la transparence :*

Le représentant du personnel souligne que l'organisation en pôle améliore la communication interne dès lors que les médecins sont impliqués par leur participation aux travaux du conseil exécutif ou de la commission médicale d'établissement.

Les personnels syndiqués ont envie de s'impliquer dans les instances, de participer à la gestion, mais ils doivent recevoir une formation sur ce thème.

La réorganisation en pôle complétant la mise en place de tarification à l'activité permet une meilleure visibilité de certains phénomènes et plus de réactivité pour y répondre. Un représentant du personnel cite l'exemple du pôle mère/enfant. L'activité du service de pédiatrie est en baisse grâce à l'amélioration de la prévention, à l'évolution des techniques médicales. La baisse des recettes implique la réduction des dépenses et justifie la diminution des moyens affectés. Par contre l'activité de consultation externe augmente supposant l'augmentation des moyens alloués.

La gouvernance permet une meilleure anticipation des évolutions et des problèmes, les personnels sont plus informés, de ce fait ils acceptent mieux la mobilité. Ce phénomène est renforcé par le rajeunissement des personnels soignants plus facilement gagnés à l'idée de mobilité au sein du pôle ou de l'hôpital.

Ce qui touche à l'activité des pôles est moins confidentiel donc moins conflictuel.

b) Les pôles d'activité favorisent une organisation plus rationnelle du travail :

La nouvelle organisation permet plus de souplesse. Il est plus facile de gérer les tableaux de service du personnel sur un pôle qui regroupe un plus grand nombre d'agents que sur un petit service, souligne le directeur du CH Sud Charente. Les remplacements sont plus faciles à organiser sur un plus gros volume de places et de personnel, l'entraide spontanée se développe. Il précise : « *L'organisation en pôle va favoriser l'organisation de l'activité médicale et permettra plus de souplesse, par exemple, le fonctionnement du SSR sera réparti sur quatre médecins au lieu de deux par service* ».

On constate une optimisation des personnels avec l'apparition d'un phénomène spontané d'aide entre collègues.

Cependant cette possibilité de mobilité est à modérer car les personnels ne peuvent pas changer aisément de service du fait de la segmentation des tâches qui découle de la spécialisation de plus en plus importante (Président de CME).

c) Amélioration de la qualité du service rendu aux usagers :

Les établissements attendent une amélioration de la qualité du service rendu, cet objectif devrait même être central dans les contrats internes. Pour le moment, la vision que l'on a de la corrélation entre la nouvelle gouvernance et l'amélioration de la qualité reste faible. Le représentant du personnel considère que, même si on ne peut pas en avoir une vision claire, l'organisation en pôle améliore probablement le parcours des patients au sein de l'hôpital. Un président de la CME estime que l'organisation en pôle peut permettre d'éviter les navettes et les examens redondants. La possibilité de suivre le parcours du patient évite les pertes de temps et améliore la prise en charge.

Après avoir dit qu'à son sens, la nouvelle gouvernance n'a pas d'impact sur l'amélioration de la prise en charge parce que le patient croise à tous moments les divers pôles, un autre président de CME précise qu'on peut en attendre une meilleure efficacité avec une vigilance accrue sur la cohérence des parcours médicaux (à côté d'aspects plus économiques, la durée des séjours, la rentabilité économique des prises en charge). Il y a lieu, cependant d'améliorer le recueil de certaines données pour produire une information fine du suivi du parcours patient. Ainsi certains professionnels de l'hôpital ont des positions ambivalentes sur la réforme de la gouvernance.

C) Une réforme qui s'articule fortement avec les autres axes de la réforme hospitalière

Le directeur du CHS considère que les établissements psychiatriques ont de faibles marges de manœuvre dans les contrats car la psychiatrie est financée par dotation annuelle. De plus, dans ce secteur, les frais de personnel constituent 85% de la dépense et sont le seul point sur lequel il est possible de jouer (pas d'équipement technique ni de médicaments coûteux). Les services attendent de la délégation de gestion une marge de liberté dans l'utilisation de l'intéressement lié aux résultats ou à la reconnaissance d'un « effort » fait dans un domaine précis.

Les autres établissements mettent en évidence une forte imbrication entre la tarification à l'activité (dont la mise en place a débuté en 2004) et la mise en œuvre de la gouvernance. Beaucoup vont jusqu'à dire que l'application d'un nouveau mode de tarification a fait changer les mentalités, les comportements plus que la gouvernance.

a) *Une nouvelle gouvernance pour accompagner les enjeux de la nouvelle tarification*

Elle suscite une meilleure implication des médecins dans la gestion

Les médecins se sentent impliqués quand ils appartiennent à une structure de décision toutefois, la nouvelle gouvernance éveille la curiosité et l'intérêt du corps médical dans son ensemble pour la gestion et surtout pour les résultats. La mise en place de la délégation de gestion et la possibilité de bénéficier d'un intéressement lié aux résultats du pôle favorisent cet engouement. Cependant tous affirment que la mise en place de la tarification à l'activité, qui a précédé la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, joue un rôle primordial. Dans l'esprit d'un directeur, l'intéressement du pôle à ses résultats est une bonne chose car il stimule la productivité. Un pôle globalement excédentaire attend un certain retour. Mais l'intéressement peut aussi être fondé sur l'amélioration de la productivité, de la qualité. L'un des intérêts de la gouvernance consiste à lier toute amélioration à un gain d'autonomie dans le choix des priorités retenues pour l'utilisation de l'intéressement.

Le couplage avec la T2A incite les médecins à pratiquer un meilleur codage des actes car ils prennent conscience de la relation entre codage des actes, mise en valeur de l'activité et recettes du pôle. Le nouveau mode de tarification est plus dynamisant que le système antérieur du budget global. Il pousse les structures à l'efficacité, constate le directeur du CH de Cognac, même si des correctifs doivent être apportés pour les petits hôpitaux.

Le fait de disposer des résultats au niveau du pôle et même des unités médicales stimule l'intérêt. Cela rend visible et lisible l'activité et l'investissement de chacun à travers les indicateurs fournis par le DIM.

Elle favorise le développement des autres outils d'analyse

Parmi les aspects positifs de la nouvelle gouvernance, on peut noter le développement des outils d'analyse, ainsi tous les établissements se sont engagés dans la mise en place de la comptabilité analytique, de tableaux de bord, d'indicateurs, pour suivre l'activité et les résultats des pôles. Les directeurs attendent beaucoup des données qui seront disponibles.

