

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Élèves Directeurs d'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Transformer un regroupement
d'activités
en restructuration hospitalière :
l'appui du management stratégique**

Yann Béchu

Remerciements

Je remercie vivement Madame Sandrine DELAGE, directeur délégué auprès des pôles Femme-enfant et maître de stage, et Madame Odile COMPARET, chef de projet adjoint, pour m'avoir permis d'explorer tous les ressorts d'un projet de restructuration. Je remercie aussi très chaleureusement les membres de l'équipe de direction de l'Hôpital Sud pour leur disponibilité et les études que parfois mes investigations provoquaient.

Ce travail doit beaucoup aux informations recueillies aux cours des réunions et entretiens obtenus auprès des médecins et des cadres de direction. Qu'ils soient ici remerciés pour le temps qu'ils m'ont consacré et l'approche qu'ils ont de l'hôpital, notamment celle de Monsieur A. FRITZ, directeur général, qui aide à envisager un possible pour le projet Femme-enfant.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude à Madame Jeanne-françoise CHRETIEN, spécialiste en management et en gestion des ressources humaines, qui a encadré ces travaux, pour son exigence et sa présence à mes côtés.

Sommaire

Introduction.....	1
<u>1 La stratégie du CHU de Rennes : gagner en visibilité.....</u>	<u>4</u>
<u>1.1 La prise de conscience de l'enjeu organisationnel à l'hôpital.....</u>	<u>4</u>
1.1.1 Une rareté des ressources récente.....	5
1.1.2 ...qui impose le changement.....	6
1.1.3 L'analyse des organisations pour comprendre le cloisonnement à l'hôpital.....	7
<u>1.2 L'approche stratégique pour décloisonner.</u>	<u>10</u>
1.2.1 L'introduction de la stratégie dans le management hospitalier.....	10
1.2.2 La nouvelle gouvernance pour ancrer la stratégie à l'hôpital.....	13
<u>1.3 La stratégie du CHU de Rennes : constituer trois ensembles dédiés.....</u>	<u>15</u>
1.3.1 Une conception des soins initialement par site.....	16
1.3.2 Trois ensembles dédiés et des services fédérés en centres de responsabilité pour mieux gouverner.....	18
<u>2 L'hôpital Femme-enfant de Rennes : un projet interrogé à l'aune de la stratégie.....</u>	<u>21</u>
<u>2.1 Restructuration et périnatalité.....</u>	<u>21</u>
2.1.1 La restructuration dans le domaine sanitaire.	22
2.1.2 Le rapprochement des spécialités liées à la femme et l'enfant.....	22
<u>2.2 Les finalités du projet Femme-enfant rennais : regroupements et mise aux normes.....</u>	<u>27</u>
2.2.1 Améliorer la qualité des soins.....	27
2.2.2 Sécuriser la prise en charge par les regroupements.....	29
<u>2.3 L'avenir du projet Femme-enfant en question.....</u>	<u>35</u>
2.3.1 Le projet et le (nouvel ?) objectif d'efficience.....	36
2.3.2 Le problème de la lisibilité nouvelle du projet.....	43
<u>3 L'appui du management stratégique pour parfaire le projet Femme-enfant.</u>	<u>48</u>
<u>3.1 Les conditions du changement.....</u>	<u>48</u>
3.1.1 La définition du « bien commun » comme accord général sur les finalités de l'organisation.....	49
3.1.2 La construction des règles du jeu.....	51
<u>3.2 Ancrer le projet Femme-enfant dans la stratégie de changement du CHU...</u>	<u>53</u>

3.2.1 Les axes de la stratégie de changement.....	53
3.2.2 Les conditions de la relance du projet Femme-enfant.....	56
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	68
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AME	auxiliaire mère enfant
ANAES	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue HAS, Haute autorité de santé
AP HP	assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH	agence régionale d'hospitalisation
AS/AP	aide-soignant/auxiliaire de puériculture
ASH	Agent des services hospitaliers
CH	centre hospitalier
CHU	centre hospitalier universitaire
CHSCT	commission hygiène et sécurité des conditions de travail
CME	commission médicale d'établissement
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
CTE	commission technique d'établissement.
DCO	directeur de coordination opérationnelle
DDAP	directeur délégué auprès de pôle
DMS	durée moyenne de séjour
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	poste équivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
GHM/GHS	groupe homogène de malades/séjours
MEAH	mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
ORL	oto-rhino laryngologie
OPH	ophtalmologie
POGMR	pôle obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction
PPGC	pôle pédiatrie et génétique clinique
SIOS	schéma interrégional d'organisation sanitaire
SROS	schéma régionale d'organisation sanitaire
SSR	soins de suite et réadaptation
T2A	tarification à l'activité.
TOM	taux d'occupation moyen
TROS	taux réel d'occupation des salles
TVO	temps de vacation opératoire
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

« *L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare* », Maurice BLONDEL, philosophe.

Introduction

Efficiency, rationalisation, optimisation, performance, efficacité de la dépense publique, responsabilisation des partenaires, nouveau management public, nouvelle gouvernance... autant de mots, de concepts qui, appliqués au fonctionnement hospitalier, convergent tous vers une même nécessité : l'hôpital doit opérer sa mue vers une organisation plus en phase avec une évolution qu'il a longtemps méconnue : la rareté des moyens.

Depuis les années 1990, les réformes se succèdent pour optimiser le fonctionnement hospitalier. La loi du 31 juillet 1991¹ a cherché à instituer des modes d'organisation nouveaux transcendant la référence aux seuls services médicaux. On leur reprochait en effet de « favoriser le cloisonnement des activités, une parcellisation (on a souvent parlé de « balkanisation ») et une spécialisation excessives des fonctions médicales, une multiplication coûteuse de certains équipements et in fine de rendre difficile une prise en charge cohérente des malades² ». L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, tout en conservant les services et leurs chefs, a créé une nouvelle structure : le pôle d'activité. Le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 2 mai 2005 a précisé que cette organisation en pôles a pour ambition d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficacité des établissements. Il s'agit alors de constituer des ensembles dotés d'une masse critique suffisante pour servir de support à une simplification et une déconcentration de la gestion, associant davantage les directeurs d'établissements et les praticiens et permettant des modes de contractualisation interne. Couplée au nouveau régime d'allocation des ressources liée à l'activité, c'est bien l'optimisation des moyens qui est recherchée.

Pour le dictionnaire encyclopédique Larousse, optimiser, c'est « *rendre le meilleur possible ; donner à une grandeur, à un fait ou à une idée la meilleure valeur possible* ». Il définit aussi l'optimum économique comme « *le niveau de la production ou de la répartition où, dans une économie concurrentielle, il est impossible d'améliorer la production d'une marchandise ou la situation d'une personne sans diminuer celle d'une autre* ». Le contexte dans lequel s'inscrit la réforme hospitalière est bien celui de la rareté des ressources mais qui, au surplus, n'est pas précisément celui de l'économie concurrentielle – l'hôpital ne peut pas décider seul de mettre fin à une activité, ce qui rend la stratégie d'autant plus complexe à adopter. Cependant la réforme emporte pour l'hôpital un changement de paradigme, compris comme principe capable de gouverner les comportements des agents. C'est celui de l'équité versus l'égalité dans le processus d'allocation des ressources. Nous verrons que le nouveau paradigme est un levier puissant dans la gestion du changement à l'hôpital.

¹ LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

² DUPONT M. / ed, 2005, Droit hospitalier, 5^e ed, Paris : Cours Dalloz, 824 p.

Le CHU de Rennes a anticipé cette marche difficile vers l'optimisation des moyens. En 1998, il met en place les centres de responsabilités qui fédèrent des services autour d'un projet commun et d'un contrat d'objectifs qui ouvre des possibilités d'intéressement. Dans le projet d'établissement 2000-2004, il décide de regrouper les activités par type de prise en charge pour améliorer la sécurité et la qualité de l'offre de soins et de constituer trois ensembles dédiés : femme – enfant (l'Hôpital sud), médicochirurgical (l'hôpital Pontchaillou), personnes âgées (Hôtel-dieu, La Tauvrais). Aujourd'hui, les regroupements sont en cours. Ils sont à l'origine de vastes chantiers qui ne sont pas terminés –le dernier, celui du Centre Urgences réanimation, sera achevé au cours du dernier trimestre 2009. L'orientation principale de ces opérations vise en effet à améliorer la qualité des soins ainsi que la visibilité de l'offre inhérente à la création des trois plates-formes de soins.

Si aujourd'hui un bilan d'étape sur les opérations de regroupement en cours sur notre terrain d'étude, l'Hôpital sud est utile pour s'assurer de la conformité du projet en regard de ses visées politiques et d'amélioration de l'offre de soins, il ne pourrait à lui seul rendre compte du changement majeur intervenu depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance et ses conséquences en matière organisationnelle et financière. En effet, la T2A impose l'efficacité comme donnée incontournable de la bonne gestion des établissements de santé, privés et publics. C'est d'autant plus impératif que l'établissement connaît des difficultés financières dites « structurelles » du fait d'une dispersion « historique » de ses activités. Et sans méconnaître les objectifs de qualité et de sécurité de ses activités de soins (dont l'accréditation aurait tôt fait de lui rappeler le caractère obligatoire), le CHU lance aujourd'hui toutes ses forces dans le combat de la rentabilité.

Or la question qui se pose avec une acuité nouvelle est celle de la visibilité du projet en matière économique, lui qui se préoccupait avant tout de sécurité et de qualité des soins avec des objectifs précis en matière de mortalité par exemple infantile. De même, l'objectif d'un mieux-être au travail était la condition pour laquelle les équipes ont accepté de sacrifier à leur confort. Comment aujourd'hui revenir sur les espoirs nés du projet en termes d'effectifs, d'équipements, d'espace, d'allocations budgétaires sans engendrer la désillusion, voire le désarroi chez certains « anciens de l'Hôpital sud » ?

Nous formulons alors la problématique suivante : comment faire accepter un nécessaire réajustement des moyens pour tendre vers l'efficacité sans porter atteinte à la capacité de changement ?

Nous postulons alors que l'adhésion aux finalités nouvelles de l'hôpital n'est possible qu'en cas d'accord sur les valeurs naissantes de l'organisation.

Nous formulons l'hypothèse que le nouveau gouvernement de l'hôpital, et notamment le nouveau positionnement du directeur d'hôpital dans l'organisation, est de nature à mieux porter la dynamique de changement. L'identité propre à chaque site, sites conçus au départ comme autant d'hôpitaux généraux, devrait céder le pas à une culture commune fondée sur une stratégie d'établissement unique où ne subsistent que les pôles d'activité. L'organisation du changement devra faire l'objet d'un soin attentif, déclinée autour de valeurs communes et de règles négociées pour que les mesures prises en regard de l'efficacité soient acceptées pour une pleine mise en œuvre. L'établissement jouit d'un atout essentiel : un climat social relativement apaisé, résultat d'une confiance réciproque, au premier chef entre le corps médical et la direction.

Outre la nécessaire imprégnation bibliographique qui a fait une large part aux rapports et ouvrages sur l'organisation et le management hospitaliers, nous avons mené un certain nombre d'entretiens auprès d'une trentaine de personnes en ayant conçu au préalable un guide d'entretien joint en annexe 1. Ont ainsi été rencontrés les responsables médicaux, soignants et administratifs des pôles concernés par le regroupement d'activités, les personnes en charge de la gestion de ressources de l'établissement. Par ailleurs, dans le cadre du stage, il a été possible de conduire une réflexion prospective sur les modalités d'un fonctionnement hospitalier optimisé à travers par exemple l'étude de modalités d'hospitalisation nouvelles ou encore sur la décentralisation d'une partie des missions du bureau des entrées vers les secrétariats médicaux ainsi que leur articulation dans l'organisation polaire. Notre dessein d'optimisation du fonctionnement de l'Hôpital sud a profité aussi de travaux en cours comme la traduction au niveau des salles opératoires de l'Hôpital sud de l'étude menée par la MEAH sur l'utilisation des blocs et l'articulation des unités fonctionnelles dans l'espace en vue d'une mutualisation de moyens, travaux auxquels nous avons concouru.

Néanmoins quelques limites à l'investigation existent. Elles consistent d'abord dans l'absence de mesure du retour sur investissement généré par l'opération Femme-enfant. Même si notre sujet concerne la conduite d'un projet et le management associé, cette absence empêche de mettre en perspective les demandes de ressources des responsables médicaux. Ensuite, les modalités nouvelles du management à travers la déconcentration de gestion sont en cours de traduction. La tension budgétaire à laquelle est soumis l'établissement explique qu'il se consacre tout entier à la réduire. En découle le retard pris dans l'expression de la rénovation managériale.

1 La stratégie du CHU de Rennes : gagner en visibilité.

Dans son rapport d'activité pour 2003, l'ANAES (devenue Haute Autorité de Santé depuis lors) déclare : « *L'hôpital est une organisation complexe, coûteuse et difficile à gouverner. De plus, et c'est peut-être la raison principale, l'hôpital est une structure de soins à risque, dangereuse pour les patients, du fait des infections nosocomiales qui touchent plus de 10% des malades hospitalisés* ». Elle ajoute en outre que 24% des admissions hospitalières sont inappropriées ou inadéquates et que 30% des journées d'hospitalisation ne sont pas justifiées. Si le principal objet de cette déclaration visait à promouvoir d'autres modalités d'hospitalisation que l'hospitalisation complète, il demeure la critique d'un fonctionnement hospitalier difficile et dommageable pour les finances publiques.

Les difficultés de l'hôpital public français se rencontrent en fait partout dans le monde développé : elles relèvent d'une « *rupture du compromis social de l'expansion (économique) et de l'autonomie (individuelle des prescripteurs)*³ ». L'hôpital souffre en effet d'un cloisonnement de ses différentes activités générant surcoûts et défaut d'accessibilité dont on prend conscience peu à peu. Les réformes entreprises en France depuis les années 1990 s'inspirent du nouveau management public (New Public Management, voir annexe 2) et visent à accorder plus d'autonomie aux décideurs ainsi qu'à impliquer davantage le corps médical dans la gestion hospitalière. La « *bureaucratie professionnelle*⁴ » qui prévaut à l'hôpital continue néanmoins à produire des effets négatifs pérennes pour les organisations, ainsi en est-il du CHU de Rennes qui souffre d'une répartition éclatée de son outil de production de soins. Il tente d'y répondre en mettant en place une stratégie de rassemblement de ses activités autour de trois ensembles dédiés, tout en ayant modernisé dès la fin des années 1990 les modalités de la gestion interne via la contractualisation.

1.1 La prise de conscience de l'enjeu organisationnel à l'hôpital.

« *Plus que des soins, ce sont des dysfonctionnements entre services dont se plaignent le plus souvent les usagers*⁵ ». Le fractionnement des activités de soins et médico-techniques est préjudiciable à la qualité de la prise en charge des patients. Il est aussi générateur de surcoûts pour les systèmes de santé des pays développés, ce qui, en période de rareté des ressources publiques, n'est pas soutenable sans sacrifier à la sécurité, l'égalité d'accès aux soins et au progrès médical. Le changement s'impose alors

³ KLEIBER C. 1997, « Organisation du changement à l'hôpital », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, n°2, P. 220, P. 218-228.

⁴ MINTZBERG, 2005, Structure et dynamique des organisations, Editions d'organisation.

⁵ ALLAFORT M., 2003, « développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital », Centre d'Intervention Socio - Technique, 6 P.

à l'hôpital et de nombreuses ruptures sont en cours. Ce changement est cependant très dépendant du jeu des acteurs au sein de la « bureaucratie professionnelle » qui, selon la sociologie des organisations, correspond au modèle d'organisation de l'hôpital. Pour décroiser l'hôpital, il convient alors de substituer la « standardisation des résultats » à celle des qualifications.

1.1.1 Une rareté des ressources récente...

Jusqu'au début des années 1990 et pendant plus de 30 ans, C. KLEIBER⁶ explique que la cohérence de l'économie hospitalière des pays industrialisés a été assurée par le compromis social de la croissance et de l'autonomie.

- Croissance de la demande, de l'offre, des coûts, de la spécialisation, de la technologie, le tout entraîné par un puissant processus de médicalisation de la vie quotidienne.
- Autonomie individuelle des prescripteurs, autonomie des autres ordonnateurs de dépenses, faiblement contraints et qui étaient en mesure de faire prévaloir leur préférence et leurs intérêts moyennant un minimum d'accommodement, autosuffisance des organisations.

Ce compromis social qui régnait sur tous les secteurs de l'économie publique, reposait sur la disponibilité des ressources assurée par une croissance économique exceptionnelle. Les ressources permettaient de financer les compromis territoriaux qui alimentaient le processus de morcellement des institutions et des savoirs. Pendant plus de 30 ans, l'autonomie et l'expansion ont alimenté les règles du jeu, les identités professionnelles et institutionnelles, les modes de coopération, les structures, les routines. Toute l'organisation hospitalière en a été imprégnée, « *jusqu'à rendre invisibles les dysfonctionnements, les inefficacités, les ressources cachées, les actes inutiles que l'économie de la santé n'est plus en mesure de financer*⁷ ».

Au début des années 1990, cet état de cohérence a brutalement cessé. Désormais, la rareté des ressources fait son oeuvre: l'expansion est contrariée, l'autonomie est mise en cause. Dans ce contexte l'hôpital change.

L'organisation sanitaire, dont des secteurs entiers - l'hôpital en particulier - fonctionnaient dans le vide économique, sous un régime d'apparente gratuité, se trouve brutalement confrontée aux perturbations des économies nationales et internationales. Ses besoins de ressources ne peuvent plus être satisfaits par l'économie nationale. L'économique s'affirme alors et s'introduit dans la relation de soins. Il s'ensuit une modification progressive et durable des règles du jeu, des rôles, des identités professionnelles et

⁶ KLEIBER C., 1991, Questions de soins ; Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins, Lausanne, Editions Payot. C. KLEIBER exerce aux Hospices cantonaux vaudois à Lausanne.

⁷ KLEIBER C., Ibid. P. 220.

institutionnelles, des modes de coopération, de la répartition des ressources et des pouvoirs.

1.1.2 ...qui impose le changement.

C. KLEIBER⁸ propose le schéma suivant fondé sur l'observation d'hôpitaux de différents pays, tous en cours de transformation plus ou moins avancée.

Situation d'origine	Situation en devenir
Garantie de ressources et de Clientèle	Incertitude sur les ressources et la clientèle
Concurrence sur l'offre	Concurrence sur l'offre, organisés sur les coûts, la qualité et l'innovation
Patients soumis	Patients capables de manifester des préférences
Organisation centrée sur la production	Organisation centrée sur les patients
Prescription libre	Prescription contrôlée par le groupe sur la base des meilleures pratiques démontrées
Répartition fixe des ressources	Répartition variable des ressources
Objectifs hétérogènes et implicites	Objectifs partagés et explicites
Organisation fermée	Organisation ouverte en réseau
Discontinuité de la chaîne des soins	Continuité de la chaîne des soins
Principe de spécialisation	Principe mixte de spécialisation et de polyvalence
Ethique des besoins	Ethique de la parcimonie

Un certain nombre de processus de convergence sont alors à l'œuvre. Ils concernent :

- Les mécanismes d'allocation des ressources : un lien explicite s'établit entre les objectifs et les ressources, qui s'ajuste en fonction des résultats, ce qui peut amener à poser de nouvelles questions sur l'utilité et le sens des activités de soins.
- La coopération externe entre organisations de soins ou le fonctionnement en réseau : elle vise à limiter les discontinuités de prise en charge et minimiser le coût des transactions entre les différents composants du système de soins. L'amélioration de la coordination entre l'hôpital et son environnement conditionne aussi la diminution de la durée moyenne de séjour.
- La coopération interne à l'hôpital : une organisation plus polyvalente aide à minimiser les coûts, le partage de l'information, des objectifs et des ressources et le recul des cloisonnements.
- L'émergence du client dans l'économie hospitalière : les organisations séquentielles fondées sur les contraintes techniques de la production cèdent le pas à des organisations intégrées, fondées sur la demande de clients plus rares, plus libres et plus capables d'imposer leur préférence. « *La force fédératrice du*

⁸ KLEIBER, Ibid. P. 221.

patient augmente avec sa capacité de choix : la principale mutation pourrait bien être là⁹ ».

- La prévention et la formation des patients : elles deviennent des instruments de limitation des consommations de soins et dès lors ne sont plus vues comme une charge mais comme un investissement.
- Les progrès scientifiques : les conquêtes cliniques annoncées font appel désormais à de nouvelles convergences de savoirs : ingénieurs, biologistes, cliniciens, informaticiens mettent en question les découpages traditionnels des connaissances et des métiers et imposent la transdisciplinarité.

Ces processus de convergence résultent de l'action conjuguée de la pression budgétaire et concurrentielle, des interrogations sur les résultats et le sens de l'activité hospitalière, de l'évolution des techniques et des sciences. *« Une réconciliation semble aujourd'hui à l'oeuvre; elle renforcerait le lien entre l'hôpital et la société et contribuerait à assurer sa cohésion interne »¹⁰.*

Mais C. KLEIBER explique aussi que ces processus de convergence peuvent être mis en échec par des divergences fondées sur d'autres conceptions du bien commun ou d'autres intérêts : la coopération interne et externe, par exemple, peut butter sur la logique de la spécialisation, le transfert de l'autonomie individuelle du prescripteur au groupe peut être combattue au nom de la liberté individuelle. L'observation empirique des transformations de l'hôpital montre qu'elles s'accompagnent d'une redistribution des ressources, des rôles et des pouvoirs, c'est-à-dire de conflits. *« L'hôpital de demain pourrait apparaître mort-né, bloqué dans son évolution à un niveau inférieur d'utilité et d'efficacité, privé peut-être de son lien social par les jeux de pouvoir et les conflits d'intérêt¹¹ ».* Il est dès lors utile de convoquer la sociologie des organisations pour analyser les facteurs de divergence que révèle le cloisonnement à l'hôpital. L'analyse qu'en fait H. MINTZBERG éclaire à cet égard la nature des relations entre les acteurs.

