



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**LES CADRES ADMINISTRATIFS FACE A
LA NOUVELLE GOUVERNANCE :
ENJEUX ET PERSPECTIVES D'UNE
REDÉFINITION DE LEUR RÔLE ET DE
LEUR PLACE.**

La question de l'assistant de gestion.

L'exemple du CH de Saint-Malo.

Gaëlle KUSTER

Remerciements

Je les adresse tout particulièrement à :

- Mme Dominique RADUREAU, directrice adjointe en charge des Affaires Générales et des Projets au Centre Hospitalier de Saint-Malo et maître de stage. Elle s'est pleinement investie dans cette fonction et a su me soutenir et me conseiller durant la réalisation de ce mémoire,
- Mme Anne DARDEL, Chargée de mission Métiers Compétences Formation à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, qui a accepté d'être mon encadrant mémoire. Elle en a ainsi suivi l'élaboration depuis les premières réflexions jusqu'à sa rédaction finale, et m'a apporté conseils avisés, ressources et contacts qui ont enrichi mon analyse et mon étude.

Je tiens également à remercier M. Alain TANGUY, directeur du CH de Saint-Malo, ainsi que l'ensemble des membres de son équipe de direction pour leur accueil et leur disponibilité à mon égard. Je tiens tout particulièrement à remercier M. Marc TAILLANDIER, Directeur adjoint aux Finances, pour son soutien et les débats que nous avons pu avoir, ainsi que Mme Chrystèle FIORINI, Directrice adjointe aux Ressources Humaines.

Ce mémoire n'aurait pas été aussi riche sans les nombreux entretiens que j'ai pu réaliser. Je tiens ainsi à remercier vivement l'ensemble des cadres administratifs du CH de Saint-Malo, ainsi que les responsables de pôle et les cadres coordonnateurs de pôle qui ont accepté de me consacrer du temps pour répondre à mes questions et échanger sur le sujet de ce mémoire.

Enfin, je remercie également tous mes interlocuteurs d'autres établissements qui m'ont fait profiter de leurs réflexions et de leurs expériences professionnelles.

Sommaire

Introduction	1
1 Impacts et enjeux de la réforme de la Nouvelle Gouvernance pour les cadres administratifs	5
1.1 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance : objectifs généraux et portée de la réforme.	5
1.1.1 La Nouvelle Gouvernance : contexte et objectifs généraux.....	5
1.1.2 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance : une nouvelle organisation interne basée sur le décloisonnement et la déconcentration de la gestion.	8
1.2 Nouvelles organisations, nouvelles problématiques : les enjeux pour les cadres administratifs.....	12
1.2.1 La nécessité d'innover et de s'approprier un nouveau management	13
1.2.2 La place des cadres administratifs : nouveaux rôles, nouveaux positionnements	17
1.2.3 La question de l'assistant de gestion	21
2 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de Saint-Malo : état des lieux et interrogations autour de la place des cadres administratifs	26
2.1 Etat des lieux de la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de Saint-Malo	26
2.1.1 La création des pôles cliniques et médico-techniques : une appropriation progressive des enjeux de la déconcentration de la gestion.....	26
2.1.2 La mise en place de la contractualisation et des délégations de gestion	29
2.2 Les enjeux à venir : l'assistance administrative aux pôles cliniques et la place des cadres administratifs	34
2.2.1 Les premières évolutions dans la réorganisation de l'Administration	34
2.2.2 Les attentes actuelles	37
2.2.3 L'intérêt de la mise en place d'assistants de gestion.....	42
3 Perspectives pour les cadres administratifs : préconisations pour la mise en place d'assistants de gestion	45
3.1 La mise en place de la fonction d'assistant de gestion	45
3.1.1 Un nouvel acteur dans le pôle	45

3.1.2 Les modalités techniques de mise en œuvre de la fonction d'assistant de gestion.....	49
3.2 La conduite du changement.....	55
3.2.1 Donner du sens au changement	56
3.2.2 Expérimenter et accompagner	60
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	67
Liste des annexes.....	I
ANNEXE 1 : LISTE NON NOMINATIVE DES PERSONNES RENCONTREES	II
ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN.....	III
ANNEXE 3 : SYNTHESE DES ENTRETIENS.....	IV

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'administration hospitalière
ADCH : Adjoint des cadres hospitaliers
ARH : Agence régional de l'hospitalisation
CA : Conseil d'administration
CAF : Capacité d'autofinancement
CE : Conseil exécutif
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CME : Commission médicale d'établissement
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la Santé Publique
CTE : Comité technique d'établissement
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM : département de l'information médicale
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
EPS : Etablissement public sanitaire
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FPH : Fonction publique hospitalière
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
MCO : Médecine/Chirurgie/Obstétrique
MEAH : Mission d'expertise et d'audit hospitalière
MPR : Médecine physique et de rééducation
PCME : Président de la CME
PMSI : Programme médicalisé du système d'information
SROS : Schéma régional de l'organisation des soins
SSR : Soins de suite et Réadaptation
T2A : Tarification à l'activité
UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée
USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

Les cadres administratifs - vocable sous lequel il faut entendre les attachés d'administration hospitalière et les adjoints des cadres hospitaliers - constituent une catégorie de personnel relativement peu étudiée parmi les personnels des établissements publics sanitaires. Les cadres de santé ou les cadres de direction sont à cet égard plus souvent au centre des réflexions, notamment celles qui entourent la mise en œuvre des réformes hospitalières. L'encadrement administratif n'est certes pas au premier plan des réformes mais faut-il en conclure pour autant qu'il n'y participe pas ? Il est plus souvent considéré qu'au contraire, la mise en œuvre des réformes passent largement par l'encadrement. Son efficience d'action est en effet au cœur des mutations à venir, l'encadrement devant être perçu comme un élément clé pour l'avenir de la fonction publique hospitalière.

Les réformes en cours sont d'une ampleur importante : depuis plus d'une vingtaine d'années, les textes se sont succédés afin de modifier en profondeur les modes de gestion et de management de l'hôpital, participant ainsi à un vaste mouvement de modernisation de la fonction publique. L'hôpital public doit désormais faire la preuve qu'il peut allier qualité des soins et efficience de sa gestion. La loi du 31 juillet 1991 porte les prémices de cette recherche accrue d'efficience à travers la capacité des établissements publics à se gérer : « l'amendement liberté » permettait aux établissements de s'organiser comme ils le souhaitent pour atteindre cet objectif. L'ordonnance du 24 avril 1996, dite « ordonnance Juppé », marque également une étape importante dans la volonté de moderniser l'organisation et la gestion hospitalières, en mettant notamment l'accent sur un système de régulation fondé sur des relations contractuelles et une médicalisation de la répartition des ressources. Ce texte tente d'associer plus fortement le personnel médical et soignant à la gestion des moyens nécessaires à la production des soins. Ainsi, l'ordonnance Juppé prévoyait la possibilité pour les équipes médicales et paramédicales, dans les Etablissements publics de santé, de constituer à leur initiative des centres de responsabilité. Ces centres bénéficiaient d'un budget et de délégations de gestion afin de mettre en œuvre, au bénéfice des patients, les objectifs et les moyens qui étaient fixés par contrat avec le directeur de l'établissement. Le décret du 18 avril 1997 et la circulaire du 21 avril 1997 précisaient les modalités de mise en œuvre de cette contractualisation interne. Dans la pratique, l'application de ces textes resta marginale, et notamment l'utilisation de « l'amendement liberté » et la mise en place de délégation de gestion.

Une réforme globale et de plus grande ampleur est alors imaginée : sur la base de différents rapports (rapport Couanau, rapport Debrosse...), le plan Hôpital 2007 et la

réforme dite de la Nouvelle Gouvernance voient le jour. Cette réforme, dont la mise en œuvre est aujourd'hui en cours, reprend en partie les orientations de la loi de 1991. Elle propose la refonte de l'organisation interne des hôpitaux publics et la redistribution des pouvoirs et des responsabilités entre les différents acteurs et instances. Des pôles d'activité structurent notamment la nouvelle organisation et répondent à une logique de décloisonnement et de déconcentration visant une médicalisation accentuée de la gestion et une plus grande efficacité globale des établissements.

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives au patient, à la santé et aux territoires, dont les grandes orientations se dessinent actuellement, sur la base en particulier du Rapport Larcher remis le 10 avril 2008, mais également des Rapports Rieter ou Flageolet, semble accentuer encore cette volonté de réorganiser la gestion hospitalière en déconcentrant et en responsabilisant les équipes médicales et soignantes des pôles.

La Nouvelle Gouvernance se concentre donc sur la modernisation de la *gestion* des établissements hospitaliers. Or qui dit « *gestion* » dit « *gestionnaires* »... Jusqu'à présent, les directions administratives constituaient les lieux mêmes dans lesquels la gestion était par excellence le cœur de métier. Il est ainsi étonnant que les textes de la réforme, et notamment l'ordonnance du 2 mai 2005, évoquent si peu la place et le rôle de l'encadrement administratif. **Pourtant, il est évident qu'en déplaçant les lignes « traditionnelles » de la gestion et en resserrant les organisations autour des pôles cliniques, nouvelles structures de gestion, la réforme modifie également le périmètre d'action des cadres administratifs.** La Nouvelle Gouvernance interroge la répartition des responsabilités et la définition du champ de compétences des cadres administratifs, ainsi que l'évolution des relations au sein même de l'encadrement.

Quels sont les impacts de la Nouvelle Gouvernance sur les cadres administratifs ? Les enjeux sont importants à définir car il s'agit pour les cadres administratifs de déterminer leur participation à la modernisation de la gestion attendue par la réforme.

Quelle place et quel rôle leur attribuer au sein de l'hôpital réformé et en particulier face aux pôles d'activité ? Les perspectives offertes aux cadres administratifs par la réforme sont à étudier.

Ce sont **ces enjeux et ces perspectives** que tente d'analyser le présent mémoire.

En effet, la seule évocation qui est faite des cadres administratifs dans les textes de la Nouvelle Gouvernance leur ouvre une possibilité intéressante : le responsable des pôles d'activité « *est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif* » (Art. L. 6146-6 du Code de la Santé Publique).

Pour autant, des textes à la réalité, il y a beaucoup, et peu d'établissements se sont lancés aujourd'hui dans la mise en place cette nouvelle fonction. Proposée par la réforme, elle offre toutefois une piste de réflexion intéressante sur les **nouveaux rôles et nouveaux positionnements des cadres administratifs** au sein des établissements : afin de trouver leur place dans la Nouvelle Gouvernance, ceux-ci doivent prendre part à la réorganisation de la gestion et du management, et à ce titre, **l'une de leurs missions principales devient d'offrir aux pôles cliniques une assistance administrative, une assistance de gestion**. La problématique majeure pour les cadres administratifs est donc celle de leur réorganisation et de leur repositionnement face aux pôles cliniques : ils doivent permettre de façon optimale la mise en œuvre de cette assistance de gestion.

Les investigations menées ont donc consisté en partie à déterminer quelles sont les organisations qu'il est possible de mettre en place afin de garantir aux pôles cliniques les compétences de gestion désormais attendues, et quelles en sont les implications pour les missions et le positionnement des cadres administratifs.

Deux hypothèses ont été retenues qu'il s'est agi de vérifier :

- **La réforme passe par une modification profonde et quasi « culturelle » du rôle que les cadres administratifs se voient confier au sein de l'organisation hospitalière, et notamment vis-à-vis des pôles cliniques.**
- **La mise en place des assistants de gestion au sein des pôles, qui n'a pas été réalisée dans de nombreux établissements à l'heure actuelle, s'avère être néanmoins une solution efficace et pertinente pour assurer aux pôles cliniques l'assistance administrative recherchée.**

La clarification des impacts de la Nouvelle Gouvernance sur l'administration et les cadres administratifs en particulier s'avère nécessaire dans un premier temps. **La première partie du mémoire se présente ainsi comme un travail de réflexion sur les impacts et les enjeux que porte en elle la réforme pour l'encadrement administratif**, et sur les choix d'organisation auxquels sont confrontés les établissements afin de développer l'assistance administrative nécessaire aux pôles cliniques. Méthodologiquement, cette partie s'est fortement appuyée sur la lecture des travaux de

l'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière et de nombreux articles traitant des réformes, écrits par des professionnels du monde hospitalier.

Afin de mener plus avant l'étude, le Centre Hospitalier de Saint-Malo a par la suite servi de terrain principal d'analyse. Ainsi **la deuxième partie du mémoire s'est attachée à étudier les modalités de mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au CH de Saint-Malo**, et notamment les changements intervenus au niveau de l'administration. Alors que l'établissement s'apprête à mettre en place les premiers contrats de pôles et les délégations de gestion, un bilan des premiers résultats et des attentes nées de cette restructuration interne a pu être dressé, notamment au travers des entretiens menés avec les acteurs des pôles et les cadres administratifs du CH. Ce **bilan et la mise au jour des enjeux à venir** ont permis d'explorer les **perspectives qui se présentent à l'établissement pour impliquer davantage les cadres administratifs** dans la réforme et dans la déconcentration de la gestion.

Partant de ces analyses et des investigations menées sur le terrain de stage, le travail exposé ici a abouti **en troisième partie** à des **préconisations sur la mise en œuvre d'une fonction nouvelle pour les cadres administratifs, celle d'assistant de gestion**. Ces préconisations ont été largement alimentées par l'expérience d'autres établissements publics ayant fait le choix de mettre en place des assistants de gestion, établissements contactés dans un esprit de benchmarking.

1 Impacts et enjeux de la réforme de la Nouvelle Gouvernance pour les cadres administratifs

La circulaire DHOS du 13 février 2004 proposait dès cette date aux établissements expérimentateurs de mettre en place, par anticipation, les réorganisations permettant la Nouvelle Gouvernance hospitalière. L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé est venue généraliser cette réforme. Trois à quatre ans plus tard, les premiers résultats de la mise en œuvre de cette restructuration interne et les premiers bilans peuvent être posés. Ils permettent ainsi de mieux distinguer, avec ces quelques années de recul, les enjeux que porte cette réforme dans sa réalisation sur le terrain. Emergent notamment les questions relatives à la réorganisation de l'administration et aux nouveaux rôles des cadres administratifs.

Afin de mieux identifier les enjeux de la Nouvelle Gouvernance pour les cadres administratifs, il importe d'en rappeler au préalable les objectifs, la portée et le contenu.

1.1 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance : objectifs généraux et portée de la réforme.

L'objectif principal de la réforme de la Nouvelle Gouvernance est de parvenir à « *accroître l'efficacité de la prise en charge des patients* » ainsi que l'indique les documents du ministère de la santé présentant le plan Hôpital 2007¹. En effet, afin d'en saisir la logique et les objectifs principaux, il est intéressant de replacer cette réforme particulière dans l'ensemble des réformes que porte le plan Hôpital 2007 et notamment d'identifier les liens avec la réforme de la Tarification à l'Activité.

1.1.1 La Nouvelle Gouvernance : contexte et objectifs généraux

A) Un élément du plan Hôpital 2007 visant une recherche d'efficacité accrue

La Nouvelle Gouvernance est l'une des quatre composantes du plan Hôpital 2007, réforme d'ensemble visant la modernisation de la gestion de l'offre de soins et des établissements de santé français. La planification sanitaire et son renouveau avec le SROS 3 ; la certification, les évaluations des pratiques professionnelles et la gestion des

¹ Cf. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES REFORMES / DHOS *Le sens des réformes. Vade-mecum*, Kit de présentation des réformes accessible sur Internet <http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/les-reformes-pour-le-patient>

risques ; la tarification à l'activité et la réforme budgétaire et comptable des établissements sanitaires, constituent les trois autres composantes de ce plan de modernisation. Il marque une étape forte dans la réflexion constante menée pour moderniser l'hôpital, et propose un changement global et novateur dont l'objectif est de « *redonner aux établissements de santé les moyens de leurs ambitions et de leur adaptation en garantissant un financement plus équitable fondé sur l'activité, en renforçant l'autonomie pour responsabiliser les acteurs, en les incitant à optimiser et à mutualiser l'utilisation de leurs ressources, en soutenant l'effort de modernisation, d'adaptation et de coopération entre établissements de santé*² ». Bien que mises en place de façon distincte, au gré des opportunités et des contextes locaux, ces mesures forment un tout. Elles poursuivent le même objectif et, dans une configuration logique idéale, doivent être lues selon un certain sens :

- La planification sanitaire et la nouvelle régulation de l'offre de soins portée par le Schéma Régional d'Organisation des Soins de 3^{ème} génération, garantissent l'accès aux soins de tous. Elles supposent la conclusion de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, responsable des SROS, et les établissements de santé, afin de rationaliser et de mettre en cohérence les projets de ces derniers sur un territoire de santé donné.
- La réussite de la mise en œuvre des projets des EPS passe ensuite par l'amélioration de la qualité des prises en charges. La dimension « Qualité » est assurée par la Certification des établissements sanitaires, les EPP et le développement de la gestion des risques.
- Pour garantir des prises en charge de qualité, l'ensemble des acteurs de l'hôpital doivent collaborer et se saisir des problématiques de gestion. D'où la nécessité de définir de nouveaux modes de relation et une nouvelle organisation interne qui permettent d'accroître l'efficacité des prises en charge. L'accent est porté sur la mise en place d'un véritable pilotage médico-économique de l'ensemble de l'établissement.
- L'hôpital se place alors dans une position positive vis-à-vis du nouveau dispositif de financement prévu par la réforme : la tarification à l'activité qui, contrairement au système de dotation globale où les budgets alloués aux établissements étaient reconduits par rapport au budget de l'année précédente, fait dépendre directement les recettes d'un hôpital de son activité. Les dépenses sont alors fixées en fonction des recettes prévisionnelles.

² Cf. DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES REFORMES / DHOS *Le sens des réformes. Vade-mecum*, Kit de présentation des réformes accessible sur Internet <http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/les-reformes-pour-le-patient>

La Nouvelle Gouvernance a donc pour objectif principal d'améliorer l'efficacité de la gestion des établissements. *L'efficacité* est un terme qui désigne le fait de réaliser un objectif avec le minimum de moyens possibles. Il ne doit pas être confondu avec *l'efficacité* qui vise la simple atteinte d'un objectif sans considération des moyens engagés, ou *la rentabilité*, terme financier qui évalue un résultat en rapportant les bénéfices dégagés aux capitaux investis. Un établissement de santé est ainsi efficace lorsqu'il parvient à offrir des prises en charge de qualité par une bonne utilisation des ressources (humaines, matérielles, financières...). La réforme cherche ainsi à structurer un nouveau managérial, un nouveau pilotage axé sur la dimension médico-économique. La restructuration interne et les nouveaux modes de relation que propose la Nouvelle Gouvernance visent, à travers le rapprochement entre le corps médical, le personnel soignant et la direction, à dynamiser et à responsabiliser les équipes, à lutter contre les rigidités et les cloisonnements, et à médicaliser la gestion de l'hôpital, en y associant notamment les praticiens. Il s'agit de reconfigurer l'hôpital, dans ses dimensions organisationnelle et managériale, pour obtenir des soins de meilleure qualité à moindre coût.

B) Une réforme indissociable de celle de la Tarification à l'activité.

La réforme de la Nouvelle Gouvernance et la Réforme de la Tarification à l'activité sont deux réformes indissociables : elles s'appliquent de façon concomitante et participent toutes deux de la même volonté d'évoluer vers une gestion médico-économique renforcée de l'hôpital. La recherche d'une médicalisation de la gestion et de la responsabilisation des acteurs, notamment médicaux et soignants, sont en effet des objectifs que partagent ces deux réformes.

Engagée en 2004, la T2A constitue un mode de financement *médicalisé* des établissements publics de santé pour leur champ d'activité Médecine/Chirurgie/Obstétrique³. En effet, auparavant, sous le système de Dotation Globale, les budgets alloués étaient reconduits d'années en années et sans cesse ajustés à la marge (financements complémentaires). Les moyens étaient donc faiblement corrélés à l'évolution réelle de l'activité. Les établissements sont désormais financés par la Sécurité Sociale en fonction (et a posteriori) des soins et des séjours qu'ils réalisent. Ce sont les activités, traduites en tarifs, qui déterminent directement les ressources. Les recettes correspondent ainsi à une approche médicalisée de l'activité. Ce mécanisme est

³ Le champ d'application de la T2A s'est en effet limité dans un premier temps au champ MCO, mais les secteurs Soins de Suite et Réadaptation, ainsi que la Psychiatrie, font actuellement l'objet d'études afin de parvenir également à un financement médicalisé.

rendu possible par l'arrivée à maturité d'une première réforme lancée en 1986 : le Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ainsi, François Crémieux et Marie Deugnier expliquent⁴ : « *Le PMSI consiste à coder le séjour de chaque patient pris en charge en hospitalisation selon une grille de groupes homogènes de malades (GHM) dont l'homogénéité est précisément définie par le niveau de coûts engagés dans le prise en charge.* » Ce dispositif conduit à l'élaboration pour chaque type de prise en charge de tarifs nationaux, sur la base desquels les établissements sont désormais financés au vu de leur activité.

Le budget global disparaît dès lors au profit d'un nouvel outil de prévision budgétaire : l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses. L'EPRD construit le budget d'un établissement à partir d'une prévision des recettes, prévision qui déterminera ensuite le niveau des dépenses. Ainsi, contrairement au budget global, ce sont désormais les recettes tirées de l'activité et de la production des soins qui déterminent directement les ressources dont les établissements disposent.

La T2A cherche ainsi à favoriser une meilleure utilisation des ressources : les gestionnaires sont incités à prendre en compte désormais l'activité médicale de leur établissement, à en optimiser la réalisation et à rechercher une meilleure adéquation avec les moyens engagés. L'adaptation permanente de l'efficacité de l'hôpital doit reposer sur un véritable projet médicalisé d'établissement. In fine, la T2A vise l'optimisation de l'utilisation des ressources et une incitation à la productivité ; elle conduit les établissements de santé à une recherche continue de l'efficacité.

Le lien avec la Nouvelle Gouvernance prend ainsi tout son sens : pour optimiser la médicalisation de la gestion de l'hôpital et relever le défi de ce nouveau mode de financement, il est nécessaire de responsabiliser les producteurs de soins eux-mêmes et de les sensibiliser à la gestion.

1.1.2 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance : une nouvelle organisation interne basée sur le décloisonnement et la déconcentration de la gestion.

Afin d'atteindre ces objectifs d'efficacité accrue et de médicalisation de la gestion, la Nouvelle Gouvernance passe par :

- le décloisonnement des mondes médical, soignant et administratif,
- la déconcentration de la gestion.

Ainsi, concrètement, cette réforme comporte trois axes principaux :

⁴ CREMIEUX F. et DEUGNIER M., », janvier 2007, « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit* « *L'hôpital en mouvement* », pp. 32-39.

- *Une répartition nouvelle des pouvoirs* : la réforme crée une nouvelle entité stratégique et décisionnaire, le Conseil Exécutif, et prévoit des rapports nouveaux entre le Conseil d'Administration et ce Conseil Exécutif. Composé à parité de médecins et de membres de la direction, ce dernier devient ainsi le lieu où sont débattues les questions stratégiques de l'établissement. Les pouvoirs du CA, du CE et du Directeur sont redistribués. Les autres instances : commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique... doivent trouver leur place dans cette nouvelle organisation.
- *Une nouvelle organisation interne par pôles d'activité* : la création de pôles d'activité est rendue obligatoire par regroupement de services ou d'unités fonctionnelles. A leur tête sont nommés des praticiens responsables de pôle.
- *Une politique généralisée de contractualisation interne* entre le nouvel exécutif et les pôles d'activité clinique. La mise en place de délégations de gestion au profit des pôles vient compléter cette contractualisation interne afin de permettre la mise en œuvre des objectifs inscrits dans les contrats de pôle.

A) La mise en place des pôles

Les établissements de santé ont souvent été critiqués pour le cloisonnement qui peut s'instaurer entre d'une part, les services de soins, unités de base de l'organisation hospitalière dans lesquelles les prises en charges des patients sont assurées, et d'autres part, l'Administration qui a en charge la gestion des ressources nécessaires pour financer ces prises en charge. L'hôpital est ainsi parfois décrit comme une organisation où coexistent deux mondes, portant chacun leurs objectifs et intérêts particuliers, leur histoire et leur culture propres, et dont les relations sont peu nombreuses ou difficiles : le monde des soins et le monde administratif. « *Cette opposition binaire, schématique à l'excès, pousse le trait jusqu'à la caricature : pourtant elle dessine assez justement le cadre de potentiels affrontements* » expliquent des professionnels hospitalier dans la Revue Esprit⁵. Dans ce système, la gestion des moyens et des ressources nécessaires à la production des soins se trouve alors facilement délaissée aux administratifs par les producteurs de soins eux-mêmes. Or quand les ressources deviennent rares, ce qui est le cas depuis les années 90, les conflits d'intérêt éclatent et seul un rapprochement de ces deux *mondes* peut permettre une délibération éclairée et la concertation de tous les acteurs.

⁵ D'HALLUIN JP., MAURY F., PETIT JC., et al., janvier 2007, « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit « L'hôpital en mouvement »*, pp. 14-31.