La comptabilité analytique donne une visibilité des résultats par pôle, des possibilités de comparaison grâce à la mise à plat de tous les comptes, à l'imputation fine des dépenses. Les résultats validés par tous sont un bon angle d'approche pour sensibiliser les professionnels. La comptabilité analytique favorise la transparence et la nouvelle organisation en pôle permet d'avoir une vision plus large, d'éclairer les stratégies. Il est désormais possible de s'appuyer sur les résultats pour faire des choix, si une activité ne rapporte pas, on peut décider de ne plus la faire. De même les résultats par unité médicale mettront les services en capacité et dans l'obligation de justifier leurs demandes. La comptabilité analytique offre des arguments de management.

Mais la gouvernance prend son sens dans l'utilisation faite des informations recueillies. Les personnes rencontrées soulignent qu'il faut éviter de tomber dans l'excès qui consisterait à mettre en cause l'utilité des services et personnels « qui ne rapportent pas » de GHS (services médico- techniques, services administratifs). Il faut aussi se garder de fermer des unités médicales sans plus de réflexion.

Je citerai, à titre d'exemple, les propos du directeur d'un CH de proximité soucieux d'analyser le rapport entre les coûts et les bénéfices, où la comptabilité analytique est en place depuis octobre 2006. *«La maternité marche très bien. Son activité est en progression, le service est de qualité (label « ami des bébés »), mais cette activité est-elle excédentaire ou déficitaire pour l'établissement? La réponse à cette question passe par l'examen d'une comptabilité analytique détaillée. La qualité est une donnée prioritaire à prendre en compte, mais le maintien de cette activité peut aussi être tributaire de la présence d'un médecin et des problèmes de démographie médicale »*. La gouvernance prend tout son sens dans de semblables situations où les décideurs disposent de toutes les données pour faire un choix éclairé, et mettre l'accent sur l'aspect financier ou sur le service rendu.

Un médecin relativise l'intérêt de la réorganisation, il considère quant à lui, que l'analyse très fine disponible au niveau de l'unité médicale de base donne des renseignements très précis sur la productivité de chaque discipline et que l'organisation en pôle n'apporte rien de ce point de vu. Toutefois, il précise aussi qu'il est nécessaire d'avoir une réflexion suffisamment large pour prendre des décisions judicieuses. Le pôle serait-il ce niveau ?

Ce même médecin poursuit « *ce qui a fait changer les mentalités, c'est de coupler la gouvernance avec la T2A* », mais il ne faut pas se contenter d'un raisonnement strictement comptable. Il faut dépasser « *un déficit de réflexion, une difficulté à analyser ce qu'il y a derrière les chiffres, se préoccuper de critères ayant trait à l'activité, à la qualité, etc. ...* ». Ces propos, comme d'autres précédemment cités montrent que le positionnement des personnes impliquées dans la mise en place de la réforme reste confus ; et oscille entre implication enthousiaste et méfiance.

2.3.2 La mise en œuvre de la réforme rencontre des difficultés et montre des limites

Les directeurs des établissements sont confrontés à des situations qui réduisent la portée de la réforme ou font obstacle à sa mise en œuvre. Les difficultés auxquelles ils font référence sont de plusieurs ordres. Certaines relèvent du texte législatif parfois peu adapté à des situations concrètes, d'autres émanent d'un manque d'implication des professionnels de santé et en particulier du corps médical. Les directions doivent parfois faire face à une opposition totale et à des situations de conflit bloquant toute possibilité de réorganisation. Mais l'environnement dans lequel évoluent les hôpitaux doit également être pris en compte.

A) Des difficultés liées à la réglementation

a) Une réglementation imparfaite

Certains directeurs font état de l'inadaptation de la loi au cas particulier de leur établissements La réforme présente une certaine rigidité en interdisant que les mêmes personnes siègent au conseil d'administration et au conseil exécutif (par référence à la séparation entre les fonctions exécutives et d'administration propre à l'organisation des entreprises). Cette séparation des pouvoirs, peu opérante pour l'hôpital, est mal comprise par le corps médical et constitue une difficulté dans les petits établissements où il est difficile de mobiliser des personnels motivés sur les différentes instances. Les petits hôpitaux disposent d'équipes médicales peu étoffées, de ce fait, il est artificiel de constituer une CME, des sous commissions, de réunir le Conseil exécutif après la CME, alors que les mêmes personnes siègent obligatoirement aux différentes instances.

Globalement, les établissements du département considèrent que les textes sont trop normatifs et peu adaptés à leur configuration. De plus ils n'ont pas le sentiment de

représenter un enjeu de poids dans la réforme du système hospitalier. « *Les petits hôpitaux ne sont pas le cœur de cible de la réforme* », ils se sont investis dans la démarche pour répondre à une obligation. L'un d'eux dit clairement « *l'établissement applique la loi, mais sur une petite structure, on ne peut pas attendre de grands changements* ». En fait pour eux l'organisation en pôle ne se justifie pas. Le directeur du CHS volontaire pour participer à l'anticipation de la réforme souligne que certains pôles psychiatriques ont le périmètre de l'établissement charentais.

Plusieurs directeurs soulèvent des questions ayant trait à la délégation de gestion. La question de la responsabilité des directions fonctionnelles si des difficultés apparaissent dans la gestion des crédits délégués les préoccupe « *On se trouve aujourd'hui devant une situation complexe avec la question de la délégation de signature au responsable de pôle qui implique une position hiérarchique entre le délégant et le délégué. La délégation de gestion est aussi contradictoire avec la nécessité de prendre en compte le code des marchés publics et les consignes d'achats groupés.* »

Des difficultés apparaissent également pour passer du projet pluriannuel, de l'idée générale à la déclinaison de contrats internes annuels, précis, dont les objectifs médico-économiques sont évaluables et évalués en fin d'exercice, et qui constituent un engagement pour le pôle.

b) La loi n'est pas allée au bout de sa logique

Plusieurs directeurs considèrent que les objectifs d'efficience devraient s'accompagner de l'autonomie en matière de recrutement. Sur ce point la réforme de la gouvernance n'est pas allée au bout de la logique, ce qui aurait impliqué une totale autonomie et responsabilité, le contrôle de la politique de recrutement par chaque établissement.