1.1.3 L'analyse des organisations pour comprendre le cloisonnement à l'hôpital

« Si les difficultés sont bien spécifiques à chaque système, elles se situent presque toujours à l'interface entre plusieurs métiers, plusieurs fonctions ou catégories qui ont à coopérer pour résoudre des problèmes », indique F. GONNET¹². Dans son rapport d'activité 2000¹³, l'ANAES conclut que des efforts doivent porter sur *« la coordination de la prise en charge des patients, la coordination des activités médicales, le décroisement des unités de soins, et la sécurité dans ses différents aspects »*. Aidons

⁹ KLEIBER, Ibid. P. 222

¹⁰ KLEIBER, Ibid. P. 223.

¹¹ KLEIBER, Ibid.

¹² GONNET F., 1994, « application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », colloque de Cerisy.

¹³ Le rapport montre que les réserves et recommandations concernent en premier lieu les référentiels OPC (organisation de la prise en charge) et DPA (dossier patient).

– nous de l'analyse des organisations faite par H. MINTZBERG¹⁴ pour comprendre les ressorts de l'organisation de l'hôpital.

A) Les mécanismes de coordination en cause dans le cloisonnement hospitalier

La coordination entre les membres de l'organisation est pour H. MINTZBERG sa principale caractéristique et son principe fonctionnel. Il identifie cinq modes de coordination : la supervision directe (un responsable hiérarchique donne des instructions à des subordonnés et contrôle leur travail), la standardisation des procédés (les méthodes de travail, les procédures sont consignées par avance, l'exécutant suit la programmation, sans le concours d'une tierce personne), la standardisation des résultats, l'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications. Ces deux derniers modes intéressent plus particulièrement l'hôpital, explique MINTZBERG. Ainsi :

- L'ajustement mutuel : la coordination entre les acteurs est assurée par simple communication informelle. A l'hôpital, cette coordination repose sur la qualité des relations établies entre les différents acteurs. Ce mode de régulation est fragile, aléatoire, notamment lorsque qu'interviennent des changements d'interlocuteurs. Une collaboration efficace peut se substituer à une collaboration déficiente et réciproquement.
- La standardisation par les qualifications : la coordination entre les acteurs repose sur l'homogénéisation des comportements individuels obtenus par la formation et la socialisation. Ainsi les personnels médicaux et non médicaux reçoivent une formation technique dispensée par leurs pairs, ce qui leur permet de posséder une culture commune de savoirs, de méthodes de travail et de comportements. H. MINTZBERG écrit « *lorsqu'un chirurgien et un anesthésiste se trouvent dans une salle d'opération pour une ablation de l'appendice, ils ont à peine besoin de communiquer; grâce à la formation que chacun d'eux a reçue, il sait exactement à quoi s'attendre de la part de l'autre. La standardisation de leurs qualifications assure l'essentiel de la coordination* ».

Ce type de coordination renforce la latitude de liberté des professionnels de l'hôpital rendant ainsi difficile leur mobilisation pour définir et réaliser les objectifs de l'institution. De plus, elle favorise le regroupement de ces professionnels au sein d'organes de classe facilitant ainsi la mobilisation autour d'objectifs de nature corporatistes.

Ces deux modes de coordination fragilisent la gestion de l'avenir de l'hôpital en tant qu'entité unique. Il convient alors, selon H. MINTZBERG¹⁵, de substituer aux mécanismes d'ajustement par la standardisation d'autres mécanismes fondés sur la standardisation des résultats. Ce mécanisme formel permet de rappeler la finalité et les missions de

¹⁴ MINTZBERG, Ibid., P. 22.

¹⁵ MINTZBERG, Ibid. P. 21.

l'hôpital, la performance à atteindre en matière de service rendu pour l'utilisateur. « *Lorsque les résultats sont standardisés, les interfaces entre les tâches sont prédéterminées*¹⁶ ».

B) L'hôpital, une « *bureaucratie professionnelle* ».

H. MINTZBERG a élaboré l'anatomie des organisations en fonction des mécanismes de coordination décrits supra et en distinguant les tâches à accomplir par l'organisation. Ce faisant, il identifie cinq composantes fondamentales, que l'on retrouve dans les organisations (en fonction de leur taille). On y trouve d'abord le centre opérationnel (ceux qui travaillent à la production et à la vente des biens et services produits) ; puis le sommet stratégique (équipe dirigeante investie des missions de direction, de stratégie, d'allocation des ressources, de relation avec l'extérieur, de contrôle); ensuite la ligne hiérarchique (encadrement intermédiaire), la technostructure (les analystes qui ont pour rôle de standardiser, de planifier, de contrôler); enfin la fonction de support logistique (conseil juridique, relations humaines, recherche...).

A partir de ce cadre conceptuel, en intégrant d'autres éléments de configuration (taille, système technique, nature du marché et de l'environnement...), H. MINTZBERG a construit une typologie des formes d'organisation (cf. annexe 3). Parmi celles-ci, la bureaucratie professionnelle est selon lui la forme qui correspond au modèle d'organisation de l'hôpital. Il décrit la bureaucratie professionnelle comme l'organisation où la coordination est assurée par la normalisation des compétences et non des procédés. Elle a recours à des opérationnels dûment formés et leur laisse une grande latitude. Outre les hôpitaux, c'est la structure qu'adoptent souvent les universités par exemple. Sa technostructure est sous-dimensionnée par rapport au centre opérationnel et à la fonction logistique. Ce centre opérationnel est très développé en raison de l'importance des professionnels qui se trouvent à la base de la structure. Leur pouvoir vient, selon H. MINTZBERG, de ce que le travail qu'ils accomplissent est trop complexe pour être supervisé par le pouvoir hiérarchique ou encore standardisé par des analystes. Au sein de cette structure, les professionnels tendent du reste davantage à s'identifier à leur profession qu'à l'organisation où ils exercent. Ceux-ci, non seulement contrôlent leur propre travail, mais cherchent aussi à avoir une emprise sur les décisions administratives qui les affectent. A cet égard, la volonté de « normer » les effectifs dans certaines spécialités médicales, par exemple la pédiatrie ou la gynécologie – obstétrique comme on le verra infra, ressort de cette dynamique que d'aucuns appellent « lobbying ». On retrouve dans ce système deux hiérarchies parallèles : l'une de type professionnel, l'autre de type administratif.

¹⁶ MINTZBERG, Ibid. P. 22.

1.2 L'approche stratégique pour décloisonner.

En proposant un « *pacte de modernité avec l'hospitalisation* », intitulé Hôpital 2007, Jean-François Mattei, ministre de la santé en 2002, entend répondre à la situation de malaise profond que traverse l'hôpital au début des années 2000. Pour « *redonner ambition et espoir à l'hôpital* », un dispositif d'accompagnement spécifique prévoit de restaurer « *la confiance et la responsabilité partagée* », en relançant l'investissement et en modernisant, en profondeur, les règles de gouvernance et de fonctionnement de l'hôpital. Ce plan vise alors à alléger les contraintes imposées à l'hôpital public en matière de gestion de ses ressources humaines et financières afin qu'il s'adapte plus rapidement à l'évolution de son activité face au développement du secteur privé lucratif qui a la possibilité d'être plus réactif. Il traduit la volonté de rendre enfin possible une démarche stratégique, seule à même de façonner une organisation des soins à la fois efficiente (la T2A incite à l'analyse comparative des coûts de production des soins) et de qualité (en mettant le patient au centre de l'organisation, dans une véritable approche « client »).

1.2.1 L'introduction de la stratégie dans le management hospitalier.

A) De la planification stratégique au management stratégique.

La stratégie est définie comme « *l'art de diriger les moyens en vue de la victoire* » (dictionnaire Robert). Il s'agit d'interroger les organisations et leurs modalités de fonctionnement afin d'atteindre des objectifs définis au préalable. La stratégie invite alors à sonder le contexte dans lequel elle va s'inscrire, en dressant un état des lieux des forces et des faiblesses en présence, de recenser les moyens disponibles, et de mettre ce bilan en regard des objectifs à atteindre. L'acception est toute militaire (du reste Carl von CLAUSEWITZ (1780-1831), général prussien, est considéré comme le théoricien de la stratégie largo sensu), et elle laisse peu de place à l'indétermination. Elle exige l'élaboration d'une tactique optimisant l'utilisation des moyens au regard des obstacles et freins posés par l'adversaire. Ils peuvent être de nature législative, institutionnelle, culturelle, technologique ou encore concurrentielle.

Selon M.J. HATCH¹⁷, c'est à partir des années 1950 que le concept de stratégie s'est développé dans les théories des organisations en soulignant la notion de planification inhérente à toute action de la direction d'une organisation. Au cœur de la problématique de la stratégie se trouve la question de la maîtrise de la relation entre l'environnement et l'organisation au sein d'un horizon temporel plus ou moins long.

Cependant, la planification stratégique ne peut se passer d'une autre caractéristique essentielle de toute action stratégique : l'adaptabilité à un changement de l'environnement, la flexibilité. La stratégie exige certaines évolutions, tout en conservant une cohérence d'ensemble. C'est la notion de « cohérence stratégique » qui met aux

¹⁷ HATCH M.J., 2000, Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples, éditions DEBOECK Université.

prises les moyens des organisations avec les exigences de l'environnement. Elle conditionne la légitimité et l'acceptation sociale de l'organisation, mais aussi une gestion active et efficace des ressources de cette organisation.

Le management stratégique quant à lui, apparu à partir des années 1970, cherche à conjuguer la gestion des hommes avec la nécessité d'agir à moyen et long terme sur le fonctionnement des structures et des organisations. Les objectifs de l'organisation se déterminent donc de manière analytique, à partir d'une analyse précise de la situation, ce qui exclut une démarche autoritaire et généralisée. Développer une forme de management stratégique impose donc une « *formulation concrète du projet de l'organisation*¹⁸ » qui intègre les acteurs dans le futur de l'institution.

L'analyse stratégique permet de dessiner ce futur pour l'établissement. Il se construit autour de trois temps :

- 1) la réalisation d'une perspective historique, afin de situer l'organisation dans son évolution et d'en comprendre les spécificités ;
- 2) une perspective d'ensemble, qui retrace les liens de synergie entre les différents acteurs au sein d'un environnement particulier ;
- 3) l'élaboration d'une perspective de changement par l'identification des évolutions prévisibles et nécessaires.

À partir de cette analyse stratégique, le management stratégique va s'attacher à satisfaire les besoins individuels tout en conservant une cohérence, essentielle pour le bon développement de l'organisation.

B) Le management public hospitalier devient plus stratégique.

Longtemps exclu du champ de l'analyse stratégique pour des raisons d'ordre idéologique, le secteur public fait l'objet depuis une quinzaine d'année de réflexions sur sa capacité à répondre aux mêmes exigences que le secteur privé et à mettre en œuvre les mêmes outils de développement. Cette évolution s'est imposée à l'heure des déficits budgétaires et des restrictions de moyens, engageant une refonte de la gestion du secteur public au regard des méthodes stratégiques du secteur privé.

Il faut cependant faire ici mention des particularités de la gestion publique, notamment liées à la dimension politique du secteur public dont l'activité est conditionnée par des choix à la fois nationaux et régionaux. Mettre en place une stratégie de management et de développement exige donc de prendre en compte les échéances politiques et les grandes lignes des politiques en cours d'élaboration. Tout projet s'inscrit donc dans un cadre prédéterminé et les marges de manœuvre sont donc souvent moins grandes que dans le secteur privé. Par ailleurs, il faut noter l'importance que revêt l'allocation de ressources : le fonctionnement des organisations publiques est fortement dépendant de la

¹⁸ CREMADEZ M., GRATEAU F, 1992, Le management stratégique hospitalier, 2^e ed, Paris : INTEREDITIONS.

nature et du montant des ressources dont elle ne maîtrise pas complètement l'allocation ou l'estimation, T2A et tarifs fluctuant obligent. En outre et surtout, le secteur public par définition s'acquiesce des missions de service public¹⁹ et les « lois de Rolland » (égalité, continuité, égalité, mutabilité) y prennent un tour véritablement contraignant en ce sens que l'hôpital ne peut y déroger. C'est notamment vrai du principe de continuité qui se traduit par la permanence des soins, laquelle impose des contraintes rigoureuses en termes d'organisation et de fonctionnement pour assurer la continuité des soins. Dans le même temps, le principe d'adaptation ou de mutabilité exige que le service public hospitalier s'adapte aux besoins et circonstances pour satisfaire en permanence les demandes des usagers et l'intérêt général. C'est ce se souligne le projet d'établissement 2006-2010 du CHU de Rennes dans l'introduction au projet médical : « *Si la mission des établissements de santé privé peut s'attacher à la répétition d'actes bien définis dans la plus grande sécurité (et avec un objectif économique évident), l'activité des CHU doit plus s'attacher à la prise en charge globale de chaque patient* ». Le CHU parle alors de véritable « *stratégie de prise en charge globale du malade* ».

Cette « stratégie » n'est pas sans rappeler une stratégie qui existe dans le secteur privé, celle qui consiste à placer le client au centre des préoccupations. En ce sens, les évolutions apportées depuis une dizaine d'années au service public hospitalier introduisent un changement de paradigme d'organisation : d'une structure pyramidale et hiérarchique, dans laquelle la stratégie se conçoit comme une démarche verticale autoritaire, on en vient progressivement à une structure circulaire avec des acteurs gravitant autour du patient. Cette nouvelle conception de l'hôpital induit des démarches plus participatives et centrées sur la finalité de l'organisation, la prise en charge du patient.

C'est donc une démarche qui s'apparente à une stratégie « client », avec l'importance de la satisfaction de ce dernier et les processus de contrôle a posteriori de la qualité de l'offre. Manager en fonction du patient et adapter l'offre de soins requiert non seulement de prendre en compte les impératifs fixés au niveau national, mais aussi la demande de soins émanant de la population locale. Du fait de la réforme du mode d'allocation des ressources reposant progressivement sur l'activité, l'hôpital doit en effet faire face à un accroissement de la concurrence entre les structures de soins, privées ou publiques, tout comme aux impératifs de rationalisation des dépenses, ce qui l'amène à repenser son fonctionnement et à réorganiser ses structures. L'adaptation de l'hôpital aux réalités locales a été aussi facilitée par le processus de régionalisation de l'offre de soin amorcé par les ordonnances de 1996, incitant le développement d'hôpitaux « stratégiques » synthétisant les exigences réglementaires et les problématiques locales.

¹⁹ Art. L. 6112-1, C. santé publique : enseignement, formation continue, recherche, éducation pour la santé, aide médicale urgente, soins aux détenus, lutte contre l'exclusion sociale. Bien qu'elle ne soit pas en droit une mission de service public, on y ajoute souvent la médecine légale.

In fine, ce mouvement illustre le passage pour les hôpitaux d'une démarche essentiellement tournée vers la planification, à une démarche de management plus dynamique. Le contrôle a posteriori de l'action n'a pas disparu, mais il n'est que secondaire et s'effectue au regard des objectifs fixés en amont dans les politiques nationales déclinées et adaptées au niveau local. Le management stratégique voit donc peu à peu le jour dans les hôpitaux, par le biais de réflexions sur les organisations et les modifications qui en découlent, et par le biais de l'élaboration de projets ponctuels impliquant les acteurs dans une démarche intégrée. Il s'agit dans un premier temps de faire du « projet d'établissement », obligation réglementaire depuis 1991²⁰, un horizon stratégique à partir duquel se développent des stratégies plus précises. Le projet d'établissement n'est en effet pas une fin en soi mais les prémisses de l'élaboration de projets concernant les organisations, les modes opératoires, les objectifs recherchés. L'articulation entre les obligations nationales, le schéma régional d'organisation sanitaire voire interrégional, et le projet local doit entraîner une mobilisation interne et une dynamique de changement. Le projet d'établissement fait alors le lien entre les relations de l'établissement avec l'extérieur (la tutelle régionale notamment) et les acteurs de l'établissement.

1.2.2 La nouvelle gouvernance pour ancrer la stratégie à l'hôpital

Les réformes de la gouvernance de l'hôpital ont toutes cherché à améliorer la concertation entre les acteurs hospitaliers avec des succès mitigés. Le projet d'établissement est devenue la pierre angulaire de la réflexion stratégique sur les objectifs pluriannuels et les moyens de l'établissement. De cette époque aussi date la contractualisation externe à travers le contrat pluriannuel (Loi du 31 juillet 1991), devenu contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique. Ce document retrace le résultat de la négociation conduite tous les cinq ans entre l'établissement et l'autorité de tutelle sur les objectifs de santé publique définis au niveau national et déclinés localement et les moyens mis en regard. Il est une annexe obligatoire au projet d'établissement. La contractualisation interne quant à elle date de l'ordonnance du 24 avril 1996 et tendait déjà à déconcentrer la gestion interne de l'établissement en permettant aux centres de responsabilité (regroupement d'unités fonctionnelles ou de services) de prévoir et suivre la gestion des moyens budgétaires, les activités et les différentes consommations des ressources.

Le plan Hôpital 2007 vise en 2003 à alléger la gestion interne des établissements en étendant la contractualisation interne à toutes les activités de l'hôpital, regroupées en pôles, anciens centres de responsabilité parfois. Pour comprendre la portée de la réforme, présentons les principales traductions du plan avant de nous attarder sur les modalités d'une gestion rénovée de l'hôpital car, comme l'indique M. DUPONT, l'introduction d'éléments d'une nouvelle gouvernance se produit dans une « *perspective*

²⁰ Art. L. 6143-2, C. santé publique.

plus générale : le mode de gouvernance ainsi défini est en effet étroitement lié aux réformes mises en œuvre parallèlement pour l'allocation des ressources et la planification des activités²¹ ». En vue de nouvelles modalités de pilotage de la politique hospitalière ont été prises les réformes suivantes :

- Mise en place de la tarification à l'activité (T2A) : elle se substitue aux deux modes de financement antérieurs, le budget global instauré en 1983 pour les établissements de santé publics d'une part, les remboursements des prestations hospitalières facturées par les cliniques d'autre part. Cette réforme a pour objectif de fonder le financement des établissements sur l'activité produite et, d'ici 2012, de réduire les disparités d'allocation de ressources existantes par le biais d'une tarification nationale. On espère également que l'application progressive de la T2A incite les établissements à réfléchir sur le coût de leurs prestations, sur l'orientation et le développement des activités futures à privilégier, et sur la réduction de leurs coûts de structure. L'espoir d'une plus juste rémunération des efforts de productivité s'est cependant déjà émoussé du fait du mécanisme de la régulation « prix – volume » qui permet à l'Etat un ajustement des tarifs pour respecter, en cours d'année, l'objectif annuel des dépenses d'Assurance maladie.
- Transformation de l'outil de planification sanitaire : l'objectif est de favoriser les complémentarités et les collaborations entre les établissements (ordonnance du 4 septembre 2003). La nouvelle notion de « territoire de santé » remplace le concept précédent de « secteur sanitaire ». La dimension géographique et territoriale est davantage prise en compte. L'analyse de l'activité médicale des établissements est désormais la pièce maîtresse d'un dispositif construit auparavant sur des indicateurs qui prenaient surtout en compte les moyens de production.
- Réforme de l'organisation interne des établissements : la nouvelle organisation de l'ordonnance du 2 mai 2005²² doit permettre la formulation, par le conseil d'administration et le conseil exécutif (instance nouvelle et centrale, médico-administrative), d'une véritable stratégie d'établissement. Par ailleurs, l'organisation médicale interne est simplifiée autour des pôles d'activité dotés de responsabilités de gestion nouvelles, ceci pour « mieux associer les directions d'hôpitaux et les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations principales des établissements²³ ». La nouvelle organisation interne se veut « globale²⁴ » puisqu'elle s'applique aussi bien à l'organisation des soins et au fonctionnement médical qu'aux activités administratives et logistiques. Effective au

²¹ DUPONT, Ibid, P. 332.

²² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé

²³ DUPONT, Ibid, P. 333.

²⁴ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, JO du 5 mai.

1^{er} janvier 2007, cette nouvelle organisation a permis une réflexion d'ampleur sur l'articulation des unités fonctionnelles et des services au sein des pôles. Plaçant souvent le patient au centre de la réflexion, les services se sont regroupés autour d'une logique de mode de prise en charge, de pathologie ou de population, combinant parfois de nombreuses logiques (voir annexe 4 le modèle du CHU de Nantes). L'histoire de l'établissement -les expériences et motivations propres- a joué un rôle important dans la définition du périmètre des pôles, à l'instar du CHU de Rennes. Il faut rappeler à ce niveau que l'objectif est bien de décroïsonner l'hôpital et les gains attendus en matière de fonctionnement interne sont multiples (voir III). D'une façon générale, il s'agit de relever le défi de l'efficience, dont un certain nombre de rapports ne laissent pas de souligner le caractère insuffisant.

Ainsi dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2006²⁵, la Cour des comptes souligne les écarts de productivité entre les secteurs d'hospitalisation public et privé, notamment à l'aune de l'activité chirurgicale. Pour preuve, la Cour rappelle une étude menée par la MEAH en 2004 sur « la gestion et l'organisation des blocs opératoires » dans huit établissements (cinq publics, un privé à but non lucratif et deux privés à but lucratif). Elle montre que l'effectif moyen de personnels par intervention varie de 1 pour une clinique à 2,3 pour un établissement public, la première réalisant 1,8 fois plus d'interventions. D'autres écarts sont ainsi révélés comme le nombre moyen d'interventions chirurgicales avec anesthésie par salle d'intervention, variant fortement selon le statut des établissements : 559 à l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (APHP), 1039 pour le secteur privé.