Afin de favoriser le décloisonnement nécessaire à une gestion *médicalisée* et à une prise de décision médico-administrative, l'ordonnance du 2 mai 2005 introduit l'obligation de créer des pôles d'activité. Les services doivent ainsi se regrouper dans des ensembles plus importants. Les critères et les logiques de regroupement sont laissés à la discrétion des établissements. Toutefois, la création des pôles doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement et permettre d'en faire des unités de gestion pertinentes. « *Dans la logique de la réforme, les pôles d'activité doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée* » rappelle ainsi la DHOS dans son document de présentation de la réforme⁶.

Sur le modèle de l'entreprise, les pôles cliniques et médico-technique peuvent ainsi se comparer au concept de « business unit » ou encore de « centre de profit » dans le schéma de la « corporate governance ». Ils répondent au principe de subsidiarité : le niveau le plus adapté pour mettre en œuvre une politique est celui le plus proche de l'action, du terrain, ici de la production des soins. Les prises de décisions doivent se faire au niveau le plus déconcentré qui soit compatible avec la politique et les orientations générales de l'établissement. Ainsi, à l'image de certaines entreprises, l'hôpital cherche à travers ces pôles d'activité, à créer des entités fictivement autonomes, disposant d'un certain pouvoir de réorganisation et de gestion, et auxquelles il appartient de mettre en œuvre les moyens et les méthodes les plus adaptées pour atteindre les buts fixés par l'échelon supérieur, en l'occurrence l'amélioration de leur efficacité. Ces entités constituent en effet des sous-ensembles qui gèrent un processus complet autour d'une activité et dont le but principal est d'en améliorer la productivité. Le pilotage de ces entités est laissé à l'appréciation des « managers » qui les « dirigent », ici les responsables de pôles. Ces derniers doivent en contrepartie bénéficier des marges de manœuvre et des outils nécessaires à un tel pilotage. La constitution des pôles cliniques et médico-techniques doit donc permettre de regrouper des services qui partagent un certain nombre d'éléments d'un même processus, et qui, par la mutualisation de leurs ressources et un pilotage commun, parviendront à optimiser leur activité et à en améliorer la productivité, dans le respect des orientations du projet d'établissement.

Dans les faits, la logique de pôle telle que voulue par les réformateurs n'est pas toujours respectée : la réorganisation polaire peut prendre des formes très différentes selon les établissements, ainsi que le rendaient possible les textes, mais dans certains

⁶ DHOS, décembre 2007, *Présentation de la réforme de la Gouvernance Hospitalière*, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf>, 109 p.

cas, aucune réelle cohérence n'a été respectée. Les regroupements se sont parfois fait de façon hétérogène et « l'esprit de pôle » est alors difficile à obtenir de la part des membres de ces pôles. Les redécoupages ne semblent pas toujours propices à la recherche en interne d'une optimisation de l'efficacité des organisations.

Par ailleurs, la restructuration en pôles s'applique également aux activités non cliniques ou médico-techniques selon les textes de la Nouvelle Gouvernance. La constitution de pôles administratifs n'a pourtant pas été réalisée dans tous les établissements, et pour la plupart, le découpage des directions est intervenu dans un second temps, après que les pôles cliniques et médico-techniques ont été créés.

B) La contractualisation et la délégation de gestion

La structuration interne en pôles d'activité clinique ou médico-technique s'inscrit ainsi dans une logique de délégation de la gestion et de rapprochement de la décision au plus près du terrain. Dans ce cadre, la contractualisation interne définit des objectifs d'activité et des moyens, négociés entre l'exécutif et le pôle. Peuvent ainsi être déconcentrés et délégués tous les actes pour lesquels une prise de décision au niveau du pôle semble à l'établissement plus pertinente et plus rapide. La contractualisation interne et la mise en œuvre des délégations de gestion visent en particulier à responsabiliser chaque pôle en matière de production de recettes et de réalisation de dépenses.

Ainsi, il est rappelé par la DHOS que « *la structuration des pôles trouve son achèvement avec la conclusion d'un contrat⁷* ». Le contrat interne porte l'ensemble des objectifs que l'établissement fixe au pôle, et les moyens qu'il lui attribue afin de tenir ces objectifs. Le contrat définit ainsi, selon l'article L6145-16 du CSP, des objectifs d'activité, de qualité et financiers, et prévoit les moyens et les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement et les conséquences en cas d'inexécution. Il est négocié entre le responsable de pôle d'une part et le Directeur et le Président de CME d'autre part. Il devient alors l'instrument principal de la nouvelle organisation polaire et en fixe les modalités de fonctionnement : il assure le cadrage de la gestion du pôle. Il agit en effet comme un cadre à l'intérieur duquel les pôles bénéficient des marges de manœuvres nécessaires pour agir. Il doit par ailleurs garantir la cohérence entre les pôles et leurs projets, et la politique globale de l'établissement, par les objectifs qu'il leur assigne.

Parmi les moyens dont disposent les pôles pour atteindre leurs objectifs, les délégations de gestion constituent une innovation majeure. L'article L. 6145-16 du Code

⁷ DHOS, décembre 2007, *Présentation de la réforme de la Gouvernance Hospitalière*, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf>, 109 p.

de la Santé Publique dispose que « *les responsables de ces pôles bénéficient de délégations de gestion, accordées par le directeur après la signature du contrat interne* ». Toutefois, ni le contenu, ni la portée de ces délégations de gestion ne sont précisés par les textes. Il revient au chef d'établissement de définir leur périmètre et les modalités de leur mise en œuvre selon ce qu'il juge nécessaire et pertinent pour l'exécution des contrats internes. A ce titre, le directeur peut consentir une délégation de signature aux responsables de pôle, sans que celle-ci n'excède le champ d'attribution du pôle, mais il ne s'agit pas d'une obligation : les délégations de gestion peuvent intervenir sans délégation de signature. A l'inverse, les questions qui intéressent plusieurs pôles ou, a fortiori, l'ensemble de l'établissement doivent être exclues d'une telle délégation.

Ainsi, la délégation de gestion consiste a minima (pas de délégation de signature) à conférer aux pôles les marges de manœuvre nécessaires pour l'exécution de leur contrat : ceci suppose en pratique de définir des droits de tirage sur les enveloppes déléguées, droits sur lesquels la direction s'engage à n'exercer aucun contrôle d'opportunité dans la mesure où le pôle en respecte les montants. La gestion déléguée suppose par ailleurs que l'administration s'engage à fournir les tableaux de bord nécessaires au suivi des objectifs contractés : ces tableaux doivent notamment intégrer des données médico-économiques (activité, compte de résultat du pôle...) et des données relatives à la qualité des prises en charges (qualité des soins, des prestations hôtelières...). La délégation de gestion implique ainsi que le système d'information soit de qualité, et que des procédures et des outils de gestion et de pilotage existent à la disposition des responsables de pôle.

In fine, les établissements publics de santé voient leur structure évoluer pour passer d'un système cloisonné et hiérarchique à une structure reposant sur une logique généralisée de contractualisation interne. La responsabilisation des acteurs et la médicalisation de la gestion sont permises par la mise en œuvre du dispositif de contractualisation interne et de délégation de gestion prévue par l'organisation polaire de la Nouvelle Gouvernance.

1.2 Nouvelles organisations, nouvelles problématiques : les enjeux pour les cadres administratifs

En proposant une nouvelle organisation basée sur le décroisement et la déconcentration de la gestion au sein des nouvelles entités que constituent les pôles d'activité, la réforme de la Nouvelle Gouvernance bouscule la place et le rôle traditionnels des cadres administratifs. Ces derniers rencontrent alors une certaine difficulté pour

redéfinir leurs missions et leur positionnement face aux pôles cliniques et médico-techniques, les textes restant souvent silencieux sur ce sujet.

Ainsi la réforme porte en elle implicitement de nombreux enjeux pour l'encadrement administratif. Le manque de visibilité des réformes induit la nécessité face à laquelle se retrouvent les établissements aujourd'hui d'innover pour s'approprier les logiques et les objectifs des réorganisations à mettre en œuvre. La question de l'assistant de gestion, qui constitue le seul élément évoquant les cadres administratifs dans l'ordonnance du 2 mai 2005, est au cœur des interrogations.

1.2.1 La nécessité d'innover et de s'approprier un nouveau management

A) Un manque de visibilité faisant naître de nombreuses interrogations

Les interrogations des cadres administratifs sur la Nouvelle Gouvernance sont nombreuses et sont le reflet du peu d'éléments présents à leur sujet dans les textes.

La constitution des pôles d'activité, et surtout la mise en place des délégations de gestion, rendent évident que les directions fonctionnelles ne pourront plus conserver leur organisation traditionnelle du fait de ce mouvement de déconcentration de la gestion. En effet, en resserrant les organisations autour des pôles cliniques, les lignes traditionnelles des gestionnaires s'en trouvent déplacées. La réforme interroge le périmètre d'action et d'intervention et la définition du champ de compétences respectif des cadres administratifs et des acteurs des pôles. Des modifications se font ainsi jour dans la répartition des activités entre les médecins, les cadres de santé et les gestionnaires car des tâches de gestion réservées auparavant à l'encadrement administratif se retrouvent désormais en partie dévolues aux pôles d'activité. Que restera-t-il aux directions fonctionnelles et à leurs services une fois la nouvelle organisation hospitalière mise en place ? Apparaît ici un lien de causalité entre mode de management et répartitions des rôles entre professionnels. La délégation de gestion modifie le pilotage des établissements et les missions des directions fonctionnelles s'en trouvent impactées, sans que ne soit mesurée précisément à l'heure actuelle, la portée de cet impact... Ces changements en cours suscitent alors parfois de la crainte de la part de l'encadrement administratif et des directeurs adjoints car ils ne perçoivent pas toujours clairement le métier qu'ils devront exercer demain. L'une des problématiques majeures de l'hôpital, de l'avis de Pierre Simon, Conseiller général des hôpitaux, est ainsi de réussir « *l'adéquation*

entre les désirs des acteurs, la définition des périmètres d'action et les exigences de santé publique⁸ ».

Si les cadres administratifs et les directeurs adjoints envisagent que l'exercice de leur métier va requérir plus de contrôle et d'expertise, ils ne parviennent pas à se projeter dans des activités concrètes. Tout comme les responsables de pôle et les cadres coordonnateurs de pôles, peu formés au management et à la gestion, les cadres administratifs savent qu'ils vont être confrontés à des « *sauts de compétences* » : ils doivent apprendre à travailler de façon plus étroite avec les personnels médicaux et soignants en raison du décloisonnement porté par la réforme, mais aussi à gérer de plus en plus des outils de pilotage et de suivi. Les interrogations portent sur le fond et le contenu des métiers. La gestion des Ressources Humaines doit ainsi évoluer pour être pensée en termes de fonctions et de compétences plutôt que de postes et de grades : le système devient plus lisible et cohérent lorsque que l'on distingue dans l'approche de la nouvelle organisation le grade de la fonction exercée. Réfléchir par grandes fonctions et par compétences permet de mieux appréhender et de délimiter les rôles respectifs de chacun, et de ne pas s'enfermer dans une logique sectorisée par statut et par origine professionnelle.

L'une des difficultés provient également du fait que la Nouvelle Gouvernance prévoit une gestion au niveau des pôles alors que la réglementation s'appuie encore en partie sur l'entité hôpital : le recrutement, les passations de marché public... Ceci renforce les difficultés des cadres administratifs à se projeter et à se situer dans la nouvelle organisation. Le niveau du pôle, niveau micro, et le niveau de l'institution, niveau macro, doivent parvenir à une relation équilibrée.

Par ailleurs, le contexte financier est important, T2A et Nouvelle Gouvernance marchant de pair : si l'équilibre financier est réalisé, les directeurs adjoints auront moins de difficultés à repositionner leurs directions et leur encadrement. Les difficultés financières entravent en effet la mise en œuvre de la réforme en ce qu'elle décourage les acteurs des pôles qui ressentent plus fortement la délégation comme une internalisation de la contrainte budgétaire et ne voient, derrière l'autonomie prônée, que le partage d'une pénurie des moyens. Avec les nouveaux modes de management, la coopération médico-administrative et le partenariat deviennent déterminants : c'est un terrain d'apprentissage pour lequel les établissements disposent encore peu de repères.

⁸ Contribution lors de la Table Ronde organisée par le Dispositif d'accompagnement des réformes lors d'Hôpital Expo, le 27 mars 2008.

Enfin, la réforme propose une nouvelle fonction de cadre administratif de pôle, mais là encore, reste totalement silencieuse sur le contenu, la portée et les modalités concrètes de mise en œuvre de cette fonction. Le repositionnement de l'encadrement administratif dans les pôles ne s'est ainsi pas encore totalement fait. Sa création renforce le malaise pour les cadres des directions fonctionnelles qui ont le sentiment d'être écartés de la réforme. Informés des évolutions, ils ne sont pas véritablement formés aux nouvelles pratiques, ni positionnés sur le nouvel échiquier...

B) Le renouveau de l'organisation et de la fonction managériales crée la nécessité d'innover

Face à ces interrogations et à ces craintes, les établissements perçoivent la nécessité de s'approprier la réforme et d'innover afin de redéfinir les rôles et le positionnement de chacun dans la nouvelle organisation. Les évolutions en cours modifient considérablement la fonction managériale : il est désormais attendu que les managers soient en mesure d'apporter une réponse aux multiples évolutions récentes et futures, et la qualité de leur réponse est de plus en plus dépendante de leur capacité à mettre en place les interfaces, les process, les organisations, mais aussi à piloter et à donner du sens au changement.

Au-delà du projet technique, la réforme propose en effet un véritable changement en profondeur de l'organisation managériale de l'hôpital. Les textes décrivent l'organisation et le système de fonctionnement de l'hôpital réformé, posent les bases d'une refondation du système, tout en ouvrant le champ à la créativité pour sa mise en place et pour en définir les acteurs. Il devient nécessaire pour faire fonctionner ce nouveau système organisationnel, de redéfinir de manière claire les nouvelles attributions, missions et fonctions des acteurs individuels et collectifs.

Les établissements doivent ainsi organiser le passage d'une direction *verticale* - les décisions viennent d'en haut et s'imposent sur le terrain- à une *bonne gouvernance*. En effet, l'hôpital a souvent été analysé, en amont des réformes, comme l'une des organisations les plus cloisonnées et les plus hiérarchisées qui soit, comme un archétype d'un management bureaucratique ou administratif basé sur une structure pyramidale. Dans ce modèle, les relations hiérarchiques prédominent, le système se base sur une logique institutionnelle monolithique. Le cloisonnement des mondes administratifs, médicaux et soignants a abouti, au sein d'un système de ce type, au développement de structures relativement indépendantes et permettant à chacun de protéger ses intérêts et le fonctionnement de son monde (moyens à disposition, ligne hiérarchique...). Pour

Joaquim Casanovas, le constat est sévère⁹ : « *l'analyse de l'évolution des organigrammes des hôpitaux au gré des réformes fait apparaître une grande stabilité de la logique institutionnelle et du modèle administratif. Le développement d'autant d'organisations garantissant à chaque groupe de métier la protection de son pré carré* » a conduit aujourd'hui à une « *organisation difficile à piloter* ». Ainsi, la réforme implique selon lui de repenser *l'organigramme de structure* pour évoluer vers un modèle de management plus adapté. La nouvelle organisation pousse en effet à l'abandon de la logique institutionnelle, pyramidale, de type administratif et centrée sur les niveaux statutaires, pour induire une organisation en réseaux, un fonctionnement matriciel de type évolutif ou proactif davantage centré sur les compétences. En effet « *dans le management proactif, comme dans le management par objectifs, la direction s'intéresse à la rentabilité par la maîtrise des coûts, mais fait de l'activité, l'affaire des acteurs* » selon Pierre Scheffer et Claude de Marsac¹⁰.

La fonction managériale devient dès lors un élément clé pour la mutation des établissements conformément aux réformes. Les lieux de décision et d'organisation vont devoir à la fois se rapprocher des patients et des personnels, mais aussi tenir compte d'un environnement mouvant. L'équipe de direction se trouve ainsi recentrée sur des missions de pilotage de la stratégie et d'animation ; les cadres administratifs doivent désormais participer à ce renouveau managérial et évoluer dans leur mission pour passer d'une gestion purement administrative à un management des compétences. Divers niveaux d'encadrement émergent et structurent des positionnements distincts au sein de l'organisation de l'établissement qu'il convient de clarifier en termes de gestion d'équipe, de gestion de projet, de participation aux décisions stratégiques ou opérationnelles... L'encadrement se voit ainsi confronté à une exigence de professionnalisation en matière de management. Il faut préparer le management à répondre aux nouvelles exigences : médicaliser la gestion, faire des pôles les outils de la stratégie et de la valeur ajoutée, déployer la stratégie dans les pôles...

In fine, la réforme apparaît ainsi comme une occasion de remise à plat du mode de management de l'hôpital afin d'abandonner un mode de gestion pyramidal, organisé par corps et par grades et suscitant des confrontations entre acteurs, à une organisation en réseaux et par projets. Les dirigeants devront émettre les propositions de réorganisation afin que les nouveaux modes de gestion et les nouvelles organisations prennent toute

⁹ CASANOVAS J., mars 2008, « Nouvelle Gouvernance : reformer l'organigramme de structure », *Gestions Hospitalières* n°474, pp. 157-161.

leur mesure et tout leur sens. Ils devront notamment définir le degré d'autonomie accordé aux pôles cliniques et médico-techniques dans la gestion : choix des objectifs des contrats internes, choix du contenu et de la portée des délégations de gestion... Ils devront également permettre le renforcement et l'adaptation des compétences de l'encadrement en matière de management. Les pratiques professionnelles évolueront ainsi en fonction des organisations retenues car les dispositions concernant les cadres administratifs n'étant pas écrites dans les textes, elles relèvent donc des choix propres aux établissements.

1.2.2 La place des cadres administratifs : nouveaux rôles, nouveaux positionnements

Les établissements doivent donc repenser leur dispositif organisationnel afin d'optimiser les résultats. Le schéma qui se dessine depuis la réforme de la Gouvernance hospitalière est celui d'une gestion déconcentrée de la production des soins au niveau des pôles cliniques et médico-techniques avec en appui, des services transversaux, et d'une gestion centralisée au niveau institutionnel définissant et garantissant la politique générale de l'établissement. La nouvelle organisation doit donc concilier ces deux logiques et pour cela, elle doit se redéfinir au travers de nouvelles organisations managériales comme nous l'avons vu. Les cadres administratifs eux-mêmes doivent s'inscrire dans ces nouvelles logiques et trouver leur place entre le niveau transversal et le niveau déconcentré. Des rôles nouveaux, induisant des positionnements nouveaux, apparaissent.

A) Nouveaux rôles : fonction support et participant au dialogue de gestion

Les directions fonctionnelles sont amenées à repenser leur rôle dans la matrice de la Nouvelle Gouvernance : elles deviennent notamment face aux pôles cliniques, niveaux primaires de la gestion de la production des soins, des entités « ressources » ou « support ». En effet, les pôles cliniques ou médico-techniques, producteurs de soins, constituent les lieux d'activité au cœur du métier de l'hôpital car en relation directe avec le patient. L'administration comprend elle, les activités de support, c'est-à-dire en lien avec l'infrastructure et venant soutenir la production des soins. Avec la déconcentration de la gestion, les services cliniques et médico-techniques regroupés dans des pôles, deviennent, à ce niveau, à la fois des producteurs de soins et des gestionnaires. L'administration doit alors se positionner en soutien aux pôles à la fois pour leur apporter

¹⁰ SCHEFFER P., DE MARSAC C., octobre 2007, « Réussir la gouvernance hospitalière. Une approche proactive : le management Hoschin », *Gestions hospitalières* n°469, pp. 542-548.

les ressources nécessaires à la production des soins, mais plus avant désormais, pour leur permettre d'assurer au mieux leurs objectifs gestionnaires. L'évolution des équipes administratives doit donc se faire vers le renforcement des fonctions de support et d'accompagnement auprès des pôles cliniques et médico-techniques, mais également vers le développement de compétences d'expertise et de contrôle.

Les directions fonctionnelles peuvent ainsi se redéfinir comme des prestataires de services auprès des pôles cliniques pour les questions de gestion relevant désormais de leur champ d'intervention. Concrètement, les directeurs adjoints et les cadres administratifs doivent permettre la réalisation de la « cogestion » médico-administrative souhaitée par la réforme mais difficile à mettre en œuvre et fragile. La déconcentration de la gestion implique également que les missions des directions se déplacent sur le contrôle, d'un point de vue institutionnel et transversal, de la gestion menée au sein des pôles. Les cadres administratifs devront ainsi s'inscrire pleinement dans la réforme en offrant aux pôles cliniques et médico-techniques une fonction d'appui et d'assistance à la gestion médico-économique, et en acquérant des compétences spécialisées puis expertes dans leur secteur. Une montée en qualification est en effet nécessaire pour correspondre à l'émergence de ces nouveaux rôles. L'enjeu principal pour eux est ainsi de faire évoluer une partie de leurs missions pour assurer ces nouvelles fonctions d'aide et d'accompagnement des pôles cliniques et médico-techniques d'une part, et développer d'autre part de nouvelles compétences de contrôle et d'expertise dans leurs secteurs administratifs respectifs.

La diffusion des compétences en matière de gestion nécessite dès lors qu'un véritable dialogue de gestion s'instaure au sein des établissements. Les cadres administratifs et les directions fonctionnelles doivent désormais associer les praticiens et les soignants et faire naître ce dialogue de gestion, conformément aux principes et aux objectifs poursuivis par la réforme. L'enjeu est bien ici de faire vivre ce dialogue de gestion entre le niveau central et administratif, et les pôles cliniques et médico-techniques, la prise de décision étant désormais largement déconcentrée au niveau de ces derniers. Ce dialogue de gestion doit ainsi intégrer l'ensemble des acteurs de la gestion : il doit s'instaurer entre les pôles cliniques et médico-techniques, la direction des finances et les autres directions fonctionnelles, mais aussi et surtout, le Département de l'Information Médicale et le contrôle de gestion. La distanciation avec les responsables de pôle que crée la réforme leur impose par ailleurs d'exercer en retour un contrôle de gestion et de mener des actions de reporting. Le dialogue de gestion devient ainsi le principe de la nouvelle organisation s'imposant aux établissements.

A cet égard, il apparaît nécessaire que les établissements sachent ce qu'ils attendent respectivement du contrôleur de gestion comme individu, de la fonction de contrôle de gestion, des réseaux de gestion et de l'articulation entre eux. En effet, le contrôle de gestion devient de plus en plus une compétence centrale indispensable dans la démarche d'efficacité globale. Souvent inconnue avant les réformes, la fonction de contrôleur de gestion s'est fortement développée dans les établissements, faisant véritablement apparaître dans les organigrammes ce nouveau métier. Le contrôle de gestion consiste en la collecte de données et le traitement de ces données (mise en forme et analyse). Depuis la réforme de la T2A et de la Nouvelle Gouvernance, la nécessité d'un regard sur les coûts et les dépenses de fonctionnement et d'une analyse de gestion devient très forte, voire inévitable. Sur ce point, il faut souligner l'enjeu majeur que représentent les systèmes d'information : les établissements vont devoir investir massivement afin de permettre aux acteurs d'obtenir facilement des données fiables et précises.

In fine, la diffusion des compétences de gestion au niveau des pôles est un enjeu clé pour les cadres administratifs qui ont désormais l'obligation de participer et d'animer le dialogue de gestion entre l'administration et les pôles cliniques et médico-techniques.

B) Nouveaux positionnements : plus ou moins proches des pôles cliniques et médico-techniques

Pour mettre en œuvre ces nouvelles missions, les établissements sont libres de se réorganiser dans le cadre de la réforme de la Nouvelle Gouvernance. En effet, comme nous l'avons vu, il est de la responsabilité des dirigeants de s'approprier les textes afin de les adapter en fonction des situations locales, et de les ajuster au cas par cas.

Ainsi, selon les choix menés en matière de délégations de gestion par l'établissement, le périmètre d'action du pôle ainsi que son degré d'autonomie s'en trouvent définis. Le partage des tâches de gestion entre les pôles et les directions devra alors être concomitamment clarifié. Qui assumera les actes de gestion ? Pour les responsables de pôles cliniques ou médico-techniques, la demande d'autonomie est de plus en plus forte à partir du moment où le mouvement de délégation de gestion est engagé. Le problème réside alors dans la difficile maîtrise de l'éclatement de l'organisation hospitalière et dans la nécessité de mettre à disposition des pôles, les compétences nécessaires pour assumer la dimension gestionnaire qui leur incombe désormais, les médecins et les soignants refusant légitimement de devenir des gestionnaires à part entière.

Les établissements doivent ainsi trouver un équilibre entre le maintien d'une centralisation stratégique nécessaire pour définir les orientations générales de l'établissement et fixer le cadre et le périmètre de la contractualisation, mais également une centralisation *technique* indispensable (un niveau d'expertise par secteur administratif) et enfin, une déconcentration de la gestion dans les pôles cliniques et médico-techniques. Dans le cadre de la contractualisation, ils doivent notamment définir les règles de collaboration des directions vis-à-vis des pôles en termes de moyens et de services. Dans les faits, il est remarqué que les établissements ont pu suivre deux logiques :

- conserver l'ensemble des cadres administratifs dans les directions fonctionnelles en les orientant pour partie de leurs missions à la disposition des pôles, et de structurer une cellule centrale d'aide à la gestion,
- ou mettre en place, dans les pôles, l'assistant de gestion proposé par les textes.