Certes il y a une petite avancée puisque les chefs de service sont nommés directement par l'établissement, mais la gestion reste ministérielle. En effet il est difficile de manager la communauté médicale et il n'y a aucune possibilité d'intervention au plan disciplinaire ou hiérarchique ni du directeur, ni de la CME, ni du CA. Ainsi un conflit entre deux médecins peut mettre un établissement en difficulté.

Un directeur va jusqu'à dire que l'hôpital public est en danger si une gestion décentralisée des médecins n'a pas lieu.

Le directeur du CHS considère également que des changements de statut des personnels et la sortie de la fonction publique sont inéluctables.

c) Une réforme qui crée des lourdeurs avec l'empilement d'outils difficiles à articuler

La multiplicité des outils à articuler entre eux génère de la complexité. Les établissements doivent gérer de front plusieurs niveaux d'action. Ainsi le CH d'Angoulême va travailler sur le projet d'établissement en septembre mais il devra mener de front les COM 1 et 2 qui ne

sont pas terminés, le CPOM en cours de négociation, les orientations stratégiques, celles du projet médical de territoire validé par la conférence sanitaire de territoire. Se pose la question de l'articulation de tous ces outils stratégiques, de l'harmonisation de la documentation.

B) Les freins liés à un manque d'adhésion à la réforme

Malgré la mobilisation des conseils exécutifs et le travail préparatoire, la recomposition des établissements en pôles d'activité a souvent été difficile. Les obstacles sont de deux ordres, certains relèvent de la difficulté à impliquer les professionnels, d'autres relèvent de leur opposition et de conflits interpersonnels.

a) *Une réforme dépendante de la disponibilité notamment du corps médical*

Parmi les freins à la mise en œuvre de la réforme figurent les réserves du corps médical à s'investir dans la gestion. En effet, les médecins manquent de temps pour s'y impliquer (plusieurs soulignent que ce n'est d'ailleurs pas leur compétence ni leur rôle). Les petits hôpitaux ne peuvent pas se permettre de perdre du temps médical alors qu'ils sont déjà touchés par des problèmes de recrutement et que les médecins ne peuvent pas s'appuyer sur des internes. Le temps de réunion a doublé pour le responsable de pôle, au détriment de son activité médicale, de ce fait il n'est pas moteur de l'activité médicale ce qui sanctionne l'hôpital. La mise en place de nouvelle gouvernance est jugée très consommatrice de temps, ce qui peut aller à l'encontre des objectifs d'efficacité et d'optimisation de l'offre de soins.

b) *Un manque d'implication qui nuit à l'évolution du processus*

L'organisation en pôles a rencontré un accueil mitigé du corps médical, allant de la curiosité à l'opposition en passant par la prudence et la méfiance. La culture médicale est plutôt fondée sur la notion de « service » hospitalier, services qui restent une composante des pôles. Peuvent aussi se jouer des questions de pouvoir médical.

Malgré une logique médicale, le rapprochement des services a parfois été difficile à faire accepter. Le CH d'Angoulême a été confronté à des situations conflictuelles pour la constitution de plusieurs pôles, notamment celle du pôle cœur/poumon auquel est rattaché la scintigraphie ceci, bien que la configuration architecturale favorable ait pu constituer un facteur facilitant

La création du pôle médico-technique a aussi rencontré des difficultés, les services ne voulant pas être regroupés dans un pôle unique.

Selon le président de la CME, l'organisation en pôles d'activité reste un artifice qui n'apporte rien lorsqu'il n'y a pas de volonté de travailler ensemble. Il considère aussi que la logique de découpage ne répond pas aux situations concrètes. Certains choix ne lui

paraissent pas pertinents et imposent la création de « filières » pour assurer la prise en charge des patients. C'est le cas de l'activité gériatrique répartie sur trois pôles, un pôle hébergement fondé sur une logique de financement, un pôle moyen séjour, la médecine gériatrique étant incorporée au pôle urgences - SAMU/SMUR – réanimation.

D'autre part, certains pôles très logiques au plan médical, constitués sans difficulté majeure ne sont pas opérants en l'absence d'objectifs communs concrétisés dans un projet de pôle et un contrat. Le pôle anesthésie et le pôle « spécialités médicales ».se trouvent dans cette situation. Un coordonnateur a le sentiment de l'inertie du pôle, il n'arrive pas à mobiliser les équipes pour « *penser ensemble, développer des actions en commun* ».

Par ailleurs, il semble difficile d'élaborer des projets communs et cohérents sur les pôles médico techniques. Les directeurs des CH de Cognac et CH Sud Charente émettent les mêmes réserves : ces pôles regroupent des spécialités différentes, ou sont supports d'interventions de médecins extérieurs à l'établissement, ce qui ne facilite pas un projet commun d'autant que les affinités personnelles peuvent prévaloir sur la logique médicale.

Mais des situations de conflits particulièrement graves rendent la mise en application de la réforme très difficile voire impossible.

C) Des conflits qui bloquent le processus

Au cours de tous les entretiens il a été souligné que la mise en place de l'organisation en pôles, et ensuite leur bon fonctionnement sont liés à la bonne entente des personnes et à leur volonté de travailler ensemble.

A contrario, les conflits de personnes pèsent lourd dans la mise en œuvre de la réforme. Ils émanent parfois de la non adhésion de certains membres de la communauté médicale à la réforme et marquent l'organisation polaire mise en place ou bloquent totalement le processus de changement. Ces situations de conflit se développent, dans les établissements de proximité, dans un contexte de refus de prise en compte des orientations du SROS. Les blocages qui en découlent peuvent conduire à des organisations en pôle qui ne sont pas pleinement satisfaisante. L'organisation polaire du CH Sud Charente a dû prendre en compte la situation très conflictuelle qui régnait dans le service de chirurgie. Le conseil d'administration a validé une organisation autour de cinq pôles médico- techniques alors que la logique médicale aurait consisté à créer quatre pôles, selon l'avis du président de la CME. L'un des pôles est totalement inopérant. Dans le cas présent, la situation de conflit produit des dysfonctionnements en chaîne. Ainsi la nomination du responsable de pôle pose problème. Le directeur et le président de la CME ont refusé la candidature du praticien hospitalier, en conflit avec la direction et les orientations prises par l'établissement, et qui brigait la chefferie de pôle. En septembre 2007, le pôle concerné n'a toujours pas de responsable.