1.3 La stratégie du CHU de Rennes : constituer trois ensembles dédiés.

Le déficit de stratégie dans le processus de prise de décision, la disponibilité des ressources ont façonné un hôpital fragmenté, résultat de compromis à la fois politiques et territoriaux dans le sens de l'attribution d'espaces de pouvoir aux acteurs. En résulte un hôpital universitaire multi - sites à Rennes, conçu comme autant d'hôpitaux généraux qu'il y a de sites et par conséquent comme un défi à l'efficience car les redondances sont inévitables dans ce contexte. Sa stratégie relève d'une politique visant à rendre lisible son organisation ; c'est pourquoi il a engagé depuis une quinzaine d'années des opérations de regroupement sur trois ensembles dédiés, tout en s'appuyant sur la contractualisation interne pour faciliter le changement organisationnel.

²⁵ Cour des comptes - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - 01 septembre 2006, Chap. VI : Le pilotage de la politique hospitalière, PP. 161, 162.

1.3.1 Une conception des soins initialement par site.

Dès les années 1980, l'établissement sait que des regroupements sont à opérer car la dispersion menace à la fois la qualité des soins et sa santé financière. L'idée d'une spécialisation des sites est sous-jacente dès cette époque.

A) Une offre de soins répartie historiquement sur de nombreux sites.

A l'origine sur sept sites, le CHU de Rennes a cherché dès les années 1980 à contrarier ce fractionnement. Car dès cette époque, les difficultés financières ont montré que le fractionnement, s'il servait la politique de développement local de la métropole rennaise, ne pouvait perdurer sans générer des déficits croissants. En effet, l'hétérogénéité d'un patrimoine immobilier rassemblant des structures neuves, des éléments remontant aux années 1980, des constructions du siècle dernier dispersés sur cinq sites à Rennes et deux implantations hors de la ville, ne contribuait pas à faciliter l'usage rationnel des équipements et le meilleur emploi des personnels. C'est pourquoi le Conseil d'administration a décidé dès 1988 la bipolarisation des lits actifs sur deux sites : Hôpital Pontchaillou et Hôpital sud, la fermeture des établissements pour personnes âgées de La Massaye et de Bruz et l'installation consécutive des lits de personnes âgées à l'Hôtel-dieu et la Tauvrais

B) Un Plan Directeur en trois étapes visant à la cohérence des ensembles.

Pour accompagner cette recomposition, le Plan Directeur allait être découpé en trois étapes. Le site de Pontchaillou présentait une infrastructure inégale avec un bloc hôpital datant des années 1960 et des pavillons le plus souvent vétustes et sans relation directe avec le Plateau Technique. Et il fallait aussi rapatrier des disciplines jusqu'alors localisées à l'Hôtel-dieu. Les deux premières étapes du Plan Directeur ont donc essentiellement consisté en la construction d'un nouveau centre Cardio-pneumologique, ouvert en 1998, pour accueillir ces spécialités jusqu'alors à l'Hôtel-dieu et la construction d'un pavillon de 120 lits de moyen et long séjour pour personnes âgées à l'Hôtel-dieu, ouvert fin 1996. En regard, ont été menées des opérations de modernisation du plateau technique (installation de deux IRM, l'un sur l'Hôpital sud, l'autre sur Pontchaillou) et de la restauration (création d'une cuisine centrale).

Mais à l'issue de ces deux étapes, le projet d'établissement de 1993 jugeait la situation encore insatisfaisante :

- *« les services de Maternité Gynécologie et de Pédiatrie sont répartis sur les trois sites « actifs ». Notamment la maternité de l'Hôtel-dieu est isolée et la gynécologie est dans un état insatisfaisant. La réanimation pédiatrique et la néonatalogie sont éloignées des services d'obstétrique. Le regroupement de ces disciplines a été jugé prioritaire par les instances du CHU ».*
- *« les services concourant à l'Urgence sont toujours très dispersés, notamment l'orthopédie traumatologie ».* Du fait de la dispersion des services, des proximités

géographiques, notamment dans les disciplines hépatiques et gastriques n'ont pas lieu tandis que perdurent des redondances en chirurgie, dont les différentes spécialités sont présentes sur les deux sites « aigus ».

La troisième étape va mettre l'Hôpital sud au centre des préoccupations pour réduire ces inadéquations. En 1985, le Conseil d'Administration, lorsqu'il a décidé de traiter en priorité le regroupement Cardio-pneumologique, a aussi clairement établi que l'étape suivante devrait être consacrée à la solution des problèmes posés par la dispersion des services "Mère Enfant". A l'époque, prévalait la conception de deux regroupements constitués de structures comparables: un ensemble maternité gynécologie et pédiatrie à Pontchaillou, et un ensemble identique à l'Hôpital sud, assurant chacun un service de proximité au plus près de la population.

La méthode pour élaborer les choix d'organisation a consisté à définir des critères :

- Le service rendu à la population, la qualité et l'organisation des soins.
- L'organisation de l'Urgence, préoccupation constante de la communauté hospitalière.
- La qualité structurelle du CHU., l'équilibre des hôpitaux et leur "identité".
- La faisabilité: importance des constructions à réaliser, réalisme des coûts et incidence sur la gestion du CHU.

En prenant en compte les préoccupations concernant l'organisation fonctionnelle des ensembles constitués, les complémentarités disciplinaires et les conséquences sur le plateau technique, quatre scénarii ont alors été conçus :

- 1^{ère} scénario : un seul ensemble Femme-Enfant à Pontchaillou.

Cette hypothèse exigeait en contrepartie le transfert de Pontchaillou à l'Hôpital sud de 170 lits pour maintenir la capacité de ce dernier établissement à 470 lits environ. Cette solution était très fortement souhaitée des Pédiatres et des Gynécologues qui y trouvaient de nombreux avantages, notamment la proximité avec les spécialités adultes.

- 2^{ème} scénario : un seul ensemble Femme-Enfant à l'Hôpital sud.

A l'inverse de la précédente, cette solution entraînait le transfert de 170 lits environ de l'Hôpital sud à Pontchaillou.

- 3^{ème} scénario : deux ensembles « Pédiatrie-Maternité ».

Un ensemble dans chaque établissement. Mais cette solution était récusée par les Pédiatres et les Gynécologues qui faisaient ressortir la nécessité pour la sécurité et la qualité des soins d'une Maternité unique située à proximité immédiate des unités de Réanimation et de Néonatalogie.

- 4^{ème} scénario : deux ensembles fonctionnels.

A Pontchaillou, la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique ; à l'Hôpital sud, les maternités, la réanimation – néonatalogie.

C'est le scénario retenu, momentanément, par la C.M.E. en sa séance du 10 mars 1992.

Aussi le premier projet d'établissement pour les années 1993 – 1998 dessinait pour les différents sites une évolution vers la spécialisation, sans pour autant mettre fin à la polyvalence des structures. La tendance à la spécialisation était déjà amorcée. Elle devait aboutir, avec le projet d'établissement 2000 – 2004, à la solution d'ensembles dédiés, poussant plus loin la logique de spécialisation. C'est finalement le 2^{ème} scénario qui l'emporte, à la faveur des textes sur la périnatalité (voir II).

1.3.2 Trois ensembles dédiés et des services fédérés en centres de responsabilité pour mieux gouverner.

À la fin des années 1990, le CHU de Rennes s'est appuyé d'une part, sur son Plan Directeur pour rendre plus lisible aux yeux de sa population de recrutement son offre de soins, d'autre part sur la constitution de centres de responsabilité sous la forme de fédérations ou de départements. L'idée était bien de mieux piloter l'activité, l'établissement étant déjà sous contrainte financière forte.

A) La poursuite de la cohérence par les regroupements.

Dans son introduction, le projet d'établissement 2000 –2004 décide onze orientations stratégiques (voir infra annexe 5) qui, dit-il, « *s'inscrivent dans une problématique particulière liée d'une part à l'environnement, notamment démographique (population du bassin d'emploi rennais), d'autre part aux progrès médicaux et enfin à la situation financière de l'établissement* ». Sur ce dernier point, il s'agit en effet de « *retrouver une base financière saine pour que (l'établissement) puisse au mieux remplir les missions qui lui sont imparties et qu'il renoue avec une politique d'innovation médicale et de recherche* ». Dans ce cadre, « *l'établissement poursuivra résolument les efforts accomplis depuis plusieurs années : économies de gestion, réorganisations de service, immobilisations de lits, recherche de recettes subsidiaires, etc.* ».

L'une des onze orientations commande de « répartir les activités médicales sur trois sites dédiés ». En fait, le tournant en faveur de la spécialisation des sites est pris dès les années 1995 puisqu'on procède au transfert de lits de pédiatrie (1997) puis des urgences médicales pédiatriques (1998), préfigurant les travaux à engager dans une phase ultérieure. De fait, dans sa délibération du 11 mai 1998, le conseil d'administration formalise la constitution de trois grands ensembles, correspondant à la troisième étape du Plan Directeur : Femme-enfant (Hôpital sud), médicochirurgical adultes (Pontchaillou), personnes âgées (Hôtel-dieu, La Tauvrais). Ce Plan Directeur est l'un des moyens de la mise en œuvre du projet d'établissement car il en est la traduction géographique, architecturale et technique, organisationnelle et financière des orientations de son projet médical. L'évolution de la réflexion a finalement permis de définir une répartition géographique des activités hospitalières, se voulant lisible et fonctionnelle, qui favorise et accompagne la réalisation du projet médical.

Dès lors, les opérations de regroupement vont se succéder. Le projet d'établissement 2006-2010 dans son introduction indique que les onze orientations se sont traduites par 350 actions (voir annexe 5).

B) La volonté d'accompagner le changement par la contractualisation

La réorganisation des activités s'est accompagnée de la volonté institutionnelle de constituer des ensembles de services dotés d'une masse critique suffisante, en vue d'une part, de mieux piloter l'activité des services concernés et rapprocher, d'autre part, d'impliquer les acteurs dans la restructuration. Aussi, reprenant le tableau des actions relatives aux onze orientations évoquées supra, relevons les actions qui y ont contribué.

Année	Orientation	Action
2000	orientation n°2 « mettre en place des organisation et des modalités de fonctionnement centrées sur le patient »	action n°19 : création du <u>département d'obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction</u> (DOGMR), nature : regrouper les activités de gynéco obstétrique, objectif : favoriser la mise en place de l'hôpital femme-enfant ; la gestion commune des effectifs sera réalisée en 2001. Action n°21 : constitution d'une <u>fédération médicochirurgicale infantile</u> , nature : regrouper le département de médecine de l'enfant et de l'adolescent (DMEA) et le service de chirurgie pédiatrique, objectif : faciliter l'évolution de l'Hôpital sud vers un hôpital femme enfant (conseil de fédération en janvier 2001).
2001	Orientation n°11 « consolider l'analyse financière »	action n°87 : accentuation de la démarche de <u>contractualisation interne</u> (les centres de responsabilité comprennent un tiers des services)

A noter que le CHU était précurseur en matière de contractualisation interne puisque, dès 1998, il contractait avec ses premiers centres de responsabilité. Quelques 25 nouveaux centres ont été créés tous les ans jusqu'à en représenter 75 en 2006. La dynamique a été relancée à partir de 2003 avec la nouvelle contractualisation interne (voir annexe 6), laquelle mettait plus l'accent sur les délégations de gestion et les modalités de l'intéressement, tout en s'appuyant sur les progrès de l'information médicale. Les regroupements de centres de responsabilité ont été encouragés afin de disposer de tailles critiques permettant de refléter une cohérence dans la prise en charge des patients et faciliter le pilotage institutionnel des structures, ainsi du DMEA et de DOGMR (supra, le tableau). Anticipant l'organisation polaire de l'ordonnance du 2 mai 2005, le CHU souhaitait constituer des pôles d'activité pour faciliter la réorganisation structurelle. Aujourd'hui, les différents responsables, administratifs et médicaux, s'accordent à dire que cette expérience institutionnelle a façonné des habitudes de concertation, de confiance réciproque et de responsabilisation de chacun.

-§-

Aujourd'hui aussi, la persistance des difficultés financières force à interroger de nouveau la pertinence des choix d'organisation opérés, mais force est aussi de constater que les choix antérieurs pèsent sur les décisions et difficultés futures. On peut dater le processus de regroupement d'activités à la fermeture de la maison de retraite de Bruz, soit en 1989. En 2007, soit 18 ans plus tard, il est loin d'être fini, comme on le dira dans la partie suivante. C'est dire si la stratégie comme vision de l'avenir est nécessaire à l'hôpital. A cet égard, le directeur général du CHU, M. FRITZ, constate que « *le développement durable est une notion neuve, l'environnement est une chose qu'on partage avec ses successeurs d'où la nécessité d'être en capacité d'en influencer le cours* ».

2 L'hôpital Femme-enfant de Rennes : un projet interrogé à l'aune de la stratégie.

Le regroupement d'activités qu'opère le CHU de Rennes participe d'une stratégie nationale conçue sur deux plans, celui de la périnatalité avec des objectifs d'amélioration de la sécurité à la naissance et celui de la restructuration hospitalière. L'établissement conjugue ces deux plans en engageant une « restructuration – spécialisation » de ses sites. Le projet rennais a donc consisté à mettre l'organisation en conformité avec les normes de fonctionnement périnatal, à savoir architecturales et en personnel nécessaire. L'injonction de mise en conformité a néanmoins conduit les différents acteurs à différer la prise de décision concernant d'autres aspects restructurant comme la place de l'ambulatoire. La réflexion globale sur les organisations en a souffert, et quand bien même les questions étaient soulevées, l'absence de décisions révèle que pour les acteurs du changement, cette réflexion prenait un caractère secondaire par rapport aux mises aux normes. Pourtant, cette réflexion organisationnelle est seule à même, comme le dit la Cour des comptes, « de générer un fonctionnement plus efficient²⁶ ». Le CHU entend aujourd'hui privilégier cet axe, sous contrainte financière forte. Néanmoins la réflexion sur l'efficacité de la nouvelle structure est nouvelle dans le projet : les transferts d'activité ont surtout été conçus comme des déplacements de services « *au moins à l'identique, sinon abondés en personnel et moyens*²⁷ ». En résulte un sentiment de flou sur les nouveaux objectifs pour les acteurs qui, déjà mis fortement à contribution lors de la conduite du Plan Directeur, expriment leur inquiétude face à un projet qui semble leur échapper.

2.1 Restructuration et périnatalité.

La restructuration hospitalière est un mouvement récent en France. Pour P. MORDELET²⁸, Il a fallu attendre les ordonnances de 1996, en France, pour que l'on accepte de parler de restructuration hospitalière, alors que ce mouvement était entrepris dans les autres pays de l'OCDE depuis plus de dix ans. Cette politique de restructuration vise principalement à réduire les inégalités dans l'accès aux soins, à adapter l'offre aux besoins des populations et à maîtriser l'augmentation des dépenses hospitalières. Ses formes sont diverses dans le champ sanitaire. Ce mouvement a particulièrement concerné les spécialités liées à la femme et l'enfant, toutes deux présentant des particularités qui incitent à les distinguer des disciplines dites « adultes ».

²⁶ Cour de comptes, 2002, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

²⁷ Dixit un directeur fonctionnel du CHU lors d'un entretien.

²⁸ MORDELET P., 2006, Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, Rennes : éditions ENSP, P. 332, 368 p.

2.1.1 La restructuration dans le domaine sanitaire.

Restructurer pour le dictionnaire Larousse, c'est l' « *action de réorganiser un ensemble devenu inadapté* ». Appliquée au champ sanitaire, la restructuration peut s'opérer selon quatre modes :

- La spécialisation versus diversification : on peut ici distinguer une stratégie d'hyper spécialisation, qu'on retrouve dans des spécialités comme celles de la femme et l'enfant, et une stratégie de diversification de l'offre afin de mieux répondre aux besoins de la population.
- la restructuration organisationnelle : elle est consécutive à une analyse des processus engendrant une réorganisation et une refonte de la répartition des tâches, ou à une analyse économique de l'activité afin de détailler précisément la répartition des moyens et de rendre à leur allocation au plus proche des besoins tout en générant des économies (la comptabilité analytique entre dans ce cadre).
- l'alliance stratégique : elle prend la forme de partenariats et coopérations entre établissements afin de promouvoir des structures en accord avec leur environnement et de les intégrer au mieux au sein d'un ensemble.
- l'intégration : elle revêt plusieurs formes, l'intégration verticale, horizontale ou sous forme de conglomérat.

L'Observatoire des recompositions hospitalières (voir annexe 7), identifie quatre types d'objectifs :

- l'adaptation de l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé, opération qui concerne les établissements publics et privés à parité,
- l'optimisation des moyens, sous forme de regroupement de structures, d'activités ou de plateaux techniques, et la mutualisation des moyens en personnel, cela concerne d'abord le secteur privé,
- le maintien de l'offre de soins, sous forme de coopération public – privé essentiellement,
- enfin, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un objectif assez transverse à toutes les opérations.

Nul doute que le CHU de Rennes vise à l'optimisation des moyens via la stratégie de spécialisation. Nous verrons infra ce qui a (ou n'a pas) été mesuré dans les fruits attendus de cette restructuration. Reste à appréhender les proximités qui existent entre les disciplines concernées par le projet femme – enfant et incitent à les faire coexister dans des structures distinctes de celles accueillant les pathologies adultes.

2.1.2 Le rapprochement des spécialités liées à la femme et l'enfant.

Nous avons vu qu'à l'origine du regroupement d'activité sur le site dédié à la femme et l'enfant, se trouve une stratégie de lisibilité de l'offre de soins du CHU de Rennes. Mais

elle rejoint aussi une tendance pour les hôpitaux à regrouper des disciplines traitant de pathologies interdépendantes. En outre, une stratégie d'amélioration de la sécurité périnatale a été conçue au niveau national dans les années 1990 ; elle a incité nombre d'établissements à former des pôles Femme-enfant.

A) De l'idée de rassembler les spécialités « femme, mère, enfant ».

L'idée de développer des établissements hospitaliers exclusivement consacrés aux enfants et aux mères se nourrit des spécificités de ces disciplines médicales et chirurgicales. La prise en charge des enfants diffère fondamentalement de la prise en charge des adultes, à pathologie similaire, sans compter les pathologies spécifiques de la jeunesse. Pour les femmes parturientes, leur état n'est pas à proprement parler pathologique mais il implique une prise en charge bien spécifique. De même, l'accueil des enfants au sein d'un établissement de soins exige des mesures de sécurité et de surveillance renforcées, ainsi que du matériel adapté. Il s'agit d'offrir aux enfants les mêmes prestations de soins que les spécialités équivalentes en médecine et chirurgie adultes tout en prenant en compte les spécificités inhérentes à l'âge des patients (statut social et légal, environnement familial, charge affective, besoins scolaires).

Spécifier les types de prise en charge en fonction des pathologies ou populations accueillies pour adapter les structures hospitalières constitue un mouvement de réorganisation de l'offre de soins récent. Les raisons en sont nombreuses avec au premier plan les progrès de la médecine qui ont conduit à une spécialisation croissante des pratiques et consécutivement à la formulation de besoins de plus en plus précis. Par ailleurs, dans la continuité de ce phénomène de valorisation de la place du patient (voir supra le rôle nouveau de la stratégie), le développement de filières de prise en charge constitue aussi une évolution notable des établissements dont les objectifs sont étroitement liés aux besoins de la population. Il s'agit dès lors de proposer aux patients une offre de soins complète dont les maîtres mots sont la continuité et la prise en charge intégrée.

On retrouve ici une des alternatives de l'organisation des activités de soins : entre hôpitaux spécialisés par pathologie (hôpitaux cardiologiques et hôpitaux neurologiques par exemple) et hôpitaux dédiés à une population spécifique (personnes âgées et enfants essentiellement), il s'agit de faire un choix en faveur d'une prise en charge hyper spécialisée se structurant autour d'un organe, indifféremment des populations, ou en faveur d'une prise en charge intégrée, se structurant autour des besoins d'une population cible. C'est dans ce contexte que de nombreux hôpitaux en France et dans le monde se sont construits, exclusivement consacrés à la mère et à l'enfant. L'intérêt de ce type de démarche réside dans l'ouverture de l'hôpital sur la société et son intégration complète au sein des politiques de santé publique : la mission de ces établissements n'est pas seulement de soigner les mères et les enfants mais bien d'améliorer leur santé. A cet

égard, l'hôpital Paule de Viguier, à Toulouse, inauguré en 1998, se présente comme « *un élément clé d'un programme de santé publique*²⁹ » en direction des mères et des enfants.

La pédiatrie pose moins de questionnements en termes de positionnement car elle est une spécialité à part entière, à l'inverse de la périnatalité qui renvoie à une conception plus globale de la femme enceinte et du nouveau-né. En revanche, le mouvement de spécialisation croissante qui la concerne met en tension une spécialité au champ large qui recouvre tous les champs des spécialités adultes. La question est donc de définir le périmètre des activités pédiatriques des hôpitaux Femme-enfant au regard des « sur spécialités » (cardiologie, neurochirurgie, ORL, OPH). La difficulté est de soutenir financièrement le dédoublement des équipements médicaux. Nous verrons que le projet Femme-enfant de Rennes butte depuis le départ sur ces questions.