Ces deux choix d'organisation peuvent se percevoir sur un continuum plaçant l'encadrement administratif et son expertise dans le domaine de la gestion à un niveau plus ou moins proche des pôles cliniques et médico-techniques, plus ou moins déconcentré dans les pôles cliniques et médico-techniques. Tous deux participent de la même logique et impliquent la même évolution en termes de culture pour les cadres administratifs : ces derniers doivent intégrer la logique de décloisonnement et de déconcentration de la gestion dans les pôles, et s'approprier les nouveaux rôles attendus. Le positionnement d'un cadre administratif au sein des pôles comme préconisé par les textes peut alors apparaître comme une étape supplémentaire dans la réorganisation interne.

Le choix de mettre en avant les cadres administratifs des directions fonctionnelles comme ressources et centres d'aide pour les pôles cliniques et médico-techniques repose et intègre parfaitement les enjeux de la réforme décrits précédemment : dans une organisation pensée selon un schéma matriciel, les directions fonctionnelles deviennent des entités support aux pôles cliniques et médico-techniques. Cette volonté nécessite en outre la constitution d'une cellule de contrôle de gestion, étroitement liée au DIM et à la Direction des finances. En effet, la collaboration entre ces trois entités et entre ces entités et les directions fonctionnelles est indispensable dans la logique de la Nouvelle Gouvernance et de la T2A. Tous doivent participer d'une même fonction qui consiste en une aide à la décision et au management de la performance pour les pôles cliniques et médico-techniques. Il est nécessaire de faire le lien entre l'administration, la logistique et les soignants. Les cadres doivent ainsi, nous l'avons vu, redéfinir leurs missions au sein des directions fonctionnelles en se positionnant en partie au service des pôles cliniques et médico-techniques. Dans les pôles, le contrat passé entre l'institution et les responsables

de pôles et définissant avec précision les objectifs et les moyens, est indispensable. Par ailleurs, le rôle du cadre de santé coordonnateur de pôle doit être clairement défini au sein du pôle. Il doit être pensé comme un véritable partenaire complémentaire du responsable de pôle. L'organisation des soins et l'organisation administrative relèvent ainsi, dans ce schéma, du cadre coordonnateur, qui s'appuie sur les cadres de santé, le responsable de pôle ayant quant à lui la responsabilité des grandes orientations ainsi que la responsabilité de tout ce qui concerne la gestion médicale. Le cadre coordonnateur a alors un rôle pivot dans le pôle, rouage essentiel, et il doit pouvoir s'appuyer sur les directions fonctionnelles ressources pour trouver les compétences requises à l'organisation « logistique » du pôle et au traitement des informations médico-administratives nécessaires au pôle.

Le choix de mettre en place un assistant de gestion au sein des pôles participe de la même logique mais crée une entité supplémentaire. Elle se base ainsi sur la même réorganisation des directions en fonction support et la mise en place d'un contrôle de gestion central, mais y adjoint une fonction *gestionnaire* nouvelle au niveau déconcentré des pôles. La mission de l'assistant de gestion est définie dans les textes comme une assistance apportée, au sein même du pôle et en lien avec le cadre coordonnateur, au responsable de pôle, en matière de gestion et de pilotage médico-économique du pôle. L'assistant de gestion vient ainsi compléter, sous l'angle de la gestion administrative et de l'analyse de gestion, le management des pôles. Il devient l'interlocuteur privilégié du dialogue de gestion. Ses missions et son action dans le pôle doivent être largement définies en complémentarité avec celles du cadre coordonnateur. Lui reviennent en effet, lorsqu'il existe, les dimensions administrative et gestionnaire dévolues au cadre coordonnateur dans la première hypothèse. Cependant, son positionnement, en théorie et en pratique, ainsi que la structuration des relations avec les autres membres du pôle et les directions, restent le plus souvent à définir.

1.2.3 La question de l'assistant de gestion

En préambule, il est important de préciser qu'il existe plusieurs intitulés pour dénommer cette fonction : le terme de « cadre administratif de pôle » est ainsi souvent utilisé. Toutefois, on trouve également les termes d'« assistant », de « conseiller » ou encore de « coordinateur ». Sont adjoints à ces termes, les qualificatifs d'« administratif » ou de « gestionnaire » ou « de gestion ». L'Etude prospective des métiers sensible de la FPH¹¹ propose une distinction entre ces différents intitulés : « *Il semblerait que l'on*

¹¹ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES METIERS DE LA FPH, novembre 2007, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, Tome 2, Rennes : Editions ENSP, 263 p.

positionne un cadre administratif quand la délégation de gestion est assez conséquente, alors que l'affectation d'un assistant de gestion correspondrait à une délégation de pôle plus faible avec éventuellement l'instauration d'un directeur délégué de pôle».

Nous retiendrons ici l'expression « d'assistant de gestion », ces termes ayant l'avantage selon nous d'être neutres sur le grade et sur le positionnement de cette personne.

A) Des choix variables selon les établissements

Une étude comparative des établissements permet de dresser grossièrement un premier bilan. L'information principale qui en est retirée est la prédominance de la taille de l'établissement dans le choix de son organisation et du positionnement de ses cadres administratifs.

De manière un peu caricaturale, il est observé que les CHU ont en majorité fait le choix de mettre en place les assistants de gestion. En revanche, dans les établissements de plus petite taille, le redéploiement de l'encadrement administratif ne s'est pas réalisé, les réorganisations se concentrant plutôt sur une réorganisation des directions fonctionnelles et la mise en place d'un contrôle de gestion au niveau central. Il est en effet remarqué que sur les grandes structures, type CHU, la fonction de contrôle de gestion est déjà largement développée et formalisée, ce qui a permis de redéployer cette fonction aux autres cercles que constituent les pôles. Il est en effet plus opportun de s'appliquer dans un premier temps à structurer un contrôle de gestion central lorsque celui-ci est inexistant, afin de parvenir à une gestion médicalisée partagée dans l'établissement. La mise en place d'assistant de gestion intervient seulement dans un second temps.

Par ailleurs, ce choix de mettre en place des assistants de gestion est très dépendant de la conception même de la gouvernance et de la délégation de gestion que se fait un établissement. L'historique de la construction des pôles et de la gouvernance, particulière à chaque hôpital, et l'ancienneté de l'organisation déconcentrée en pôle, jouent ainsi sur la nécessité ou non de mettre en place un assistant de gestion et sur les modalités de sa mise en œuvre. Sont également au nombre des critères de variations, les degrés de la délégation et de la déconcentration de la gestion : lorsque l'établissement n'a pas encore franchi l'étape de la contractualisation et de la délégation de gestion, il considère alors souvent que les assistants de gestion ne sont pas indispensables au fonctionnement des pôles... Le degré de déconcentration et de délégation de la gestion semble lui-même dépendre de la taille des établissements. En effet, les résultats de l'enquête nationale menée par le Ministère de la Santé sur la mise en œuvre de la

Nouvelle Gouvernance¹² fait état que la grande majorité des CHS et des CH n'ont pas encore signés de contrat de pôles, à l'inverse des CHU :

- CH : 11,8% ont mis en place les contrats de pôles dans au moins un pôle, 5,5% dans tous les pôles.
- CHS : 13% ont mis en place les contrats de pôles dans au moins un pôle, 8,7% dans tous les pôles.
- CHU : 53,6% ont mis en place les contrats de pôles dans au moins un pôle, 3,6% dans tous les pôles.

De même, les délégations de gestion sont peu mises en place dans les CH, un peu plus dans les CHU. Les professionnels soulignent que le degré actuel de délégation est en général encore faible et sans doute insuffisant pour donner la pleine efficacité à la réforme. Ainsi, l'effet taille semble jouer fortement : il est facile à comprendre que les CHU sont favorisés dans la création de pôles revêtant une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée. La délégation de gestion prend plus de sens car elle porte sur des montants et des organisations de plus grande ampleur. D'une manière générale, la pertinence de l'organisation en pôle est remise en question pour les plus petits établissements.

Ainsi les assistants de gestion de pôle sont encore peu nombreux à l'heure actuelle, beaucoup d'établissement n'ayant pas fait le choix de les mettre en place. Lorsqu'ils existent, ils peuvent être soit issus d'un redéploiement de moyens humains en interne, soit le résultat de la création d'un poste nouveau. Dans un contexte financier difficile, il semble cependant parfois impossible de faire admettre la création de ce type de fonction, même par redéploiement en provenance des directions fonctionnelles. Le ministère cherche toutefois d'ores et déjà à valoriser cette fonction en prévoyant notamment le versement d'une indemnité forfaitaire aux assistants de gestion.

B) Un métier émergent ?

La fonction d'assistant de gestion est souvent présentée comme un métier *émergent*. Il s'agit bien en effet d'une fonction nouvelle, née avec la réforme de la Nouvelle Gouvernance. Toutefois, est-ce à dire que le métier auquel cette fonction renvoie est un *nouveau* métier ?

Le métier d'assistant de gestion recouvre des fonctions d'assistance administrative et de contrôle de gestion. Il répond à l'enjeu de l'appui administratif et de gestion,

¹² Enquête nationale sur la Nouvelle Gouvernance réalisée au 1^{er} semestre 2008 en cours de publication. Résultats obtenus par l'encadrant mémoire.

nécessaire aux pôles cliniques et médico-techniques dans le cadre des délégations de gestion, comme nous avons pu le voir précédemment. Il résulte d'un choix en termes d'organisation que prennent les dirigeants d'un établissement. Les missions qui composent cette fonction nouvelle peuvent toutefois être assumées à d'autres niveaux et par d'autres fonctions selon les choix et les logiques organisationnelles que peuvent avoir les établissements. Ainsi, les cadres administratifs sont concernés dans leur ensemble par ces nouvelles missions, ces nouveaux rôles, qui induisent, nous l'avons vu, plusieurs positionnements possibles sur la chaîne de déconcentration de gestion, dont celui d'assistant de gestion.

Ce métier d'assistant de gestion est donc avant tout le fruit d'un regroupement de nouvelles missions, de plusieurs métiers déjà existants. Il se situe à cheval entre un gestionnaire administratif « traditionnel », tel qu'on les trouve dans les directions fonctionnelles, et d'un contrôleur de gestion qui se verrait détaché sur un pôle. Le métier d'assistant de gestion relève avant tout d'une question de lieu d'exercice, de territoire d'action et de périmètre d'intervention.

Peut-on dans ce cas parler de métier *nouveau* ? Les débats sur la nouveauté du métier animent actuellement plusieurs institutions : l'AP-HP revendique ainsi le choix d'avoir créé un métier nouveau au sein de ses établissements, le métier de cadre administratif de pôle. L'Observatoire national des métiers de la Fonction Publique Hospitalière s'interroge alors même que dans son Etude prospective¹³, il qualifiait cette fonction de métier émergent. Il lui reviendra ainsi d'arbitrer, dans le cadre de l'identification des fiches métiers du répertoire des métiers en cours d'actualisation, s'il convient ou non de qualifier cette fonction de nouveau métier.

Il semblerait que la mise en avant de la *nouveauté* de ce métier résulte largement de la nouveauté que constitue le fait de rassembler les métiers de gestionnaires administratifs et de contrôleur de gestion en une seule fonction et de la déconcentrer au niveau des pôles. Plus qu'un métier nouveau, l'enjeu est de réussir sa mise en œuvre tant elle comprend des éléments novateurs et peu habituels pour les cadres administratifs. Ce sont sans doute cette perception et ce sentiment de nouveauté et d'innovation qui ont conduit les cadres administratifs exerçant cette fonction à décrire leur métier comme un métier nouveau. Ceux-ci se voient en effet confier à travers cette fonction :

- un rôle sur le terrain : le rapprochement du monde administratif du monde des soins ne pouvait être plus important,

¹³ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES METIERS DE LA FPH, novembre 2007, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, Tome 2, Rennes : Editions ENSP, 263 p.

- une compétence en matière d'analyse de gestion : le rôle des gestionnaires administratifs était jusque là bien distinct de celui des contrôleurs de gestion. La même personne ne prenait pas la charge de gérer des ressources et d'analyser la gestion de ces ressources.

En définitive, l'impact de la Nouvelle Gouvernance sur les cadres administratifs est important tant au niveau de l'évolution de leurs rôles que celle de leurs positionnements. La question de l'assistant de gestion est au cœur des enjeux : cette fonction nouvelle se présente comme une solution d'organisation pertinente pour répondre aux défis de décloisonnement et de déconcentration portés par la réforme.

2 La mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de Saint-Malo : état des lieux et interrogations autour de la place des cadres administratifs

Si la mise en place d'assistants de gestion s'est avérée, au terme de l'analyse de la réforme de la Nouvelle Gouvernance, un choix d'organisation répondant à l'enjeu de l'appui administratif et de gestion nécessaire aux pôles cliniques et médico-techniques dans le cadre des délégations de gestion, nous avons souhaité en questionner la pertinence en poussant l'analyse sur le terrain de stage, le Centre Hospitalier de Saint-Malo.

Expérimentateur de la Nouvelle Gouvernance, le Centre Hospitalier de Saint-Malo a dès 2005 procédé au regroupement de ses structures de soins en pôles cliniques et médico-techniques. Cependant, le contexte de changement de direction et des difficultés financières croissantes ont remis à plus tard l'étape de la contractualisation interne et des délégations de gestion. L'établissement a modifié son organisation interne, mettant en place de premières évolutions visant à atteindre les objectifs généraux de la réforme. Mais l'appropriation de celle-ci par les acteurs s'avère lente et progressive.

La mise en place prochaine des contrats de pôles et des délégations de gestion relance actuellement les enjeux en matière de gestion médico-économique et des liens à tisser entre les pôles cliniques et médico-techniques et l'administration. Parmi ces enjeux : la place et les missions des cadres administratifs.

2.1 Etat des lieux de la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de Saint-Malo

2.1.1 La création des pôles cliniques et médico-techniques : une appropriation progressive des enjeux de la déconcentration de la gestion

Le CH de Saint-Malo finalise actuellement, dans le cadre de la rédaction de son nouveau projet d'établissement, le redécoupage de ses pôles cliniques. En effet, mis en place très tôt, le premier découpage est apparu peu fonctionnel au moment où l'établissement, mis en difficulté sur le plan financier, se préparait à mettre en place les premiers contrats de pôle. Les praticiens ont en effet intégré progressivement l'enjeu de la déconcentration de la gestion et, face à la nécessité impérieuse d'être plus efficaces, ils ont souhaité faire des pôles des entités de gestion plus pertinentes, leur offrant de véritables opportunités pour atteindre cet objectif d'efficacité.

A) Un premier découpage peu fonctionnel

En tant qu'établissement expérimentateur de la Nouvelle Gouvernance, le Centre Hospitalier de Saint-Malo a mis en place dès 2005, neuf pôles cliniques et médico-techniques. Afin de procéder à ce découpage, la communauté médicale de l'établissement a été sollicitée sur la base de propositions émises par la Direction et le Président de CME. La logique qui prévalait dans ces propositions était une logique de filières : les regroupements devaient permettre la cohabitation de services recrutant potentiellement les mêmes patients. Cependant, ces propositions ont été modifiées en raison des oppositions avancées par certains praticiens, et se sont teintées finalement de choix plus subjectifs visant des rapprochements par affinités. Les premiers pôles du CH de Saint-Malo étaient les suivants :

- Pôle URBAC : Urgences/UHTCD, Réanimation, Bloc opératoire, Anesthésie, Consultations externes
- Pôle Onco-Digestif : Gastro-entérologie, Oncologie, Chirurgie digestive, ORL et urologique
- Pôle Thoracique et Vasculaire : Cardiologie, Pneumologie, Neurologie, Diabétologie, Néphrologie
- Pôle Locomoteur : Chirurgie traumatologique et orthopédique, MPR
- Pôle Gériatrique : EHPAD, USLD, Moyen Séjour, Soins palliatifs, UCSA
- Pôle Psychiatrie adulte : services d'hospitalisation, consultations de secteur, psychiatrie de liaison, Unité d'Accueil Médico-Psychologique (personnes suicidaires)
- Pôle Pédopsychiatrie : service d'hospitalisation, consultations de secteur
- Pôle Femme-Mère-Enfant : Obstétrique, Néonatalogie, Pédiatrie, Gynécologie
- Pôle Médico-technique : Laboratoire, Pharmacie/Stérilisation, Imagerie

Suite à ce découpage, les conseils de pôle ont été élus en 2006, les praticiens responsables de pôle ont été nommés rapidement, et un cadre supérieur de santé a été affecté à chaque pôle afin d'assumer les fonctions de cadre coordonnateur de pôle. Puis, dans un second temps, l'administration a elle aussi fait l'objet d'un découpage : les directions fonctionnelles ont été regroupées en deux pôles : un pôle Stratégie et un pôle Ressources.

La réforme s'est toutefois arrêtée là et le constat qui prévaut encore aujourd'hui reste celui d'une mise en œuvre parcellaire de la réforme : absence de contrats de pôle et de délégations de gestion, gouvernance des pôles faible et hétérogène... Il paraît clair que la réforme de la Nouvelle Gouvernance n'a pas produit tous les effets escomptés. L'explication de cette situation ne provient pas d'un quelconque immobilisme de

l'établissement mais d'un contexte financier difficile et de la priorité volontairement donnée aux réformes transversales afin de réaliser au plus vite des économies substantielles et de rétablir l'équilibre financier. Ainsi, il ne s'agit pas d'un véritable retard dans la mise en place de la réforme, mais davantage d'un ajournement.

Aussi, le Centre Hospitalier a laissé les pôles interpréter la réforme selon leurs spécificités. Les conseils de pôle et les bureaux de pôles revêtent des formes différentes d'un pôle à un autre, et leurs modalités de fonctionnement divergent. Actuellement, certains pôles ont pris l'habitude de convoquer régulièrement bureau et conseil de pôle, tandis que d'autres n'ont aucune activité réelle. Certains pôles ont tenu également, malgré l'absence de contrat avec la Direction, à se doter d'un projet de pôle. Parmi les projets existants, certains se sont révélés très volontaristes et structurants, pouvant donner lieu à de premières expérimentations en matière de contractualisation.

In fine, certaines unités ont pu paradoxalement gagner en cohérence, certains pôles s'appropriant un véritable fonctionnement de pôle, sans que dans l'ensemble, ce découpage paraisse totalement optimum et fonctionnel, la plupart des pôles restant de simples « coquilles vides ». L'appropriation de la réforme est lente et les pôles intègrent progressivement les enjeux de la gestion médico-économique portés par la réforme. L'annonce prochaine de la contractualisation interne et des délégations de gestion, dans un contexte financier difficile et de restructurations nécessaires, ont amené les acteurs à évoluer, mettant à profit la lente maturation de la logique polaire permise par ces années de mise en œuvre.

B) Un nouveau découpage intégrant plus fortement la logique de la délégation de gestion à venir

Les difficultés budgétaires récurrentes de l'établissement (déficits successifs) et sa situation financière fortement fragilisée (diminution régulière de sa Capacité d'Autofinancement et de son taux de marge brute) l'ont conduit à déclencher une alerte auprès de l'ARH afin d'établir un Contrat de Recours à l'Equilibre Financier. Ce choix très volontariste du Directeur de l'établissement avait pour but de déclencher une dynamique forte chez l'ensemble des acteurs internes afin de les engager dans la recherche et la mise en œuvre de solutions permettant le retour pérenne à l'équilibre. En parallèle des mesures de réduction des dépenses, des réorganisations importantes ont ainsi été menées afin d'améliorer la performance des prises en charge de l'établissement : un hôpital de jour a été créé, induisant la réorganisation de l'ensemble des disciplines chirurgicales.

L'ouverture de cet hôpital de jour a révélé aux yeux de nombreux praticiens, le caractère peu opérationnel du premier découpage des pôles. Les disciplines chirurgicales, qui sont toutes impliquées dans l'utilisation de la nouvelle unité de chirurgie de jour, ont en effet souligné les difficultés rencontrées pour se coordonner et pour s'organiser, du fait de leur répartition dans plusieurs pôles différents. Des demandes ont alors émergé afin de modifier le périmètre des pôles. Face à ces demandes, et profitant du fait que le Centre Hospitalier était en pleine réflexion pour se doter d'un nouveau projet d'établissement, il a été décidé que ce nouveau projet intégrerait un nouveau découpage.

Les praticiens et les cadres de santé ont ainsi été sollicités, sur la base d'une proposition de redécoupage émanant de la Direction, afin de faire connaître leurs remarques et propositions. Une réunion invitant l'ensemble des médecins et l'encadrement soignant a ensuite eu lieu pour faire état des propositions émises et parvenir à un nouveau découpage intégré dans le projet d'établissement. Ce dernier sera présenté pour avis et validation aux instances de septembre 2008. Il prévoit le nouveau découpage suivant, les trois derniers pôles ne voyant pas leur périmètre modifié :

- Pôle Urgences/UHTCD/Réanimation, unité post-urgences, psychiatrie de liaison, Unité d'Accueil Médico-Psychologique (personnes suicidaires)
- Pôle Chirurgie : ensemble des chirurgies dont ambulatoire, Bloc, Anesthésie, Consultations externes
- Pôle Médecine 1: Cardiologie, Neurologie, Diabétologie, Néphrologie
- Pôle Médecine 2 : Oncologie, Gastro-entérologie, Pneumologie, Soins Palliatifs
- Pôle Gériatrique et SSR : EHPAD, USLD, Moyen Séjour, SSR
- Pôle Psychiatrie adulte : services d'hospitalisation, consultations de secteur, UCSA
- Pôle Pédopsychiatrie
- Pôle Femme-Mère-Enfant
- Pôle Médico-technique

Ce redécoupage cherche ainsi à rendre opérationnel les pôles cliniques et médico-techniques en tant que nouvelles entités de gestion déconcentrée. Il marque ainsi la progression dans l'appropriation des enjeux de la réforme par les acteurs de terrain.

2.1.2 La mise en place de la contractualisation et des délégations de gestion

A) La contractualisation interne au CH de Saint-Malo : principe et contenu des contrats

L'établissement souhaite s'engager prochainement dans une démarche de contractualisation interne avec les pôles d'activité. Cette démarche s'inscrit pleinement

dans la réforme de la Nouvelle Gouvernance et vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs de l'hôpital afin d'améliorer la qualité du service rendu au patient.

Le CH de Saint-Malo a ainsi déterminé et mis en avant trois objectifs recherchés à travers la contractualisation : donner de l'autonomie de gestion aux pôles, organiser le fonctionnement des pôles dans une démarche institutionnelle afin de favoriser l'émergence de projets transversaux, rechercher une efficience accrue dans la gestion et l'utilisation des moyens disponibles.

Un contrat dit contrat type a été rédigé afin de rappeler les principes généraux de la contractualisation et de fixer le cadre général et la portée que l'établissement souhaite donner à ces contrats. Un travail a ainsi été mené pour déterminer l'objet du contrat, ses principes généraux et le cadre des objectifs des pôles. S'en trouvent explicitées les modalités de fonctionnement de la contractualisation à venir au CH de Saint-Malo. Le document ci-dessous reprend l'ensemble des choix en termes de cadre général et de contenu qui ont présidé au sein de l'établissement en vue de la future contractualisation :

LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION AU CH DE SAINT-MALO

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de fixer les modalités d'engagements réciproques des signataires concernant les objectifs du pôle, les moyens mis à sa disposition, les indicateurs de suivi de sa gestion, les modalités d'analyse du résultat et d'intéressement aux résultats, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution des dispositions figurant au contrat.

Principes généraux

Le Centre Hospitalier et le pôle s'engagent sur les principes généraux suivants :

L'amélioration de la qualité du service rendu au patient

Le pôle s'engage à promouvoir et à garantir :

- la politique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité, notamment la politique d'évaluation des pratiques professionnelles,
- la prise en compte de la satisfaction des usagers et le respect du droit des patients.

Les pôles ressources chargés de la gestion des systèmes d'information, d'une part, s'engagent à fournir aux pôles de soins et médico-techniques, dans les délais convenus, des outils de pilotage adaptés.

Les pôles cliniques et le pôle médico-technique, d'autre part, s'engagent à collecter l'information concernant leur activité et les moyens affectés. Ils s'engagent également à respecter les mesures de suivi et d'évaluation retenus au moment de la conclusion du contrat.

Le principe du management de proximité

Le management de proximité vise à déconcentrer au niveau du pôle la prise de décision dans les domaines de gestion les concernant. Il a pour but de mieux associer les équipes médicales et paramédicales, techniques et administratives à la gestion hospitalière.

Il implique la mise en œuvre de délégations de gestion au profit des pôles mais également le soutien du pôle par des moyens d'accompagnement adaptés.