La même difficulté apparaît au niveau du conseil exécutif. Des pressions et enjeux de prise de pouvoir ont abouti à des difficultés au moment de la désignation des représentants du corps médical au conseil exécutif. De ce fait le CE est peu représentatif de la vie de l'établissement. Il ne prend pas de décisions stratégiques. Celles-ci émanent de la CME et du CA.

Deux établissements rencontrent des difficultés particulièrement importantes rejoignant les 6% « d'opposition nette, et ce toujours dans des établissements de petite taille », relevées dans une étude conduite par la Conférence nationale des présidents de CME.²⁴. La situation de blocage peut être mise en relation avec l'opposition d'une partie au moins des personnels, à la mise en œuvre de la politique de recomposition hospitalière incluse dans les orientations du SROS Poitou Charente. L'activité chirurgicale de certains hôpitaux de proximité devrait s'orienter vers de la chirurgie ambulatoire et s'appuyer sur une collaboration avec les équipes chirurgicales du CH de recours, dans le cadre de conventions de coopération ou disparaître. Cette réorientation de l'activité rencontre une opposition qui génère une situation de conflit et empêche la mise en place de la gouvernance. La situation est d'autant plus difficile à gérer quand les élus, présidents du conseil d'administration n'adhèrent pas aux orientations définies par le SROS et font jouer leur poids politique.

Ainsi, le CH de Confolens n'a pas avancé dans la mise en place de la gouvernance malgré une organisation décidée en conseil d'administration en mars 2007. Cette situation génératrice de conflits internes importants a empêché un repositionnement de l'hôpital.

Au terme de mon analyse je peux constater une avancée inégale des établissements dans la démarche de mise en œuvre de la gouvernance et reprendre les propos du directeur du CH de recours « *on est au milieu du gué, maintenant il faut avancer* ». Le département de la Charente se situe dans la moyenne si l'on se réfère aux observations de B.BONNICI et D.DEBROSSE : les structures sont en place, les conseils exécutifs globalement installés, le découpage en pôle réalisé à 70%, mais la contractualisation interne et la délégation de gestion en sont à leurs prémises²⁵, sauf pour les établissements qui ont anticipé la réforme.

²⁴ BICHER E., FELLINGER F. « Mise en place de la nouvelle gouvernance, évaluation dans 100 centres hospitaliers » *Réflexions hospitalières* n° 513 novembre- décembre 2006

²⁵ B. BONNICI, D. DEBROSSE « Nouvelle gouvernance. Etat des lieux et perspectives » *Revue hospitalière de France* p.52, n°516, mai -juin 2007.

3 Quelques propositions pour inciter les établissements à développer leur gouvernance

L'analyse des situations rencontrées dans le département de la Charente met en évidence des difficultés que je classerai selon un ordre de gravité ascendant :

- difficultés d'application de textes jugés trop rigides
- difficultés pour impliquer les personnels dans le fonctionnement des pôles, dans l'esprit de la gouvernance
- difficultés à gérer des conflits
- difficultés à intégrer les orientations stratégiques régionales.

Elles appellent plusieurs niveaux de réponses. Certaines sont déjà formulées par plusieurs observateurs. Pour ma part, je me bornerai à émettre des propositions qui me semblent pouvoir améliorer la situation des établissements charentais.

3.1 Des préconisations pour progresser

Mes préconisations porteront sur une invitation faite aux établissements à rechercher les moyens de parachever la mise en place de la réorganisation imposée par les textes.

3.1.1 Mettre l'accent sur la formation et l'information

Des présidents de CME, dans le cadre de leur conférence nationale ont fait des propositions qui vont dans ce sens. « *L'équilibre parfait entre enthousiasme et réticence ...montre que l'information sur les enjeux et la formation des acteurs est encore insuffisante ...Il est vraisemblable qu'une deuxième étape visant à redéfinir ou ajuster les périmètres de pôles initiaux sera souvent nécessaire pour surmonter les difficultés, vaincre les résistances au changement et convaincre de la valeur ajoutée des nouvelles organisations* ». Leurs propositions portent sur un renforcement de la formation, de l'information et de l'accompagnement. Il est nécessaire de mettre l'accent d'une part sur la gestion de la contractualisation, et d'autre part sur la gestion de conflit.²⁶

Les freins à la mise en place de la gouvernance sont une manifestation, notamment, de la difficulté du monde hospitalier à envisager des changements, même si par ailleurs il les réclame. Les conflits peuvent ainsi s'installer dans ces périodes d'incertitude (modification de l'organisation interne à réaliser en même temps que l'intégration d'orientations stratégiques définies à l'échelon régional...) Dans les établissements qui ne sont pas encore engagés dans la gouvernance, il me paraît souhaitable de mettre en place ou de

²⁶ Id Bichier E. et Fellingier F.p.68

recommencer, une information sur la gouvernance, ses objectifs, d'autant que des expériences positives peuvent être mises en avant. Un accompagnement doit être proposé pour soutenir les établissements les plus en difficulté, avec la mise en place de formations à l'intention des cadres. Par ailleurs la persistance de situations conflictuelles dans des pôles déjà constitués laisse penser que les responsables de pôles doivent être formés à la gestion de conflit.

Certains établissements procèdent actuellement (ou viennent de le faire) à la mise en place des conseils de pôle. Cet outil peut constituer un levier pour améliorer le fonctionnement des pôles comme l'a bien souligné un directeur, sous réserve de disposer de la capacité à l'animer. Cet argument plaide encore en faveur du développement de la formation des responsables de pôles au management des personnels et des projets.

3.1.2 Rechercher un accompagnement nécessaire

Mais parallèlement à la formation, certains établissements ont besoin d'accompagnement. On pourrait peut-être imaginer, pour les établissements qui disposent de moyens limités un appui technique pour la mise en place des outils internes aux pôles (contrats, outils de suivi, délégation) à un niveau local. La conférence des présidents de CME propose d'ailleurs de mettre en place des journées de mutualisation d'expérience et de partage d'outils, en particulier au bénéfice de petites structures « pauvres en moyens ». Un soutien méthodologique pourrait être mis en place à l'échelon du territoire de santé pour les établissements qui s'engagent maintenant dans la démarche.