Néanmoins, pour ce qui est de leur rapprochement, on constate que les champs de la pédiatrie et de la périnatalité recouvrent des préoccupations de santé publique et qu'ils font l'objet depuis une quinzaine d'années de mesures spécifiques. Le dispositif législatif et réglementaire encadre ces activités pour en garantir la sécurité. La proximité géographique entre spécialités, voire la contiguïté, que postulent les textes que nous allons voir, entraîne le rapprochement sur un même site des activités périnatales et pédiatriques.

B) Supprimer les discontinuités pour conforter la sécurité de la femme et de l'enfant : les plans périnataux

Depuis 1994, les questions de périnatalité sont au cœur des politiques de santé publique en raison d'une mortalité maternelle et périnatale jugée trop élevée. Ainsi, le plan de périnatalité élaboré en 1994 fixait des objectifs précis quant à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, à la baisse des nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance, et à l'augmentation du suivi des grossesses³⁰. Etaient posées ainsi les bases d'une politique périnatale active ayant pour objectif premier une baisse de la mortalité par l'amélioration du suivi des grossesses ; ce dernier permet en effet un dépistage précoce et une prise en charge adaptée des grossesses à risque.

Les établissements de soins sont directement concernés par cette problématique de la femme enceinte quand on sait que près de deux tiers des accouchements en France ont lieu dans les établissements publics, soit 61% d'entre eux en 2003³¹. Par ailleurs, c'est dans les établissements publics qu'est accueillie la majorité des grossesses à risques (84%), des accouchements avec complications (72%), et des affections post-partum

²⁹ www.chu-toulouse.fr

³⁰ Le plan « périnatalité » de 1994, s'était notamment donné comme objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant, en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %. En outre, un programme de prévention visait à diminuer de 35 % la mort subite du nourrisson (une chute de plus de 70% est observée aujourd'hui).

³¹ Site Internet de la FHF : dossier documentaire « la périnatalité et l'hôpital » (mai 2006).

(68%)³². La prééminence de l'hospitalisation publique dans ce champ d'activité s'explique par le niveau d'exigence accru depuis la mise en œuvre des plans périnataux, conduisant bon an mal an au retrait du secteur privé. La cour des comptes, dans son rapport public annuel de 2006³³, avance trois raisons : « *exigences du cahier des charges techniques pour avoir l'autorisation de fonctionner ; difficulté à recruter des anesthésistes (risques médico-légaux, accouchements la nuit, gardes), insuffisante rentabilité des maternités, du fait de la politique tarifaire restrictive menée jusqu'en 2001*³⁴ ».

En effet, le plan de périnatalité de 1994 a provoqué l'élaboration de normes de sécurité rigoureuses posées par le décret d'octobre 1998³⁵. Le décret procède d'abord à la classification des maternités en fonction de leur environnement pédiatrique :

- les maternités de type I assurent les soins de base des nouveau-nés.
- Les autres maternités possèdent des lits de néonatalogie soumis à autorisation : elles sont de type IIa ou IIb en fonction de la présence ou non de lits de soins intensifs pour les nouveau-nés.
- Les maternités de type III traitant des grossesses à haut risque doivent disposer d'une unité de réanimation néonatale et d'un service de réanimation adulte.
- Les centres de naissances publics qui ne sont plus autorisés à pratiquer des accouchements (activité inférieure à 300 par an) peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales et prennent l'appellation de « centre périnatal de proximité » (CPP).

L'amélioration de la sécurité de la naissance passe par l'orientation de la mère avant l'accouchement vers une structure de niveau adapté à sa pathologie, le niveau I correspondant aux accouchements physiologiques, soit 80% des cas. C'est la sécurité périnatale qui est au cœur de ces dispositions : on cherche en effet à éviter les conséquences des transferts de nouveaux-nés pathologiques d'une maternité vers un service réanimation néonatale, source d'augmentation de la mortalité et de la morbidité avec notamment des séquelles psychomotrices.

Il est du ressort des réseaux de développer la coopération entre structures périnatales en concevant des protocoles et procédures de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. Le CHU de Rennes a, en la matière, été à l'origine de la création du réseau « Bien naître en Ille-et-Vilaine » qui regroupe les structures privées et publiques des territoires de « Rennes, Fougères, Vitré, Redon » et « St Malo, Dinan ». Son rôle est essentiel pour l'orientation des naissances dans un centre adapté au niveau de risque. Le CHU est concerné au premier chef puisque, disposant bientôt d'une maternité de niveau III, il doit être en capacité de recevoir les grossesses les plus

³² DHOS - Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques.

³³ Cour des Comptes, 22 février 2006, chapitre : la politique de périnatalité, in rapport public annuel.

³⁴ Cour des Comptes, Ibid. P 375.

³⁵ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

compliquées, ce qui implique que les grossesses non pathologiques soient suivies au plus près du domicile dans les centres de proximité.

Les décrets de 1998, qui s'appliquent à toutes les maternités quel que soit leur statut, reprennent les obligations imposées par circulaire dix ans auparavant aux seuls hôpitaux publics : permanence médicale d'un gynécologue, d'un anesthésiste et d'un pédiatre 24h/24, soit en astreinte à domicile, soit sur place, en fonction du volume d'accouchements. Les textes prévoient aussi que les maternités doivent disposer d'une salle de réanimation des nouveau-nés, d'un bloc opératoire obstétrical en propre ou en commun avec la chirurgie de l'établissement, d'une salle réservée aux césariennes si le nombre d'accouchements est supérieur à 1200.

L'application de ces normes exigeantes se heurte par ailleurs à de nouvelles contraintes, qui ne sont pas propres à la périnatalité. Tout d'abord, la limitation du recrutement de médecins possédant des diplômes obtenus hors de l'Union européenne a accru les difficultés de fonctionnement de certaines structures. Il en est de même de la réduction du temps de travail qui s'applique depuis 2002 au personnel non médical et 2003 au personnel médical. Enfin, la directive 93/104/CE, à partir 2003, oblige à intégrer les gardes médicales dans le temps de travail, ce qui réduit de 20 % les obligations de service pour un médecin qui effectue une garde par semaine. De ce fait, il faut des équipes médicales plus étoffées pour assurer une permanence médicale 24h/24 dans le respect des textes : trois médecins minimum pour une astreinte et sept pour une garde. Les restructurations hospitalières ont, comme le souligne la cour des comptes dans son rapport sur la périnatalité précité, surtout concerné le secteur privé et aboutit à la fermeture des petites maternités effectuant moins de 300 accouchements par an. Le tableau suivant traduit la suprématie du public dans cette activité.

Répartition des maternités autorisées par type et statut (Source DHOS, 31/12/2004)³⁶

Type	Public	Privé	Total
Maternité type I = sans lits de néonatalogie	161	196	357
Maternité type IIa = avec lits de néonatalogie	87	48	135
Maternité type IIb = IIa + soins intensifs de néonatalogie	76	13	89
Maternité type III = IIb + réanimation néonatale	66	2	68
Centre périnatal de proximité (CPP)	63	6	69
TOTAL maternités autorisées et CPP	453	265	718

En outre, en 2003, soit après le délai de cinq ans spécifié par le décret d'octobre 1998, nombre de maternités sont loin d'être aux normes de 1998. Par exemple, la cour des comptes note que parmi les maternités de niveau III, « douze n'ont pas encore de lits de réanimation néonatale sur le même site (le CHU de Rennes est dans ce cas et l'est

³⁶ Cour des Comptes, Ibid. P. 375.

toujours en 2007) et deux n'ont ni lit de réanimation néonatale, ni lit de néonatalogie ». En 2003, sur un échantillon de 575 maternités, 46 % des niveaux III, 52 % des niveaux II, 30 % des niveaux I ne seraient pas en conformité. Ces chiffres, relève la Cour, sont sans doute en dessous de la réalité car une autre enquête de la DHOS, menée en décembre 2002, a montré qu'environ 80 % des services de réanimation pédiatrique et néonatale n'étaient pas aux normes. Le rapport précité insiste sur le fait que les financements ont été très aléatoires selon les régions, ce qui explique les difficultés de la mise aux normes.

Le plan de périnatalité de 2004, pris sur le fondement du rapport BREART³⁷ remis au ministre de la santé en septembre 2003, élabore alors vingt propositions pour relancer la politique périnatale. Le délai de mise en conformité avec les normes de fonctionnement est notamment reculé à fin 2006. Parmi les propositions, on retrouve l'idée de planifier et d'anticiper les restructurations, exigées par la démographie médicale et par les impératifs de sécurité notamment. Selon les préconisations des auteurs, *« toute restructuration devrait avoir pour objectif d'éviter la balkanisation de l'offre de soins »*.

C'est dans ce contexte difficile d'organisation de la prise en charge des parturientes, mères et nouveau-nés que va s'inscrire la réflexion sur l'évolution organisationnelle et architecturale de l'Hôpital sud. Le CHU avait anticipé l'évolution qui a consisté à rapprocher les spécialités mère – enfant. Pourtant dans les années 2000, il se voit pressé de se mettre en conformité.

2.2 Les finalités du projet Femme-enfant rennais : regroupements et mise aux normes.

Le renforcement de la sécurité et de la qualité des soins à travers la création d'un hôpital spécifique aux femmes, mères et enfants s'est traduit à la fois par un projet architectural à la réalisation complexe et, concernant le domaine périnatal, par une mise aux normes en effectifs. Le CHU a en outre réfléchi aux modalités d'hospitalisation dans les unités de suite de couches en introduisant la prise en charge globale Mère-enfant. Améliorant la qualité des soins, cette nouvelle démarche soignante participe également à la restructuration de l'organisation.

2.2.1 Améliorer la qualité des soins.

a) La mise aux normes périnatales.

Les normes de fonctionnement périnatal telles que définies par les décrets de 1998 et plus récemment de janvier 2006 sur la réanimation pédiatrique ont fortement influencé la réflexion organisationnelle du nouvel hôpital, au point d'ériger la mise en conformité en préoccupation principale. Il est vrai que le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux

³⁷ Pr. G. BREART, Pr. F. PUECH, Pr. J.C. ROZE, septembre 2003, Mission périnatalité « Vingt propositions pour une politique périnatale ».

établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation est particulièrement exigeant, tant du point de vue architectural que du point de vue du personnel nécessaire pour être autorisé à exercer ces activités. Ces aspects ont forcé, s'il en était besoin, au regroupement (voir le tableau comparant la mise aux normes en personnel sur trois sites, deux sites et un site unique au CHU de Rennes, annexe 8).

Les normes prennent pour seuil le nombre de naissances. Ainsi, pour le personnel médical dans une unité d'obstétrique, le décret dispose que « *pour les unités réalisant plus de 1500 naissances par an, la présence médicale est assurée par : un gynécologue obstétricien présent tous les jours de l'année 24h/24h dans l'unité d'obstétrique, un anesthésiste réanimateur (...); si l'unité réalise plus de 2000 naissances par an, l'anesthésiste réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24h/24h dans l'unité d'obstétrique. Un pédiatre présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année 24h/24h, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité*³⁸ ». L'exemple vaut non seulement pour les autres disciplines du champ périnatal (soins intensifs de néonatalogie, réanimation néonatale, réanimation pédiatrique) où des permanences médicales 24h/24 sont de rigueur, mais aussi pour les sages-femmes et pour le personnel non médical. Ainsi par exemple, « *pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance. Au delà de 1000 (...), l'effectif global des sages-femmes du secteur naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme par tranche de 200 naissances supplémentaires. (...); au delà de 2500 (...), une sage-femme supplémentaire ayant des fonctions de surveillante du secteur coordonne les soins de jour*³⁹ ».

Pour se mettre en conformité avec ces règles de fonctionnement, le CHU a planifié sur cinq ans à partir de 2000, les recrutements suivants en fonction d'une prévision d'une activité de 4000 naissances par an : 34 postes équivalents temps plein (ETP) de puéricultrices, 29 ETP de sages femmes, 19 ETP d'aide-soignant/auxiliaire de puériculture (AS/AP) et 2 ETP de praticiens hospitaliers néonatalogistes. Ces nouveaux besoins ont été couverts par les financements pérennes accordés par l'ARH dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens négocié en 2000, même si ces calculs se sont révélés en dessous des besoins, suite à la mise en place des 35 heures dans la fonction publique. L'accompagnement de l'ARH se chiffre à quelques 3 M€/an de façon pérenne, quoique « *en fait, la montée en puissance de la T2A remet en question ce type de financement puisque la dotation globale de fonctionnement s'efface devant le financement à l'activité*⁴⁰ ».

b) La prise en charge globale Mère-enfant

³⁸ Art. D. 712-84, Code de la santé publique.

³⁹ Art. D. 712-77, Code de la santé publique.

⁴⁰ Dixit le directeur délégué auprès des pôles Femme-enfant.

Un autre aspect restructurant, et qui élève l'expérience du CHU au rang de modèle en la matière, réside dans la montée en puissance, à partir de 2003 dans deux maternités sur les quatre que compte le CHU, de la prise en charge Mère-enfant par un binôme constitué d'une sage-femme et d'une AS/AP (désormais appelée auxiliaire Mère-enfant, AME) dans les maternités. Ce binôme prend en charge les couples Mère-enfant dans la journée, ce qui a pour conséquence de réduire le nombre d'intervenants, jadis spécialisés sur un type de soins (l'aide-soignant pour les soins à la mère, l'AP pour le nouveau-né, l'ASH pour le nettoyage de la chambre) et qui pouvait aller jusqu'à 10 par jour. Désormais, toutes ces tâches sont exécutées par le binôme, plus en capacité en outre d'être à l'écoute de la mère dans ses besoins et son rythme. La conséquence du point de vue organisationnel a été de substituer les AME aux ASH, qui ont vu leur nombre réduit de 24 postes. La mise en œuvre de ce projet de soins a fait l'objet d'un accompagnement social (double qualification pour les AS et AP, redéploiement des ASH au sein du département (aujourd'hui pôle) d'obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction.

2.2.2 Sécuriser la prise en charge par les regroupements.

Le projet a véritablement démarré avec les premiers regroupements qu'on a déjà évoqués avec l'arrivée de la pédiatrie en 1997 et de la gynécologie en 1998 en provenance de Pontchaillou. Comme nous l'avons esquissé, les décrets de 1998 ont précipité le changement, et l'ont même largement redessiné car il n'était pas prévu, par exemple, de transférer la chirurgie pédiatrique. En effet, l'obligation de contiguïté de la réanimation néonatale avec le bloc obstétrical et les soins intensifs de néonatalogie entraînait le déplacement des anesthésistes pédiatriques, et donc aussi de la chirurgie pédiatrique. L'observation vaut aussi pour la gynécologie - diagnostic anténatal de l'Hôtel-dieu, qui était sensée y rester, tout comme les activités de procréation médicalement assistée. In fine, pour être en mesure d'accueillir toutes ces spécialités disséminées sur les autres sites, un plan directeur a alors été conçu en deux étapes ou tranches de travaux.

A) La définition du périmètre de la restructuration.

Au départ envisagé comme une simple mise aux normes de fonctionnement périnatal, le projet s'est mué en plan de restructuration de grande ampleur, entraînant le déplacement d'un grand nombre d'unités et des dépenses d'investissement qui ont triplé du fait de la construction d'une extension au bâtiment principal. Une démarche projet a associé tous les acteurs à la définition des nouveaux besoins et synergies recherchées.

a) *La démarche projet.*

La méthode de travail :

En 2000, a été mis sur pied un comité de pilotage du projet femme enfant, qui perdure aujourd'hui. Y siègent le directeur général, le président de la CME, les responsables médicaux, le directeur chef de projet (délégué auprès des pôles Femme-enfant), le chef de projet adjoint et, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs du plateau médico-technique, des ressources humaines, de travaux et du plan. Le comité a la responsabilité de la conduite de l'opération. Il est à l'origine des choix d'organisation qui ont dessiné l'Hôpital sud actuel.

Chacune des activités concernées par l'opération qu'elle soit de nature médico-chirurgicale, médico-technique, ou encore logistique a fait l'objet d'une réflexion particulière qui a conduit, après une remise à plat de l'activité existante, et en fonction des orientations du Plan Directeur, à l'élaboration d'un projet : projet médical pour les activités de soins, projet de fonctionnement pour les autres activités.

Le plan du dossier type demandé pour chaque unité a été le suivant :

- Le projet médical de l'unité validé au sein du département ou du service : missions et organisation médicale, priorisation des demandes d'évolution selon qu'elles relèvent de la mise aux normes ou d'un souhait ;
- Le programme en lits et place : situation actuelle et future (activité et modes de prise en charge) ;
- Le projet de soins : organisation à mettre en place (exigences de qualité et de sécurité, rationaliser les moyens, conditions de travail) ;
- Les points particuliers : plateau technique nécessaire, travail en réseau ;
- La description de l'unité ou de la structure : locaux à concevoir (pour chaque local, une fiche technique type qui présente les exigences fonctionnelles comme la proximité ou la contiguïté, les équipements nécessaires, etc.).

La réalisation des dossiers :

La plupart des dossiers ont été réalisés par les unités elles-mêmes. Pour les dossiers intéressant plusieurs spécialités comme le bloc obstétrical, l'accueil pédiatrique, le laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, la diététique et la nutrition pédiatrique, des groupes ad hoc ont été constitués. Les projets médicaux ont été validés par le comité de pilotage ; les projets de soins et d'organisation ont été présentés par les cadres à leur hiérarchie.

Au bilan, les dossiers suivants, annexés au Plan Technique Détaillé, ont été constitués : l'atelier biomédical et les magasins généraux, l'accueil médico-chirurgical pédiatrique, le bloc obstétrical, la chambre mortuaire, le laboratoire, la pharmacies, la restauration et les unités médicales concernées. Ces études n'ont pas toutes été suivies d'effet, comme le point suivant le montre.

b) *Les activités concernées.*

L'hypothèse de base de cette opération est la réutilisation au maximum des structures construites existantes. Toutefois le recensement des besoins en termes de surfaces, de localisations et de liaisons fonctionnelles a conduit à envisager une extension au bâtiment principal. La direction s'est en effet aperçue en 1999 que l'hôpital dans sa configuration initiale ne pouvait pas à la fois procéder à la mise aux normes des locaux périnataux et accueillir tous les services devant rejoindre le site. Le projet est donc une mixité entre des restructurations (prépondérantes) et des extensions volontairement limitées. Il a été planifié en deux tranches :

Les opérations de la première tranche des travaux.

1) un bâtiment, en extension du bâtiment principal, sur trois niveaux.

Cette construction développée sur trois niveaux doit permettre l'implantation :

- au niveau inférieur, la pharmacie, pour le moment au rez-de-jardin de l'hôpital sud. On y trouvera également la diététique et nutrition pédiatriques, actuellement répartie entre une « biberonnerie » à Pontchaillou, une autre à l'Hôpital sud, et des unités de diététique dispersées entre l'Hôpital sud et Pontchaillou.
- au rez-de-chaussée l'accueil médicochirurgical pédiatrique, actuellement scindé sur deux sites : l'accueil chirurgical est réalisé au sein des urgences générales à Pontchaillou, l'accueil médical seul est localisé à l'Hôpital sud depuis 1998 ;
- au 1^{er} niveau se situera la médecine de la reproduction : la PMA clinique, déjà sur le site de l'Hôpital sud et la PMA biologique, aujourd'hui sur le site de l'Hôtel-dieu.

2) Le bloc obstétrical, les réanimations et les grossesses à haut risque.

Les activités de gynécologie obstétrique sont actuellement dispersées sur 2 sites du C.H.U : l'Hôtel-dieu et l'Hôpital sud. La réanimation néonatale et pédiatrique est quant à elle, actuellement située à Pontchaillou. Elle doit exister à proximité immédiate du bloc obstétrical. L'implantation de ces activités, imaginée à partir de la zone du bloc existant, a nécessité la restructuration complète de l'étage, compte tenu du nombre important d'activités à y localiser. Le bloc obstétrical comprendra quinze salles d'accouchement. On en a profité pour distinguer la néonatalogie soins intensifs –aussi sur ce niveau- de la néonatalogie soins courants, au niveau supérieur. Ainsi tout « l'aigu » est sur le même niveau. Les pathologies maternelles et fœtales (grossesses à hauts risques) sont actuellement accueillies dans les unités de gynécologie des deux sites et doit faire l'objet d'une unité spécifique à implanter également près du bloc obstétrical.

Les opérations de la deuxième tranche des travaux.

Les travaux prévus visent à adapter les unités aux standards actuels du confort hôtelier pour les services suivants :

Les suites de couches (maternités).

Les maternités actuelles sont également dispersées entre l'Hôtel-dieu et l'Hôpital sud. Leur regroupement permettra de constituer quatre unités. Comme on le verra infra, subsiste un doute sur la 4^{ème} unité prévue dans le programme, faute d'effectifs suffisants. Le programme de travaux initial consiste à réhabiliter les locaux, notamment à l'aune de l'objectif de 80% de chambres individuelles.

La néonatalogie - soins courants.

Cette activité, assurée actuellement sur Pontchaillou et l'Hôpital sud, a elle aussi vocation à rejoindre l'Hôpital sud. Elle intègre en particulier la notion d'hospitalisation mère et enfant : des chambres dites kangourou ont été prévues pour permettre l'hébergement du parent dans la même chambre que le nouveau-né.

La chirurgie pédiatrique.

Actuellement à Pontchaillou, elle rejoindra le 6^{ème} étage occupé actuellement par de l'hospitalisation du service d'endocrinologie diabétologie. Composée de deux unités, une d'hospitalisation complète et une de semaine, il existe une interrogation sur le bon dimensionnement à envisager (voir infra).

Le laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques et la chambre mortuaire
L'activité du laboratoire est actuellement partagée sur les sites de Pontchaillou et de l'Hôpital sud (dans la zone sud-ouest du rez-de-jardin). Dans le cadre du projet, il est prévu de constituer une unité spécifique adaptée aux nouvelles activités médicales. Cette réorganisation nécessite une restructuration des surfaces existantes dans la zone du rez-de-jardin du bâtiment principal. Il en est de même pour la chambre mortuaire.