La solidarité institutionnelle

La cohésion de l'institution est définie et garantie par ses instances décisionnelles. Les objectifs contractualisés avec le pôle sont conformes aux priorités validées dans le cadre du projet d'établissement. Le pôle s'engage à respecter les missions qui s'imposent à lui du fait du caractère unitaire et indivisible de l'établissement.

L'intéressement des pôles

La contractualisation interne implique l'adhésion au principe de l'intéressement des pôles. L'intéressement n'est possible que si le pôle a atteint les objectifs définis dans le contrat de pôle et/ou est parvenu à un différentiel positif entre l'évolution des recettes et des dépenses.

Par ailleurs, l'intéressement d'un pôle est indissociable d'une nécessaire solidarité financière à l'égard de l'établissement.

Les objectifs du pôle

Les objectifs peuvent être ciblés ou généraux mais dans tous les cas doivent être clairement définis et quantifiables. Ils peuvent être annuels ou pluriannuels et sont déclinés précisément dans les annexes du présent contrat. La réalisation de ces objectifs doit pouvoir être mesurée par des indicateurs de suivi élaborés conjointement.

Les engagements pris par le pôle concernent d'une part la mise en œuvre d'actions définies dans le projet de pôle ou d'actions ciblées du projet d'établissement et d'autre part la recherche d'une optimisation des dépenses et des recettes du pôle.

Le pôle s'engage chaque année sur des objectifs précis relevant des quatre champs suivants :

- d'activité

Au niveau du pôle, les objectifs d'activité portent sur un engagement du pôle en termes de type d'activité, de volume d'activité ou de type de prise en charge. Par ailleurs, chaque pôle participe à la réflexion sur les évolutions capacitaires tout au long de l'année.

- sociaux

Le pôle met en œuvre le projet social. Il s'engage par ailleurs à mener au moins une action ciblée chaque année relevant de ce domaine.

- de qualité

Le pôle met en œuvre les objectifs de la politique qualité impulsée par l'établissement. En outre, des actions qualité propres au pôle peuvent être menées et évaluées chaque année.

- médico-économiques

A l'échelle de l'établissement, le pôle participe à la politique institutionnelle de maîtrise des dépenses et de pérennisation des recettes. Il s'engage sur des objectifs médico-économiques ou d'organisation, visant à promouvoir l'équilibre financier de l'établissement.

A l'échelle du pôle, l'optimisation dans la gestion des moyens doit être recherchée, notamment par un suivi régulier des dépenses et de l'activité du pôle à travers l'utilisation de tableaux de bord proposés en concertation avec les pôles. Dans tous les cas, le pôle s'engage notamment à promouvoir l'exhaustivité et la rapidité du codage effectué par ses praticiens, conformément aux objectifs spécifiques définis en annexe.

Dans un second temps, un travail sur les annexes qui reprendront les 4 grands domaines d'objectifs a été mené. Ces annexes seront propres à chaque pôle : elles détermineront des objectifs précis et spécifiques à chaque pôle, synthétisés dans un tableau et déclinés en « fiches projet » ou « fiches action » par le pôle. Elles donneront lieu à une négociation avec la Direction.

- *Annexe 1 : Objectifs stratégiques et projets médicaux.* Cette annexe reprendra les objectifs de mise en œuvre des orientations stratégiques du SROS, du CPOM et du Projet d'Établissement ainsi que ceux de la mise en œuvre des orientations du projet de pôle.
- *Annexe 2 : Objectifs Qualité et Clientèle.* Cette annexe déclinera les objectifs d'amélioration de l'accueil et des relations avec les usagers, ainsi que les objectifs relatifs à la démarche qualité et au projet de soins.
- *Annexe 3 : Objectifs sociaux.* Cette annexe s'appuiera en partie sur les objectifs du Projet social de l'établissement déclinés par pôle.
- *Annexe 4 : Objectifs financiers et de gestion.* Cette annexe comportera les objectifs quantifiés d'activité et les objectifs de gestion qui porteront sur le suivi budgétaire du pôle, des actions ciblées de maîtrise de dépenses et le suivi des enveloppes déléguées.

B) Les délégations de gestion

Le CH de Saint-Malo souhaite également mettre en place lors des premiers contrats, les délégations de gestion nécessaires à la réalisation des contrats. La logique de déconcentration de la gestion voulue par la réforme est ainsi respectée. Les réflexions menées sur les contrats de pôles ont dès lors inclus la détermination des principes généraux présidant la délégation et le choix des moyens délégués aux pôles :

Les moyens délégués au pôle au CH de Saint-Malo

Le pôle bénéficie d'une délégation de gestion qu'il exerce dans le respect des principes suivants :

- elle ne peut résulter que d'une décision du Directeur, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005,
- elle doit s'inscrire dans le champ prévu par la législation et la réglementation en vigueur, en respectant notamment les dispositions du Code de la Santé Publique, du Code des Marchés publics, ainsi que des statuts des personnels,
- elle ne peut remettre en cause la cohésion institutionnelle et financière de l'établissement.

Le pôle dispose d'enveloppes budgétaires à l'intérieur desquelles il a libre pouvoir de choix.

La gestion des ressources humaines et des ressources matérielles fait l'objet d'une déconcentration de la décision dans le cadre général du présent contrat. Elle est mise en œuvre conformément aux règles définies dans le guide de gestion des pôles.

Le budget délégué au pôle est élaboré selon les modalités de la procédure budgétaire pour l'exercice en cours.

Les Directions fonctionnelles « ressources » ont ainsi été amenées à réfléchir sur les enveloppes budgétaires qu'elles pouvaient fixer aux pôles et sur la répartition des actes de gestion entre elles et les pôles dans les domaines précités des ressources humaines et des ressources matérielles pour lesquelles les pôles bénéficieront d'une

déconcentration de la décision. Le tableau ci-dessous explicite les premiers éléments de réflexion en matière de délégations actuellement en cours au CH de Saint-Malo.

<u>Domaines de délégations</u>	<u>Actions déléguées au responsable de pôle</u>
<i>Gestion des personnels non médicaux</i>	
Organiser et réorganiser le travail du personnel non médical	- Définir les modalités organisationnelles (composition des équipes, nombres de postes, fiches de poste, horaires, saisonnalité des organisations), dans le respect de la sécurité des soins.
Gérer et adapter les dépenses de personnel du pôle	- Utiliser les moyens alloués annuellement en les adaptant à l'activité et aux besoins du pôle.
Etablir et mettre en œuvre un plan de recrutement	- Définir les besoins, - Elaborer des fiches de poste, - Participer au choix des candidats.
Gérer la carrière des Personnels non médicaux	- Réaliser les entretiens d'évaluation des personnels titulaires, stagiaires et contractuels
Etablir et mettre en œuvre le plan de formation du Personnel Non médical	- Elaborer le projet de formation du pôle, - Gérer les mensualités de remplacement au titre de la formation.
<i>Services économiques et Logistique</i>	
Dépenses d'exploitation	- Décider de l'opportunité des dépenses - Assurer le suivi des dépenses - Proposer les mesures d'économies
Enveloppes déléguées pour l'entretien et la maintenance	- Décider de l'opportunité des dépenses - Assurer le suivi des dépenses - Proposer les mesures d'économies
<i>Investissements Travaux</i>	
Besoins d'équipements médicaux-chirurgicaux et informatiques	- Recenser les besoins du pôle
Enveloppe déléguée au titre de besoins ponctuels de travaux d'entretien	- Décider de l'opportunité des dépenses - Assurer le suivi des dépenses - Proposer les mesures d'économies
Enveloppe déléguée pour les besoins non médicaux, non informatiques	- Décider de l'opportunité des dépenses - Assurer le suivi des dépenses - Proposer les mesures d'économies

La question de l'intéressement en contrepartie des délégations accordées a également fait l'objet d'une réflexion. Il a ainsi été déterminé que l'introduction d'un principe d'intéressement serait conditionnée par la nécessaire solidarité institutionnelle et par le respect de certains principes. L'intéressement suppose notamment que le pôle ait dégagé une marge sur le budget. Les résultats de gestion ainsi dégagés seront répartis à raison de 50 % pour le pôle (montant de l'intéressement) et de 50 % pour le Centre Hospitalier. L'intéressement du pôle sera enfin nécessairement collectif. Il ne peut être affecté qu'à des dépenses non pérennes. Il est utilisé à des dépenses sur les comptes d'entretien, de travaux, de petit équipement médical et non-médical, d'investissement en formation, de mensualités de remplacement afin d'améliorer le fonctionnement et les conditions de travail au sein du pôle.

2.2 Les enjeux à venir : l'assistance administrative aux pôles cliniques et la place des cadres administratifs

Face à ces avancées dans la Nouvelle Gouvernance -redécoupage des pôles cliniques et médico-techniques, travail de réflexion et de fond mené en préparation de la contractualisation interne- les directions fonctionnelles ont également été amenées à se saisir des enjeux de la réforme. Ceci s'est traduit par une réorganisation de l'administration en pôles administratifs et le choix de positionner des directeurs référents au sein des pôles cliniques et médico-techniques. Cependant les attentes se font de plus en plus grandes, tant du côté des pôles cliniques et médico-techniques que de l'encadrement administratif. La question de la mise en place d'assistants de gestion auprès des pôles est posée et émerge comme une étape supplémentaire à franchir.

2.2.1 Les premières évolutions dans la réorganisation de l'Administration

La question de la réorganisation de l'administration a certes été posée mais avant tout en raison de l'arrivée d'un nouveau directeur et de départs successifs de directeurs adjoints. Le remaniement de l'équipe de direction a toutefois permis de jeter les bases de la réflexion sur le rôle de l'administration dans l'hôpital réformé et de faire émerger l'intérêt d'une organisation et d'un management repensés sur la base d'un schéma matriciel et non plus pyramidal, selon les nouveaux modes de management évoqués en première partie.

- A) La redéfinition de l'organigramme de direction : vers une logique d'assistance aux pôles cliniques et médico-techniques

Pour faire face aux neuf pôles d'activité cliniques et médico-techniques, les directions se sont également réorganisées dans le but de répondre le mieux possible à la logique de la Nouvelle Gouvernance. Dans un premier temps, deux pôles administratifs avaient été constitués : un pôle Stratégie et un pôle Ressources. Cette répartition des services administratifs est relativement classique et se retrouve dans de nombreux établissements. Elle n'a pas réellement fait l'objet de réflexion poussée sur ce qu'elle induisait en termes de renouveau pour l'administration et le management. Le découpage n'a donné lieu qu'à une réunion d'information de la part du Directeur ; aucune élection de pôle ou nomination de responsable de pôle n'ont été envisagées. L'incitation réglementaire à intégrer également les services administratifs dans le découpage de l'établissement en pôle semble être la seule source de motivation pour la création de ces deux pôles administratifs. Les implications en termes de rôle et de positionnement pour les cadres de ces directions regroupées en pôle ne semblent pas non plus avoir été réfléchies.

Le remaniement de l'organigramme de direction, souhaitée par le nouveau directeur, a permis à ce titre de mener des réflexions plus approfondies sur la nouvelle place de l'Administration dans le nouveau « système Hôpital » de la Nouvelle Gouvernance. La mise en œuvre d'une logique matricielle pour concevoir les rôles et le positionnement de chacune des directions a ainsi en partie présidé aux choix de réorganisations retenus lors du séminaire de direction organisé à cet effet. Ainsi la redéfinition de l'organigramme de direction a été pensée comme une étape naturelle dans la réorganisation de l'établissement et découlant des réformes en cours. Ces réformes ayant demandé des adaptations au corps médical et aux soignants, l'équipe de direction ne pouvait faire l'économie d'une interrogation de sa part sur l'adéquation de son organisation et de ses modes de fonctionnement.

La méthodologie retenue pour repenser l'organigramme s'est appuyée sur plusieurs principes :

- la nécessité de raisonner dans un premier temps à partir d'une vision abstraite et en référence à un idéal, en s'affranchissant de l'existant,
- la constatation des écarts entre le schéma idéal et la réalité dans un second temps, et les modifications à apporter pour combler ces écarts,
- la dépersonnalisation de la réflexion en général

Parmi les enjeux majeurs auxquels devait répondre la nouvelle organisation, ont ainsi été identifiés la nécessaire efficience, tant du point de vue stratégique qu'au plan économique, et la lisibilité pour les acteurs internes, notamment les pôles cliniques et médico-techniques. L'administration devait ainsi répondre à une logique de mise au service des pôles tant en matière stratégique qu'au plan opérationnel.

Les réflexions menées ont ainsi conduit les membres de l'équipe de direction à déterminer les qualités ou caractéristiques auxquelles ils devaient répondre :

- le sens : la logique directrice est d' « être au service de l'utilisateur et des pôles cliniques et médico-techniques »
- la cohérence : la structure doit être adaptée aux objectifs de la Nouvelle Gouvernance : ordonner les ressources, gérées par des experts, au service des activités réalisées par les producteurs de soins.
- la cohésion : l'organigramme incite les coopérations, les synergies, la solidarité
- la clarté : l'identification nette de référents est possible pour tous les interlocuteurs
- la simplicité : l'organigramme doit être simple, au bénéfice des acteurs
- la stabilité : l'organisation perdure au-delà des personnes
- l'adaptabilité et la flexibilité : elle doit rester capable de s'adapter aux évolutions.

Ces enjeux et ces principes se sont traduits dans la construction d'une nouvelle matrice centrée sur les pôles cliniques et médico-techniques et faisant émerger, aux côtés de la direction générale, quatre « pôles » : le pôle Aide à la décision et le pôle Relations avec les usagers d'un côté, le pôle Ressources humaines et le pôle Ressources matérielles de l'autre.

DIRECTION GENERALE	POLES RESSOURCES HUMAINES - Direction des ressources humaines (PNM et PM)	POLES RESSOURCES MATERIELLES - Direction du plan et des travaux - Direction des achats, de l'équipement et de la logistique
POLE PROSPECTIVE ET AIDE A LA DECISION - Direction Affaires Générales et Projets - Directions des Finances et de la contractualisation	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> POLES D'ACTIVITE CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES </div>	
POLE CLIENTELE, QUALITE ET COORDINATION DES SOINS - Direction Qualité et Clientèle - Direction des soins		

Toutefois, ces *pôles* ne correspondent pas à la définition des pôles des textes de la Nouvelle Gouvernance : il faut comprendre le mot *pôle* dans la logique de la matrice, c'est-à-dire *pôle ressources*. Ainsi, il n'est pas prévu que ces pôles soient dotés de conseils de pôle ou de responsable de pôle, ni qu'ils fassent l'objet d'un contrat interne. Les réflexions ont toutefois porté sur le positionnement des administratifs dans la nouvelle organisation hospitalière dessinée par les réformes, allant dans le sens d'une appropriation des nouveaux rôles décrits précédemment : appui et accompagnement des pôles cliniques et médico-techniques, expertise et contrôle.

B) Le positionnement de directeurs référents auprès des pôles cliniques et médico-techniques

Le Centre Hospitalier de Saint-Malo a fait le choix de positionner un directeur référent auprès de chaque pôle clinique et médico-technique. Sa présence dans le pôle n'a cependant pas pour but de donner un temps administratif au pôle, mais d'y faire siéger un représentant de la direction qui veille au respect de la politique générale de l'établissement.

Ainsi, le directeur référent a un rôle général de garant institutionnel :

- il veille au respect et à l'application du projet d'établissement et du CPOM dans les contrats et projets de pôle,
- il veille au respect du champ des délégations de gestion attribuées au pôle,
- il veille au respect du règlement intérieur et de la charte de fonctionnement des pôles ainsi que des procédures institutionnelles,
- il veille au respect des attributions de différentes instances.

En tant que directeur référent du pôle, il ne dispose pas de pouvoir de décision, et ne prend pas part aux différents votes ou prise de décision relevant du pôle. Il peut participer uniquement à titre de membre invité au conseil de pôle et peut être sollicité pour donner un avis sur les dossiers présentés. Le directeur référent du pôle peut à ce titre faciliter les relations entre le pôle et la Direction et notamment les échanges d'information qui contribuent aux processus de décision. Il peut avoir un rôle de conseiller et de facilitateur auprès du responsable médical de pôle, des chefs de service, et responsables d'unité médicale et du cadre supérieur de santé, notamment en ce qui concerne l'organisation du pôle, l'élaboration du projet de pôle et du contrat de pôle, et leur mise en œuvre.

Le directeur référent, conformément aux préconisations de la DHOS, n'assume donc pas la fonction du cadre administratif prévu dans les textes. Il n'a pas de rôle *actif* au sens producteur pour le pôle. Il ne prend pas part aux décisions du pôle même s'il peut les éclairer au vu notamment de la situation et de la politique de l'établissement.

2.2.2 Les attentes actuelles

Face à ces premières évolutions menées au CH de Saint-Malo et dans le contexte réfléchi de mise en œuvre de la contractualisation et des délégations de gestion, il est apparu opportun de mener un travail de bilan afin de fixer les attentes des différents acteurs et d'appréhender la question de l'assistance de gestion aux pôles cliniques et médico-techniques et notamment la mise en place d'assistants de gestion.

A) Rencontre avec les principaux acteurs : méthodologie d'une enquête in situ

La rencontre avec les cadres administratifs de l'établissement a été le point de départ de la réflexion menée dans ce présent mémoire : les craintes qu'ils pouvaient exprimer et leurs revendications à être plus impliqués dans la réforme en cours m'ont amenée à me saisir des questionnements posés au début de cette étude. Quel est l'impact de la Nouvelle Gouvernance sur l'encadrement administratif ; quels enjeux et quelles perspectives pour les cadres administratifs au sein de l'hôpital réformé ?

Point de départ mais également point d'appui majeur de l'étude menée : la mise en œuvre de la réforme n'est pas encore aboutie au CH de Saint- Malo comme nous avons pu le voir, mais, plus lente que prévue, elle a permis de dresser un bilan à mi-parcours et d'étudier, avec plus de recul, les perspectives qui s'offrent désormais à l'établissement, et notamment celles en lien avec la question de l'assistance administrative nécessaire désormais aux pôles cliniques et médico-techniques. Il s'agissait ainsi de partir de cette analyse du terrain de stage et du recueil des avis de ses principaux protagonistes, pour questionner et vérifier les hypothèses de départ.

Ainsi l'étude s'est appuyée sur la réalisation d'un nombre important d'entretiens en interne : l'ensemble des cadres administratifs, ainsi que la plupart des praticiens responsables de pôle et cadres coordonnateurs de pôle, ont été rencontrés afin d'apporter les éléments d'un premier bilan, de déterminer les attentes des agents, d'explorer les perspectives offertes et d'alimenter la réflexion sur la nécessité et l'intérêt de l'assistant de gestion de pôle. La liste exhaustive des personnes rencontrées figurent en annexe, ainsi que les grilles et la synthèse des entretiens¹⁴ : 18 entretiens, d'une heure à une heure et demi en moyenne, ont ainsi été organisés durant l'été 2008.

Menés suivant une méthode semi-directive, ces entretiens se sont basés sur deux grilles de questions prédéterminées : la première concernait les cadres administratifs, la seconde les responsables de pôles et les cadres coordonnateurs de pôle. De façon pratique, plusieurs thématiques ont été identifiées en amont et transcrites en une dizaine de questions, certaines étant communes aux deux grilles d'entretien. Grossièrement, l'entretien des cadres administratifs avaient pour but de tester auprès d'eux l'hypothèse de la mise en place d'un assistant de gestion, tandis que les entretiens des acteurs des pôles visaient plutôt à déterminer leurs besoins actuels ou à venir dans la perspective des contrats et des délégations, dans le domaine de la gestion. Ces entretiens cherchaient ainsi principalement à recueillir auprès des acteurs de terrain, des éléments de réponses, d'en faire émerger les similitudes pour dégager les grandes tendances, mais également d'identifier les divergences de points de vue ou de perceptions qui pouvaient exister afin de mieux les appréhender par la suite. Les synthèses se sont attachées à reprendre toutes les questions en faisant apparaître sur une seule colonne, l'ensemble des réponses qui ont pu être données par les interlocuteurs sans les distinguer, et en inscrivant dans une seconde colonne, les remarques qui ont émergé en synthèse des réponses lors du traitement de ces entretiens et qui ont permis d'alimenter l'étude menée.

¹⁴ *une retranscription exhaustive des entretiens s'avérant trop fastidieuse.*

Parmi les grandes thématiques étudiées, la question de l'utilité et de l'intérêt de l'assistant de gestion a bien entendu été centrale. Il s'agissait de déterminer si, parmi les deux choix qui s'offrent aujourd'hui aux établissements tels que décrits en première partie - réorganisation des directions ressources ou création d'assistants de gestion - l'un était plus opportun et plus pertinent que l'autre du point de vue des acteurs internes. Pour cela, la question des activités et des tâches relevant du domaine administratif auxquels se retrouvent confrontés les pôles dans le cadre de la déconcentration de la gestion en cours ou à venir, a été posée. Ont également été abordées les questions des compétences requises, du profil de poste et de la formation nécessaire pour cette fonction ainsi que son positionnement au sein du pôle et aux côtés du directeur référent afin d'aller plus avant dans d'éventuelles préconisations (cf. 3^{ème} partie).

Ainsi, les attentes des acteurs sont apparues comme autant d'enjeux à venir pour l'établissement. La mise en place prochaine des contrats de pôle et des délégations de gestion pousse l'ensemble des protagonistes à s'interroger. Ils anticipent l'effectivité des délégations de gestion et, qu'ils soient médecins, soignants ou administratifs, sont à la recherche de l'organisation optimale. La progression et l'appropriation de la réforme sont en cours et passent par la question de l'assistance de gestion aux pôles cliniques et médico-techniques, par la question de la mise en place d'un assistant de gestion.

B) Bilan des réponses : les besoins et les attentes exprimés

L'impact de la Nouvelle Gouvernance sur les cadres administratifs

Les cadres administratifs ont fait ressortir de manière unanime l'absence de réel impact de la nouvelle organisation polaire, tant clinique qu'administrative, sur leurs fonctions. Certains évoquent l'émergence de nouveaux interlocuteurs que sont les cadres coordonnateurs de pôle, et dans une moindre mesure, les praticiens responsables de pôle. Mais dans l'ensemble, tous expriment des attentes et des changements qui n'ont pas eu lieu. La réorganisation de l'administration semble quant à elle ne pas avoir porté ses fruits : les réflexions menées par l'équipe de direction lors de la redéfinition de son organigramme ne semblent pas avoir été suivies d'effets dans les pratiques professionnelles des agents administratifs. Même si le rôle et les nouvelles missions que doivent intégrer les directions administratives dans la logique de la Nouvelle Gouvernance ont été abordé et ont présidé au choix du nouvel organigramme, les personnels de ces directions et notamment l'encadrement, ne les ont pas intégré dans leur travail quotidien. Pour la plupart, cette situation de « non impact » s'explique par une évolution des pratiques et des conceptions autour du pôle encore faible, due notamment par le retard pris dans la contractualisation et la délégation de gestion. Certains cadres administratifs

expriment clairement leur frustration de ne pas participer concrètement à la réforme de la Nouvelle Gouvernance, d'autres des regrets de ne pas avoir été plus associés et informés lors du premier comme du second découpage. Ainsi, le décloisonnement et les évolutions dans les missions des cadres administratifs ne semblent pas s'être réalisés à hauteur de ce qui était attendu par la réforme.

La nécessité des assistants de gestion

La mise en place des contrats de pôle et des délégations de gestion devrait faire évoluer les choses selon les personnes interrogées. Toutefois, elles risquent de rendre plus forte encore la nécessité d'associer un cadre administratif aux pôles : en effet, de l'avis de la majorité des cadres administratifs, la fonction d'assistant de pôle paraît utile dans le cadre de la déconcentration de la gestion, certains étant toutefois plus dubitatifs. La plupart évoque les notions de « *nécessité* », d'« *aide* », d'« *utilité* », de « *complémentarité* », de « *besoin* » ou encore de « *valeur ajoutée* ». Côté pôles cliniques et médico-techniques, l'ensemble des acteurs souhaitent qu'un cadre administratif soit adjoint au pôle. Si les praticiens responsables de pôle évoquent les textes de la réforme à l'appui, les cadres coordonnateurs mettent en avant la nécessité d'un véritable collaborateur à leurs côtés. Tous font état de la nécessité qu'ils ressentent déjà à l'heure actuelle, de bénéficier de compétences dans la lecture des données transmises par l'administration et le contrôle de gestion, et de temps supplémentaire pour l'analyse de ces données et la production de documents de synthèse écrits. Ces compétences et ce temps d'analyse seront d'autant plus nécessaires lorsque les pôles auront des objectifs et des enveloppes à tenir. Des compétences de gestionnaire administratif sont également attendues dans la perspective des délégations de gestion.