Toutefois un centre hospitalier rejoint, à mon avis, le nombre de ceux dont la situation est préoccupante et nécessite un véritable accompagnement non seulement parce que la démarche n'est pas engagée mais aussi parce qu'il est indispensable de dépasser les conflits pour déterminer des orientations et construire des projets.²⁷

3.1.3 S'investir dans les projets de pôle

La littérature qui porte sur la mise en œuvre de la gouvernance affirme fréquemment : *« les hôpitaux qui ont élaboré un plan stratégique, construit une culture de gestion médico administrative [sont dotés] de pôles à réelle cohérence professionnelle structurés autour d'une logique médicale : cœur – poumon etc. font preuve d'une maturité. »*²⁸

²⁷ B. Bonnici, D. Debrosse « Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », revue *Réflexions hospitalières*, n°516, mai- juin 2007, pp 52 à 57

²⁸ B. Bonnici, D. Debrosse « Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », revue *Réflexions hospitalières*, n°516, mai- juin 2007, pp 52 à 57

Il apparaît bien, à travers l'exemple des établissements de la Charente, que la logique de constitution d'un pôle n'est pas une condition suffisante à un fonctionnement optimal. En l'absence de projet commun pour fédérer les équipes, le pôle présente un intérêt relatif. C'est pourquoi il apparaît particulièrement important de rappeler aux établissements la nécessité d'avoir une stratégie bien définie. Engager chaque pôle dans l'élaboration de projets internes permet d'asseoir leur dynamisme sur des objectifs susceptibles de mobiliser l'engagement de chacun.

Les arguments pour convaincre les conseils d'administrations et les équipes de se mobiliser sur l'élaboration de projets existent. Des exemples peuvent être trouvés dans les établissements similaires et parfois en interne. Là encore il apparaît nécessaire de développer la communication.

La mise en place des conseils de pôles me semble être une occasion à saisir pour mobiliser les professionnels. Un directeur a mis en exergue l'effet très positif du conseil de service sur le fonctionnement et le dynamisme du service concerné. On peut légitimement penser que les conseils de pôle auront un effet similaire. Toutefois, il faut compter sur la capacité des responsables de pôle à mobiliser leur équipe, donc à communiquer avec elle. Ces capacités doivent pouvoir s'acquérir par une formation des responsables de pôles au management des personnes et des projets comme dit plus haut.

3.1.4 Mobiliser le corps médical sur l'avenir de l'hôpital public

Les établissements enfermés dans leurs conflits et sans objectif stratégique souffrent d'un manque d'attractivité. Deux effets s'enchaînent, l'établissement a des difficultés pour recruter des médecins et ne peut donc ni maintenir ni développer son activité. Mais également une mauvaise image de marque entraîne une fuite de la clientèle potentielle.

Les établissements me semblent disposer de plusieurs moyens pour améliorer cet état de fait. J'ai indiqué plus haut l'importance de s'appuyer sur un projet de pôle fédérateur pour améliorer le fonctionnement donc la qualité et le service rendu aux usagers. Un projet médical « intéressant » peut être un élément d'attractivité lorsque l'établissement cherche à recruter des médecins.

Par ailleurs, le principal relais entre l'hôpital et le monde extrahospitalier est le médecin. Il me paraîtrait opportun de rendre les médecins conscients de leur responsabilité dans l'attractivité de l'établissement où ils travaillent. Multiplier les contacts avec la médecine de ville et le partenariat me paraît devoir permettre un meilleur « adressage » des patients vers l'hôpital public, pour de l'activité programmée.

3.1.5 Accompagner l'évolution des établissements

Les petits établissements se sentent peu concernés par une réforme dont ils pensent ne pas être le cœur de cible. Leur marge de manœuvre pour négocier les contrats internes est faible, car les ressources liées à la tarification à l'activité portent sur une petite partie de leur activité, le volume de places MCO étant restreint.

Ils sont aussi fragilisés par la remise en cause de certaines de leurs activités et doivent développer des projets nouveaux.

Les orientations définies par le SROS donnent leur place aux établissements de proximité. *« Ce nouveau SROS a ainsi pour objectifs d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, d'assurer également la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques »*²⁹

Les établissements devraient donc se saisir mieux qu'ils ne le font des opportunités données par le SROS pour développer certaines activités. Les annexes au SROS invitent les établissements du territoire de santé de la Charente à une réflexion sur l'augmentation de l'offre en médecine, soins de suite, unités de soins de longue durée, hospitalisation à domicile. Ils doivent s'engager dans une démarche de coopération pour maintenir une chirurgie publique de qualité et établir les complémentarités indispensables pour la continuité des soins et les prises en charges spécifiques. Le SROS préconise le développement des coopérations entre le site de recours et les sites de proximité pour développer des consultations avancées de spécialités médicales selon les besoins (neurologie, cardiologie, gastroentérologie, pneumologie...), des filières de soins incluant des soins de suite et les soins palliatifs. I

Il me paraît utile d'activer des groupes de travail, prenant appui sur les projets médicaux de territoire pour développer les activités répondant au besoins.

Ils ont aussi intérêt, en s'appuyant sur les projets médicaux de territoire de se rapprocher de la médecine de ville et des acteurs du secteur médico social.

A mon sens, il faut encourager les établissements à utiliser leur dynamisme à la mise en œuvre de projets au lieu de disperser leur énergie dans des combats perdus d'avance

²⁹ SROS III 2006/2011 chapitre I et II, introduction p11 (doc. Janv. 2006) Site parhtage ARH Poitou-Charentes,

3.2 L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale et la gouvernance hospitalière

Des missions définies par décret....

Les missions de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale sont définies par le décret n°2002-1569 du 24 décembre 2002. Le IASS est chargé, sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales de l'Etat.

Un inspecteur en charge d'une unité fonctionnelle « offre de soins » apporte en tant que de besoin, son concours à la mise en œuvre des politiques dont sont chargées les agences régionales de l'hospitalisation. A ce titre, il assure notamment des missions d'inspection et de contrôle des établissements sanitaires, participe à la planification, à la programmation, assure l'allocation des ressources, contribue au pilotage ou à l'animation des politiques de santé publique

....qui rencontrent la gouvernance

La nouvelle gouvernance doit concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, conduire au découplage des services, à une médicalisation de la gestion. Une optimisation de l'organisation et de la gestion est attendue. La nouvelle organisation s'accompagne de la mise en place d'outils d'analyse (comptabilité analytique) et de la production d'indicateurs visant à mettre en évidence la performance. Ces outils donnent un éclairage nouveau pour déterminer les orientations de l'hôpital.