B) La conduite des opérations.

Les premiers regroupements ont démarré en 1997 et se sont poursuivis en 2000 avec le départ pour Pontchaillou, de la chirurgie digestive et en 2003, de la chirurgie vasculaire. Les premières restructurations ont donc logiquement concerné les locaux vidés de ces services. Une fois réalisées, ces restructurations ont permis à leur tour d'y transférer des activités existantes qui, à leur tour, ont libéré des locaux à rénover. L'objectif était de faire en sorte que les services concernés par les restructurations n'aient à déménager qu'une seule fois pour s'installer directement dans des locaux neufs mais la mise en conformité sécurité incendie, préalable aux restructurations, a contrarié la réalisation de cet objectif. Certaines unités ont déménagé de nombreuses fois, à l'instar « *de l'auberge de jour pédiatrique jusqu'à huit fois* » a indiqué le chef de projet adjoint.

a) *Le cadre général de l'opération*

Le site de l'Hôpital sud est un bâtiment monobloc de type Fontenoy, de 50 000 m², mis en service en 1980 et offrant une capacité de 500 lits. Situé en zone périphérique sud de Rennes, il comprend le bâtiment principal concerné par la présente opération, et des

bâtiments annexes (un internat et cinq pavillons) implantés sur un terrain d'environ 6 hectares (voir le plan, annexe 10).

Pièce maîtresse de la 3^{ème} étape du Plan Directeur avec la construction du nouveau Centre Urgences Réanimation (CUR) sur le site de Pontchaillou, l'opération comprend des travaux de restructuration (pour une surface de 9000 m²) et d'extension (9400 m²). L'ensemble est réparti sur une dizaine d'ailes d'hospitalisation et plusieurs zones des 1^{er} et 2^{ème} étages ainsi que des rez-de-chaussée et rez-de-jardin du bâtiment. Par ailleurs, en préalable à la présente opération, le bâtiment aura fait l'objet de travaux structurels de mise en sécurité.

Le programme de la première tranche a fait l'objet d'un plan de financement se montant d'une part à 38 M€ (montant 2004) pour les travaux d'infrastructure, d'autre part à 10 M€ pour la mise aux normes sécurité incendie. Pour l'heure (jusqu'au 31/12/2007), l'établissement a financé les travaux sur sa trésorerie pour un montant de plus de 40 M€ (son investissement a triplé par rapport à l'estimation de 2000) et 12M€ au titre du Plan Hôpital 2007. Le programme d'investissement de la première tranche s'est découpé en deux phases : la première devait s'achever en juin 2007, la deuxième en mai 2008. Le programme a pris un an de retard, du fait de la complexité du chantier. La première tranche aura coûté quelques 55 M€. Aujourd'hui, fin septembre 2007, le CHU a annoncé qu'il ne pourra pas financer la deuxième tranche, qui n'avait de toute façon pas été précisément évaluée. Quelques 300 000€ pourront néanmoins être alloués à la réfection des étages les plus vétustes, tel le 6^{ème} étage qui accueillera la chirurgie pédiatrique à l'automne 2008.

b) Les étapes du programme

L'étape préalable : la mise en conformité sécurité incendie.

Le Plan Directeur a intégré la mise en conformité des installations techniques qu'imposaient leur vétusté et surtout la réglementation, l'exploitation de l'Hôpital sud faisant l'objet d'un avis négatif émis par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité en 1998. Ont été, à ce titre, particulièrement concernées, les installations de secours électrique, les ascenseurs et monte-charges, les systèmes d'appel malades, les réseaux de chauffage urbain internes à l'établissement et surtout le désenfumage. Ce dernier a particulièrement éprouvé le personnel en ce qu'il a consisté à percer les plafonds et murs pour installer et relier les locaux aux gaines d'extraction. Ces travaux ont eu lieu en 2003 et 2004.

Les étapes du projet en lui-même :

L'Avant projet sommaire (APS) du projet Femme-enfant a été adopté par les instances du CHU au mois de janvier 2003, l'Avant projet détaillé (APD) quant à lui a été présenté aux instances en septembre 2003 ; le Dossier de consultation des entreprises (DCE) et l'appel

d'offres, établi en avril 2004, a débouché sur appel d'offres infructueux ; un second établi en fin d'année a permis de sélectionner le maître d'œuvre. Les travaux ont démarré en janvier 2005.

La durée prévisionnelle de construction, prévue initialement entre 18 et 24 mois, s'est révélée sous-estimée du fait de la complexité du chantier liée aux avatars d'une exécution en site occupé et aux « surprises » techniques (plans de 1980 approximatifs, formes de pentes qu'il a fallu extraire) rencontrées en cours d'exécution. Par conséquent, la mise en fonctionnement suite à la réalisation de la 1^{ère} tranche, prévue au premier trimestre 2006, n'interviendra qu'un an plus tard, la tranche 2 encore un an après. En période de remise en cause du programme d'investissement, même cette tranche peut être remise en question, en dépit du plan Hôpital 2012 annoncé récemment pour soutenir les opérations d'investissement pour les infrastructures d'information et bâties à hauteur de 10 Mds d'euros.

Aussi, l'évolution telle qu'elle est donnée dans le dossier de renouvellement de l'autorisation administrative pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale déposé en mai 2007 est la suivante : « *le regroupement des activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale sur le site de l'Hôpital sud sera effectif au cours du dernier trimestre 2008* ». Il indique également que 2008 verra la fin des opérations de regroupement et des travaux à cette fin : « *l'Hôpital sud sera alors dénommé « Hôpital Femme Enfant Anne de Bretagne* ». Aujourd'hui pourtant, en septembre 2007, rien n'est moins sûr ...

c) *La conduite du chantier.*

Dans son introduction, le programme technique détaillé intitulé « Restructuration et extension de différents secteurs du bâtiment de l'Hôpital sud – Pôle obstétrico-pédiatrique » daté de mai 2001, prévient que « *la contrainte caractéristique essentielle de cette opération constituée dans une large mesure par la restructuration d'environ un tiers des surfaces du bâtiment, est la nécessité d'y maintenir, pendant les travaux, la majeure partie de l'activité existante* ». Il poursuit « *cette contrainte, qui sous-entend une disponibilité limitée des secteurs à restructurer, impose en conséquence, un étalement important du délai de mise en œuvre (six années, de 2003 à 2008)* ».

Rappelons d'abord que l'opération de spécialisation des sites du CHU implique que les restructurations interagissent les unes par rapport aux autres. Cela apparaît de manière très explicite avec la reconversion du site de l'Hôtel-dieu en pôle Gériatrique, elle-même conditionnée par le transfert de ses services d'Orthopédie à Pontchaillou, de Maternité et de Gynécologie à l'Hôpital sud ; c'est particulièrement clair sur le site de Pontchaillou, hôpital d'adultes à vocation multidisciplinaire, où la localisation future des activités obéit

aux besoins de constituer physiquement les pôles de disciplines définis par le Projet Médical. Cela a dessiné un Plan Directeur particulièrement délicat à concevoir.

Le programme a comporté une trentaine d'opérations sur un site qui n'a pas cessé de fonctionner. Il fallait alors que son déroulement réponde avant tout à des contraintes de faisabilité. Pour réduire les nuisances (bruit, poussières, vibrations, encombrement), et gérer les travaux dans des conditions d'efficacité (moindre délai de réalisation) et de sécurité, il a fallu rechercher les solutions qui privilégient la réalisation des chantiers dans des bâtiments ou des étages préalablement libérés de toute activité. Par conséquent, de nombreuses opérations dites « tiroir » (i.e. déménagement d'un service dans un espace transitoire, le temps que son espace définitif soit aménagé) ont été mises en œuvre, selon un plan qu'on ne reproduira pas ici tant il est complexe et de surcroît versatile (l'on verra en effet que toutes les opérations ne sont arrêtées).

Outre les déménagements générant surcroît de travail pour les équipes et perturbant les patients (ralentissement de l'activité d'abord, délocalisation du service ensuite), les travaux ont concerné aussi l'outil de production, que ce soit en vue de sa modernisation (blocs) ou pour sa mise aux normes sécurité-incendie. En effet, la rénovation des salles des blocs (polyvalent et obstétrical) a entraîné la déprogrammation des interventions chirurgicales quand cela était possible. Dans le cas contraire et pendant deux mois, la chirurgie adulte a été délocalisée à Pontchaillou et la gynécologie à l'Hôtel-dieu. L'obstétrique quant à elle, est demeurée à l'Hôpital sud, les travaux dans le bloc s'exécutant salle après salle. Le personnel dans ce cas de figure, a dû subir des conditions de travail fortement dégradées (bruit des travaux jusqu'à 100 décibels, odeur des peintures fongicides) avec port de casques anti-bruit et masque filtrant. Le CHSCT de l'Hôpital sud s'est saisi de la question de la sécurité du chantier : en avril 2006 s'est produit un incident à proximité du bloc (le revêtement en lames du plafond a cédé sous le poids de l'eau d'une conduite percée par la faute d'un ouvrier), invitant même un inspecteur du travail à assister à la réunion exceptionnelle tenue pour l'occasion. Pour autant, le chantier n'a pas été stoppé.

2.3 L'avenir du projet Femme-enfant en question.

La conduite du projet femme enfant a exigé des personnels qu'ils sacrifient de bonne grâce à leur confort car les travaux se sont effectués en site occupé. Ils comprendraient mal que le projet n'aboutisse pas dans un futur proche. Or, si le niveau du déficit financier du CHU explique que les investissements concernant le projet soient réexaminés, force est de dire aussi que la nouvelle organisation qui se dessine doit affiner ses résultats en matière d'efficience : de nombreuses questions, comme la juste mutualisation du personnel, la place de la chirurgie ambulatoire ou celle des chirurgies spécialisées, questions peut-être trop longtemps différées par le corps médical, doivent trouver une

réponse rapidement. Il est vrai que pour l'instant, le regroupement a plus été conçu comme une mise à niveau des effectifs et des structures, voire un « *simple déplacement d'activités*⁴¹ » que comme une restructuration reposant sur une analyse fine des processus liant les différentes activités. Face à la remise en cause du programme et à l'injonction de la direction générale de générer des économies -de personnel au premier chef- les responsables médicaux expriment leur inquiétude, voire leur désillusion à l'égard d'un projet attendu, pour certains « *depuis trente ans*⁴² ». D'aucuns reviennent même, et c'est logique en cette période de doute comme on le verra infra sur le devenir du projet, jusqu'au nom même à donner à l'hôpital⁴³.

2.3.1 Le projet et le (nouvel ?) objectif d'efficience.

A) Le projet face à la dégradation de la situation financière du CHU.

Le CHU de Rennes est dans une situation financière difficile. Cette situation n'est pas nouvelle car les reports de charge qui équilibraient fictivement le budget antérieurement à la réforme de l'allocation des ressources aux hôpitaux étaient importants, ce que révèle le niveau d'endettement du CHU, aux alentours de 220M€⁴⁴ en juin 2007. Le pilotage en fonction du niveau de recettes tel qu'en dispose l'ordonnance du 2 mai 2005 précitée et qui a démarré à compter de l'exercice 2006 (première année de mise en œuvre de la T2A à hauteur de 35%) a fait apparaître de façon patente que les recettes du CHU ne permettaient pas de couvrir le niveau des charges. Ainsi, l'établissement a clos son exercice 2006 avec un déficit d'exploitation s'élevant à 1,8M€ (et 3 M€ en 2005), encore qu'il a bénéficié en fin d'année d'un abondement exceptionnel de la part du ministère de la Santé de 5 M€ (ce qui correspond quasiment au montant de sa participation au plan d'économie de l'assurance maladie pour 2006).

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2007, voté en avril et approuvé par le directeur de l'ARH le 4 juin 2007 prévoit déjà un déficit de l'ordre de 5 M€, aggravé par décision modificative du conseil d'administration du CHU le 2 juillet pour se monter à 13,8 M€. Entre-temps, en effet, ont été réévaluées les charges de personnel, en progression de 6,7 M€⁴⁵ et les charges à caractère médical (1,8 M€) du fait de la progression de la

⁴¹ Dixit un responsable en pédiatrie rencontré en entretien.

⁴² À l'instar du responsable médical du pôle gynécologie – obstétrique et médecine de la reproduction.

⁴³ L'Hôpital sud, une fois complètement « femme – enfant » devait prendre le nom d'hôpital Anne de Bretagne. L'appellation avait été décidée en comité de pilotage femme enfant mais n'avait jamais fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Au cours du dernier conseil et connaissant la réticence du président de la commission médicale d'établissement à la dévolution du dit nom au futur hôpital, le président, E. HERVE, a demandé au directeur général de chercher si cela avait été le cas, sachant parfaitement que non. Dorénavant, l'appellation demeure Hôpital sud.

⁴⁴ « Soit 46% des dépenses d'exploitation d'un exercice et près de 50% de la valeur des actifs immobilisés », dixit le directeur de l'ARH de Bretagne dans son courrier relatif à l'EPRD 2007 du CHU, en date du 4 juin 2007.

⁴⁵ Pour cause essentiellement de non réalisation d'économies supplémentaires intégrées en début d'exercice (4,3 M€) et d'une mauvaise estimation des mesures d'avancement du personnel non médical (1,8 M€).

consommation pharmaceutique. Or l'EPRD voté en avril en déficit de 5 M€ permettait strictement à l'autofinancement (10,6 M€) de couvrir le remboursement du capital de la dette, obligation fixée par décret du 10 janvier 2007⁴⁶. Dans son courrier du 4 juin précité, le directeur de l'ARH indique que l'insuffisance de la capacité d'autofinancement du CHU a pour résultat le recours plus à l'emprunt (à hauteur de 52,7 M€) pour financer les investissements (soit 92% des immobilisations prévisionnelles de l'exercice). Il recommande alors d'ajuster le plan global de financement pluriannuel 2007 – 2010 « *en ne retenant que les opérations prioritaires susceptibles de présenter un fort taux de retour sur investissement consécutif à des économies liées à la nouvelle organisation à mettre en place ou au développement de l'activité* ». Pour atténuer les conséquences budgétaires des investissements, le DARH propose d'utiliser deux leviers : la révision du PGFP⁴⁷ (de 241 à 200 M€) et des mesures portant sur l'amélioration du fonctionnement général de l'établissement (amélioration du recueil d'activité, effort d'accroissement de l'activité). Il ajoute que « *eu égard aux principaux éléments constitutifs des prix de revient, la réflexion sur les modalités de maîtrise de la masse salariale doit être poursuivie ; les mesures ciblées d'économies au titre des dépenses à caractère médical peuvent être amplifiées sans porter atteinte à la qualité des soins* ».

Le DARH reprend en fait les termes du plan de retour à l'équilibre budgétaire (PRE) en trois ans élaboré en fin d'année dernière⁴⁸ reposant d'une part, sur une plus grande maîtrise des dépenses, d'autre part sur un accroissement d'activité de nature à générer des recettes supplémentaires. Le PRE estimait alors entre 21 et 26 M€ (soit 4 ou 5 M€/an) le niveau d'effort à produire sur les trois ans. Il précisait que cet effort était « *fortement gagé par la capacité du CHU à développer son activité et à réaliser les retours sur investissement des restructurations immobilières engagées. En l'absence d'évolutions majeures sur ces deux principaux axes, la situation financière de l'établissement continuerait à se dégrader très fortement et les actions ciblées dans le plan de retour à l'équilibre ne suffiraient pas (...)* ».

Ces axes d'action ont été définis de la façon suivante :

- Axe 1. Développer l'activité de soins et optimiser le recueil en exhaustivité et qualité. « Des actions sont conduites afin de réorganiser, au sein des pôles, les activités notamment celles concernées par le transfert des hôpitaux de jour vers les consultations externes en adaptant les conditions d'accueil des patients et les organisations », indique le PRE.

⁴⁶ Il fixe à 2,5% des produits le seuil à partir duquel la situation financière d'un établissement santé doit être qualifiée de dégradée, ce qui est susceptible d'emporter certaines conséquences pour la direction de l'établissement : il peut être confié à l'administration provisoire d'un conseiller général en vue du rétablissement des comptes.

⁴⁷ PGFP de 241 M€ dont 155,8 M pour les investissements immobiliers liés aux travaux du Plan Directeur ; 19,6 M pour le schéma directeur des systèmes d'information ; 1,8 M pour la téléphonie, 43,4 M pour les équipements médicaux et biomédicaux ; 20,4 M pour l'hôtellerie.

⁴⁸ Délibération du conseil d'administration du 18 décembre 2006.

- Axe 2. Maîtriser les dépenses de produits pharmaceutiques et de prothèses en substituant, chaque fois que possible, les produits prescrits par des produits d'efficacité similaire et de coût moindre, avec le soutien actif et l'expertise du pôle pharmacie.
- Axe 3. Réduire la consommation d'actes de biologie et d'imagerie chaque fois que leur utilité n'est pas démontrée, pour éviter les redondances, dans le cadre de conventions entre pôles.
- Axe 4. Diminuer les dépenses liées aux demandes de groupes sanguins réalisés par l'établissement français du sang.
- Axe 5. Développer les recettes subsidiaires et notamment développer la facturation des chambres individuelles dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation qui le permettent.

Ce plan de retour à l'équilibre a fait l'objet d'une lettre conjointe du directeur général et du président de la Commission médicale d'établissement (CME) adressée aux chefs de service en date du 29 décembre 2006. Y étaient évoquées les difficultés auxquelles s'exposait le CHU si le déficit devait se creuser : *« le déficit annoncé aura une conséquence directe sur la capacité du CHU à financer ses investissements. Sans redressement de la situation, le programme des investissements (bâtiments, équipements médicaux et hôteliers) ne pourra être tenu et le Plan Directeur devra notamment subir les adaptations nécessaires (certaines opérations du Plan Directeur ne pourront être réalisées ou seront repoussées) »*. Quelques dix mois plus tard, le CHU se voit contraint de réduire le niveau de ses investissements⁴⁹, comme l'y a incité le DARH dans le courrier évoqué supra.

L'arrivée du nouveau Directeur Général du CHU a contribué à affiner les objectifs du PRE :

- Retour sur investissement de toute restructuration fixé à 2% du coût global de l'opération ;
- Regroupement de blocs opératoires (en l'occurrence, il s'agit du bloc « abdomen » sur Pontchaillou qui vise à réunir les activités d'urologie et de chirurgie digestive dans un même bloc) et mutualisation des salles liée à l'optimisation de leur utilisation via le logiciel SILLAGE RDV et en prescrivant un taux d'utilisation cible (75%) ;
- Développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (essor des consultations externes, création d'unités de chirurgie ambulatoire) ;

En outre, la politique sociale de l'établissement est en cours de redéfinition (voir infra III) comme les ratios personnel/lits ou la politique de remplacement, le CHU s'apercevant que sur ces deux aspects, il est au-dessus de la moyenne des CHU.

⁴⁹ Délibération du conseil d'administration du 2 juillet 2007, validé par l'ARH en date du 5 juillet.

B) Le projet Femme-enfant initial répond mal à l'impératif d'efficience.

Si l'on peut, à juste titre, regretter l'évolution de la situation économique du CHU qui impacte directement le projet femme enfant à travers le nouveau Plan Directeur, elle ne saurait à elle seule expliquer le sentiment d'impréparation, faux et paradoxal, que ressentent les acteurs. Il est faux, car le projet a mobilisé des équipes en nombre et qualité, chargées des études préparatoires au projet dans les années 2000 – 2004. Il est aussi paradoxal car les mêmes acteurs qui évoquent aujourd'hui les questions restées en suspend dans le projet en sont aussi les auteurs.

Alors qu'on peut se féliciter de la création des centres de responsabilité qu'a prolongée celle des départements médicaux, force est de constater en effet que les esprits ont continué à raisonner en fonction de la spécialité médicale ou médicotechnique, voire de la sous-spécialité ou du service. L'objectif étant de préserver les capacités d'hospitalisation de chacun, tout en attendant les mises aux normes en effectifs, peu d'espace de réflexion s'est dégagé pour réaliser une véritable restructuration qui débouche sur un fonctionnement plus efficient. Dès lors aujourd'hui, l'on butte naturellement sur ces questions, d'autant que les pouvoirs publics pressent de créer de nouvelles modalités d'hospitalisation.

a) *La question du dimensionnement des unités.*

Le dimensionnement des unités tel que conçu à l'origine du projet résulte à la fois des caractéristiques d'un hôpital datant des années 1970 et d'une volonté d'un plus grand confort hôtelier, d'autant plus que ce dernier est parfois prescrit réglementairement⁵⁰. Ces contraintes ont eu pour résultat de concevoir des unités à petite capacité en lits. Or « *Les unités dimensionnées à 20 ou 22 lits ne permettent d'optimiser le personnel et les gardes* » indique le coordonnateur général des soins, « *à la différence d'unités à 30 lits* ». Il ajoute que les ratios de personnel non médical sont très erratiques au CHU, entre grands ensembles de disciplines.

Ainsi l'analyse des ratios par lit moyen occupé en personnel non médical sur les services d'hospitalisation complète, de moyen séjour et longue durée fait apparaître des écarts allant de 0,66 en soins de longue durée à 1,70 en gynécologie. Entre les deux, on trouve la chirurgie avec 1,33, pour les médecines 1,16, etc. Au sein des pôles également, des écarts importants existent. Pour le POGMR, le ratio moyen est de 1,70, allant de 2,40 pour l'unité des grossesses à risque à 0,98 pour la chirurgie plastique. Même entre unités identiques, le ratio peut différer : entre deux maternités de l'Hôpital sud, le ratio varie de 1,21 à 1,66. En grande partie, ces différences s'expliquent par le dimensionnement des unités. Pour les maternités en question, le nombre des lits est tantôt de 38, tantôt de 21.