Les missions des assistants de gestion

L'enjeu majeur qui ressort très vite est celui de la nécessaire clarification du fonctionnement des pôles et des délégations de gestion, et de la clarification du rôle de l'assistant de gestion sur le pôle. En effet, sur la question des fonctions et des activités de l'assistant de gestion, seule une minorité de cadres administratifs semble avoir une idée assez claire, les autres touchant du doigt ses missions principales sans en visualiser les tâches concrètes. Sont ainsi évoquées par les cadres, les missions générales d'assistance du responsable et cadre coordonnateur de pôle sur les secteurs administratifs et du contrôle de gestion : « *étude de tableaux de bord, analyse et suivi des indicateurs, analyse de l'activité, travail sur le budget du pôle, aide pour l'optimisation des organisations et des restructurations, management de projet, expertise sur les questions juridiques et veille réglementaire...* » Les praticiens et les cadres supérieurs de santé évoquent également ce type de tâches, mettant principalement en avant la nécessité

d'avoir une aide dans la lecture, la compréhension et l'exploitation des données des divers tableaux de bord et d'activité nécessaires pour une bonne gestion du pôle. Les deux acteurs du pôle sont également à la recherche d'un regard non soignant mais gestionnaire sur le pôle, afin d'être interpellés et accompagnés dans la « révolution » que constitue pour eux la gestion d'un pôle. Les cadres coordonnateurs, qui sont sans doute ceux qui appréhendent le mieux les besoins, évoquent : « *le besoin de disposer de tableaux de bord avec des données fiables et compréhensibles et le besoin d'analyse et d'exploitation de ces données, le besoin d'être orientés par des préconisations sur la mutualisation des moyens, les économies à réaliser, le suivi de l'activité, les projets envisageables ou les progrès à faire...* » Toutefois, qu'on se situe du côté administratif comme du côté des pôles cliniques, une réelle clarification des rôles de chacun et du dispositif d'ensemble est attendu.

La valeur ajoutée des assistants de gestion par rapport à une simple réorganisation des directions fonctionnelles

La question de la possibilité d'organiser depuis les directions fonctionnelles ces missions d'assistance semble laisser perplexe : les cadres administratifs ont déjà l'impression de s'être emparés de ces missions supports ou ressources pour les pôles cliniques ou médico-techniques sans vraiment comprendre pourquoi les choses ne semblent pas fonctionner. Les cadres administratifs favorables à la mise en place des assistants de gestion estiment qu'il faut aller plus loin et que l'assistant facilitera le fonctionnement des pôles car il permettra de faire le lien entre la direction et sa vision gestionnaire et les pôles médicaux. Les praticiens responsables de pôle font ressortir quant à eux la nécessité d'avoir une personne sur le terrain, capable de saisir les enjeux et les logiques de fonctionnement du pôle afin de porter les analyses de gestion les plus pertinentes possibles. Un véritable investissement sur le pôle paraît indispensable à leurs yeux, seul le rapprochement dans le pôle rendra l'assistance de gestion efficiente. Ils font valoir également le trop grand nombre d'interlocuteurs auxquels ils doivent faire face avec les directions, argument repris par les cadres coordonnateurs, interlocuteurs souvent inconnus de surcroît. Il est noté d'ailleurs que jamais le contrôleur de gestion n'a été identifié comme interlocuteur principal signe que le dialogue de gestion indispensable est encore à construire au CH de Saint-Malo. Parmi les réponses, les cadres coordonnateurs semblent toutefois saisir qu'une partie de leurs demandes peut être résolue au niveau des directions fonctionnelles. L'un d'entre eux exprime ainsi qu'il ressent la nécessité d'une assistance administrative sur deux niveaux : le premier est ponctuel et intervient plus sur des questions de gestion ou des projets précis ; le second s'appréhende plus sur le long terme, sur des questions de suivi au quotidien et à l'année et exprime la nécessité d'un regard gestionnaire sur l'ensemble de la gestion du pôle.

Cependant, si nombreux sont ceux qui prônent la solution de l'assistant de gestion pour résoudre l'enjeu du dialogue de gestion, sans qu'il n'ait été exprimé comme tel, tous appréhendent les difficultés que posera la mise en place d'une telle fonction, difficultés parmi lesquelles la détermination de la quotité de temps de travail dédié au pôle et la garantie de la polyvalence de l'agent affecté comme assistant de gestion. En effet, parmi les freins qui apparaissent lorsque les cadres administratifs sont interrogés sur leur envie et leur capacité à assurer cette fonction, beaucoup expriment leur crainte de ne pas être compétents sur les domaines demandés, notamment le domaine financier, et de ne pas être suffisamment polyvalents pour assumer l'ensemble des tâches dévolues à cette fonction.

Ainsi, les pôles expriment clairement leur besoin d'un temps d'assistant de gestion qui leur serait dédié. Les cadres administratifs quant à eux ne sont pas réticents, certains exprimant même une véritable envie de se rapprocher des pôles, mais ils sont dans l'attente d'une clarification des rôles de chacun et du fonctionnement général du dispositif.

2.2.3 L'intérêt de la mise en place d'assistants de gestion

Ainsi, il est apparu au terme des entretiens menés, que la mise en place d'assistants de gestion pourrait avoir un réel intérêt par rapport à l'organisation actuelle, notamment en ce qu'il permettrait indubitablement d'améliorer le dialogue de gestion indispensable dans la logique de la Nouvelle Gouvernance, mais encore relativement inexistant et difficile au CH de Saint-Malo. Il aura en outre l'avantage de concilier les attentes des pôles et celles des cadres administratifs et de participer au décloisonnement général.

A) Améliorer le dialogue de gestion

In fine, l'organisation actuelle et le fonctionnement des pôles et de leurs relations avec les directions, certes encore limités du fait de l'absence de contrats et de délégations de gestion, semblent ne pas être des plus opérationnels au vu des besoins et des attentes exprimés par les acteurs. Les questions relevant du contrôle de gestion central que peuvent se poser les pôles ne semblent pas trouver de réponses aujourd'hui, elles semblent même avoir du mal à émerger des pôles... Le système actuel montre ici ses limites : sans que les acteurs ne l'ait identifié sous ces termes, c'est bien l'enjeu du dialogue de gestion qui se trouve au cœur des débats.

Il semblerait ainsi qu'à partir d'une certaine taille et face à l'enjeu des délégations de gestion, la mise en place d'un temps de cadre administratif dédié dans le pôle

constitue une seconde étape favorisant la déconcentration de gestion recherchée par la réforme. En effet, les informations et l'accompagnement nécessaires aux pôles dans le domaine de la gestion, notamment lorsqu'ils atteignent une masse critique, semblent difficilement rendues possibles dans un système où le contrôle de gestion reste entièrement centralisé aux côtés des directions fonctionnelles. L'assistant de gestion trouve alors un intérêt dans la déconcentration des fonctions d'analyse de gestion qu'il peut exercer au sein du pôle, dans la liaison qu'il instaure entre le contrôle de gestion central, les directions fonctionnelles et les pôles. Il devient le maillon essentiel du dialogue de gestion ; il permet la diffusion dans les pôles des compétences de gestion.

Actuellement, le cadre coordonnateur et le praticien responsable de pôle se sentent obligés de mener seuls les analyses de gestion de leur pôle, alors que leurs compétences dans ce domaine sont très limitées. Certes, praticiens responsables de pôle et cadres coordonnateurs doivent s'appropriier les logiques de la gestion médico-économique rendue indispensable depuis les réformes et la démarche de médicalisation accrue de la gestion. Il serait cependant illusoire de penser qu'ils sont actuellement aptes à gérer seuls et à rendre efficient leur pôle sans l'aide de véritables gestionnaires. Les cadres coordonnateurs, dont le travail est aujourd'hui dédié au management, se voient souvent dès lors confier une partie de ces tâches de gestion, alors même que leur formation n'est pas encore aboutie sur ce terrain. Par ailleurs, les compétences de management et de gestion qui constituent le cœur de leur métier sont davantage tournées vers l'organisation des soins, le management d'équipe et la qualité des soins : les demandes de plus en plus fortes dans le domaine de la gestion administrative et du contrôle de gestion ont pour effet pervers de les détourner de ces missions premières. Enfin, ils ne semblent pas trouver, tout comme les responsables de pôle, de réponses voire d'interlocuteur dans l'organisation actuelle. Les directions fonctionnelles, bien qu'identifiées en pôle « Ressources », « Relations avec les usagers » ou « Aide à la décision » au CH de Saint-Malo, n'apparaissent pas aux acteurs des pôles comme des services facilitant la gestion des pôles, des services en appui des pôles.

Ainsi, un juste équilibre est à trouver entre les pôles et l'Administration. Il sera sans doute permis par l'aide et l'accompagnement que peut apporter un cadre administratif sur un pôle.

B) Concilier les attentes des acteurs et accroître le décloisonnement

Certains cadres administratifs ont clairement exprimé leur souhait de se rapprocher des pôles cliniques et médico-techniques. Le mouvement de décloisonnement

enclenché par la Nouvelle Gouvernance se traduit souvent comme un rapprochement des directeurs et des praticiens. L'encadrement administratif, comme ont pu le souligner les cadres du CH de Saint-Malo interrogés à ce sujet, a souvent le sentiment de ne pas participer à ce décloisonnement. Les cadres administratifs ne se sentent pas plus proches des services de soins et n'ont pas toujours une meilleure connaissance de leur fonctionnement. Or, tous ont bien saisi que la Nouvelle Gouvernance, en déconcentrant la gestion, fait des pôles cliniques et médico-techniques, le cœur des enjeux de gestion de l'hôpital. Ainsi, offrir une partie de leur temps et de leurs compétences aux pôles cliniques et médico-techniques revêt pour nombre de cadres une opportunité à saisir. Il convient d'écarter les craintes de n'être qu'une « *petite main* » ou « *l'homme à tout faire* » du pôle, et de garantir leur intégration dans le pôle. Si ces conditions se voient remplies, la mise en place d'un assistant de gestion favorisera et accentuera l'élan de décloisonnement encouragé par la réforme.

Ces envies sont d'ailleurs en conformité avec les besoins exprimés par les pôles. Ceux-ci souhaitent en effet voir émerger un véritable trio de pôle où la vision et la parole du gestionnaire administratif auront leur place. L'ensemble des acteurs des pôles ont ainsi bien mis en avant la nécessité d'intégration et d'investissement du cadre administratif sur le pôle. Ainsi, la volonté de prendre part à la vie et au fonctionnement des pôles qu'expriment les cadres administratifs épouse totalement les attentes des praticiens responsables de pôle et des cadres coordonnateurs. Ceux-ci sont en attente du regard gestionnaire sur leur pôle. La mise en place d'assistants de gestion participerait pleinement au rapprochement et à la collaboration entre soignants et administratifs, et s'inscrirait au carrefour des souhaits et des attentes d'un grand nombre de ces acteurs.

En définitive, la mise en place des assistants de gestion apparaît bien comme une solution pertinente pour faire avancer la réforme de la Nouvelle Gouvernance au CH de Saint-Malo. En devenant assistant de gestion pour partie de leur temps, les cadres administratifs intégreront en effet plus facilement les logiques de la réforme. La mise en place de cette fonction participera ainsi au changement culturel attendu chez l'encadrement administratif, changement qui pour l'heure ne semble pas s'être réalisé.

Les assistants de gestion participeront pleinement au renforcement du décloisonnement, à la circulation des informations au sein des pôles et au sein des directions fonctionnelles, à la construction du dialogue de gestion. Ils feront ainsi avancer à la fois les pôles et leurs acteurs, praticiens responsables de pôle et cadres coordonnateurs, et les cadres administratifs dans leur ensemble, notamment dans les directions fonctionnelles.

3 Perspectives pour les cadres administratifs : préconisations pour la mise en place d'assistants de gestion

La mise en place d'assistants de gestion semblant être une opportunité à saisir et une solution d'organisation pertinente pour le CH de Saint-Malo, la réflexion a été menée jusqu'à émettre des préconisations pour la mise en place de cette nouvelle fonction. Ces préconisations recouvrent à la fois des propositions concrètes d'organisation, ainsi qu'une mise en exergue des points essentiels dont il est apparu nécessaire de tenir compte dans une telle démarche de conduite du changement.

3.1 La mise en place de la fonction d'assistant de gestion

Au cours des investigations menées, il est apparu nécessaire de s'intéresser plus avant à l'organisation que supposerait la mise en place d'assistants de gestion. En effet, au delà de la question de son utilité, la question de la mise en place concrète de ce nouvel acteur au sein du pôle est également à étudier, les acteurs rencontrés ayant tous souligné la nécessité de clarifier le dispositif.

3.1.1 Un nouvel acteur dans le pôle

La mise en place d'un assistant de gestion introduit un nouvel acteur au sein des pôles. Il convient d'en préciser le rôle et le positionnement au regard notamment des autres acteurs du pôle.

A) Le nouveau trinôme de pôle et le rôle de l'assistant de gestion

Conformément aux textes, l'assistant de gestion vient constituer, aux côtés du praticien responsable et du cadre coordonnateur, la troisième personne du trinôme du pôle. Les rôles de chacun doivent ainsi s'accorder et trouver une cohérence d'ensemble afin d'assurer le bon fonctionnement et la bonne gestion du pôle.

Ainsi, l'assistant de gestion a pour mission principale d'assister le responsable de pôle dans le cadre de la gestion déconcentrée et du pilotage médico-économique du pôle, en lien avec le cadre coordonnateur. Il vient compléter sous l'angle de la gestion le management des pôles. Ses missions sont fortement liées au suivi de la mise en œuvre du contrat interne, dans le cadre des délégations de gestion et en complémentarité des missions assurées par le cadre coordonnateur. A ce titre, tous deux assistent le responsable de pôle dans le suivi et l'exploitation des outils de pilotage, des tableaux de bord et d'évaluation du pôle. L'assistant de gestion, en lien avec le cadre coordonnateur,

a dès lors une mission de sélection, de suivi et d'analyse des différents indicateurs relatifs à l'activité médicale, aux dépenses du pôle, aux enveloppes déléguées ou aux objectifs contractés par le pôle. Alors que le cadre coordonnateur se positionne surtout dans l'organisation des activités de soins et le management des équipes paramédicales, l'assistant de gestion se positionne comme un conseiller en gestion et un expert sur les questions médico-économiques. Il devient la personne ressource pour fournir, lire, analyser et expliquer l'information médico-économique au service du pilotage de l'activité. Pour être efficace, il doit ainsi travailler en étroite collaboration avec les acteurs du pôle, le contrôle de gestion et le DIM afin de comprendre et d'analyser les évolutions constatées, et de mieux appréhender les organisations. Il participe également à l'élaboration des projets du pôle sur le plan médico-économique et au suivi de leur mise en œuvre. Il doit permettre de rendre lisibles au niveau institutionnel, les actions menées dans le pôle. Il est une aide à la formalisation des projets. Il est ainsi un acteur, aux côtés du cadre coordonnateur et du responsable de pôle, dans la contractualisation des projets du pôle avec la direction.

De fait, l'assistant de gestion devient un interlocuteur privilégié du dialogue de gestion : il fait le lien et s'assure des relations entre son pôle et le contrôle de gestion central et les directions. Il doit également s'assurer des relations assidues du pôle avec le DIM. Il permettrait ainsi au CH de Saint-Malo, l'interface entre son pôle et le pôle « Aide à la Décision ». L'étroite relation entre l'assistant de gestion au titre du pôle, le contrôle de gestion et le DIM contribue à l'efficacité de l'action de chacun et à la réussite de la contractualisation interne. Ainsi, l'assistant de gestion devient l'acteur clé du dialogue de gestion : il l'anime et le fait vivre en jouant le rôle de relais indispensable entre les pôles cliniques et les pôles de gestion.

Sans en devenir l'interface systématique, il peut également jouer un rôle de facilitateur pour les praticiens et les soignants dans leurs relations avec les différents interlocuteurs techniques et administratifs.

Il assure dès lors le regard *administratif* et *gestionnaire* nécessaire au management du pôle : il apporte avec lui une nouvelle culture et le langage médico-économique que doivent s'approprier avec lui les acteurs du pôle. Il met en avant et sensibilise sur les implications financières des décisions, des organisations et des pratiques du pôle. Il joue ainsi un rôle de guide et de modérateur sur la gestion du pôle. Il doit permettre de faire évoluer les esprits vers la recherche globale d'efficacité et le renforcement du dialogue de gestion. In fine, il constitue un formidable levier d'action au sein du pôle pour réussir la Nouvelle Gouvernance.

Par ailleurs, il ne se confond pas avec le directeur référent car il prend part véritablement à la vie et aux décisions du pôle en apportant son expertise de gestion. Il a un rôle de producteur sur le pôle. Le directeur référent reste lui sur un rôle de garant institutionnel et sur une mission de coordination et d'échange d'informations entre la direction et le pôle. La question de sa disparition peut d'ailleurs être posée, ces missions de garant institutionnel étant alors reportées sur l'assistant de gestion. Il apparaît toutefois qu'un directeur adjoint a plus de poids pour jouer ce rôle institutionnel. Il reste intéressant par ailleurs que, par cette présence complémentaire du directeur référent, un lien direct avec la direction persiste. Il permet en effet une forme circulation des informations touchant à la stratégie et à la politique de l'établissement, tant de la direction vers les pôles que des pôles vers la direction. La constitution prochaine d'un directoire qui intégrerait l'ensemble des responsables de pôles aux côtés des directeurs pourraient toutefois remettre en cause cette analyse.

B) Activités de l'assistant de gestion : vers une fiche de fonctions

La mission principale de l'assistant de gestion, ainsi qu'indiquée dans les textes, est d'assister, en lien avec le cadre coordonnateur du pôle, le responsable de pôle dans la gestion et le pilotage médico-économique du pôle. Cette mission peut se décliner en plusieurs activités principales, plus ou moins élargies selon les choix de l'établissement (quotité de temps dédiés, importance du contrôle de gestion...) et les besoins des responsables de pôle.

Proposition de fiche de fonctions :

Instances et organisation du pôle

- Membre de droit du conseil de pôle.
- Instruction des dossiers préparatoires et participation à la mise en œuvre des décisions prises en lien avec le responsable de pôle et le cadre coordonnateur.
- Participation à l'organisation interne du pôle : rédaction du règlement intérieur...

Assistance générale au management et aux projets du pôle

- Elaboration, mise en œuvre et suivi du contrat de pôle en lien avec le responsable et le cadre coordonnateur du pôle, production de notes de synthèse.
- Co-élaboration et mise en œuvre du projet de pôle, participation aux productions écrites relatives aux projets du pôle.
- Réalisation des analyses prospectives nécessaires aux projets du pôle, en lien avec les acteurs du pôle, les services du contrôle de gestion, du DIM, des directions concernées.

- Assistance et conseil du responsable de pôle et du cadre coordonnateur de pôle sur les aspects économiques et de gestion.
- Sensibilisation générale des acteurs sur l'implication financière des décisions et pratiques du pôle.
- Adaptation des outils de pilotage et d'aide à la décision du pôle.
- Participation à l'optimisation de l'activité du pôle.

Activités médico-économiques et de gestion

- Participation à l'élaboration du budget du pôle, en lien avec le contrôle de gestion et la direction des Finances.
- Participation au suivi et aux bilans des résultats médico-économiques du pôle (CREA du pôle), en lien avec le contrôle de gestion et la direction des Finances.
- Suivi, analyse et exploitation des tableaux de bord fournis par le DIM et le contrôle de gestion : suivi et analyse de l'activité, des recettes et des dépenses par rapport aux objectifs fixés dans le contrat de pôle, alerte en cas de dérive.
- Participation à l'élaboration des mesures correctives nécessaires.
- Participation à la valorisation des besoins relevant des enveloppes déléguées.
- Suivi des délégations de gestion (enveloppes et droits de tirage) en lien avec les acteurs du pôle, le contrôle de gestion et les directions concernées : validation des éléments financiers sur la faisabilité de la dépense, suivi de l'engagement des moyens, propositions d'ajustement, alerte en cas de dérive...

Procédures administratives

- Participation à l'élaboration du plan de formation.
- Participation aux démarches relatives à la gestion des achats et des approvisionnements.
- Participation aux démarches relatives aux équipements et aux travaux (plan de travaux et plan d'équipement).
- Communication des demandes administratives aux bonnes personnes ressources

L'ensemble de ces activités ne sont pas nécessairement à retenir : elles fixent un cadre au champ d'action de l'assistant de gestion, mais celui-ci reste très dépendant du choix de l'établissement dans le positionnement plus ou moins important de l'assistant de gestion au sein du pôle d'une part, et des attentes spécifiques du responsable de pôle vis-à-vis de son assistant de gestion d'autre part. Ainsi, les activités de l'assistant peuvent être plus ou moins limitées à certains des domaines proposés, ou plus ou moins limitées à certaines des tâches proposées dans chacun de ses domaines. La question du « secrétariat » qui fait craindre aux cadres administratifs de se voir endosser les tâches les plus ingrates doit être clairement réglée, soit par un partage des tâches avec

l'ensemble des acteurs du pôle selon leurs disponibilités, soit dans la recherche d'une autre organisation : dédier un temps de secrétaire médicale du pôle aux instances...

Il revient toutefois à l'établissement de bien préciser le champ d'activité dévolu aux assistants de gestion afin que l'ensemble des pôles s'inscrive dans un cadre commun, même si chaque pôle clinique ou médico-technique est ensuite libre de déterminer les modalités pratiques de son management interne.

3.1.2 Les modalités techniques de mise en œuvre de la fonction d'assistant de gestion

Afin de garantir la bonne mise en œuvre de la fonction d'assistant de gestion dans les pôles, certaines questions et modalités techniques doivent être réglées.

A) Modalités d'organisation du temps de cadre administratif dédié aux pôles cliniques et médico-techniques

Le CH de Saint-Malo ainsi que nombre d'établissements de taille similaire ou de taille plus réduite, est confronté à des moyens humains administratifs limités : le nombre d'attachés et d'adjoints des cadres ne permet pas de placer un temps plein de cadre administratif auprès de chaque pôle clinique et médico-technique. Cette solution n'a d'ailleurs jamais été envisagée. La mise en place d'assistants de gestion au sein des pôles nécessite donc de réfléchir à la quotité de temps à dédier à chaque pôle et aux modalités d'organisation de cette nouvelle fonction.

Deux solutions s'offrent ainsi :

- dédier un ou deux cadres à temps plein à la fonction d'assistant de gestion et répartir leur temps de travail sur l'ensemble des pôles,
- ou dédier une quotité de temps du travail d'un nombre suffisant de cadres administratifs des directions à la fonction d'assistant de gestion, un cadre administratif intervenant sur un seul pôle à la fois.

Certains établissements¹⁵ ont fait le choix de dédier, pour l'ensemble de leur temps de travail, un nombre limité de leurs cadres administratifs aux fonctions d'assistant de gestion, les cadres exerçant alors pour deux ou trois pôles. Cette solution a le bénéfice de permettre à ces agents de s'investir pleinement dans cette nouvelle fonction d'assistant de gestion. Elle crée par ailleurs un « guichet unique » entre l'Administration et les pôles cliniques et médico-techniques. Ce principe de guichet unique peut certes

¹⁵ Notamment le CH de Versailles, dont l'organisation et l'expérience ont alimenté les réflexions de ce mémoire grâce aux contacts pris au sein de cet établissement.

paraître simplifier le dispositif, mais il est également vite réducteur des relations entre l'Administration et les pôles cliniques et médico-techniques... La répartition du temps de travail de ces quelques assistants de gestion sur l'ensemble des pôles doit en outre être claire, tout en laissant au cadre la liberté d'organiser leur temps de travail. Le rapprochement des assistants de gestion entre eux et leur rattachement à une direction doivent être prévus et organisés.

Dans les cas où il ne serait pas envisageable de détacher à temps plein des cadres administratifs sur les pôles cliniques et médico-techniques, il est possible de demander à certain cadres des directions de dédier une quotité de leur temps de travail à l'assistance d'un de ces pôles. Cette solution pourrait être retenue au CH de Saint-Malo au regard du faible nombre des attachés ou adjoints des cadres présents dans les directions, rendant quasiment impossible de détacher des temps pleins aux pôles. Par ailleurs, cette solution a le mérite de renforcer le décloisonnement entre les pôles cliniques et médico-techniques et les directions, dans la mesure où les assistants de gestion, restant cadres administratifs dans leurs directions fonctionnelles, apportent à celles-ci leur expérience des pôles et peuvent être à l'origine d'une nouvelle dynamique de décloisonnement. Les cadres-assistants de gestion pourront ainsi faire partager leur connaissance des pôles cliniques et médico-techniques et créer des liens entre ceux-ci et les directions. Cette solution est in fine tout à fait pertinente dans l'esprit de la Nouvelle Gouvernance et au regard des enjeux analysés précédemment. Elle participe au changement culturel demandé aux cadres administratifs depuis la réforme.

La quotité de temps dédiée doit alors être déterminée selon les besoins du pôle, ceux-ci étant corrélés très souvent à la taille du pôle.

Ainsi, les plus petits pôles ne nécessitent peut-être pas la présence d'un assistant de gestion, alors que les plus gros pôles sont souvent les premiers demandeurs. Les plus petits pôles peuvent sans doute se satisfaire d'un système où le responsable de pôle et le cadre supérieur de santé se verraient fortement assistés par le contrôle de gestion central et l'ensemble des directions en général. Dans ce cas, les tâches qui relèveraient de l'assistant de gestion sont assurées par le cadre coordonateur de pôle et le contrôle de gestion central. Ainsi au CH de Saint-Malo, il pourrait être envisagé que les pôles en dessous d'une certaine taille (nombre de lits ou nombre de personnels à déterminer), ou dont le budget est inférieur à un certain montant (à déterminer), ne bénéficient pas d'un assistant de gestion mais se voient plus fortement liés au Pôle « Aide à la décision » dans l'accompagnement et la réalisation des tâches de gestion du pôle. Il est alors nécessaire de repenser les relations de ce pôle avec le contrôle de gestion et le DIM, et de travailler sur les outils de pilotage et les analyses de gestion et médico-économiques mis à la disposition du pôle.