La gouvernance va orienter les choix stratégiques des établissements et aura, à terme une incidence sur l'offre de soins. Les pouvoirs publics disposent également de données nouvelles. Leur analyse peut modifier le pilotage des politiques publiques.

L'inspecteur sera donc amené à s'intéresser de manière plus ou moins directe à la mise en œuvre de la gouvernance.

Un inspecteur de l'action sanitaire et sociale affecté en DDASS sur une unité d'offre de soins hospitaliers travaille dans le cadre des directives données par l'Agence régionale de l'hospitalisation et acceptées par le directeur de la DDASS. L'agence fixe les objectifs et attribue les moyens.

Le IASS est un interlocuteur administratif privilégié de l'établissement au niveau local, c'est lui qui fixe les budgets. Il examine les états prévisionnels des recettes et des dépenses et propose leur approbation ou leur modification au Directeur de l'agence.

Par sa participation aux réunions des conseils d'administration il est en capacité de connaître les orientations des établissements, les projets en cours mais aussi les problèmes auxquels ils sont confrontés. Il est en position de rappeler les orientations données par l'agence, mais il peut aussi alerter l'ARH, par l'intermédiaire du directeur de la DDASS, lorsque la gravité des faits le justifie.

Il participe à la planification, à la préparation des schémas régionaux de l'organisation sanitaire et à leur déclinaison au niveau du département. Il impulse en fonction des consignes de l'agence la mise en place de groupes de travail pour définir les orientations des projets médicaux de territoire qui peuvent faciliter le développement des complémentarités d'activité, et des coopérations sur un territoire donné.

Dans le cadre d'un binôme Etat/CPAM, l'inspecteur participe à la négociation des CPOM avec chaque établissement et aux arbitrages par l'agence. Les CPOM constituent la déclinaison de tous les volets de la réforme hospitalière et incluent un volet sur la gouvernance et les efforts d'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements.

L'inspecteur assure un « relais » entre l'agence et les établissements. Il centralise et analyse, par exemple, les projets d'investissement et les demandes de subvention, avant leur transmission à l'ARH.

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales conserve, au nom du préfet, des compétences sur certains personnels avec l'organisation de commissions paritaires, l'inspecteur peut être en charge de ce dossier.

A travers la nouvelle gouvernance, l'élève IASS peut aborder la totalité de la réforme hospitalière, tarification, planification, qualité et investissements.

Conclusion

L'objectif poursuivi par l'ordonnance du 2 mai 2005 est d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité du travail interdisciplinaire en s'appuyant sur une réorganisation interne de l'hôpital. Le texte associe plus étroitement les directeurs et les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations de l'établissement. Il affirme comme principe de favoriser souplesse, reconnaissance et responsabilisation.

La mise en application de l'ordonnance simplifiant le régime juridique des établissements de santé, dans le département de la Charente, permet de dégager quelques observations. Elle s'est traduite par un engagement des établissements dans le réaménagement de leur organisation autour de la création de pôles d'activité dont la nécessité n'est pas toujours bien perçue.

Ainsi, la mise en œuvre de la gouvernance et de l'organisation en pôle rencontre des difficultés. Si l'on fait abstraction des situations d'opposition totale à tout processus de changement, il reste parfois difficile de faire adhérer les éléments constitutifs des pôles à un projet commun. La nouvelle gouvernance repose grandement sur les capacités des responsables de pôle à mobiliser leurs équipes.

La mise en place de la réforme de la gouvernance se conjugue avec un nouveau mode de tarification. L'intérêt du corps médical pour la gestion et surtout les « résultats » s'en est trouvé fortement stimulé. La mise en relation de l'activité développée avec les résultats comptables obtenus semble créer une dynamique nouvelle. La relation entre l'activité médicale et le résultat favorise un investissement nouveau dans le recueil des informations médicalisées. Il permet sous réserve de vérification une meilleure connaissance de l'activité médicale et des profils de pathologies traitées.

Le développement de la comptabilité analytique, de nombreux tableaux de bord, le recueil d'indicateurs permettent aux établissements de faire des choix plus « éclairés ». Les gestionnaires administratifs attendent beaucoup des données disponibles en terme de résultats. Le maintien d'une activité peut être remis en cause. Toute demande nouvelle doit pouvoir s'analyser en terme de coût bénéfice, et en terme de productivité.

Mais les choix peuvent-ils être orientés uniquement par les résultats constatés et les bénéfices attendus ?

La gouvernance interne aux établissements est en relation directe avec la gouvernance des politiques de santé publique par les pouvoirs publics. Cette imbrication des gouvernances est d'ailleurs clairement perceptible dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les outils de gestion qu'elle mobilise produisent une information qui doit permettre, à terme, d'opérer des choix stratégiques en matière de politiques publiques de l'offre de soins. La comparaison qui va pouvoir s'opérer entre établissements, les objectifs de performance et d'efficience ne vont-ils pas conduire à des choix qui iront à l'encontre de l'objectif de permanence de l'offre de soins sur le territoire et à l'égalité d'accès aux soins ?

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.
- 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.
- Décret n° 2005 434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique, et le code de l'action sociale et de la famille.
- 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.
- 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.
- Décret n° 2005 1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Décret du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- Circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

- Rapport au Président de la république relatif à Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Note DHOS n°03563 du 16 novembre 2006 relative à la réforme de la gouvernance à l'hôpital – Dispositions à prendre par le conseil d'administration dans le règlement intérieur.
- Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière. DHOS janvier 2007

Ouvrages

CLEMENT J.M. Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière. Les Etudes hospitalières

DUPUY O. La nouvelle gouvernance hospitalière, organisation en pôles d'activité. Heures de France. 2007

EXPERT P. La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une nouvelle dynamique. 2ème édition 5 mai 2006 , Ed. Berger Levraut

MORDELET P. Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé. Editions ENSP 2006

Articles

ARNAUD A. « Long et lent aboutissement d'une réforme imparfaite le SNCH s'interroge sur la course de lenteur du ministère. » Le nouvel hospitalier, n°74 mars- avril 2005.