⁵⁰ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998, Art. D. 712-85.-Secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant : (...) « *la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 m² pour une chambre individuelle et à ,23 m² pour une chambre à 2 lits* ».

b) *La question de la stratégie liée aux activités.*

La question du dimensionnement des unités renvoie à la question de la nature des activités qu'on entend privilégier, surtout dans un contexte financier contraint qui pousse à rechercher l'optimum économique. Or, l'impératif de mise aux normes de fonctionnement semble avoir, selon le mot d'un responsable médical en pédiatrie rencontré lors d'un entretien, « *pollué l'esprit de la restructuration* », occultant les « *vraies décisions à prendre en matière d'organisation médicale, médico-technique et logistique ; le projet s'est limité à opérer un simple transfert d'unités vers l'Hôpital sud, sans rendre possible nos idées d'évolution* ».

L'affirmation est sans doute exagérée, le responsable en question regrettant qu'une consultation multidisciplinaire en oncologie pédiatrique ne puisse voir le jour dans la nouvelle configuration. Le même médecin interrogé sur la finalité ultime d'une restructuration hospitalière, qui consiste à placer le patient au centre de l'organisation, concède que la situation du patient au regard des différentes disciplines intervenant dans le traitement de sa pathologie s'est nettement améliorée : « *il n'aura plus à consulter l'anesthésiste à Pontchaillou, subir des prélèvements pour analyse au laboratoire de Pontchaillou, consulter le pédiatre (en l'occurrence spécialisé en gastrologie pédiatrique) à l'Hôpital sud et se faire opérer à Pontchaillou...* ». Néanmoins l'entretien en question a révélé un sentiment intéressant à relever : « *les activités de recours sont pénalisées par celles de proximité* », regrette notre interlocuteur.

Il est vrai que l'Hôpital sud, on l'a dit, a été conçu d'abord dans une démarche de développement local : offrir à la population installée dans le sud de Rennes et les communes avoisinantes, une offre de soins générale. L'hôpital est alors, selon les propres mots du responsable médical du POGMR, « *tenu d'accroître son activité pour justifier son existence* » ; dès lors, poursuit l'obstétricien, « *nous n'aurons de cesse d'augmenter le nombre d'accouchements tous les ans, dans une saine émulation avec notre concurrent situé à l'Hôtel-dieu, et ce, d'autant que la naissance de l'Hôpital sud s'inscrit dans un contexte de financement au prix de journée* ». Il dit aussi avoir travaillé « *comme dans le secteur privé* ». Quasi hôpital général, on y trouve, jusqu'à récemment, des activités de médecine adulte, de chirurgie générale et de gynécologie obstétrique.

L'offre de soins de proximité peut alors être qualifiée d'« historique » pour l'Hôpital sud. Elle est à l'origine de sa création et certains médecins, dont notre obstétricien cité supra sont encore en activité. Cette « histoire de l'Hôpital sud » a imprégné la nature des débats. Les prévisions d'activité faites pour dimensionner les unités concernées ont d'ailleurs corroboré l'analyse consistant à étoffer cette offre, d'où le projet de constituer jusqu'à cinq unités de suites de couche (nous verrons qu'on tend vers quatre désormais) pour accueillir les 4000 à 4300 naissances/an.

Les débats se sont donc concentrés sur la pérennité, voire l'augmentation de ses propres capacités en hospitalisation complète. Pour preuve, le document de suivi interne « *Conduite du projet femme enfant - bilan 2002* » dans un point « *étude de faisabilité : regroupement des deux unités de gynécologie sur le même site* ». Ici, sont prises en compte, pour évaluer les besoins nécessaires en vue de ce regroupement, les données issues de l'activité réalisée en 2001. De ce fait, on n'intègre dans cette estimation aucune perspective d'évolution que peut susciter par exemple le développement des réseaux ou d'autres modalités alternatives à l'hospitalisation (en 2007, le potentiel d'actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire est de 900 en Gynécologie). Il est vrai qu'à cette date, l'espace ne devait pas manquer comme aujourd'hui.

Par ailleurs, si le suivi des questions débattues en Comité de Pilotage en porte la trace, la question des chirurgies pédiatriques spécialisées n'a pas été prévue dans le programme de la restructuration. Un certain nombre de questions ont été réglées après que le programme fût lancé. Ainsi en est-il de la question de l'âge des enfants à accueillir aux urgences traumatologiques et chirurgie traumatologique pédiatriques. Il a été décidé d'accueillir tous les patients de 0 à 18 ans mais seuls les 0 à 15 ans seront traités à l'Hôpital sud, les grands adolescents seront mis en attente sur le site et transférés ensuite sur Pontchaillou. La question est aussi réglée tout récemment pour la réanimation médicochirurgicale pédiatrique car le CPOM 2006-2010 prévoit le financement de l'ouverture de 6 lits de réanimation pédiatrique et 4 de surveillance continue.

Il demeure cependant que pour les sur spécialités pédiatriques ORL, ophtalmologie, neurochirurgie et chirurgie cardiaque, rien n'est encore décidé, les médecins de ces spécialités localisées sur Pontchaillou souhaitant des moyens supplémentaires, y compris pour y assurer une garde. La création d'une unité de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2009 va sans doute faciliter le règlement d'un grand nombre de ces problèmes (voir infra III).

On approche sans doute sur ce point les limites d'un système hospitalier déployé sur différents sites, l'hôpital n'étant plus en mesure de dédoubler des équipements tels qu'un système de neuronavigation ou la chirurgie sous circulation extracorporelle (CEC) ou encore les équipements d'ophtalmologie. Cela interroge par conséquent l'idée d'un site de traitement des pathologies pédiatriques éloigné du plateau technique « adulte ». C'est la raison pour laquelle d'autres hôpitaux, tel le CHU d'Amiens, ou encore le CH de Lorient, après avoir construit leur hôpital Femme-enfant, ont décidé de regrouper à proximité toute leur offre de soins en reconstruisant une nouvelle infrastructure pour les spécialités adultes.

c) La question de l'évolution des modes d'hospitalisation.

Le Programme technique détaillé ne fait pas mention de l'évolution des modes opératoires et du recours croissant aux techniques chirurgicales moins invasives, conduisant à revoir les modalités d'hospitalisation au profit des activités externes. Il y a eu là aussi un déficit de mise en perspective.

D'abord, la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire⁵¹ à travers la création d'une unité dédiée, n'est pas évoquée. Une étude en 2000 réunissant des praticiens des différentes disciplines concernées avait conclu que les actes chirurgicaux concernés étaient trop peu nombreux pour rentabiliser une telle unité. Or le projet Femme-enfant spécifiait que toutes les spécialités pédiatriques devaient rejoindre l'Hôpital sud, au premier rang desquelles la chirurgie pédiatrique. Il était par conséquent pertinent d'en prévoir à tout le moins l'existence à terme et insérer dans le programme la création d'une telle unité. Mais il est vrai que la promotion de cette modalité alternative à l'hospitalisation complète implique justement que l'hospitalisation complète réduise ses capacités au profit des places en Ambulatoire. C'est l'essence même de la politique de développement de la chirurgie ambulatoire, décidée sur un plan national et qui se traduit par le « débasage » à 100% de cinq actes chirurgicaux⁵². Désormais ces actes seront financés en totalité à l'activité pourvu qu'ils n'aient pas donné lieu à hospitalisation complète. Or le CHU de Rennes ne dispose pas encore d'unités de chirurgie ambulatoire ; les actes sont donc pratiqués en hospitalisation conventionnelle, entraînant un séjour de 48 heures ou plus. Une étude en février 2007 sur l'impact du débasage des cinq GHS a estimé la perte à près d'1 M€ pour le CHU. Pour comparaison, l'EPRD 2007 de l'APHP table sur un surplus de recettes de 4,4 M€ à mode de prise en charge inchangé. Le développement de la chirurgie ambulatoire est de ce fait devenu l'objectif prioritaire pour le CHU. La finalité, du CHU comme sur un plan national, est clairement affichée : réduire les DMS, fluidifier le parcours de soins, reconquérir les parts de marché abandonnées au secteur privé. Du reste aujourd'hui, l'Ambulatoire est un soutien presque inattendu au projet dans sa phase de questionnement (voir infra III).

Ensuite, la réflexion n'a pas que peu abordé le développement des consultations externes. La volonté de conserver des capacités d'hospitalisation complètes s'est là aussi traduite par la préservation de l'hospitalisation de jour et de semaine. Le programme de restructuration a en effet prévu de dédier des ailes d'hospitalisation à ces modalités, ce qui n'est pas sans conséquence en termes de coûts de fonctionnement. Le directeur général du CHU stigmatise la multiplication de ces hôpitaux de semaine, conçus parfois pour « arranger » les soignants dans la mesure où l'on ferme le week-end tout en transférant les patients dans les unités d'hospitalisation complète. Notre propos n'est pas de remettre en cause ces modalités d'hospitalisation. Il n'y a qu'à songer à la prise en charge des diabétiques ou de la mucoviscidose pour se convaincre de leur adéquation à de nombreuses pathologies.

⁵¹ L'association internationale de chirurgie ambulatoire définit la chirurgie ambulatoire comme celle qui permet : un séjour d'une durée inférieure à 12 heures, sans nuitée, une chirurgie qualifiée et substitutive, avec anesthésie, une chirurgie programmée, sans complications prévisibles.

⁵² circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006 - dite circulaire frontière - relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. Le passage de la chirurgie ambulatoire en T2A 100% s'applique à 5 GHM : canal carpien, circoncisions, cristallin, drains transtympaniques, varices.

Néanmoins aujourd'hui, les systèmes hospitaliers des pays développés tendent à adapter les consultations externes pour y recevoir des patients relevant jadis des hôpitaux de jour et semaine, d'où l'intérêt qu'il y aurait eu à privilégier ces espaces dès la définition du projet. Comme vu supra, le PRE entend aujourd'hui substituer les espaces de consultations externes aux hôpitaux de jour dans la mesure du possible.

Sur ce point néanmoins, doit-on indiquer que le projet Femme-enfant a conçu un espace qui relève de cette tendance à adapter l'organisation aux progrès médicaux et à la préoccupation d'efficience. Il a en effet été prévu la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein même des urgences médicochirurgicales pédiatriques. Cette unité de 9 lits a pour vocation l'accueil d'enfants atteints par une pathologie dite « saisonnière », souvent contagieuse (e.g. la gastroentérite). L'organisation adapte le nombre des lits, et donc les effectifs, à la saisonnalité des pathologies. L'unité répond du coup au problème du manque d'unités hivernales et de la mixité délétère des pathologies au sein d'un service d'hospitalisation traditionnelle. Il témoigne aussi d'un changement notable dans les pratiques organisationnelles : l'adaptation des effectifs à la demande de soins, ce qui améliore à la fois la qualité des soins et en même temps, génère des économies de personnel.

d) *La question des filières.*

Le projet a bien prévu un accueil des urgences obstétricales au niveau du bloc opératoire. Elles sont idéalement situées à l'entrée du bloc et disposent de deux salles de consultation, à proximité immédiate du bloc. En revanche, les urgences gynécologiques n'ont pas fait l'objet d'un traitement particulier : elles sont localisées au 6^{ème} étage, amalgamées avec les lits de l'unité de gynécologie en hospitalisation de semaine. Aujourd'hui, cela pose clairement un problème d'accueil car en semaine, les femmes montent au 6^{ème} étage et le week-end elles sont transférées au 4^{ème} étage dans une unité d'hospitalisation complète de gynécologie. Dans la configuration initiale du projet, cette unité devait rejoindre le 4^{ème} étage, et consacrer quelques lits aux urgences gynécologiques. En fait, la direction générale s'interroge aujourd'hui sur les raisons d'un dédoublement des urgences puisqu'un gynécologue est aussi un obstétricien. Cela tient à l'histoire de l'Hôpital sud qui a distingué les deux filières, en fonction des appétences médicales des chefs de services du moment. La restructuration aurait été l'occasion d'interroger cette césure dans la discipline, afin d'unifier les moyens.

2.3.2 Le problème de la lisibilité nouvelle du projet.

La révision du Plan Directeur, la remise en cause des choix d'organisation opérés, les questions restées en suspend donnent aux acteurs l'impression d'un projet « revu à la baisse » pour les uns, « devenu illisible » pour d'autres. Ceux qui vont devoir attendre un

départ hypothétique des services adultes dénoncent les disparités d'hébergement qui vont perdurer, incapables de développer leur projet médical.

A) La remise en cause d'un hôpital exclusivement Femme-enfant

Rappelons que l'Hôpital Femme Enfant devait être inauguré fin 2008. Cela supposait que les différentes activités des disciplines « adulte » soient en capacité de rejoindre les autres sites. La révision du plan global de financement pluriannuel se traduit notamment par le report du projet de construction du bâtiment de médecine sur le site de Pontchaillou d'une part, celui de la restructuration d'ailes d'hospitalisation situées dans le bloc hôpital de Pontchaillou d'autre part. En effet, le bâtiment de médecine devait héberger les services suivants :

- Le service de Médecine Interne : deux unités, occupant actuellement deux ailes du 5^{ème} étage de l'Hôpital sud ;
- La Rhumatologie : dans les deux autres ailes du 5^{ème} étage ;
- L'Endocrinologie – Diabétologie : au 6^{ème} étage, dans trois unités.

D'autre part, les unités du service d'orthopédie traumatologie occupant deux ailes du 4^{ème} étage devaient rejoindre le bloc hôpital du site de Pontchaillou.

De ce programme visant au transfert des unités de médecine et chirurgie adulte, ne subsiste que le départ de l'endocrinologie – diabétologie (6^{ème} étage). Une solution a en effet été trouvée dans la permutation de ce service avec la maternité de l'Hôtel-dieu dont il était prévu de laisser 32 lits pour accueillir les mères et nouveau-nés après accouchement sur le site de l'Hôpital sud, solution transitoire dans l'attente du départ de la Médecine Interne en 2010 ou 2011. Par ailleurs, il a été décidé de rapatrier les consultations de l'orthopédie vers Pontchaillou, ce qui soulage quelque peu la distribution des espaces du rez-de-chaussée.

Pour autant, la poursuite du programme des transferts n'est pas reportée. Il s'agit non seulement d'incorporer à l'Hôpital sud leur capacité d'hospitalisation (par exemple, celle de la chirurgie pédiatrique) mais aussi leurs besoins aussi bien médico techniques (l'activité de bloc de la chirurgie pédiatrique va se surajouter à celles de spécialités qui demeurent comme l'orthopédie) qu'en locaux de consultation. Dès lors, des choix d'organisation tenant compte des nouvelles modalités d'hospitalisation et de mutualisation des ressources vont par conséquent devoir être débattus, ce qui résultera dans une nouvelle configuration pour l'Hôpital sud (voir les coupes de l'Hôpital sud 2007 et 2008, annexe 9).

B) Les disparités d'allocation des moyens.

A maints égards, la restructuration de l'Hôpital sud a été perçue comme un projet d'envergure visant à l'amélioration générale des conditions d'exercice de chacun : personnel plus nombreux, locaux et équipements neufs, création d'unités fonctionnelles

enfin rendue possible par la libération de locaux (hospitalisation et consultations externes) hébergeant des disciplines devant rejoindre le site de Pontchaillou.

Le plan de périnatalité et ses conséquences en matière de personnel, la mise en place des 35 heures, les habitudes prises en termes de politique de gestion des ressources humaines⁵³ et d'équipement⁵⁴ ont conforté cette impression pour le personnel impliqué. Ce relatif « confort⁵⁵ » a naturellement marqué l'expression des besoins faite par les services concernés par la restructuration.

Aujourd'hui, le projet est frappé de contradictions nouvelles : il paraît à la fois « surdimensionné » en surface d'hébergement pour certaines unités d'hospitalisation, sous dimensionné en surface recevant l'ambulatoire et incomplet au regard de certaines prise en charges hyper spécialisées. Comme évoqué supra, l'hôpital date d'une époque qui privilégiait les grandes unités d'hospitalisation complète, tandis qu'aujourd'hui, l'espace consacré à l'ambulatoire est accru dans les constructions neuves, de façon parfois spectaculaire tant on anticipe ce nouvel usage de l'outil hospitalier. Dès lors, la révision du Plan Directeur ne peut que compliquer la juste répartition des espaces et moyens à allouer aux activités concernées. Aussi, le programme de restructuration comporte des ruptures d'égalité dans les conditions d'hébergement des différentes unités et crée de la déception chez certains responsables qui voient leur projet médical contrarié. En effet, faute de place disponible suite au maintien des disciplines adultes, certaines ne pourront pas se développer⁵⁶, tandis que d'autres apparaissent aujourd'hui comme étant particulièrement privilégiées.

C'est le cas d'une grande partie des unités relogées dans les parties neuves. Ces dernières rejoignent des locaux spécifiés dans le programme et à ce titre, ayant fait l'objet soit d'une restructuration à neuf (la néonatalogie par ex.), soit localisées dans l'extension et donc conçues pour les héberger de façon optimale (la PMA, la pharmacie ou encore l'accueil des urgences pédiatriques médicochirurgicales).

Les maternités se trouvent dans le cas inverse. Le décret du 9 octobre 1998 relatif aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale a imposé un certain nombre de prescriptions en matière hôtelières. L'article D. 712-85 ayant trait au secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant dispose que : « *en cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, celui-ci comprend au minimum 80% de chambres individuelles (...)* ». Le projet initial prévoyait cinq unités de maternité, pour accueillir les 4300 accouchements

⁵³ Il en est du taux de compensation de l'absentéisme moyen qui est de 82,5% sur les cinq premiers mois de l'année (source : M. le Coordonnateur général).

⁵⁴ « *Au CHU, les services qui ont à déménager saisissent l'occasion pour se rééquiper à neuf, aussi bien en matériel biomédical qu'en mobilier* », dit l'ingénieur biomédical en chef du CHU.

⁵⁵ Dixit un directeur fonctionnel.

⁵⁶ Citons la chirurgie plastique et reconstructrice qui, à l'étroit avec ses 14 lits d'hospitalisation complète, atteint un taux d'occupation de 95%. Son chef réclame à juste titre de s'agrandir, ce qui est pour le moment impossible.

annuels et se conformer à l'obligation de 80% de chambres individuelles. Aujourd'hui, il est fortement question de n'ouvrir que quatre unités⁵⁷, le financement par le COM 2000-2005 n'étant pas suffisant car élaboré antérieurement à la réduction du temps de travail notamment. La proportion des chambres individuelles passerait alors à 53%. Le responsable du POGMR voit alors son projet médical « *dénaturé* », selon ses propres termes. Il souligne en outre que « *le projet est devenu illisible, voire délétère car on serait dans une situation de fonctionnement moins bonne qu'auparavant car actuellement notre proportion de chambres seules est de 74%* », interrogeant l'objectif de progrès attaché au projet. « *Quelle sera notre attractivité avec une douche pour 25 personnes, alors que notre spécialité est fortement concurrencée par le secteur privé ?* », questionne-t-il.

Une autre source de rupture d'égalité se trouve dans la normalisation des conditions de fonctionnement des différentes disciplines. Il ne dépend évidemment pas du CHU d'en disposer puisqu'en matière périnatale, les textes de 1998 et plus récemment de janvier 2006 sur le fonctionnement de la réanimation pédiatrique s'en sont chargées au niveau national. Mais il appartient en revanche à l'établissement de les mettre en œuvre. Or il est contraint financièrement. Aussi, il ne peut utiliser que quelques leviers d'ajustement pour atténuer les différences de fonctionnement, à savoir le dimensionnement des unités et leur agencement dans l'espace pour mutualiser au maximum les personnels. Il en est contraint autant pour des questions financières que pour des raisons d'équité dans le traitement des différents services.

-§-

L'équité est un levier puissant qu'une stratégie de changement peut utiliser pour mobiliser les acteurs. Valeur érigée au rang de règle commune, elle est aussi vecteur de changement identitaire, dont le CHU a besoin pour adopter une dynamique d'ensemble. On dit parfois que la crise est salutaire. Une organisation en crise doit s'attacher à la définition du bien commun qui constitue un accord général sur les finalités. A l'heure du doute en effet, il importe de définir une stratégie autour de valeurs et d'objectifs partagés. La formule relève peut-être de l'incantation, mais elle traduit cependant bien l'évolution de la démarche managériale de l'hôpital, encouragée par les dispositions nouvelles de la gouvernance hospitalières. Les facteurs de divergence tels que vus dans notre première partie s'appliquent naturellement au projet de l'Hôpital sud. Il porte la marque d'une réflexion conduite par discipline médicale, même si ça et là des points de convergence existent (cf.

⁵⁷ Le projet d'une unité de 16 lits avec des mères sans bébés semble être remis en cause (morts in utero, interruptions médicales de grossesse, nouveau-nés en réanimation ou en néonatalogie), cette unité pouvant être très lourde.

l'UHCD). Il convient d'arrimer le projet à une stratégie plus vaste, définie au niveau de l'établissement. C'est à ce niveau qu'il devient nécessaire d'organiser le changement, de créer volontairement des ruptures et d'utiliser les marges de liberté qui en résultent pour construire une organisation qui mette le patient au centre des processus de production des soins. Nous verrons que le directeur d'hôpital délégué auprès des pôles tient un rôle nouveau dans l'organisation de ce changement. Il servira de relais auprès des pôles pour y décliner localement la politique de l'établissement. Pour l'heure et dans le sujet qui nous intéresse, il s'agit de réussir le « tournant *organisationnel*⁵⁸ » de l'Hôpital sud.