Pour les pôles de plus grande taille, la quotité de temps de l'assistant de gestion est à déterminer selon les besoins. Celui-ci doit pouvoir rencontrer régulièrement le responsable de pôle et le cadre coordonnateur de pôle d'une part, et assister aux conseils ou toute autre réunion importante du pôle d'autre part. Un temps de travail privilégié et plus régulier avec le cadre coordonnateur doit être rendu possible également. Ainsi, pour les plus gros pôles, il semblerait nécessaire que le cadre administratif puisse consacrer au pôle au moins une demi-journée par semaine et être autorisé et disponible en sus pour assister aux réunions importantes du pôle. Pour les pôles de taille moyenne, ce temps de travail pourrait varier entre une demi-journée par semaine ou toutes les deux semaines. Il semble toutefois difficile de prévoir une quotité de temps de travail moindre car un minimum de temps est nécessaire pour permettre le bon investissement de l'assistant de gestion dans le pôle et des rencontres régulières avec les deux autres membres du trinôme sont indispensables. Un temps de travail trop réduit ne semblerait pas opportun pour la bonne mise en œuvre de cette fonction s'il venait à insérer, dans le fonctionnement du pôle, une personne supplémentaire indispensable mais qui s'avérerait peu disponible.

Dans tous les cas, il semble nécessaire que le temps de cadre qui sera dédié au pôle en qualité d'assistance de gestion soit banalisé : la demi-journée mise à disposition du pôle par exemple devra être identifiée dans la semaine afin que les acteurs du pôle connaissent le moment et le temps durant lequel ils sont assurés de pouvoir joindre et travailler sans encombre avec le cadre administratif du pôle. Ce temps pourra être déterminé en concertation entre le responsable de pôle et le directeur adjoint de la direction dont dépend le cadre administratif pour le reste de son temps de travail.

B) Autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique

Les assistants de gestion sont, selon les textes, placés sous l'autorité du responsable de pôle dans l'exercice de leurs missions sur le pôle. Ceux-ci exercent alors sous l'autorité fonctionnelle du responsable de pôle pour le temps de travail dédié au pôle.

Toutefois, la question de l'autorité hiérarchique reste posée. Le rattachement hiérarchique n'est pas aisé : sous l'autorité directe du directeur d'hôpital, celle d'un directeur adjoint ou celle du responsable de pôle ?

Lorsque les assistants de gestion n'assument plus que cette fonction et n'exercent plus au sein d'une direction fonctionnelle, il est nécessaire de réfléchir à leur positionnement au sein de l'administration. Ce positionnement déterminera leur responsable hiérarchique. Deux possibilités s'offrent aux établissements : les assistants de gestion peuvent être placés soit directement sous l'autorité hiérarchique de la direction

de l'établissement, soit sous l'autorité hiérarchique d'un directeur adjoint. Ainsi, il existe parfois un directeur chargé de la contractualisation qui peut, à ce titre, prendre sous son autorité les assistants de gestion. Le cas échéant, le directeur adjoint aux finances ou le directeur en charge du contrôle de gestion (*très souvent le même*) semblent également pouvoir assumer cette autorité de façon légitime.

Lorsque les assistants de gestion exercent à la fois dans une direction fonctionnelle et sur les pôles, ils sont alors, de façon évidente, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur adjoint de la direction dans laquelle ils exercent, pour le temps de travail qu'ils y passent. Quid de l'autorité hiérarchique exercée sur le cadre administratif pour son temps de travail d'assistant de gestion ? Doit-on considérer que la seule autorité hiérarchique existante est celle du directeur de la direction fonctionnelle où travaille le cadre ? Ou doit-on organiser une autre relation d'autorité hiérarchique entre le cadre et un autre directeur pour le temps où il exerce ses fonctions d'assistant de gestion, selon les mêmes logiques que dans la situation où les assistants de gestion sont entièrement dédiés à cette fonction (chef d'établissement, directeur adjoint chargé de la contractualisation, directeur des finances et du contrôle de gestion...) ?

Au delà, ce sont deux enjeux importants qui apparaissent derrière cette question de l'autorité hiérarchique et auxquels les établissements se doivent de répondre avant toute mise en place de cette fonction :

L'évaluation et la notation du cadre administratif

Il est important de déterminer qui aura la charge d'évaluer et de noter les cadres administratifs-assistants de gestion. En effet, en distinguant autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle, les textes dissocient du responsable de pôle, la personne chargée, notamment, au titre de l'autorité hiérarchique, d'évaluer et de noter l'assistant de gestion. Cette évaluation et cette notation doivent se faire toutefois sur avis du responsable de pôle. Si l'assistant de gestion est, en tant que tel, rattaché à une direction fonctionnelle ou à la direction générale de l'établissement, il revient ainsi à cette entité de l'évaluer et le noter. Lorsqu'il est, pour une part de son temps de travail, rattaché à une direction fonctionnelle, est-ce à elle seule de le noter et de l'évaluer ? Dans la mesure où l'avis du responsable de pôle est requis pour évaluer les missions du cadre administratif en tant qu'assistant de gestion, cette solution ne semble a priori pas poser de problème.

Toutefois, il est à noter que la logique de la réforme de la Nouvelle Gouvernance, renforcée par les orientations que prend le projet de loi HPST qui donne au chef de pôle *l'autorité* -sans que soit précisé *fonctionnelle*- sur l'ensemble des personnels du pôle, peut être comprise comme incitant le responsable de pôle à évaluer et noter lui-même son assistant de gestion. Certains établissements ayant affecté un cadre à temps plein

aux pôles ont ainsi considéré que la logique statutaire n'était pas cohérente face à celle de la réforme et ont déjà franchi le pas. Si cette hypothèse devait se réaliser avec les prochains textes législatifs, il sera alors nécessaire de prévoir un dispositif prévoyant une évaluation et notation concertés de l'agent partageant son temps de travail entre un pôle clinique ou médico-technique et une direction. Lorsque le temps de travail du cadre administratif dans le pôle reste limité, il semble toutefois opportun d'envisager que le système précédent perdure : l'avis du responsable de pôle est requis, mais l'évaluation et la notation restent du ressort du directeur adjoint de la direction dans laquelle exerce le cadre.

La coordination de l'action des assistants

L'existence d'un directeur ayant autorité hiérarchique sur les assistants de gestion permet également de répondre à l'enjeu de la coordination de leur action. Dans le cas où les cadres administratifs partagent leur temps de travail entre un pôle clinique ou médico-technique et une direction, une tierce personne pourrait alors s'avérer intéressante. Sans aller jusqu'à créer une troisième autorité sur le cadre administratif, il apparaît en effet opportun de prévoir un référent pour les assistants de gestion. Cette personne aurait la charge d'encadrer et de coordonner les missions des assistants de gestion : il veillerait à animer un réseau entre les assistants, à faire partager les avancées des uns, à homogénéiser les outils de pilotage... Il permettrait également le lien entre la direction et les pôles, l'échange d'informations sur les dossiers en cours. Les choix se portant sur le directeur responsable des finances ou du contrôle de gestion, ou sur le directeur chargé de la contractualisation lorsqu'il existe, semblent pertinents.

C) Le choix des assistants de gestion : quel profil et quel recrutement ?

Le choix des cadres pouvant exercer la fonction d'assistant de gestion dans un pôle clinique ou médico-technique doit être réfléchi sur la base du profil de poste et des compétences requises. Ces compétences nécessitent connaissances et savoir-faire spécifiques et sont à préciser selon le périmètre d'activité et le positionnement donnés à l'assistant de gestion. L'ensemble de ces compétences ne peut d'ailleurs être acquis et maîtrisé par une seule et même personne. Ce sont en fait des compétences partagées avec l'ensemble des personnes avec lesquelles l'assistant de gestion collabore : le cadre coordonnateur, le DIM, le contrôleur de gestion, le service informatique, l'acheteur...

Proposition de profil de poste :

Connaissances :

- Connaissance des textes et des orientations de la politique nationale de santé.

- Connaissance du fonctionnement d'un établissement sanitaire et des réformes en cours : T2A, Nouvelle gouvernance, principes de la contractualisation et des délégations de gestion.
- Connaissance en matière de finances, de budget et de comptabilité analytique.
- Connaissances en gestion des ressources humaines (statut de la fonction publique, réglementation en matière de temps de travail...).

Capacités et compétences professionnelles :

- Animation de gestion et pilotage médico-économique : maîtrise des outils de pilotage, capacité à réaliser des études médico-économiques, reporting.
- Suivi budgétaire et analyse financière (budget, compte de résultat, bilan...)
- Analyse de gestion : lecture et analyse d'indicateurs et de tableaux de bord, reporting, plans d'actions.
- Compréhension et analyse de l'activité : compréhension des indicateurs de base (journées, séjours, DMS...).
- Maîtrise du système d'information et des outils informatiques de gestion
- Analyse des processus d'organisation.
- Gestion de projets.

Savoirs être :

- Bon relationnel, sens du travail en équipe.
- Autonomie et rigueur.
- Capacité à argumenter et communiquer face à des interlocuteurs différents.
- Esprit d'initiative, force de proposition.
- Sens des responsabilités.

Les fonctions d'attachés d'administration hospitalières semblent être celles qui correspondent le plus au profil du poste dans le Répertoire des métiers de la FPH¹⁶. L'étude prospective des métiers sensibles de la FPH réalisée en 2007¹⁷ analyse ainsi le statut d'attaché d'administration hospitalière comme « *le statut cible le plus adéquat pour le métier* ». Toutefois des adjoints des cadres peuvent également être proposés pour ces fonctions. Ils sont alors recrutés parmi les responsables ou gestionnaires les plus expérimentés.

En pratique, il existe parfois une certaine difficulté de recrutement en interne en raison des craintes des cadres administratifs face à un poste encore mal défini et

¹⁶ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FPH, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : Editions ENSP, 435 p.

requérant des compétences qu'ils ne pensent pas maîtriser. Ces craintes sont ainsi exprimées dans les entretiens réalisés au CH de Saint-Malo. Le profil de poste décrit plus haut, correspond en effet à un profil administratif peu courant dans les directions aujourd'hui. Cependant, les fonctions d'assistant de gestion constituent une opportunité nouvelle pour les cadres administratifs en raison du travail sur le terrain, au contact des équipes médicales et paramédicales, qui leur est proposé. Il est ainsi très probable qu'à l'avenir, ce poste sera valorisant dans un parcours professionnel pour les attachés d'administration, mais aussi pour les adjoints des cadres dans une perspective promotionnelle. Certains cadres du CH de Saint-Malo expriment ainsi leur motivation et leur intérêt pour exercer cette nouvelle fonction.

Soulignons par ailleurs que les perspectives d'évolution démographique de l'encadrement, avec les massifs départs à la retraite : *82% des attachés seront partis en retraite en 2015, 59% des adjoints des cadres*¹⁸, complexifient le recrutement tout en lui offrant une opportunité certaine. En effet, les ressources en interne vont se faire de plus en plus limitées et des recrutements seront nécessaires. Toutefois, il est probable que les nouveaux attachés seront à l'avenir mieux formés aux nouvelles réformes et qu'une place sera donnée aux fonctions d'assistant de gestion dans la formation. Ils posséderont les connaissances et les compétences relatives aux nouveaux modes de financement et de gestion, à la contractualisation et à la déconcentration de la gestion. La formation d'adaptation intègrera elle-aussi les réformes ; un module pour les futurs assistants de gestion sera sans doute prévu et pourra être mobilisé pour les recrutements externes.

In fine, il semble indispensable que chaque établissement prévoit un accompagnement adapté pour une mise en œuvre de cette fonction et des prises de fonction par les cadres administratifs réussies.

3.2 La conduite du changement

Etape supplémentaire dans la réforme de la Nouvelle Gouvernance, la mise en place des assistants de gestion dans les pôles cliniques et médico-techniques participe ainsi à la mise en œuvre du changement global induit par les réformes. Changement d'organisation, mais aussi changement dans les missions et rôles des uns et des autres, changement dans les modes de relation, dans les modes de gestion, et enfin,

¹⁷ OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES METIERS DE LA FPH, novembre 2007, *Etude prospective des métiers sensibles de la FPH*, Tome 2, Rennes : Editions ENSP, 263 p.

¹⁸ Données établies par rapport à l'effectif de 1999. OBSERVATOIRE DE L'EMPLOI PUBLIC, 2004, « La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences. « Les Travaux de

changement de culture. Les assistants de gestion ne sont certes qu'une partie du dispositif, mais la mise en œuvre de cette fonction porte l'ensemble des enjeux de la réforme et, comme nous l'avons vu, elle peut être envisagée comme un formidable levier d'action pour réussir la Nouvelle Gouvernance.

Il est ainsi nécessaire de ne pas négliger les aspects managériaux que comporte la conduite d'un tel changement, à commencer par la nécessité de lui donner du sens, mais également celle de l'accompagner, missions qui sont au cœur des responsabilités du directeur d'hôpital.

3.2.1 Donner du sens au changement

Il est désormais attendu des managers hospitaliers qu'ils soient en mesure de piloter et de donner du sens au changement.

A) Amener un changement culturel

Construire la Nouvelle Gouvernance passe par l'appropriation de la réforme et de ses implications par les acteurs, par l'acceptation « culturelle » des nouveaux modes de financement et de gestion de l'hôpital public, des nouveaux modes d'organisation et de relations que crée chaque établissement. Pour cela, il faut amener les acteurs à en saisir le sens et à le projeter au sein de leur établissement. L'assimilation par tous d'un sens commun auquel adhérer doit être recherché afin d'enclencher une dynamique positive.

La réforme implique en effet, de la part des acteurs hospitaliers, un véritable changement culturel en termes de gestion, de management et d'organisation de l'hôpital. A ce titre, comme avons pu le voir en première partie, elle comporte des enjeux importants pour les cadres administratifs, même s'ils ne constituent pas la catégorie de personnel la plus mise en avant par la réforme. Tout comme les médecins ou les soignants, les administratifs doivent en effet prendre part au mouvement de décloisonnement, amorcé par la Nouvelle Gouvernance, et au développement de la médicalisation de la gestion porté par le plan Hôpital 2007. Il est important de les faire évoluer dans la Nouvelle Gouvernance et de réussir auprès d'eux le changement culturel attendu.

Concrètement, il est nécessaire de faire comprendre aux administratifs et notamment aux cadres, l'évolution de leur rôle, de leur positionnement, et de les éclairer

l'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la FPH » in *Rapport annuel de l'Observatoire de l'emploi public*, Paris : La Documentation française.

sur ce qui est désormais attendus d'eux. Ainsi, nous l'avons vu, les cadres administratifs doivent se repenser comme fonction support et d'appui aux pôles cliniques et médico-techniques. Ils doivent se saisir de ce nouveau rôle d'accompagnement des acteurs du pôle dans leur activité de gestion médico-économique du pôle. Cet enjeu est à clairement expliciter aux cadres administratifs, ils ne doivent pas, comme trop souvent encore, restés à l'écart des informations et des formations sur les réformes que dispense l'établissement.

La nouvelle organisation d'un établissement doit également aller, comme nous l'avons démontré, jusqu'à la mise en place des assistants de gestion afin d'assurer en partie ces missions nouvelles au plus près des pôles cliniques et médico-techniques. Il est important de faire comprendre à l'ensemble des acteurs quel est l'intérêt de cette nouvelle fonction, en quoi elle vient s'incérer dans l'organisation actuelle, et quelles en sont les implications concrètes pour chacun : cadres des directions, contrôleurs de gestion, équipes du pôle... Il est important de faire comprendre à tous qu'ils participent d'un même processus, la *gestion* de l'hôpital, et qu'entre eux, doit naître un dialogue de gestion de qualité indispensable à la réussite de l'ensemble.

Dans les directions fonctionnelles et centrales, de nouvelles missions apparaissent également en contrepartie des délégations de gestion : l'encadrement intermédiaire administratif doit ainsi être recentré sur des compétences d'expertise dans leur secteur respectif (ressources humaines, achats, travaux, finances...), des missions transversales ainsi qu'un rôle nouveau de contrôle de la gestion des pôles cliniques et médico-techniques. Ces évolutions ne vont pas de soi comme le montrent les craintes qui ont été émises par les acteurs et notamment la crainte des cadres administratifs des directions d'être dépossédés de leur rôle principal, d'être dévalorisés dans la nouvelle organisation. Ainsi il est apparu au cours des premiers bilans de la réforme, que les directions fonctionnelles continuaient parfois à fonctionner comme si les pôles cliniques ou médico-techniques n'existaient pas, ce qui pouvait constituer un frein, voire un facteur d'échec, de la mise en œuvre de la réforme. In fine, il apparaît d'autant plus important que le changement culturel induit par la Nouvelle Gouvernance soit intégré par les cadres des directions, que ces derniers se sentent impliqués et s'impliquent dans les nouveaux modes d'organisation et de gestion de leur établissement.

B) Etre à l'écoute pour communiquer

Au moment de la mise en œuvre des assistants de gestion, se posera indubitablement la question de l'information à apporter aux différents acteurs concernés et de l'attitude en termes de communication à adopter.

La réforme en elle-même se prête à une stratégie de communication *ouverte* : la fonction d'assistant de gestion trouve en effet une partie de son intérêt en ce qu'elle concilie, nous l'avons vu, les besoins des responsables de pôle et des cadres coordonnateurs de pôle, et les intérêts et attentes de certains cadres administratifs. Ainsi, la construction de cette nouvelle fonction peut se faire sur un mode *réceptif* et *interactif*. La communication autour de la question de l'assistant de gestion doit ainsi se centrer sur les acteurs des pôles et des administrations eux-mêmes, sur leurs remarques et sur leur motivation. Elle participera ainsi à une conduite du changement *participatif* qui permettra une appropriation et une implication plus aisées de la part des différents acteurs.

Il est ainsi impératif d'être à l'écoute des acteurs afin de comprendre les attentes de chacun et de s'appuyer sur une connaissance réelle du terrain. Il faudra alors être vigilant sur les messages véhiculés au moment de la mise en œuvre du changement, afin de bien répondre aux attentes de chacun et de ne pas donner l'impression d'avoir négligé les points de vue des uns ou des autres.

Au CH de Saint-Malo par exemple, les attentes sont très fortes de la part du responsable de pôle et des cadres coordonnateurs de pôles, sans être toutefois toujours très claires. Il est ainsi important de communiquer auprès des pôles pour désamorcer les éventuelles déceptions : il faudra expliciter le dispositif retenu et les choix qui auront été faits en termes d'organisation de cette fonction : la quotité de temps dévolue, les tâches confiées... Par ailleurs, les responsables de pôle se sont parfois montrés relativement ignorants des catégories de personnel existant dans les directions administratives, ce qui a pu se traduire par l'attente exprimée par eux que ce soit les directeurs actuellement référents de pôle qui endossent la mission d'assistant de gestion. Pour les cadres coordonnateurs de pôle, la question de la polyvalence des cadres et de leur direction d'origine a également été souvent posée. Il apparaît dès lors nécessaire de communiquer sur les choix des cadres administratifs retenus pour remplir les fonctions d'assistants de gestion : les présenter et expliciter leur aptitude pour remplir cette fonction. Devra également être clarifié et explicité, le choix de conserver les directeurs référents en complément des assistants de gestion, étant donné les grandes interrogations tant des praticiens que des cadres à ce sujet.

En un mot, la communication doit se baser sur l'écoute des attentes, des interrogations et des craintes des acteurs afin de porter des messages répondant le plus possible à celles-ci. Elle devra notamment et avant tout permettre la clarification des rôles de chacun.

C) Clarifier les rôles de chacun

Donner du sens, c'est en effet clarifier. Parmi les éléments qui détermineront la réussite de la mise en place des assistants de gestion, le plus important -et celui qui occupe actuellement un certain nombre d'établissements¹⁹- est de clarifier les rôles de chacun selon l'organisation choisie. Encore une fois, plusieurs organisations peuvent être retenues selon les établissements, leur contexte et leur taille. Toutefois, quelles que soient les options retenues, l'ensemble du dispositif doit apparaître clairement à tous, et pour cela, l'ensemble des acteurs doit pouvoir saisir son rôle et sa place dans la nouvelle organisation. Certains éléments, nous avons déjà eu l'occasion de le souligner, sont fluctuants mais déterminants. Ainsi, nous mettons l'accent ici sur les trois domaines qu'il nous semble impératif de clarifier :

Clarification du partage des tâches entre le cadre coordonnateur et l'assistant de gestion

La mission de l'assistant de gestion est définie par les textes de façon identique à celle des cadres coordonnateurs : tous deux assistent le responsable de pôle dans sa mission de management et de pilotage du pôle. Ils jouent ainsi le rôle de collaborateurs privilégiés du responsable de pôle. La fonction de l'assistant de gestion relève par définition, de la gestion (*cf. définition des missions données plus haut*), tandis que le cadre coordonnateur est plus orienté, de par son métier de base, sur le management des organisations et des équipes de soins, la mise en œuvre du projet de soin et la garantie de la continuité et de la sécurité des soins. Il apparaît toutefois clairement que ces deux acteurs doivent agir en complémentarité sur un certain nombre de domaines, le partage des tâches concrètes entre ces deux personnes restant alors à définir. L'établissement devra ainsi s'attacher à clarifier le plus possible les activités de l'un et de l'autre afin de les éclairer quant à leur rôle dans le pôle, tout en laissant une certaine liberté aux acteurs du pôle de s'organiser entre eux, et de garantir la cohérence d'ensemble. Ainsi, au sein de chaque établissement et pour chaque pôle, il convient d'organiser la complémentarité des deux fonctions. Il apparaît dès lors opportun de reprendre, domaine d'activités par domaine d'activités, le rôle de chacun : en matière de gestion des ressources humaines, en matières d'organisation et de la qualité des soins, en matière de gestion médico-économique...

¹⁹ Notamment l'AP-HP, dont les contacts auprès du Département Prospective Métiers et Nouvelles Organisations, Direction du Développement des Ressources Humaines, ont alimenté les réflexions de ce mémoire. Cf. document en annexe « Cadre paramédical de pôle & cadre administratif de pôle, deux nouveaux métiers à l'AP-HP »

Ainsi par exemple, si le management des ressources humaines semble relever principalement du cadre coordonnateur, l'assistant de gestion intervient lui dans la gestion comptable de la masse salariale du pôle. Les plans de recrutement sont ainsi établis en collaboration : l'assistant de gestion intervient pour chiffrer les propositions et éclairer le cadre coordonnateur sur les possibilités et les implications financières des recrutements, tandis que le cadre coordonnateur gère les compétences et la procédure de recrutement. De même, le cadre coordonnateur est le garant de la qualité des soins et de leur évaluation, mais il s'appuie sur les éléments d'analyse fournis par l'assistant de gestion (analyse de coûts, moyens pour accompagner les projets qualifiés...).

Clarification du rôle du contrôle de gestion central et des relations entre lui et l'assistant de gestion

Le choix de mettre en place un assistant de gestion au sein des pôles relève d'un choix d'organisation de la part des établissements, nous l'avons vu. Les assistants de gestion viennent ainsi remplir des missions auparavant menés en partie par les cadres coordonnateurs de pôle, mais également par le contrôle de gestion. La place du contrôle de gestion et les relations entre lui et l'assistant de gestion (et au travers lui, le pôle) doivent ainsi être clairement définies. L'analyse de gestion doit en effet être partagée entre le niveau central et les pôles. Il s'agit de positionner chacun dans le dialogue de gestion. Doivent ainsi être définis clairement les données et les éléments d'analyse que fournit le contrôle de gestion aux pôles d'une part, et la marge d'analyse attendue des assistants de gestion dans le pôle d'autre part, ces deux acteurs devant collaborer très fortement.

Clarification du rôle des directions fonctionnelles et de ses cadres administratifs

Enfin, les cadres administratifs des directions fonctionnelles doivent également saisir leur rôle vis-à-vis de l'assistant de gestion et plus largement des pôles. Les relations entre eux doivent ainsi être également identifiées clairement, ainsi que les activités effectuées au sein des pôles en liaison ou sous le contrôle des directions. Les cadres administratifs des pôles doivent ainsi se voir attribuer clairement un rôle d'appui aux pôles, mais également d'expertise dans leur secteur administratif respectif et enfin de contrôle.

3.2.2 Expérimenter et accompagner

A) L'expérimentation et l'évaluation du dispositif

Afin de mieux définir le dispositif à mettre en place, il est possible de passer par une phase d'expérimentation sur un ou plusieurs pôles. Cette mise en place restreinte

des assistants de gestion dans quelques pôles a pour but de tester le dispositif sur une petite échelle et d'en corriger les défauts avant de le généraliser. En effet, malgré l'effort de clarification mené en amont, c'est à l'épreuve du terrain que le dispositif montrera ses forces et ses faiblesses. Face à la nouveauté, une phase d'adaptation et d'ajustement semble inévitable afin que chacun trouve sa place et que l'équilibre d'ensemble se réalise.