BICHER E., FELLINGER F. « Mise en place de la nouvelle gouvernance, évaluation dans 100 centres hospitaliers ». Réflexions hospitalières n°13 novembre- décembre 2006.

BONNICI B. DEBROSSE D. « Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives ». Revue hospitalière de France, n°516 mai- juin 2007 .

CALLET R, CRIE D. « Organisation par pôles de l'hôpital public.». Réflexions pour l'hôpital 2007, Gestion hospitalière, octobre 2004.

CASTEL P. « La nouvelle gouvernance de l'hôpital ». Bulletin juridique de la santé publique novembre - décembre 2005.

DANIEL M.G., MADELMONT F. « La tarification à l'activité et ses impacts organisationnels » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006.

DAVIRON C. « Gouvernance: orchestrer la mise en œuvre, contractualisation interne : enjeux et conditions de réussite ». Les cahiers du management. Objectif soins, n°144 mars 2006.

DEBROSSE D. « L'accompagnement des réformes, de l'administratif à la gestion » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006.

DEBROSSE D., « Hôpital 2007: le dispositif d'accompagnement des réformes ». Les cahiers hospitaliers, avril 2007, pp 5.

D'HALLUIN J.P. MAURY F., PETIT J.C., SINGLY C., « L'hôpital en mouvement » Pouvoirs et organisation à l'hôpital. Revue Esprit, janvier 2007.

DOMIN P. « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital- entreprise. » Gestion hospitalière janvier 2006.

DUROU D. « Organisation en pôles, T2A, pilotage médico-administratif, l'épreuve de vérité, poursuite d'une réflexion sur l'expérience du CHU de Toulouse » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006

ESPER C. « La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics, un texte entre continuité et modernité, encadrement et liberté ». Gestion hospitalière, octobre 2004

ESPER C. « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? », Revue Droit à la Santé n°5, septembre - octobre 2005.

FAURE A. « Nouvelle gouvernance, inquiétudes et espoirs des futurs acteurs. » Gestion hospitalière janvier 2006.

FORCIOLI P. « Nouvelle gouvernance les premiers témoignages. » Objectifs soins n°36 mai 2005

HERREROS G., MILLY B. « Une nouvelle sociologie de l'hôpital ? » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006.

HOLCMAN R. « L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? » Gestion hospitalière mai 2006.

JAAFAR D. « La nouvelle architecture institutionnelle née des ordonnances sur la gouvernance de l'hôpital : de nouveaux pouvoirs ? » Actualités JuriSanté n° 51, octobre 2005, pp11à13

JAAFAR D. « De nouveaux pouvoirs à l'hôpital public ? » Technologie et santé n°58 avril-mai 2006

JEAN P. « Structures hospitalières et « nouvelle gouvernance ». Réflexions hospitalières n°10 mai- juin 2006

KOHLER F., TOUSSAINT E. « Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne, quelques réflexions sur les modèles en hospitalisation de court séjour. » Gestion hospitalière, février 2005

LANNIER F. « Enquête sur la nouvelle gouvernance, des professionnels engagés dans sa mise en œuvre. » Les cahiers du management. Objectif soins, n°144 mars 2006

LESTEVEN P. « Gouvernance : une réforme inachevée ». Technologie et santé n°58 avril- mai 2006

MARTINEZ P. « Architecture et gouvernance » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006

RAGAIN D. « Les outils de pilotage des établissements de santé. » Technologie et santé n°58 avril– mai 2006

ROMANET J.J. « L'efficacité par le sens : devoirs et plaisirs du dirigeant hospitalier. » Les cahiers hospitaliers, avril 2007, pp 7

TALEC T., SEGADE J.P., « Qui décide à l'hôpital ? » Gestions hospitalières, n° 459 octobre 2006

Rapports et missions

Projet hôpital 2007. Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale. DEBROSSE D, PERRIN A., VALLANCIEN G., avril 2003.

L'organisation interne de l'hôpital. Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, présenté par M. René COUANAU en mars 2003.

Mémoires

LANCRENOT C. « L'encadrement des pôles d'activité au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal » EDH, 2005

LEQUET Y. « L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la nouvelle gouvernance. L'expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon » EDH, 2005

LEVRIER J.G. « Les contrats de prestations internes au CHU de toulouse ou recherche de « l'unité dans la diversité » : comment préserver une cohérence institutionnelle malgré de nombreux contrats conclus entre pôles ? »

Sites internet :

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.reformes-hospitalieres.com>

<http://www.parhtage.sante.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Entretiens réalisés

Annexe3 : Configuration des pôles d'activité des établissements publics de santé de la Charente

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Présentation de ma démarche :

Entretien pour réaliser un mémoire dans le cadre de ma formation.
Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, en application de l'ordonnance du 2 mai 2005, dans les établissements publics de santé de la Charente

Qu'est ce pour vous la nouvelle gouvernance ?

Pouvez vous me dire où en l'établissement dans la démarche et l'impact de la réorganisation?

La création du conseil exécutif ? Qu'est ce que cela a changé ?

L'organisation en pôles ? Si vous avez donc un peu de recul, qu'est-ce que cela à apporté ?

Quels outils internes sont mis en place ?

Conseils de pôles ?

Contrats de pôle ?

Quel est selon vous l'impact ?

sur le découloisonnement ?

Sur l'amélioration de l'organisation de l'activité médicale ?

Sur la prise en charge des patients ?

Sur les relations internes ? Contractualisation ? Décloisonnement ?

Sur l'implication dans la gestion ? Responsabilisation ?

Quelles sont vos attentes dans cette nouvelle organisation ? Les effets pour l'avenir de l'établissement ?

A votre avis comment est-elle perçue par l'ensemble du personnel hospitalier ?

Qu'en attendent-ils ?

Y a-t-il des freins à la mise en œuvre de cette démarche ? Lesquels ?

Articulation de la nouvelle gouvernance avec les autres aspects de la réforme

La planification ? Avec le développement des coopérations entre établissements ?

La tarification ?

La certification ?

Quoi d'autre ?