⁵⁸ Expression d'un responsable de pôle de l'Hôpital sud à propos de la mutation organisationnelle qu'il attend du projet femme enfant.

3 L'appui du management stratégique pour parfaire le projet Femme-enfant.

« *L'ancien se meurt, le nouveau ne parvient pas à voir le jour ; dans ce clair-obscur surgissent les monstres* », prévenait Antonio GRAMSCI⁵⁹. Pour l'hôpital, ces monstres sont la pression budgétaire subie, la perte de sens, l'acceptation frileuse de la répétition, bref l'« *hôpital désenchanté* » dont parlaient le rapport COUANAU et le Pr. MATTEI. Il nous semble que cette page est tournée pour le CHU, aujourd'hui véritablement en quête de sens par la définition d'un « *bien commun*⁶⁰ ». Les orientations relatives à ce dernier sont autant de points de rupture à partir desquels le changement est en train de s'articuler. Il ne s'agit pas ici d'orientations stratégiques qui déterminent une direction pour l'action mais bien d'un corpus de règles qui les précèdent.

Le management stratégique, avons-nous dit dans la première partie, combine à la fois la gestion des hommes et la conduite des actions de long et moyen terme sur le fonctionnement des structures et organisations. Parce qu'il autorise la nécessaire adaptabilité à un changement d'environnement, le management stratégique permet de penser la stratégie de façon dynamique, dans une interaction avec les acteurs qui composent l'organisation et avec l'environnement dans lequel elle se développe. Cette conformité des moyens de l'organisation avec les exigences de l'environnement est de nature à conférer aux décisions la légitimité et l'acceptation sociale que ne permettait pas la planification autoritaire du gouvernement hospitalier d'avant la réforme de la gouvernance. A cet égard, la nouvelle gouvernance devrait mieux intégrer l'Hôpital sud dans le fonctionnement général du CHU et partant, d'opérer sa mue organisationnelle de concert avec les autres pôles. Le nécessaire réajustement des moyens à y consacrer au vu de la situation financière du CHU sera d'autant plus légitime qu'il s'appuiera sur une analyse de l'environnement. L'évolution du rôle des directeurs d'hôpital en faveur de la prospective constitue une opportunité pour contrebalancer les insuffisances de la restructuration – spécialisation en matière d'analyse des organisations.

3.1 Les conditions du changement.

Comme évoqué précédemment, le CHU connaît des difficultés financières importantes. La menace d'une administration provisoire n'est pas vaine si le plan de retour à l'équilibre devait échouer. Aussi, le CHU est tenu d'engager des mesures visant à maîtriser ses dépenses et optimiser les organisations. Conformément à la demande du DARH (cf. courrier d'approbation de l'EPRD 2007 du 4 juin précité), la nouvelle mouture du PGFP

⁵⁹ Antonio Gramsci (1891 - 1937) : écrivain et théoricien politique italien, membre fondateur du Parti communiste italien.

⁶⁰ L'expression est de C. KLEIBER, Ibid., pour désigner l'ensemble des orientations qui peuvent fonder un accord sur les nouvelles finalités de l'hôpital.

(septembre 2007) indique que « *chaque nouvelle opération doit faire l'objet d'une évaluation interne des retours sur investissement potentiels et faire l'objet d'une contractualisation des pôles et secteurs bénéficiaires* ». On relève une volonté d'instituer un ensemble de règles, qui, d'application générale, concerneront l'ensemble des projets d'investissement du CHU, ce qui vaut aussi pour l'avenir de l'Hôpital sud. Le PGFP impose ici un principe de prudence dans les choix d'investissement mais aussi d'équité : l'effort au regard de l'efficacité est récompensé. Le CHU s'engage alors dans la définition de règles générales sur lesquelles il va fonder sa stratégie de changement.

Nous proposons infra une formalisation de ce « bien commun » ainsi que la manière de construire les règles et de se les approprier, car il s'agit de traduire les orientations de cet accord général dans les rationalités des groupes. C'est le principal défi des transformations en cours, car chaque acteur ou chaque groupe cherche naturellement à faire dominer sa rationalité sur celle des autres et fera en sorte que, dans la coopération, les termes de l'échange lui soient favorables.

3.1.1 La définition du « bien commun » comme accord général sur les finalités de l'organisation.

L'hôpital ne peut changer sans adhésion à de nouvelles finalités, sans que les agents aient fait leurs valeurs naissantes de l'organisation, sans qu'une certaine confiance ne se soit constituée. Il faut un accord sur une certaine conception du bien commun. Au regard des mécanismes de convergence évoqués dans la première partie⁶¹, cinq orientations semblent pouvoir constituer la trame sur laquelle pourrait s'appuyer une stratégie du changement pour le CHU.

- 1) La coopération : elle amène les acteurs et les organisations de soins à mieux coordonner leur contribution autour des patients. Elle devient moins un choix qu'une contrainte économique et fonctionnelle répondant aux relations concurrentielles ou incitatives introduites par les mécanismes de financement du type « les ressources suivent le patient ou l'assuré ».
- La coopération ainsi conçue n'est pas en contradiction avec la nécessaire autonomie des prescripteurs ou des institutions : elle la limite et l'encadre. Plus que l'individu ordonnateur de dépenses, c'est le groupe professionnel qui, dans la logique naissante, exercera son autonomie en définissant des règles capables d'orienter les comportements individuels et de rejeter ceux qui ne sont pas en accord avec les objectifs du groupe. Elle débouche aussi sur la promotion de la polyvalence, sur la mise en cause de la logique des territoires, du morcellement des institutions et des savoirs.

⁶¹ Rappelons les brièvement : rémunération à l'activité, coopération externe et interne, émergence du « client », prévention et formation à la santé, interaction des compétences et progrès scientifiques.

- 2) L'efficience : c'est d'abord l'élimination des procédures inutiles et la valorisation de celles dont l'efficacité clinique est avérée. C'est ensuite la production des prestations utiles à moindre coût. C'est enfin la concentration des ressources sur les services les plus efficaces, ce qui interroge l'égalitarisme qui a longtemps prévalu dans l'allocation des moyens au sein du service public C'est globalement « *l'exigence que le coût marginal pour la collectivité des services de soins ne dépasse les bénéfices marginaux*⁶² ».
- L'efficience dans cette acception devrait pouvoir prendre appui sur les déontologies médicales et infirmières ; elle repose sur la raison et la rigueur scientifique, respecte la rareté des ressources comme principe économique et comme valeur, privilégie les développements durables et la solidarité entre les générations. Au passage, elle rappelle implicitement et de façon plus lointaine, que les ressources de la planète sont fragiles et que l'on ne peut impunément solliciter ses richesses. C'est la raison pour laquelle le Directeur général du CHU souhaite créer une « direction de l'ingénierie » (regroupement des fonctions « support » de l'établissement) dont les missions comprendraient ces préoccupations, en s'appuyant sur une « commission Environnement » émanant de la CME.
- 3) L'équité : en période de rupture, l'équité qui garantit une juste répartition des sacrifices et des ressources est l'une des principales valeurs qui permet de faire tenir ensemble ce qui est menacé de fragmentation. L'accumulation de ressources utilisées de façon insuffisamment productive et l'exigence d'efficience imposent une redistribution des ressources et des pouvoirs en proportion de l'effort, du risque et de la contribution individuelle ou du groupe à la réalisation du bien commun.
- 4) La responsabilité : elle est d'abord collective, surtout dans une stratégie de prise en charge globale du patient, stratégie postulée dans le projet médical du Projet d'établissement 2006-2010 pour distinguer l'essence du service public par rapport à la « simple exploitation d'un créneau de soins » du secteur privé. Il est dès lors primordial d'organiser le parcours du patient dans l'hôpital pour des raisons évidentes de qualité et de sécurité des soins.
- Il en est ainsi de l'amélioration de l'accessibilité au système de soins par exemple. L'entrée par les urgences est devenue la contrepartie des listes d'attente qui s'allongent pour l'accès aux consultations spécialisées. Il en résulte une désorganisation de l'accueil des urgences, avec le risque de mal traiter la véritable urgence. L'exemple est significatif d'une responsabilité partagée entre d'une part l'hôpital et le secteur libéral qui n'est plus structuré pour traiter l'urgence, d'autre part entre le l'hôpital et le soigné, qui peut dévoyer la finalité d'une organisation

⁶² MOATI J.P., HUARD P., 1995, « la juste évaluation des dépenses de santé », Pour la science, n°218, cité par KEIBER C., Ibid, P. 224.

(les urgences) à des fins personnelles (consulter plus vite). La responsabilité est alors individuelle, celle du soigné, celle du soignant quant à lui, a la responsabilité des dépenses médicales (prélèvements de laboratoires ou radiographies superfétatoires).

5) Le lien social : la rareté des ressources le rend visible. La société avait prêté des ressources contre des résultats. Confrontée à la problématique de l'allocation alternative de ses moyens, à tous, elle demande des comptes. Alors, il faut que l'hôpital dépasse la seule dimension technique –la sécurité, la compassion, la promesse d'autonomie- pour communiquer sur ce qu'il apporte à la société : l'emploi, l'innovation médicale et technologique, l'attractivité d'une région, etc. Pour illustrer ce point, le directeur général entend renforcer la politique de communication du CHU, en premier lieu en étoffant les informations publiques contenues sur son site Internet et l'annuaire téléphonique (jusqu'à présent, il n'y a pas de numéro d'appel direct aux différents services de l'hôpital).



Ces cinq paradigmes pourraient constituer ensemble une fonction de bien commun, le référentiel de l'hôpital en train d'apparaître. Ils représentent une convergence des valeurs et des exigences économiques.

Repérer quelques paradigmes ne suffit pas. Ils doivent être incarnés en permanence dans l'action. Il faut donc les traduire dans la rationalité des groupes, dans leur système de valeurs, dans leur langage et leur logique de comportement pour que soit acquise l'adhésion. Sans traduction, la légitimité du référentiel serait mise en cause dans les jeux de pouvoir et les rapports de force nourris par l'incompréhension. On tentera donc de définir, puis de réunir dans l'action, les conditions d'adhésion des acteurs. La négociation des règles du jeu offre les conditions nécessaires.

3.1.2 La construction des règles du jeu.

Selon la sociologie des organisations et notamment J.D. REYNAUD⁶³, les comportements des agents sont, en règle générale, rationnels par rapport aux valeurs individuelles et aux règles du jeu. L'existence d'un référentiel commun capable de fonder les valeurs individuelles et celles du groupe étant admise, il doit être possible, pour mieux les coordonner, d'orienter les comportements des acteurs par les règles du jeu et par les mécanismes informels qui les prolongent dans l'organisation.

Les grandes règles formelles et explicites qui désormais structurent et orientent l'hôpital apparaissent dans les principes de subsidiarité, d'incitation, d'expérimentation et

⁶³ REYNAUD, J.D., 1993, Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale, Paris : Editions Armand Colin. J.D. REYNAUD est sociologue français, professeur honoraire au CNAM.

d'évaluation. Ces règles sont en cours de transcription, au moment où nous écrivons, dans les contrats de pôles⁶⁴.

A partir de ces règles formelles se créent des règles secondaires implicites, négociées et ajustées directement entre acteurs, groupes ou services (mode de collaboration, interprétation des règles principales, traduction dans l'action des connaissances médicales, réactions spontanées aux contraintes organisationnelles, par exemple). A leur tour et réciproquement, les règles secondaires orientent les routines. Ces dernières comprennent les connaissances et les savoir-faire accumulés dans l'action implicite, tout ce qui constitue la mémoire et l'identité de l'organisation et qui détermine, pour l'essentiel, les comportements réels et l'engagement des ressources. L'hypothèse centrale est alors qu'en intervenant dans l'hôpital par la construction des règles formelles du jeu, à partir d'une conception partagée du bien commun, on se donne les moyens d'orienter les règles informelles et les routines, donc les comportements réels. Ainsi serait améliorée la coordination des décisions.

Dans cette perspective, les routines jouent un rôle primordial car aucun changement réel et durable ne peut avoir lieu qui ne soit fondé sur leur transformation. Si l'organisation veut s'adapter, sa mémoire doit rester vivante : des mécanismes d'évaluation doivent donc lui permettre de conserver ce qui dans les routines est conforme aux connaissances formelles les plus avancées et au bien commun et de mettre fin à ce qui s'en écarte. En créant davantage de transparence, en introduisant la question des résultats et du sens des routines, on peut espérer les transformer et les ajuster en permanence. La question de la visibilité des règles est primordiale. C. KLEIBER⁶⁵ montre que plus les mécanismes de coordination des décisions - règles formelles, règles informelles, routines - sont implicites, invisibles, appliquées par automatisme, plus elles sont enfouies dans la mémoire de l'institution, moins elles offrent de prise à l'autorité et au changement décrété. Les routines qui consomment l'essentiel des ressources hospitalières sont de ce fait peu sensibles à la pression budgétaire directe.

La règle formelle, qui précise ce que l'organisation autorise ou interdit, ne fixe donc pas seulement une exigence de comportement en agissant sur l'implicite et le spontané des deux autres niveaux. Elle peut aussi devenir le moteur capable de faire apparaître des identités nouvelles, des appartenances, une conception nouvelle du bien commun, capable d'orienter l'organisation et ses structures. En mettant en cause les règles du jeu, on donne l'occasion aux collaborateurs de l'hôpital, par le compromis et la négociation, puis par le contrat, de dire à quelles conditions, comment et pourquoi ils veulent travailler ensemble. Là se joue l'adaptation des enjeux stratégiques de l'établissement au niveau du pôle et infra-pôle.

⁶⁴ Les contrats de pôles comprendront trois parties : missions et objectifs, mis en perspective avec d'autres documents comme le SROS, le projet d'établissement, les projets institutionnels ; les ressources allouées (dont les crédits délégués) ; le suivi et l'évaluation. Ils doivent être signés avant le 31/12/2007.

⁶⁵ C. KLEIBER, *Ibid.* P. 226.

3.2 Ancrer le projet Femme-enfant dans la stratégie de changement du CHU.

« *L'Hôpital Sud devra prouver que l'opération tend à générer des économies* », indique le directeur général du CHU. D'ailleurs, le nouveau PGFP postule « *le regroupement des activités de gynécologie et obstétrique, de pédiatrie et de réanimation néonatale dans un bâtiment unique (...) permettra la reconnaissance du niveau 3 de la maternité du CHU et le rapprochement des activités de médecine et de chirurgie en pédiatrie : la mutualisation des organisations doit permettre d'optimiser les effectifs de cette nouvelle structure* ». Dès lors, il est clairement indiqué que l'Hôpital Sud intègre les finalités d'une nouvelle stratégie définie à l'aune d'une plus grande efficacité. On sait les répercussions que la réduction du plan d'investissement a entraîné sur la poursuite du projet en terme de capacités, même d'orientation stratégique (la fin d'un ensemble exclusivement dédié à la femme et l'enfant). Il s'agit en plus de dégager des économies de fonctionnement au regard des stratégies d'intervention mentionnées supra. Comment dès lors faire accepter l'évolution du projet et assurer les conditions de sa réussite ? C'est possible par l'appropriation des dites stratégies par les acteurs, dans le cadre des trois mécanismes et niveaux de coordination des décisions retenus (règles formelles, secondaires, routines). La transformation du rôle du directeur d'hôpital est de nature à faciliter cet apprentissage.

3.2.1 Les axes de la stratégie de changement.

Il y a lieu ici d'évoquer la notion de prospective stratégique, d'en définir les strates pour situer les niveaux d'implication des pôles d'activités.

A) Les enjeux de l'anticipation de l'action.

Aidons-nous des travaux de M. GODET⁶⁶ pour bien comprendre les enjeux d'une anticipation de l'action. La prospective constitue une anticipation (préactive et proactive) pour éclairer l'action présente à la lumière des futurs possibles et souhaitables. Se préparer aux changements prévisibles, n'empêche pas d'agir pour provoquer les changements souhaités. Dans la logique du triangle grec (voir annexe 11), « *le bleu de l'anticipation ne peut se transformer en vert de l'action qu'avec le jaune de l'appropriation par les acteurs concernés* ». Apparaissent ici deux erreurs symétriques à éviter, prévient M. Godet. « *La première consiste à penser d'en haut avec des experts au service de l'action du prince en oubliant l'appropriation. C'est une mauvaise idée que de vouloir imposer une bonne idée. La seconde consiste à chasser les experts et la matière bleue des expertises pour donner la parole au peuple et privilégier la matière jaune des*

⁶⁶ GODET M. / ed, janvier 2007, Prospective stratégique, problèmes et méthodes, 2e ed, Cahiers du LIPSOR (Cahier n°20), Paris : librairie des arts et métiers, 101 p. Michel Godet est professeur au CNAM Paris, titulaire de la Chaire de Prospective industrielle et membre du Conseil d'analyse économique (CAE) auprès du Premier ministre et de l'Académie des technologies.

consensus du présent ». Sans prospective cognitive, la prospective participative tourne à vide et en rond sur le présent. « *Le rêve consensuel des générations présentes est souvent un accord momentané pour que rien ne change et pour transmettre aux générations futures le fardeau de nos irresponsabilités collectives. Une telle prospective a beau être participative, elle est contraire à la définition même du développement durable. Elle consacre le triomphe des égoïsmes individuels à court terme (seules sont injustes les inégalités dont on ne profite pas!) au détriment des intérêts collectifs à long terme. Les décisions courageuses à prendre face à l'avenir sont rarement consensuelles, et si la prospective doit être participative, la stratégie qui s'en inspire revient aux représentants élus, il leur appartient de faire preuve de volonté et de courage pour éviter le piège de la démagogie participative*⁶⁷ ».

B) Les différents niveaux d'implication de la prospective.

Si les concepts de prospective et de stratégie sont intimement liés, ils restent distincts et il convient de bien séparer :

- 1) le temps de l'anticipation, c'est-à-dire de la prospective des changements possibles et souhaitables ;
- 2) le temps de la préparation de l'action, c'est-à-dire de l'élaboration et l'évaluation des choix stratégiques possibles pour se préparer aux changements attendus (préactivité) et provoquer les changements souhaitables (proactivité).

Cette dichotomie entre l'exploration et la préparation de l'action conduit à distinguer cinq questions fondamentales : que peut-il advenir ? (Q1), que puis-je faire ? (Q2), que vais-je faire ? (Q3), comment le faire ? (Q4) et une question préalable essentielle (Q0), qui suis-je ? Cette question préalable sur l'identité de l'organisation, trop souvent négligée, est le point de départ de la démarche stratégique. Elle impose un retour aux sources sur ses racines de compétences, ses forces et ses faiblesses. Le CHU de Rennes a dressé cet état des lieux préalablement à la conception de son projet d'établissement 2006-2010.

La prospective seule est centrée sur le « que peut-il advenir ? ». Elle devient stratégique quand une organisation s'interroge sur le « que puis-je faire ? ». Une fois ces deux questions traitées, la stratégie part du « que puis-je faire ? » pour s'en poser deux autres : « que vais-je faire ? » et « comment le faire ? ».

Le PRE du CHU répond en grande partie à ces questions :

Q1 : Que peut-il advenir ?

La stagnation du niveau d'activité et un niveau d'investissement trop élevé dégradent la situation financière de l'établissement. A terme son positionnement sur le marché

⁶⁷ GODET, Ibid, P 5.

concurrentiel risque d'en souffrir car il n'aura bientôt plus les moyens de maintenir la qualité de son infrastructure, donc de son attractivité. En outre, l'accentuation du déficit peut amener l'établissement à être placé sous administration provisoire, laquelle prendrait des mesures sévères pour redresser la situation, comme de cesser certaines activités ou encore procéder à un moratoire sur le recrutement.

Q2 : Qu'est-il possible de faire ?

Il doit augmenter sa productivité en optimisant l'outil de production, et baisser son niveau d'endettement en réduisant son plan d'investissement.

Q3 : Que choisir ?

Le CHU définit des stratégies d'intervention qui dessine le bien commun et le projet de l'hôpital :

- la définition d'un indice d'utilité des prestations : citons les mesures visant à contenir la consommation des médicaments conformément à l'accord sur le bon usage des médicaments (sur lequel le CHU s'est engagé avec l'ARH) ou sur les demandes d'analyses de laboratoire ou encore l'optimisation de certains équipements comme les salles de bloc opératoire ;
- la formulation de axes de développement : la chirurgie ambulatoire, certaines activités de recours (la stéréotaxie, la neurochirurgie) ou de recherche, la sélection des projets d'investissement au regard des gains d'efficacité, la gestion des flux des activités non programmées ;
- la recherche des meilleures pratiques démontrées pour une pathologie donnée ou sur les routines - toilettes, soins des plaies, prescription de médicaments, surveillance des paramètres vitaux – prises dans le cadre des projets médicaux et de soins du pôle. La définition d'un coût normalisé par pathologie ou d'un projet thérapeutique pour un patient peut modifier les pratiques cliniques de routine, changer la durée de séjour admise, le nombre de lits disponibles, l'attente des patients, en bref déterminer le bénéfice ou le déficit de l'hôpital. C'est toute la démarche qualité dans laquelle se sont engagés nombre de centres de responsabilité du CHU.
- Q4 : Comment le faire ?
- Les contrats de pôle déclineront les axes stratégiques à leur niveau et la mesure des progrès obtenus s'opérera à l'aune des gains d'efficacité. C'est le niveau de l'appropriation, essentiel pour que la stratégie produise ses effets. C. KLEIBER⁶⁸ note que *cette démarche suppose de la confiance, de l'information, un corps de valeurs et des objectifs partagés et une bonne exploitation des mécanismes d'incitation économique. Au fur et à mesure de son développement, ce travail*

⁶⁸ KLEIBER, Ibid. P. 227.

produira de l'information et du consensus, de la régulation économique, de la confiance, et finalement, de la capacité à vivre et à travailler ensemble ».