La mise en place sur le terrain des assistants de gestion devra ainsi être évaluée et une attention particulière devra notamment être portée aux choix évoqués précédemment qui auront été faits a priori :

- la fiche de fonctions de l'assistant et les activités qui lui sont confiées qui pourront sans doute être affinées,
- le partage des tâches entre l'assistant de gestion et le cadre coordonnateur, qui pourra également être revu et affiné,
- les relations entre l'assistant de gestion et les acteurs du pôle d'une part, et le contrôle de gestion, le DIM et d'une manière générale, l'ensemble des directions d'autre part,
- la quotité de temps de travail du cadre administratif sur le pôle,
- le rattachement hiérarchique et l'animation des assistants de gestion depuis une direction.

Par ailleurs, l'expérimentation pourra se baser sur les cadres administratifs volontaires aux fonctions d'assistant de gestion. Ainsi, les plus réticents ou ceux exprimant le plus de craintes et d'interrogations, n'entreront dans le dispositif que dans un second temps et après avoir été rassurés par la phase d'expérimentation. Celle-ci permettra en effet de démontrer l'intérêt de cette fonction et de créer une dynamique qui irradiera sur l'ensemble des directions administratives et de leurs cadres.

L'expérimentation peut passer par les contrats de pôle : la direction peut offrir aux pôles la possibilité de se voir dédier un temps de cadre administratif en contrepartie d'objectifs clairement définis. Le contrat permet ainsi de fixer un cadre où apparaissent les moyens en termes d'assistants de gestion mis à la disposition du pôle et les objectifs qu'il doit permettre d'atteindre. Les missions de l'assistant, sa quotité de temps de travail et les outils de pilotage mis à disposition par les directions et le contrôle de gestion sont ainsi définis dans le contrat.

Au CH de Saint-Malo, cette solution mettrait ainsi en place les assistants de gestion dans une logique de contractualisation permettant de négocier, sur la base des besoins et des attentes du pôle, les modalités d'organisation de cette fonction. Les activités de l'assistant seraient ainsi déterminées à partir de la fiche de fonctions servant de cadre commun aux pôles, et la quotité de temps de cadres administratif dédié au pôle serait négociée entre le pôle et la direction. Cette formule aurait l'avantage d'être

relativement souple et de faire l'objet d'une évaluation à chaque revue de contrat. Elle laisserait libre et responsabiliserait de fait, les responsables de pôles, dans le management de leurs collaborateurs.

B) La formation des acteurs

La formation est un outil indispensable pour réussir la conduite du changement. La réforme de la Nouvelle Gouvernance comme nous l'avons vu, a induit une révolution dans le management hospitalier et un changement de culture à acquérir par tous les acteurs. Ainsi, des temps de formation semblent nécessaires pour l'ensemble des acteurs.

Au premier chef, les assistants de gestion. La fonction est nouvelle et il n'existe pas actuellement de qualification professionnelle spécifique. Le recours à la formation professionnelle continue s'avère donc nécessaire pour développer et conforter les compétences. Ainsi, la crainte de ne pas être compétents, ni suffisamment polyvalents, pour assurer les missions d'un assistant de gestion, qu'ont pu exprimer un certain nombre de cadres lors des entretiens, peut être atténuée par la formation. Cette formation renforcera ainsi les compétences des cadres administratifs et participera à leur légitimation au sein des pôles. En effet, une formation de base solide, avant ou au démarrage de la prise de fonction d'assistant de gestion, viendra également atténuer les remarques des cadres coordonnateurs de pôles et des responsables de pôle qui estiment que, selon la direction fonctionnelle d'origine, les cadres administratifs « *n'auront pas les mêmes compétences, et donc pas le même intérêt pour le pôle* ». Le positionnement de l'assistant sera d'autant plus affirmé qu'il détiendra les compétences nécessaires pour tenir sa position au sein du trinôme de pôle.

Cette formation devra ainsi permettre aux cadres administratifs de passer souvent d'une fonction *spécialisée* à une fonction *généraliste*. Elle doit permettre aux cadres de s'approprier l'esprit et les logiques des réformes en cours : T2A et Nouvelle Gouvernance. Elle devra en outre approfondir la connaissance des cadres administratifs en matières de finances, de budget et de comptabilité, en matière de système d'information, et en matière d'analyse de gestion. Il s'agit en effet des domaines de connaissances et de compétences les plus sollicités et pour lesquels on remarque les plus grandes carences. La formation en gestion notamment doit être importante car elle constitue le cœur de métier de l'assistant qui devient la personne ressource au sein du pôle pour analyser les tableaux de bord et aider à la mise en œuvre des décisions de gestion. Un véritable parcours de professionnalisation est ainsi à dessiner. Il pourrait en outre être adapté au cas par cas, en fonction de la formation initiale et de l'expérience de chaque cadre administratif postulant aux fonctions d'assistant de gestion. Ces compétences spécifiques des

assistants de gestion devront dans tous les cas être ensuite développées en poste et confortées par des formations complémentaires éventuelles. Par ailleurs, la formation « du terrain » est également indispensable : par terrain, il faut entendre la connaissance du pôle dans lequel le cadre administratif prendra ses fonctions, la connaissance de ses activités et de son fonctionnement. Il faudra veiller à ce que cette intégration en interne, qui relève du pôle lui-même et de l'ensemble de ses acteurs, soit réussie.

Il est également nécessaire que les responsables de pôle et les cadres coordonnateurs de pôle aient également l'occasion de suivre une formation relative à leurs nouvelles missions, formation qui est d'ailleurs rendue obligatoire par le décret du 20 août 2008. A ce titre, il est intéressant d'imaginer que des modules communs au trinôme de pôle soient organisés dans le domaine du management et du pilotage médico-économique du pôle. Ainsi la gestion de la formation peut être envisagée collectivement dans la mesure où les compétences à développer sont partagées. Les formations deviennent alors une occasion d'échanger, de mieux se connaître, d'améliorer collectivement les pratiques professionnelles, et pour un trinôme de pôle, de se créer une identité. Des modules plus spécifiques et plus pointus correspondant à chaque acteur, et notamment pour les assistants de gestion, pourraient ensuite être mis en place en complémentarité.

Au-delà même, il est possible de travailler, dans le cadre de la formation et dans la perspective d'une réflexion sur les pratiques, sur l'organisation ou sur les outils, en réunissant d'autres acteurs : les assistants de gestion ensemble et selon les problématiques, avec les cadres coordonnateurs, les TIM, les contrôleurs de gestion, les informaticiens, les acheteurs, les cadres administratifs des directions ressources... Il s'agit à la fois de développer la bonne intelligence mutuelle qui facilite la collaboration mais aussi l'acquisition collective des compétences.

Enfin, doivent également bénéficier de la formation, les cadres administratifs restant dans les directions fonctionnelles. En effet, afin de permettre le dialogue de gestion et le repositionnement de chacun dans la nouvelle organisation pensée par la réforme de la Nouvelle Gouvernance, l'encadrement intermédiaire des directions fonctionnelles doit lui aussi partager le « langage » des pôles et des assistants de gestion et évoluer vers de nouvelles compétences. Culture et langage commun doivent être partagés dans des domaines aussi divers que le management, la gestion ou la conduite de projets. Ainsi, des formations permettant la compréhension des grandes réformes que sont la T2A et la Nouvelle Gouvernance, doivent idéalement être prévues également pour les cadres administratifs des directions fonctionnelles. A cette occasion, ces derniers pourront être formés et orientés sur de nouvelles missions comme la nécessaire fonction

d'appui et d'accompagnement des pôles cliniques et médico-techniques, ainsi que le développement de compétences renforcées d'expertise et de contrôle.

C) L'accompagnement par les cadres de direction

Face au changement, l'hôpital a besoin de managers prêt à impulser de nouvelles dynamiques. C'est au chef d'établissement et à ces adjoints qu'il incombe de conduire le changement et d'accompagner les équipes dans la mise en œuvre de ce changement.

L'ensemble des actions décrites précédemment relève donc du rôle des directeurs d'hôpital, qu'il s'agisse du chef d'établissement ou de ses adjoints. Ainsi, notre responsabilité face au changement est primordiale, elle est devenue le cœur même de notre métier au-delà de l'autorité hiérarchique et des fonctions gestionnaires traditionnelles. Il incombe ainsi aux dirigeants de conduire le changement au sein de leur établissement selon les choix d'organisation qu'ils auront pris, en :

- en portant le sens des changements culturels au sein de son établissement,
- en étant à l'écoute et en communiquant,
- en clarifiant le rôle et les tâches de l'ensemble des agents au sein des organisations qu'ils ont conçues,
- en expérimentant et en évaluant ces organisations,
- en formant leurs équipes aux réformes et aux nouvelles missions qui leur incombent.

Tout particulièrement, il semble important qu'un cadre de direction puisse être désigné comme référent pour les nouveaux assistants de gestion afin qu'ils trouvent auprès de lui un véritable management de leurs nouvelles fonctions, une animation et une coordination de leurs activités et une autorité apte à trancher et prendre des décisions relatives à leurs fonctions lorsque cela s'avère nécessaire. Ce directeur remplirait ainsi pleinement le rôle d'accompagnement et d'appui des assistants de gestion, indubitablement nécessaire au regard des incertitudes et des interrogations qui planent encore sur cette fonction et sur les modalités de sa mise en œuvre sur le terrain.

Enfin, la gestion prévisionnelle des compétences, la professionnalisation des métiers administratifs, l'adaptation des postes des cadres et l'accompagnement des parcours individualisés devront être autant d'actions portées par la direction. Il s'agit d'offrir aux personnels et aux postulants des perspectives et d'identifier des parcours professionnels individualisés, de déterminer leur accessibilité et de les accompagner.

Conclusion

Ainsi, bien que peu apparents au premier abord, la réforme de la Nouvelle Gouvernance porte en elle des **enjeux importants pour les cadres administratifs**. La démarche de recherche globale d'efficience qu'elle induit passe en effet par le découplage et la déconcentration de la gestion vers les producteurs de soins. La fonction administrative et managériale s'en trouve bousculée. L'encadrement administratif doit intégrer de nouveaux rôles et redéfinir sa place face aux pôles cliniques et médico-techniques : les cadres administratifs doivent assimiler leurs nouvelles missions en matière d'aide et d'accompagnement des pôles cliniques et médico-techniques, et développer des compétences de contrôle et d'expertise.

Les hypothèses d'étude se sont ainsi vérifiées au cours des analyses et des investigations menées :

- Les nouveaux rôles et fonctions attendus des cadres administratifs relèvent d'un changement culturel important. Il est nécessaire que l'encadrement passe **d'une gestion administrative à un véritable management médico-économique, mené en lien étroit avec les producteurs de soins acteurs des nouveaux pôles**. La gestion ne leur appartient plus de manière exclusive, **le dialogue doit constituer le nouveau paradigme de la gestion hospitalière**.
- **La mise en place d'assistants de gestion au sein des pôles apparaît à ce titre comme une solution d'organisation efficace et pertinente** pour répondre aux enjeux de la Nouvelle Gouvernance. Au CH de Saint-Malo, ils permettraient ainsi de développer et d'améliorer le dialogue de gestion et participeraient pleinement au découplage entre les services de soins et l'Administration. Il est probable que leur mise en œuvre favoriserait la dynamique de gestion partagée recherchée par la réforme qui, pour l'heure, ne semble pas avoir produit tous ses effets parmi les acteurs de l'établissement.

La montée en puissance de la Nouvelle Gouvernance telle qu'elle apparaît dans le texte de loi à venir renforce ces deux constats. Il est dès lors nécessaire de **reconnaître clairement à l'encadrement administratif un rôle clé dans la mutation et l'évolution de l'hôpital**. La **montée en compétences et en responsabilités** qui est attendue doit notamment passer par une **professionnalisation** des métiers du management, de la gestion, et pourquoi pas, de celui d'assistant de gestion. Sa mise en place doit dès lors être accompagnée au plus haut niveau.

Bibliographie

Ouvrages généraux et documents officiels :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS / OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FPH, novembre 2007, *Etude prospective des métiers sensibles de la FPH*, Tome 1, Rennes : Editions ENSP, 209 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS / OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FPH, novembre 2007, *Etude prospective des métiers sensibles de la FPH*, Tome 2, Rennes : Editions ENSP, 263 p.
- MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE / OBSERVATOIRE DE L'EMPLOI PUBLIC, 2004, « La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences. « Les Travaux de l'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la FPH » in *Rapport annuel de l'Observatoire de l'emploi public*, Paris : La Documentation française.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE / OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES MÉTIERS DE LA FPH, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : Editions ENSP, 435 p.
- COMMISSION DE CONCERTATION SUR LES MISSIONS DE L'HOPITAL, présidée par M. G. LARCHER, *Rapport final*, accessible sur Internet : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf.
- DHOS, décembre 2007, *Présentation de la réforme de la Gouvernance Hospitalière*, disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf>, 109 p.
- DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES REFORMES / DHOS, *Le sens des réformes. Vade-mecum*, Kit de présentation des réformes accessible sur Internet : <http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/les-reformes-pour-le-patient>.
- ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS, septembre 2008, *Cadres paramédical de pôle & cadre administratif de pôle. Deux nouveaux métiers à l'AP-HP*, plaquette réalisée par l'AP-HP.

Articles de revues et périodiques :

- CASANOVAS J., mars 2008, « Nouvelle Gouvernance : reformer l'organigramme de structure », *Gestions Hospitalières* n°474, pp. 157-161.

- CREMIEUX F., janvier 2007, « Silence, on bouge ! », *Esprit « L'hôpital en mouvement »*, pp. 6-11.
- CREMIEUX F. et DEUGNIER M., », janvier 2007, « Principes de régulation des dépenses hospitalières », *Esprit « L'hôpital en mouvement »*, pp. 32-39.
- DE LA LANCE B., mars-avril 2008, « Cadre administratif de pôle : un acteur majeur de la nouvelle gouvernance », *Revue hospitalière de France* n°521, pp. 22-25.
- D'HALLUIN JP., MAURY F., PETIT JC., et al., janvier 2007, « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit « L'hôpital en mouvement »*, pp. 14-31.
- DONGRADI JL., mars 2008, « Hôpital 2007... Sauvé par un nouveau mode de management ? », *Gestion Hospitalières* n°474, pp. 165-171.
- GAUDRON Pascal, octobre 2007, « Travaux en stratégie d'entreprise. Quels enseignements pour les directeurs d'hôpital ? », *Gestions hospitalières* n°469, pp. 554-560.
- LAROCHE-NEEL V., juin 2008, « La nouvelle Gouvernance », *Hopi-Thau* n°27, pp.2-5.
- SCHEFFER P., DE MARSAC C., octobre 2007, « Réussir la gouvernance hospitalière. Une approche proactive : le management Hoschin », *Gestions hospitalières* n°469, pp. 542-548.
- VAUDELIN JP., DEVISÉ O., PASSELAIGUE M., mai 2007, « Réorganisation hospitalière et gestion des ressources humaines », *Gestions hospitalières* n°466, pp. 352-359.

Textes législatifs et réglementaires :

- ASSEMBLÉE NATIONALE, Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, JORF n°179 du 2 août 1991, p. 10255
- PREMIER MINISTRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU TRAVAIL, Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996, p. 6324.
- PREMIER MINISTRE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé, JORF n°102 du 3 mai 2005, texte n° 15.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle et à la CSIRMT des EPS et modifiant le CSP, JORF n° du 28 décembre 2005, texte n°115.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n°2008-805 du 20 août 2008 fixant les conditions de

désignations des responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique, JORF n°0195 du 22 août 2008, texte n° 20.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Arrêté du 20 août 2008 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction aux responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique, JORF n°0195 du 22 août 2008, texte n° 29.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n° 2008-840 du 22 août 2008 portant attribution d'une prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions d'assistant de responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique, JORF n°0198 du 26 août 2008, texte n° 27.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Arrêté du 22 août 2008 fixant le montant de la prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions d'assistant de responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique, JORF n°0198 du 26 août 2008, texte n° 33.

Sites Internet :

- <http://creer-hopitaux.fr> :

Contributions publiées dans les rubriques « Gouvernance », Cadre administratif de pôle » et « Assistant de gestion », et notamment :

- Article « Réorganiser la fonction administrative », accessible sur : http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=438.
- Article « L'assistant de gestion, un métier émergent », interview de Chantal VEDERE, coordinatrice des assistants de gestion au CHU de Bordeaux, publié le 28/04/2008, accessible sur : http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=416.
- Article « Aujourd'hui, nous devons atteindre des objectifs précis », interview de Charline RAPPASSE, gestionnaire de pôle au CHU de Lille, publié le 15/11/2007, accessible sur : http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=335.
- Article « Nous sommes une réelle plus-value pour le pôle », interview de Frédéric Najean, cadre administratif de pôle au CHU de Nîmes, publié le 01/10/2007, accessible sur : http://creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=307.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LISTE NON NOMINATIVE DES PERSONNES RENCONTREES

ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN

- A DESTINATION DES CADRES ADMINISTRATIFS DU CH DE SAINT-MALO
- A DESTINATION DES CADRES COORDONNATEURS DE POLE ET DES PRATICIENS RESPONSABLES DE POLE DU CH DE SAINT-MALO

ANNEXE 3 : SYNTHESE DES ENTRETIENS

- SYNTHESE DES ENTRETIENS DES CADRES ADMINSTRATIFS
- SYNTHESE DES ENTRETIENS DES PRATICIENS RESPONSABLES DE POLE
- SYNTHESE DES ENTRETIENS DES CADRES COORDONNATEURS DE POLE

ANNEXE 1 : LISTE NON NOMINATIVE DES PERSONNES RENCONTREES

Cadres administratifs

Attachés d'administration

- Attaché d'administration à la Direction des Ressources Humaines, en charge de la formation continue des Personnels non médicaux
- Attaché d'administration à la DRH en charge de la gestion des effectifs et de la paye des Personnels non médicaux
- Attaché d'administration à la Direction des Achats, des Equipements et de la Logistique
- Attaché d'administration à la Direction de la Clientèle, en charge du Bureau des entrées
- Attaché d'administration à la Direction des Finances

Adjoints des cadres

- Adjoint à la DRH, en charge des recrutements des Personnels non Médicaux et de la coordination des secrétaires médicales
- Adjoint à la DRH en charge des Personnels médicaux
- Adjoint à la DAEL
- Adjoint à la Direction clientèle

Praticiens responsables de pole

- Responsable du pôle Locomoteur
- Responsable du pôle Gériatrie jusqu'à juin 2008
- Nouveau responsable du pôle Gériatrie à compter de juin 2008
- Responsable du pôle URBAS
- Responsable du pôle Femme-Mère-Enfants

Cadres coordonnateurs de pole

- Cadre coordonnateur du pôle Onco-Digestif
- Cadre coordonnateur du pôle Femme-Mère-Enfants
- Cadre coordonnateur du pôle Gériatrie
- Cadre coordonnateur du pôle Thoracique et Vasculaire

ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES ADMINISTRATIFS

- 1) Quel a été selon vous l'impact du découpage en pôles sur votre métier en particulier ?
 - découpage en pôles cliniques
 - découpage en pôles de l'administration
- 2) Cela correspond-il à ce que vous envisagiez ? A ce que vous souhaitiez ?
- 3) La mise en place de la contractualisation et de la délégation de gestion va-t-elle modifier les choses ? Quels changements vont intervenir selon vous dans les mois à venir ?
- 4) Pensez-vous qu'une fonction d'assistance administrative est nécessaire aujourd'hui pour les pôles cliniques ?
- 5) Comment envisagez-vous le métier d'assistant de gestion ou de cadre administratif de pôle ? = quelles activités ? quelles missions ? quelles tâches ?
- 6) Pensez-vous que ces fonctions doivent être exercées par une personne au sein des pôles ou qu'elles peuvent être assurées grâce à une réorganisation des directions fonctionnelles ?
- 7) Souhaiteriez-vous exercer cette fonction et sous quelles modalités (dans un pôle / dans les directions) ? pourquoi ?
- 8) Quelles sont selon-vous les compétences requises à l'exercice de cette fonction ?
- 9) Quel est le profil selon vous des personnes exerçant cette fonction ? = quel métier de base, quelle formation initiale, quelles passerelles...
- 10) Pensez-vous qu'en l'état actuel vous seriez capables d'exercer cette fonction ? si non, pourquoi ?
- 11) Quelle formation vous semblerait nécessaire pour exercer cette fonction ?
- 12) Quelle place prendrait cette personne vis-à-vis du trio de pôle actuel ? Quelle répartition des rôles ? Quel positionnement fonctionnel vous semble le plus adapté pour cette fonction ?

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES COORDONNATEURS DE POLE ET DES PRATICIENS RESPONSABLES DE POLE

- 1) Pensez-vous qu'une fonction d'assistance administrative est nécessaire aujourd'hui pour les pôles cliniques ?
- 2) La mise en place de la contractualisation et de la délégation de gestion va-t-elle modifier les choses ? Quels changements vont intervenir selon vous dans les mois à venir ?
- 3) Quelles sont les tâches qu'il vous semblerait nécessaire de confier à un assistant de gestion administratif ? Quelles sont les questions / dossiers pour lesquels vous pensez que cette personne manque actuellement ? (exemples précis)
- 4) Pensez-vous qu'elle doit être exercée par une personne au sein des pôles ou qu'elle peut être assurée grâce à une réorganisation des directions fonctionnelles simplement ?
- 5) Comment définiriez-vous le positionnement de cette personne dans le pôle ? au sein du trinôme de pôle ? aux côtés du directeur référent ? Quel partage des tâches et des rôles entre vous et cette personne ?
- 6) Quelles sont selon-vous les compétences requises à l'exercice de cette fonction ?
- 7) Quel serait le profil idéal pour les personnes exerçant cette fonction ? = quel métier de base, quelle formation initiale, quelle passerelle...

ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DES CADRES ADMINISTRATIFS

QUESTIONS		REPONSES	REMARQUES
1)	<p>Quel a été selon vous l'impact du découpage en pôles sur votre métier en particulier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - découpage en pôles cliniques - découpage en pôles de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - Pôles cliniques : pas vraiment d'impact à aucun impact. Notion fédération ou secteurs d'activité avant. - Pôles administratifs : aucun impact, pas de sentiment d'appartenance (pas d'élection, de conseil...), sf réorganisation de certaines directions (clientèle). - Interlocuteurs nouveaux : chefs de pôle et cadres coordonnateurs. Interlocuteur privilégié. - Rapprochement cadres coordonnateurs avec mission auprès d'eux. - Raisonnement de plus en plus en termes de pôles mais pourrait être plus prégnant (DRH) - Déploie ne pas avoir été plus associé à la réforme 	<p>Tous répondent « aucun impact réel » (si ce n'est nouveaux interlocuteurs pour 4), ni pour pôles cliniques, ni pour les pôles administratifs</p> <p>Méconnaissance de la réforme pour la moitié</p>
2)	<p>Cela correspond-il à ce que vous envisagez ? A ce que vous souhaitez ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NON = première réponse unanime - Dynamique de pôle certes, mais aurait dû être plus forte dans les pôles cliniques. Cohésion imaginée plus forte. - Réflexe de plus se réfléchir en pôle ressources pour les directions fonctionnelles (pas encore acquis) - CAP : intermédiaire cadres de proximité / directions - En attente qu'on aille plus loin pour l'administration : CAP déjà présents dans certains établissements (CHU) - Vers un gain de tps par le regroupement de fonctions et décentralisation. - But : contrat et délégation. En attente. - Manque de clarté. Bcp d'interrogations sur ce que les cadres vont faire, les directions ressources. 	<p>Attentes en majorité plus fortes de changement</p> <p>Grandes interrogations sur l'avenir et le sens des réformes.</p> <p>Comparaison aux établissements ayant des CAP récurrente.</p>
3)	<p>La mise en place de la contractualisation et de la délégation de gestion va-t-elle modifier les choses ? Quels changements vont intervenir selon</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Délégation fera sans doute évoluer les mentalités et esprits : vers réflexion de pôle, raisonnement par pôle. - Gestion plus forte au niveau des pôles : en RH, pour les commandes... - Contrats et délégations rendront nécessité d'un assistant de gestion plus forte (va générer des tâches administratives) - Changement pour le resp de pôle et le cadre coordonnateur - Meilleure affectation des ressources et dépenses à envisager. Responsabilisation des pôles. 	<p>Rendent assistant de gestion plus nécessaire pour certains</p> <p>Impact pour les pôles surtout selon certains / pas bcp de remarques sur les changements dans les directions</p>

	vous dans les mois à venir ?	<ul style="list-style-type: none"> - Gain de temps et gain financier. Efficience. - Simplification de certaines tâches - Meilleure qualité du travail - Nécessité forte du contrôle de gestion - Délégations menacent le travail des cadres administratifs : travail minimisé, fonctions regroupées 	
4)	Pensez-vous qu'une fonction d'assistance administrative est nécessaire aujourd'hui pour les pôles cliniques?	<p>5 OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termes employés : nécessité, aide, utilité, valeur ajoutée, complémentarité, besoins - Surtout avec contrats et délégations de gestion : compétences nécessaires que ne possèdent pas soignants et médecins. Garantie bon fonctionnement. - Ouverture d'esprit, personne « vierge », complémentarité <p>1 NON : pas souhaité par les services.</p> <p>3 Interrogations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de <u>définir clairement</u> les choses. - Question de la <u>quotité de temps de travail dédié au pôle</u> 	<p>1 non, 3 interrogatifs, 5 oui</p> <p>Intérêt pour les cadres administratifs également de se rapprocher du terrain...</p> <p>Réponses récurrentes : quotité de tps et missions à préciser</p>
5)	Comment envisagez-vous le métier d'assistant de gestion ou de cadre administratif de pôle ? = quelles activités ? quelles missions ? quelles tâches ?	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance du responsable et cadre coordonnateur de pôle - Gestion plus pointue : étude de tableaux de bord fournis par le contrôleur de gestion, analyse et suivi des indicateurs - Temps et compétences supplémentaires pour la gestion du pôle : pallie manques et facilite le travail - Expert dans secteur administratif : études, consultant - Répond aux questions du resp et du cadre coordonnateur de pôle - Aide pour optimisation des organisations, restructurations - Management de projet - Fait ce que n'ont pas le tps de faire les directions : plus dans le détail. - Emet des préconisations pour une meilleure gestion / détaille les mécanismes du pôle - Contrôle de gestion : analyses, explications, préconisations. - Alerte qd les choses ne vont plus (suivi des indicateurs) - Interface du pôle avec les directions / interlocuteur unique pôle / direction sur sujets administratifs. Courroie de transmission. - Travail sur des questions juridiques, veille réglementaire - Analyse de l'activité - Travail sur le budget du pôle - Attributaire de certaines délégations (commandes) - Projet de pôle / stratégie - Missions transversales sur secteur administratif - Proche du contrôleur de gestion : un peu comme un délégué du contrôle de gestion dans les pôles. Partage des tâches sur ligne continu entre cellule de gestion et 	<p>Dérive soulevée très souvent : faire du secrétariat, être la petite main.</p> <p>Ne doit pas non plus régler les problèmes du quotidien (rôle des cadres de proximité) : position plus en recul sur le pôle.</p> <p>« Homme à tout faire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 AAH ont 1 idée très claire - 3 personnes (2 AAH, 1 Adc) touchent du doigt la chose mais interrogatives - 3 AdC n'ont pas d'idées claires

		<p>l'assistant dans le pôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas dans le quotidien des services, mais plus de recul pour analyse du pôle 	
6)	<p>Pensez-vous que ces fonctions doivent être exercées par une personne au sein des pôles ou qu'elles peuvent être assurées grâce à une réorganisation des directions fonctionnelles ?</p>	<p><u>Personne détachée sur le pôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus rapide car plus proche du terrain - Connaissance fine du pôle : plus efficient - Assistance réelle que si tps détaché - Interface pôle/directions permise - Travail en commun avec trio : plus rapide, plus efficient - Transversalité - Implication : regard et investissement dans le pôle. Meilleure intégration - Binôme efficient avec le cadre coordonnateur : complémentaires dans les compétences, profils, regards. - Problème de conflit d'intérêt entre pôle et direction fonctionnelle dans laquelle le cadre travaille - Intérêt pour pôle PA car bcp de projets - Pas de VA pour les pôles car trop spécialisés : quoi de plus que ce qui est fait dans les directions ? - Pb de la polyvalence du cadre nécessaire - Ne peut travailler seul mais avec autres services pour comprendre - Participation active possible - Dans un pôle, pour un pôle <p><u>1 ou 2 personnes pour tous les pôles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tps entièrement consacré aux pôles - Vision globale, transversale - Pb polyvalence du cadre nécessaire - Personne en dehors du pôle, indépendant, sous autorité de la direction - Ne peut travailler seul mais avec autres services pour comprendre <p><u>Réorganisation des directions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de connaissance du pôle, des besoins, des projets... - Pas de rôle actif dans le pôle - Personnes restent cloisonnées dans leur secteur - Pb de la charge de travail des cadres dans leur direction – à aménager - Sentiments que les directions répondent déjà bien aux questions des pôles : ne change pas les choses - Mais que le travail se fasse plus de A à Z avec le pôle : serait intéressant : à approfondir - Multiplie les interlocuteurs - Direction donne les directives, doit continuer à prendre les devants 	<p>Question récurrente (tous) : quelle quotité de temps de travail ?</p> <p>Par ailleurs, clarification des missions très demandée pour définir quelles modalités</p> <p>Question de la réelle prise en compte de ce que dira l'administratif, notamment par le médecin</p> <p>Cadres adm doivent travailler ensemble sur ce travail d'assistance : question de la coordination et homogénéité de leur travail</p> <p>Fonctionnement du pôle très flou pour certains</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnateur de pôle aurait des référents identifiés dans la DRH. Pb de la perte de tps si on reste tjs obligé de demander info à ses collègues. - A condition que les pôles soient mieux organisés eux-mêmes... - Cadre ne peut défendre les intérêts du pôle. - Pas de vision transversale - A l'encontre de la notion de pôle ?? 	
7)	Souhaiteriez-vous exercer la fonction d'assistant dans un pôle? pourquoi ?	<p>4 OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'attente de s'investir sur les pôles. Intérêt perso fort (2 AAH) <p>1 intéressé mais se sent pas capable</p> <p>2 Dubitatifs (pourquoi pas mais sans plus envie)</p> <p>1 NON car déjà trop investi sur autre chose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas besoin de s'investir autant dans les pôles. Travaille bien depuis les directions fonctionnelles. - Pb de la polyvalence à avoir sur les secteurs administratif – expérience trop pauvre pour être polyvalents - Ne se sent pas compétent en contrôle de gestion 	<p>Clarification du rôle et formation : des préalables rappelés par tous</p> <p>Sentiment que ce n'est pas souhaité par la direction</p> <p>Question du tps de travail affecté au pôle</p>
8)	Quelles sont selon-vous les compétences requises à l'exercice de cette fonction ?	<p><u>Savoirs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Domaine financier, approche financière, notions minimum budget et comptabilité (saisir les gdes masses et les mécanismes de base) - RH - Compréhension enjeux de l'établissement, contrats de pôle... = réformes, politique hospitalière - Marchés publics - Travaux - Connaissance de l'administration, des interlocuteurs - Maîtrise des outils informatiques <p><u>Savoir faire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lecture des tableaux de bord - Contrôle de gestion, qualité d'analyse et d'exploitation des données mises à disposition - Analyse financière - Compréhension et analyse de l'activité - Conduite de projets <p><u>Savoir être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisé - Polyvalence - Autonomie – prend des initiatives - Motivation 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Force de propositions - Appétence pour les chiffres - Qualités relationnelles – travail en équipe - Pas effacé 	
9)	Quel est le profil selon vous des personnes exerçant cette fonction ? = quel métier de base, quelle formation initiale, quelles passerelles...	<ul style="list-style-type: none"> - AAH car généraliste (pas spécialisé), polyvalent - Adjoint des cadres car polyvalent - Profil administratif qui complète cadre coordonnateur - Cadre administratif - Profil financier - Personne formée à la gestion : formation généralise en gestion (type licence pro en gestion), pas forcément contrôleur de gestion mais solide en maîtrise des tableaux de bord - Pb de salaire pour AdC : faible par rapport au travail demandé – transformation grade nécessaire - Categ C si secrétariat, catég B si exécutant, catég A si analyse, participation plus active 	<p>Tous considèrent que AAH et ADC sont légitimes pour cette fonction.</p> <p>Le profil le plus cité est celui de l'AAH des finances.</p>
10)	Pensez-vous qu'en l'état actuel vous seriez capables d'exercer cette fonction ? si non, pourquoi ?	<p>5 OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais avec un minimum de formation - Connaître ce qui est attendu <p>1 Pas compétent</p> <p>3 ne savent pas car ne sont pas sûrs de ce qui est attendu</p>	<p>Clarification du rôle et formation : des préalables rappelés par tous</p> <p>Test nécessaire ?</p>
11)	Quelle formation vous semblerait nécessaire pour exercer cette fonction ?	<ul style="list-style-type: none"> - Travail sur le fonctionnement des pôles : textes, contrats de pôles, délégations... - Réglementation / Gouvernance - Connaissance du fonctionnement des services de soins, répartition des tâches entre agents, répartition des personnels... - Formation aux tableaux de bord - Finances (financement T2A, facturation...), système financier - Analyse de gestion. Formation aux indicateurs et à la comptabilité analytique - Rôle de l'économiste - Compréhension des données d'activité (DIM), données médico-économiques - RH : question des statuts des agents et médecins - Exploitation des logiciels informatiques - Statistiques 	<p>Contrôle de gestion et Finances bcp avancées</p> <p>Ainsi que Connaissance générale du fonctionnement de l'hôpital, organisation des services...</p> <p>Formation possible en interne ?</p>
12)	Quelle place prendrait cette personne vis-à-vis	<p><u>Cadre administratif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impliqué, fait partie intégrante du pôle, du trio de pôle - Participe aux décisions 	<p>Question du choix du CAP</p> <p>Question des relations avec la</p>

<p>du trio de pôle ? Quelle répartition des rôles ? Quel positionnement fonctionnel vous semble le plus adapté pour cette fonction ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - responsable de pôle - cadre soignant - directeur référent 	<ul style="list-style-type: none"> - Vision collectivité, rôle de garant institutionnel - Coordonnés par un directeur adjoint ? pour avoir homogénéité, travail cohérent (outils, méthodes...) - Personne associée aux réunions avec le resp et cadre coord du pôle - Ne doit pas être au service du cadre coordonnateur - Positionnement comme conseiller et expertise avec avis à prendre en compte lors décisions, Aide à la mise en œuvre des décisions - Ne peut travailler seul mais avec autres services pour comprendre, trouver explications <p><u>Directeur référent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rôle à clarifier (3 réponses) - Pas de participation active - Personne à qui rendre des comptes ? question du devoir de réserve - Orientation des pôles, stratégie, politique - Impact plus fort que cadre - Risque de chevauchement - Attention : risque d'utiliser le personnel de sa direction pour les travaux du pôle - Présence de la direction dans le pôle : important - Logique 3 + 1 <p><u>Cadre coordonnateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Partage des tâches entre les deux cadres - Collaboration étroite - Complémentarités des compétences, des profils, des regards - Même niveau pour les 2 cadres ou Pas tout à fait même niveau car cadre coord détaché entièrement sur le pôle, pas le cadre adm <p><u>Praticien responsable de pôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CAP sous autorité du responsable de pôle : majoritairement OK, 2 ont des craintes 	<p>communauté médicale : monde inconnu !</p> <p>Question d'un directeur des la contractualisation qui supervise cadres administratifs délégués</p> <p>Cadres adm doivent travailler ensemble sur ce travail d'assistance</p> <p>Crainte du positionnement « hiérarchique » du médecin même si choix par médecin peu choquant finalement...</p>
--	---	--

SYNTHESE DES ENTRETIENS DES PRATICIENS RESPONSABLES DE POLE

QUESTIONS	REPONSES	REMARQUES
1) Pensez-vous qu'une fonction d'assistance administrative est nécessaire aujourd'hui pour les pôles cliniques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessaire mais pas très clair du rôle qu'il pourrait tenir. Besoin d'aide. - Oui, et d'ailleurs prévu dans les textes. Cf. autres hôpitaux (avec dynamique importante qd trio) - Essentiel car compétences administratives et tps sur lequel se reposer - Permettrait, dans le respect des textes, de mettre en œuvre le contrat de pôle. 	Nécessité d'une aide sur le pôle posée par tous.
2) La mise en place de	<ul style="list-style-type: none"> - Aide sur activité plus forte 	Oui unanime

	la contractualisation et de la délégation de gestion va-t-elle modifier les choses ?	<ul style="list-style-type: none"> - Encore plus nécessaire car budget à gérer/délégation de nouvelles fonctions = source de motivation à entretenir ! - Nécessité personne plus impliquée, plus immergée dans le pôle : sur le terrain, avec connaissance du pôle. - Place de l'assistant dans la gestion des délégations 	
3)	Quelles sont les tâches qu'il vous semblerait nécessaire de confier à un assistant de gestion administratif? Quelles sont les questions / dossiers pour lesquels vous pensez que cette personne manque actuellement ? (exemples précis)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du budget et conseiller financier. Gestion financière. - Lecture et analyse des chiffres / indicateurs / tableaux. Suivis des tableaux de bord du pôle : regarde les compteurs et alerte. - Récupère et rassemble tout ce qui provient de la direction en termes activité / budget / consommations : centralise les données, analyse et propose décisions. Facilité pour la collecte + explications. Masse d'infos à traiter. - Analyse de gestion - Interlocuteur avec administration ; lien entre la direction et le pôle sur des problématiques de terrain. - Etudes médico-économiques pour aider à faire les bons choix en matière d'économies à réaliser. Lien entre activité / coût : recettes/dépenses. Préconisation sur économies possibles. - Alerte qd pb et préconisations. - Appui sur les projets du pôle - Aide sur le suivi de l'activité, sur les questions de tarification à l'activité. - Tps de représentation du pôle dans certaines réunions (é défaut cadre coord et resp de pôle). 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ex</u> : Réorganisation des temps médicaux : trouver des solutions, projet hôpital local de Cancale, convention tripartite... - Question du temps récurrente - Question des besoins de chaque pôle : « du sur mesure »
4)	Pensez-vous qu'elle doit être exercée par une personne au sein des pôles ou qu'elle peut être assurée grâce à une réorganisation des directions fonctionnelles simple ment ?	<p><u>Personne détachée sur le pôle</u> : Triumvirat des pôles tel que décrit dans les textes important.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation plus forte, investissement dans le pôle, dans le suivi des tableaux. - Interlocuteur fixe. - Efficience car rapprochement, meilleure connaissance du pôle, de ses difficultés. Imprégnation des problématiques du pôle. - Lien d'efficacité grâce à rencontres régulières, pas obligé de tout reprendre à chaque fois. - Nécessité d'un tps détaché. <p><u>Réorganisation des directions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TROP d'interlocuteurs, d'intervenant - Risque que tout reste dilué, que les directions se renvoient la balle... - Manque d'investissement, pas de connaissance suffisante du pôle - Question de la priorité qui pourrait être donné aux pôles les plus influents/ les plus « râleurs » - Plus de recul. 	Tous préfèrent personnes détachées, avec quotité de temps suffisante.

5)	<p>Comment définiriez-vous le positionnement de cette personne dans le pôle ? au sein du trinôme de pôle ? aux côtés du directeur référent ? Quel partage des tâches et des rôles entre vous et cette personne ?</p>	<p><u>Cadre administratif</u> : au sein du pôle, dans le trio comme dans une petite entreprise. Equipe restreinte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne qui prend par à la vie du pôle, ses décisions. - Conseiller, donne son avis sur extra-médical. - Complémentaire, mise en commun des compétences pour prendre meilleure décision. Chacun collecte des infos différentes. - Indépendance suffisante / médecins et directions pour pouvoir exprimer son opinion. <p><u>Directeur référent</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas nécessaire si CAP car ne pas multiplier les rôles et les tâches - Fusion des deux sur une même personne - Quel rôle ?? Flou, à redéfinir. - Pas son rôle d'être dans les pôles, biais possible avec sa fonction de directeur adjoint sur un secteur. <p><u>Cadre coordonnateur</u> : formation différente et complémentaire. Partage des tâches avec GRH pour cadre de santé, et aide sur la gestion pour CAP</p> <p><u>Praticien responsable de pôle</u> : Participe au choix du cadre (confiance et rapport humain nécessaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de rapport hiérarchique - CAP sous responsabilité du praticien responsable de pôle (pour les décisions) mais sur le terrain, réelle association dans la prise de décision. - Pourquoi rattachement fonctionnel ? Plutôt à la direction mais avec marge de manœuvre 	<p>Contrat de confiance nécessaire car fait des analyses et des préconisations</p> <p>La fonction de directeur référent n'a pas été comprise. Confusion avec assistant de gestion. Ne voit pas l'intérêt du directeur si assistant de gestion dans la majorité des cas... Mais on le verra, pense que le meilleur assistant de gestion pour le pôle serait un directeur !!</p>
6)	<p>Quelles sont selon-vous les compétences requises à l'exercice de cette fonction ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aptitude à lire un bilan, connaissance dans la gestion d'un budget - Analyse de gestion / management / gestionnaire - Savoir aiguiller : connaître le fonctionnement de la direction - Connaissances dans le domaine financier, fonctionnement du budget de l'établissement. - Connaissance du fonctionnement général de l'hôpital, de l'organisation générale et de la place de chacun. Vue générale, ni trop administratif, ni trop soins (entre ces 2 mondes). - Connaissance du terrain à acquérir : fonctionnement des services pour comprendre indicateurs et donner conseils - Travail en équipe, intégration, adaptation. Relationnel. - Statistiques - Aptitude à prendre des décisions, avoir un avis argumenté - Souplesse. 	<p>Essentiel : domaine financier et de gestion</p>
7)	<p>Quel serait le profil idéal pour les</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Profil administratif (cadre ? = vague) - Profil contrôle de gestion / finances 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur souvent cité - Méconnaissance de

personnes exerçant cette fonction ?	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur adjoint - Profil école de commerce, secteur privé (logique gestionnaire d'entreprise) - Formation complémentaire de celle des médecins 	l'administration et de son encadrement
-------------------------------------	--	--

SYNTHESE DES ENTRETIENS DES CADRES COORDONNATEURS DE POLE

QUESTIONS		REPONSES	REMARQUES
1)	Pensez-vous qu'une fonction d'assistance administrative est nécessaire aujourd'hui pour les pôles cliniques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Aidant sans doute, mais ne sait pas sous quelle forme. - Utile car permet de compenser le manque au niveau de la <u>gestion</u> du pôle, en raison notamment d'un manque de <u>compétences</u> et de formation des cadres coordonnateur sur ce sujet. - Donne du <u>temps</u> supplémentaire pour la gestion du pôle. - Complètement nécessaire car les cadres coord non formés à la gestion - Vision différente, permettrait qu'il n'y ait pas que des soignants dans le pôle. Qualité des soins et encadrement équipes pour cadre coord, projets/finances/tableaux de bord pour cadre adm. 	<p>Oui unanime</p> <p>Réponses parlent de tps et de compétences en gestion nécessaires.</p>
2)	La mise en place de la contractualisation et de la délégation de gestion va-t-elle modifier les choses ?	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité plus fortement ressentie - Contrat et délégations ne seront pas bien mise en œuvre si on ne donne pas les moyens pour (tps et compétence) 	Oui unanime
3)	Quelles sont les tâches qu'il vous semblerait nécessaire de confier à un assistant de gestion administratif? Quelles sont les questions / dossiers pour lesquels vous pensez que cette personne manque actuellement ? (exemples précis)	<ul style="list-style-type: none"> - Intervient au niveau de la rédaction et écriture de documents de synthèse, de projets. Production écrite. - Approche budgétaire et financière, notamment pour les enveloppes déléguées gérées par le pôle - Suivi activité (entrées / sorties...) et budget du pôle : analyse et exploitation des données - Echanges, débats et réflexion au sein du trio de pôle - Indication et proposition sur les éléments à corriger, rectifier, analyser - 1 référent actif, productif pour le pôle - Gestion des tableaux de bord, analyse et suivi dans le cadre des délégations de gestion - Gestion des stocks, des consommations, de l'activité régulière - Question du secrétariat... - Recherche à la source des données nécessaires pour monter un dossier, notamment données d'activité - Elaboration des tableaux de bord et d'outils de gestion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de clarifier les rôles, et notamment ceux des cadres coordonnateurs pour harmoniser les pratiques. - Clarification DS / cadres également. <p>Question du cadre délégué : quelles compétences ? Pourra-t-il tout faire ? Apport AAH finances différent AAH DRH...</p> <p>Surtout : tableau de bord à analyser, préconisation et aide à la décision, production écrite (projets, analyses...)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Tableaux de bord : besoin de créer tableaux de bord avec données fiables et compréhensibles + besoin d'analyse et d'exploitation des données = préconisations sur mutualisation des moyens, éco à réaliser, suivi de l'activité, projets réalisables, progrès à faire, réorganisations... - Ex : convention tripartite : travail avec AAH finances, aide à la compréhension budget. 	
4)	Pensez-vous qu'elle doit être exercée par une personne au sein des pôles ou qu'elle peut être assurée grâce à une réorganisation des directions fonctionnelles simplement ?	<p><u>Personne détachée sur le pôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le terrain, reste objective, neutre – tête froide pour analyser les données aux côtés cadre coord et resp de pôle. - Fait partie du trio de pôle. - Pb de l'influence qu'amène la direction de rattachement du cadre. - Très dépendant de l'AAH et ses compétences : problème si pas polyvalent - Nécessité de définir un temps balisé, fixe où travail en commun possible. - Impliqué sur le terrain, connaît le pôle : nécessaire pour faire proposition. <p><u>Réorganisation directions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - on conserve plus l'expertise avec 1 référent par direction : lien et synthèse fait par le référent, aiguille, apport. - Rôle de consultant, expert, mais moins d'investissement dans le pôle et ses projets. - AAH sollicité en fonction des projets sur le secteur dont il s'occupe : on conserve les compétences - Pb d'organisation à repenser pour que les interlocuteurs soient repérés et le tps nécessaire qd le cadre coord a besoin soit bien respecté. <p><u>2 temps :</u> 1) aide ponctuelle, tps précis avec expertise et compétences précises, aide rapide sur certaines éléments / 2) investissement dans le pôle, échanges et débats au sein du trio, implication, aide pour la contractualisation (aller plus loin)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Question de la quotité de tps de travail délégué dans le pôle : doit être suffisante pour permettre à la personne de s'imprégner du terrain et d'être effectif sur le pôle (suivi régulier). - Comment garantir expertise et connaissances transversales des cadres délégués ? - Repenser également les liens directs Direction / cadres de proximité car ceux-ci ne doivent pas se sentir désresponsabilisés. <p>Aujourd'hui : perte de tps, d'énergie et d'informations car les choses ne sont pas organisées entre les pôles/ les directions.</p>
5)	Comment définiriez-vous le positionnement de cette personne dans le pôle ? au sein du trinôme de pôle ? aux côtés du directeur référent ? Quel partage des tâches et des rôles entre vous et cette personne ?	<p><u>Directeur référent :</u> moins dans l'action et la production pour le pôle. 1 référent, 1 interlocuteur mais pas actif. Donne un avis et aiguille mais pas de travail pur pour le pôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vue transversale nécessaire : cohérence pour rester ancrer dans la réalité de l'institution + « ne pas se faire des plans sur la comète » : connaissance et détient infos po et stratégiques. Apport en éléments institutionnels. - Reste une balise mais pas tjs présent. Pas de rôle dans le quotidien du pôle. Présence sur les tps forts et institutionnels : plan directeur, projet... - Contrebalance le pouvoir du chef de pôle car siège en CME, réunions avec les médecins... Crédibilité plus forte. Cohérence des positionnements. - Présence de la direction. - Rôle extérieur : connaissance réseaux, réglementation... (surtout pôle PA) Lien avec l'extérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Cadre adm aura-t-il ces mêmes infos, portera-t-il de la même manière les garanties institutionnelles ? Quelle aura sur les médecins ? - idée d'un trio de pôle + 1 directeur référent (3+1) - Cadre administratif pourra-t-il incarner également direction ? - Pour tous, l'assistant fait partie du

		<p><u>Cadre coordonnateur</u> : rôle à redéfinir également.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité entre les deux cadres de pôles = binôme important. <p><u>Cadre administratif</u> : apporte un regard plus de proximité, connaissance du terrain (par rapport Directeur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doit faire partie du <u>trio</u> de pôle : position impliquée dans le pôle. Collaboration à 3. - Apporte regard non soignant, vision éco dans le pôle. Doit permettre d'apporter nouvelle culture dans le pôle. - Aide le médecin sur l'activité et les gains de prod à effectuer. 	<p>trio, et binôme important et pas « homme à tout faire » ou « secrétaire ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 sur 4 ont intégré la fonction du directeur référent : incarnation direction à garder.
6)	Quelles sont selon-vous les compétences requises à l'exercice de cette fonction ?	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de base en analyse d'indicateurs - Connaissance de l'administration et de son fonctionnement - Compétences sur tous les secteurs administratifs - Objectivité, distance par rapport aux soins, culture différente - Ouverture, qualité de communication, affirmation (c/médecins !) Personne qui sait exposer ses idées, affirmer son avis. - Force de propositions. Aide à la décision - Compétences au niveau du budget et des finances - Compétences dans la gestion et l'exploitation des tableaux de bord - Connaissances GRH - Motivation pour travailler en binôme, relationnel. 	
7)	Quel serait le profil idéal pour les personnes exerçant cette fonction ?	<ul style="list-style-type: none"> - Attaché d'administration mais avec une attention portée à la polyvalence, à l'expertise de départ. - Profil financier : culture financière, budget - Polyvalence 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses mettant accent sur la capacité de tous à être polyvalents. - AAH des finances bcp citées comme exemple.