ANNEXE 2

Entretiens réalisés

Directeur du CH d'Angoulême

Président de la commission médicale d'établissement CH d'Angoulême

Directeur du CH de Cognac

Directeur du CH Sud Charente, Barbezieux

Président de la commission médicale d'établissement, CH Sud Charente

Directeur du CHS Camille Claudel, Angoulême

Attachée d'administration du CHS

Directrice du CH de Confolens

Représentant du personnel du CH d'Angoulême

Et

Secrétaire général de l'ARH Poitou- Charentes

ANNEXE 3

Configuration des pôles d'activité des établissements publics de santé de la Charente

Le centre hospitalier d'Angoulême

désignation	Composition des pôles décision CA du 15 mars 2006	Désignation des coordonnateurs de pôle	Contrats internes/ dates
1- Pôle mère enfant	Pédiatrie Gynécologie obstétrique		CA 03/05/06 En cours de réécriture
2- Pôle chirurgie anesthésie	Chirurgie générale, viscérale, urologie Orthopédie/traumatologie/ORL Odontologie/ophtalmologie/anesth ésie/bloc opératoire	Avis CME Décision CA du 25/10/06	Phase : début
3- Pôle urgences, réanimation, gériatrie	Urgences /réanimation /gériatrie	Avis CME Décision CA du 11/12/06	
4- Pôle SSR	RRF/SSP/	Avis CME Décision CA du 13/09/06	
5- Pôle médicosocial	Secteur hébergement	Décision CA 15/01/07	convention tripartite
6- pôle spécialités médicales	Médecine interne –diabétologie – rhumatologie -infectiologie Gastro-entérologie Neurologie néphrologie hémodialyse	Avis CME 26/06/06 Décision CA 30/06/06	
7- Cœur poumon scintigraphie	Cardiologie pneumologie scintigraphie	Avis CME 26/06/06 Décision CA 30/06/06	
8- cancérologie	Radiologie oncologie		Phase : début
9- Activités transversales	Laboratoire/anatomopathologie/hy giène/pharmacie –CAMS- stérilisation/ radiologie/ DIM/archives médicales	Avis CME Décision CA du 13/09/06	

Hôpital de proximité « intermédiaire » : le CH de Cognac

désignation	Composition des pôles décision CA du 22 décembre 2006	Désignation des coordonnateurs de pôle	Contrats internes/ dates
Pôle services cliniques court séjour	• Service de médecine A - UF oncologie - UF pneumologie et explorations fonctionnelles - UF cardiologie et explorations fonctionnelles - UF hôpital de jour • Service médecine B - UF rhumatologie - diabétologie - UF gastro-entérologie • UF unité d'hospitalisation programmée • Endoscopies • Service de pharmacie – stérilisation • UF kinésithérapie	Avis CME Décision du CA du	En cours
Pôle plateau technique	• Service urgences –SMUR •Service d'imagerie médicale • Service gynécologie obstétrique • Service ORL • Service OPH • UF consultations externes		
Pôle gériatologique	• service de gériatrie - UF médecine gériatrique - UF SSR - UF USLD - UF maison de retraite		

Hôpital de proximité : le CH du Sud Charente

désignation	Composition des pôles CA du 18 décembre 2006	Désignation des coordonnateurs de pôle	Contrats internes/ dates
1- pôle médico-chirurgical	-médecine et hospitalisation de jour -Chirurgie et chir. Amb.	13/03/07 avis défav sur médecin proposé	
2- Pôle urgences, Surveillance continue SMUR	-urgences -lits porte -SMUR -Surveillance continue -PASS -CCP	Avis CME Décision CA du 13/03/07	
3- Pôle SSR	-soins de suite polyvalents -médecine physique et réadaptation -équipe mobile de soins palliatifs	Avis CME Décision CA du 13/03/07	
4- Pôle gériatrie	-médecine gériatrique -USLD -EHPAD -soins de suite gériatriques	Avis CME Décision CA 13/03/07	
5-Pôle médico-technique	-PUI (pharm) cellule hygiène -laboratoire -imagerie médicale -bloc opératoire – anesthésiologie -consult. externes -DIM	Avis CME Décision CA 13/03/07	

Centre hospitalier spécialisé à vocation départementale : CHS Camille Claudel

désignation	Composition des pôles
Pôle accueil, orientation centre de crise	UAOC UCMP « lieu-dit » accueil psychologique
Pôle 1 : Val de Charente	1 ^{er} secteur de psychiatrie générale adultes Unités de soins à l'hôpital : Esquirol 1(admissions) Esquirol 2 (moyen séjour) structures extra hospitalière sur Angoulême et Cognac
Pôle 2 : Est Charente	2 ^{ème} secteur de psychiatrie générale adultes Unités de soins à l'hôpital : primevères1 (admission) Primevères 2 moyen séjour structures extra hospitalière sur Angoulême , La Rochefoucault, Chabanais, Soyaux
Pôle 3 : Sud Charente	3 ^{ème} secteur de psychiatrie générale adultes Unités de soins à l'hôpital : Moreau de Tours (admission) Heuyer Font-Roi (moyen séjour) structures extra hospitalière : Barbezieux, 2 ^{ème} secteur de psychiatrie générale adultes Unités de soins à l'hôpital structures extra hospitalière Villebois-Lavalette, Chalais, Montbrun
Pôle 4 : Nord Charente	4 ^{ème} secteur de psychiatrie générale adultes Unités de soins à l'hôpital : Bettelheim (admissions) Calypso (moyen séjour) structures extra hospitalière : Roumazières, Mansle, Confolens, Ruffec.
Pôle Arc-en-ciel, hôpitaux de jour, CMP	Arc-en-ciel : p.en c. psychotiques à évolution déficitaire, 4 unités de soins à l'hôpital 2 hôpitaux de jour à Angoulême CMP Angoulême
UFIAF / UFIRRS	ACCUEIL FAMILIAL Réinsertion et réadaptation professionnelle
Centre d'alcoologie /Agora	Unité d'hospitalisation pour patients alcooliques Centre spécialisé pour toxicomanes
Maison Massenet Maison d'arrêt	Foyer en réseau Equipe de psychiatrie intervenant à la prison
Pôle 1 PIJ Sud Charente	1 ^{er} secteur de psychiatrie infanto juvénile Hôpitaux de jour et consultations médico-psychologiques sur Angoulême, Cognac, Barbezieux Mikado : accueil adolescents de 12 à 20 ans
Pôle 2 PIJ Nord Charente	2 ^{ème} secteur de psychiatrie infanto juvénile Hôpitaux de jour et consultations médico-psychologiques Angoulême, Chasseneuil, Ruffec, La Roche Foucault Winnicott : H de J enfants de 8 à 12 ans