Il s'agit en fait d'assurer les conditions de l'appropriation, qui génère des capacités relationnelles et de l'innovation. Voyons cela au niveau des pôles Femme-enfant et observons en quoi la stratégie de changement est de nature à lever l'inertie qui pèse sur le projet.

3.2.2 Les conditions de la relance du projet Femme-enfant.

La relance du projet Femme-enfant passe par la bonne compréhension par les responsables des pôles des nouvelles opportunités offertes de s'inscrire plus directement dans la stratégie de l'établissement grâce à l'organisation polaire et la participation au Conseil exécutif. Dans l'immédiat, leur réinvestissement dans l'évolution du projet dépend grandement du rôle du directeur délégué auprès des pôles Femme-enfant en matière de prospective à moyen terme. La préparation des responsables à tenir leurs nouvelles fonctions managériales aidera en outre à faciliter la transformation des ex-chefs de service/département en manager-stratège « intrapreneur⁶⁹ ».

A) La fin de l'isolement dans la nouvelle structuration polaire.

Un paradoxe au départ assez peu identifiable à l'Hôpital sud réside dans la quête d'unité avec l'ensemble des sites du CHU (et au premier rang desquels, le site Pontchaillou) et la préservation d'une identité de site. Force tout autant que faiblesse, cette identité n'a pas vocation à perdurer, car « *l'organisation polaire fait voler en éclats l'identité par site* » affirme le Directeur général du CHU.

L'organisation des activités en 18 pôles (voir annexe 12) montre en effet que le CHU s'est affranchi de la notion de « site » qui avait prévalu jusque là. Deux évolutions vont alors être possibles pour l'Hôpital Sud.

- 1) La capacité d'influer sur la démarche stratégique du CHU : les responsables des pôles Femme-enfant sont incorporés aux instances stratégiques de l'établissement. Ainsi, le responsable du pôle pédiatrie et génétique clinique est membre du tout nouveau Conseil exécutif, en charge de la « prospective cognitive » telle que nous l'avons définie supra ;
- 2) La capacité de s'inscrire dans la « prospective participative », c'est-à-dire de traduire les objectifs stratégiques du CHU en actions adaptées à l'environnement propre aux disciplines Femme-enfant et de faire des propositions d'adaptation de l'organisation en vue d'une meilleure adéquation à un changement de l'environnement ou pour améliorer la coopération interne.

⁶⁹ L'expression est de C. MAHIEU, chercheur au LEM –Lille Economie et Management, pour traduire l'émergence des entrepreneurs internes dans les entreprises, en capacité nouvelle d'adapter l'organisation locale à de nouvelles opportunités, in « Entreprises & Carrières », n°851, avril 2007, P. 28.

Le sentiment d'être en position périphérique par rapport au cœur de l'activité du CHU qui se situe à Pontchaillou -disciplines phares, recherche et innovation, proximité de la Faculté de médecine- devrait alors s'éteindre à mesure que l'histoire de l'Hôpital sud⁷⁰ intègre le futur de l'établissement tout entier. Il n'y aura plus de services, par exemple d'imagerie ou de pharmacie du « Sud » mais des unités appartenant à des pôles multi sites, dans l'exemple pôle Imagerie et explorations fonctionnelles et pôle Pharmacie. De même, la fin d'une histoire « de site » entraîne la disparition de « directeur de coordination opérationnelle (DCO) » sur chacun des sites.

B) L'évolution du rôle des directeurs d'hôpital : vers un management plus stratégique.

Gérer les hommes tout en conduisant les actions de long et moyen terme sur le fonctionnement des structures et organisations, telle est la délicate mission du directeur délégué auprès de pôles Femme-enfant. Il s'agit d'aborder le futur du projet à travers une perspective d'ensemble (ce qui fait lien entre les acteurs) et une perspective de changement où la promesse d'un hôpital centré sur le patient doit supplanter la déception consécutive à l'abandon d'une certaine conception du « bien commun » pour l'Hôpital sud. Nous pensons pouvoir dire à cet égard que le maître mot du bien commun pour l'Hôpital sud était l'égalité : un plateau technique identique à celui de Pontchaillou, des espaces à la dimension de ses ambitions, « à l'image du CCP⁷¹ » comme nous a dit un responsable en pédiatrie. Le rôle nouveau du directeur délégué auprès des pôles doit faciliter, par la négociation, l'adaptation du projet aux exigences de la stratégie de l'établissement.

a) *Du management de site au management stratégique.*

Avant la mise en place des pôles, les directeurs de coordination opérationnelle (DCO) étaient non seulement en charge de l'animation des services sur les sites d'exercice (notamment le suivi des autorisations sanitaires et la contractualisation sur les objectifs de dépense et d'activité) mais aussi du fonctionnement des sites, véritables courroies de transmission des directions fonctionnelles (ressources humaines, travaux, médico-technique, finances) au niveau du site. Ainsi, le directeur des établissements Nord-Sud avait la responsabilité des affaires générales concernant l'Hôpital sud, l'Hôtel-dieu – La Tauvrais et le Centre de soins dentaires. Il présentait alors devant les instances les modifications d'organisation des services (création, suppression d'unités fonctionnelles), les opérations visant à modifier l'infrastructure...En outre, il présidait les deux CHSCT qui couvrait les questions relatives aux conditions de travail des dits sites.

⁷⁰ « Où personne ne voulait aller au départ, ce qui a forgé une identité de site dans l'adversité, par opposition à Pontchaillou et l'Hôtel-dieu », dit le responsable du POGMR.

⁷¹ Centre cardiologique pneumologique : érigé en 1998, il est très généreux en surfaces, très attractif sur le plan architectural et très bien doté en équipements sophistiqués. Il peut susciter une certaine jalousie chez certains médecins en attente d'un traitement identique.

Dans le cadre de l'organisation polaire, ces activités sont redistribuées entre trois DDAP et les directeurs fonctionnels. Le DDAP localisé à l'Hôpital sud va désormais se concentrer sur les pôles Femme-enfant. Le but est clairement de dédier le DDAP à la conduite de la prospective.

Son action envers la prospective s'exprimera aussi bien en amont qu'en aval. En amont, il prendra part à la définition de la prospective cognitive, à travers sa présence aux réunions du Conseil exécutif qu'il assistera par son expertise dans les domaines d'activités qui sont les siens. En aval, par le suivi du contrat à l'aide des tableaux de bords (indicateurs d'analyse d'activité et indicateurs de suivi des objectifs du pôle), il contribuera à l'émergence d'une prospective participative de concert avec les responsables des pôles d'activité. Il en présentera les résultats devant le Conseil exécutif.

b) La traduction du management stratégique dans la conduite du projet Femme-enfant.

Dans la transition que vit le projet, et dans l'attente d'une pleine déconcentration de la gestion des moyens par les pôles, il lui faut aller plus avant dans la délimitation des moyens à allouer au fonctionnement des services. Il suffit pour s'en convaincre d'assister aux réunions convoquant les différents responsables des services composant les pôles pour mesurer la confrontation des intérêts. Mais dans un avenir proche, les questions par exemple liées au dimensionnement des activités seront du ressort du conseil de pôle, en lien avec le DDAP⁷². Pour l'heure, la conduite du projet doit d'abord lever l'inertie inhérente à l'absence de décisions pour amener le comité de pilotage à se positionner sur des scénarii d'évolution structurelle. En second lieu, il lui appartient d'accompagner les orientations stratégiques du CHU, d'où les études sur la chirurgie ambulatoire et l'optimisation des blocs.

Les scénarii d'adaptation du projet à l'objectif d'efficience.

Le DDAP doit assurer la cohérence des scénarii avec la stratégie de l'établissement, condition de leur chance de succès auprès des instances. Il s'agit aussi de rassurer les acteurs car le changement, par nature, est déstabilisant, a fortiori un projet pour partie transformé -« dénaturé » rappelons-le, pour certains (voir supra). Un document intitulé « Propositions d'adaptation au plan directeur et aux objectifs institutionnels du CHU » daté du 3 septembre 2007 et rédigé par le DDAP de l'Hôpital sud reprend les problématiques relatives aux services et spécialités concernés par le projet. Treize fiches ont été ainsi rédigées⁷³. Ces études ont été débattues en Comité de pilotage du 21

⁷² Guide de la gouvernance, chapitre « ressources humaines », gestion des organisations et du temps de travail : « *le pôle définit ses organisations de travail. Celles-ci sont en lien direct avec ses projets et son activité dans un souci d'efficience accrue. Il travaille pour cela avec le directeur délégué auprès du pôle (...)* ».

⁷³ Chirurgie pédiatrique, accueil médicochirurgical pédiatrique, réanimation pédiatrique, réanimation néonatale, néonatalogie – soins intensifs et courants, obstétrique, gynécologie, plastie, salles de réveil, chirurgie ambulatoire, hématologie pédiatrique, grands enfants et adolescents, aménagement du rez-de-jardin.

septembre 2007 et pour partie validées. Ce sont surtout les capacités d'hospitalisation complète qui concentrent l'attention. Il en est ainsi de la remise en cause du nombre des maternités (de cinq à quatre pour mutualiser le personnel) comme de la chirurgie pédiatrique. C'est pourquoi nous les présentons ci-dessous.

La question du dimensionnement des maternités.

L'évolution du contexte financier du CHU impose de reconsidérer le projet de constituer cinq unités de maternité. Aussi l'étude doit répondre aux questions suivantes : vérifier le nombre de lits nécessaires pour la discipline, décrire les différents scénarii possibles de répartition des lits, mesurer les conséquences sur les moyens humains pour chaque scénario, mesurer l'impact sur le nombre de chambre individuelle et proposer un nouveau schéma de répartition des unités.

1) Le nombre de lits d'obstétrique

L'évaluation du besoin en lits d'obstétrique pour une activité prévisible de 4300 accouchements et avec un taux d'occupation cible de 80% s'élève à 96 lits⁷⁴.

Actuellement le nombre de lits autorisés est de 98 lits. Le projet prévoit de les répartir de la façon suivante : 18 lits de GHR et 80 lits de suites de couches (dont 4 seront installés dans le secteur Kangourou de néonatalogie) et identifié ci-dessous par le scénario 1

2) Les différents scénarii possibles de répartition des lits

↳ Actuellement les 98 lits sont répartis de la façon suivante :

A l'Hôtel-dieu, une unité de 15 lits de GHR et deux unités de suites de couches (une à 11 lits pour les césariennes, l'autre à 27 lits de suites de couches)

A l'Hôpital sud, deux unités de soins de suite de couches (à 21 lits chacune mais l'une à 3 lits de GHR)

↳ Synthèse des scénarii

Scénario 1	GHR	20 SDC	20 SDC	20 SDC	16 SDC sans bébé	4 Kangourou
Scénario 2	GHR	19 SDC	19 SDC	19 SDC	19 SDC	4 Kangourou
Scénario 3	GHR	24 SDC	26 SDC	26 SDC		4 Kangourou

SDC : suites de couches

3) Les conséquences sur les moyens humains pour chaque scénario.

	actuellement	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Sage femmes	78.36	84.06 donc + 5.70	87.01 donc + 8.65	77.82 donc -0.54
Puéricultrices	3.07	6.13 donc + 3.06	6.13 donc + 3.06	6.13 donc + 3.06
AS / AP	104.72	110.19 donc + 5.47	115.73 donc + 11.01	109.68 donc +4.96
ASH	7.75	9 donc + 1.25	9 donc + 1.25	7.2 donc -0.55

⁷⁴ 4300 accouchements x 1.28 (ratio entrées / accouchement) = 5504 entrées potentielles en obstétrique ; 5504 (entrées potentielles) x 5.02 (DMS) = 27 630 journées potentielles ; 27 630 (Journées potentielles) / 365 (jours par an) / 80 x 100 (taux occupation cible) = 95.93 lits potentiels nécessaires avec un TOM cible de 80%.

Estimation surcoût annuel de fonctionnement (coût moyen de référence 2007)	+ 715 482 euros	+ 1 086 158 euros	+ 310 025 euros
--	-----------------	-------------------	-----------------

N.B. : Le raisonnement est réalisé en effectif requis c'est-à-dire en moyens nécessaires pour fonctionner sur toute l'année (différence avec effectif du tableau des emplois.)

4) l'impact sur le nombre de chambres individuelles.

L'objectif premier était de se mettre en conformité avec les textes (80% de chambres individuelles) mais il est intéressant de noter l'impact financier du choix de répartition, au regard de la tarification des chambres individuelles en maternité.

	Nombre de lits en chambres individuelles	Pourcentage de lits en chambre individuelle	recette subsidiaire annuelle sur base tarif à 38 euros
Hôtel Dieu actuel	15	28.30 %	638 020 euros
Hôpital Sud actuel	31	68.89 %	
Scénario 1	84	85.71 %	1 165 080 euros
Scénario 2	88	89.80 %	1 220 560 euros
Scénario 3	52	53.06 %	721 240 euros

5) Proposer un nouveau schéma de répartition des unités

On note que dans tous les cas, la recette subsidiaire annuelle procurée par le régime particulier attaché aux chambres individuelles compense le surcoût de fonctionnement en moyen humain : sc. 1= +450 000 ; sc. 2= +130 000 ; sc. 3= +411 000.

Le scénario 3 semble, dans une logique d'économie de personnel le plus approprié car il génère des recettes quasi identiques au scénario originel avec des besoins moindres en personnel. Toutefois, l'attractivité de l'hébergement devra en souffrir.

La chirurgie pédiatrique.

Aujourd'hui à Pontchaillou, cette dernière consiste en une unité d'hospitalisation complète de 21 lits et d'une unité d'hospitalisation de semaine et de jour de 10 lits. On tire désormais argument de la création d'une UHCD et d'une unité de chirurgie ambulatoire de quelques 10 lits pour n'envisager l'ouverture à l'automne 2008 que d'une aile de 21 lits sur les deux prévues initialement. Le problème demeure celui de l'optimisation du personnel, le CHU ne pouvant se permettre d'ouvrir une aile de seulement 10 lits avec du personnel en nombre et qualité identique à celui d'une aile de 21 lits.

La question de la deuxième aile est cependant en débat, comme le prouve le dernier comité de pilotage, car l'hébergement des patients relevant des spécialités comme l'ORL ou l'OPH, ne pourrait se faire dans l'aile de 21 lits de chirurgie pédiatrique. L'arrivée même de ces spécialités n'est pas tranchée car certaines réclament le recrutement de médecins supplémentaires (1 PH, 1 CCA et 1 interne). Or le directeur général a été clair : « *il n'y aura pas de moyens supplémentaires à dédier à ces activités, qui sont pour*

l'instant réalisées à Pontchaillou ». Il est vrai néanmoins que les spécialistes ORL et OPH veulent pouvoir développer l'activité pédiatrique sur l'Hôpital sud, d'où leurs requêtes.

L'accompagnement des axes restructurant par le DDAP.

D'autre part, il incombe au DDAP d'accompagner les orientations stratégiques du CHU, d'où les études sur la chirurgie ambulatoire, l'optimisation des blocs et le développement des consultations externes.

La chirurgie ambulatoire.

A l'origine oubliée dans le programme de restructuration, la chirurgie ambulatoire devient un axe de développement pour toutes les activités chirurgicales de l'Hôpital sud, sorte de contrepartie aux efforts de redéploiement des deux pôles. Précisons que les deux pôles sont équitablement sollicitée : le PPGC à hauteur de la chirurgie pédiatrique, le POGMR pour la gynécologie et la chirurgie plastique et reconstructrice. Interrogés sur la pertinence d'une telle prise en charge, les responsables médicaux ont d'ailleurs concédé que la modalité alternative à l'hospitalisation améliorerait nettement le circuit du patient à l'hôpital. Le directeur général lors du dernier comité de pilotage a révélé à ce sujet que seule 18% de l'activité ambulatoire (identifiée par les actes traceurs) est réalisée selon cette modalité, laissant songeur les membres médicaux du Comité.

Se résoudrait aussi pour une grande part, le problème de la non insertion dans le programme initial des chirurgies spécialisées pédiatriques, à savoir les spécialités ORL et OPH. La programmation pourrait prévoir de dégager du temps opératoire et des places pour accueillir les quelques 400 actes pratiqués par an. La cohérence d'une structure « pédiatrique » n'en serait que renforcée. Quant à la neurochirurgie (environ 200 enfants/an), le pôle neurosciences a fait savoir qu'il était prêt à intervenir sur l'Hôpital sud, moyennant l'acquisition d'un microscope.

L'optimisation des blocs opératoires.

L'amélioration de l'accessibilité au plateau technique pour les patients est un autre axe de nature à mieux faire accepter les décisions de redimensionnement des unités. Ainsi l'introduction d'un outil performant de programmation de l'utilisation des salles du bloc polyvalent déjà évoqué supra va permettre d'optimiser le temps opératoire des spécialités suivantes : orthopédie, gynécologie, plastie et chirurgie pédiatrique. Les responsables médicaux craignaient que le maintien des chirurgies adultes ne provoque l'engorgement des salles de bloc opératoire. De fait, que n'avons nous entendu l'affirmation selon laquelle « *cela ne passera jamais !* », à propos du plateau technique. De nombreux comptes-rendus de réunion révèlent que jusqu'à récemment, on pensait que le bloc opératoire polyvalent était déjà surexploité et ne pourrait donc pas supporter d'autres activités chirurgicales nouvelles. Or une étude menée à partir de juin 2006 sur l'utilisation

des salles de bloc opératoire des sites Pontchaillou et Hôpital sud a révélé un taux de performance (ou utilisation) de 62% au CHU. Pour comparaison, le taux que s'est fixé l'établissement est de 75% et certaines spécialités, telles la chirurgie plastique avec 83% en 2006, dépassent cet objectif.

Il se trouve alors qu'à la faveur d'une étude d'organisation, on a découvert que le bloc de l'Hôpital sud avait été surdimensionné et qu'il était aujourd'hui parfaitement apte à accueillir de nouvelles activités, sans quoi il eût fallu envisager la fermeture de certaines salles... La méthodologie proposée par la MEAH fonde le volume horaire offert à chaque spécialité sur le nombre d'interventions exécutées l'année précédente : le taux réel d'occupation des salles moyen constaté dans la spécialité (TROS) est multiplié par le nombre moyen d'intervention par semaine, multiplié par le taux de performance visé (75%). Plusieurs améliorations sont attendues : la standardisation des résultats, le dimensionnement du plateau technique, la polyvalence des personnels IBODE, IADE, AS et l'adaptation de leur temps de présence aux pics d'activité. Surtout, plus de patients pourront être opérés, ce qui améliore l'accessibilité aux spécialités de l'hôpital, améliore l'image, etc. C'est un cercle vertueux dont peut se saisir le DDAP pour faire accepter la restructuration des blocs et motiver le personnel, médical ou non, sur les objectifs d'excellence.

Les locaux de consultation externe.

Le dossier est éminemment périlleux, le manque d'espace étant aigu suite au maintien des spécialités adultes. Cependant la concertation avec les différents partenaires du DDAP (médicaux et cadres) contribue à rendre le problème intelligible à tous. En effet, là aussi, la transparence est au service du manager : n'étant pas en mesure de multiplier ces espaces du fait du choix de ne pas reconstruire un nouvel hôpital, il peut seulement proposer que les spécialités ayant à travailler ensemble dans le circuit du patient s'associent dans une réflexion commune sur le partage de l'espace. Citons l'exemple du diagnostic anténatal qui a trouvé une solution d'installation pour ses consultations en insérant sa programmation dans celle des explorations fonctionnelles.

Par ailleurs, le recentrage sur le patient et ses besoins en structure intégrée sert de guide à la réflexion. Prolongeant la volonté d'ouvrir l'hôpital sur l'ambulatorio, il pourrait s'agir de permettre une évolution des consultations externes vers la prise en charge d'actes pour le moment pratiqués en hôpital de jour. Le but est d'optimiser les espaces et les personnels dans des structures intégrées. Une réflexion devrait s'ouvrir prochainement sur la manière de doter ces espaces en équipement et personnel et ce, pour à la fois fluidifier le parcours du patient à l'hôpital (unité de lieu entre la consultation, les spécialités concernées et le traitement de la pathologie) et convertir les hôpitaux de jour en d'autres modalités ou activités (place pour les sur spécialités pédiatriques par exemple).

C) L'accompagnement des responsables par la formation.

Si les enjeux posés par la nouvelle gestion interne de l'hôpital sont progressivement bien intégrés par les responsables des pôles, il reste à clarifier les rôles de chacun et développer certaines compétences managériales, et favoriser une certaine appréhension des valeurs naissantes de la nouvelle organisation. Pour ce faire, une formation à l'accompagnement de la mise en place des pôles et de la nouvelle gouvernance va être proposée aux responsables médicaux, cadres supérieures de santé et assistants de gestion.

La DRH a en effet conçu un plan de formation en trois points : piloter et manager un pôle, animer les conseils de pôle et un module spécifique aux assistants de gestion. Sans décrire précisément chacun des modules, disons seulement que la formation entend non seulement apporter un certain nombre de compétences nouvelles, notamment pour les médecins (animation et communication, adaptation des organisations, gestion des ressources) mais surtout de partager une vision commune.

A cet égard, le module « piloter et manager un pôle » contient un objectif intitulé « vision » dont l'objectif pédagogique consiste à « *comprendre et partager les valeurs, missions et objectifs de l'établissement ; partager une vision commune des enjeux de la réforme et ses impacts organisationnels au sein du CHU* ». On retrouve ici la nécessité pour l'hôpital de fonder le changement sur une conception partagée du « bien commun » tel que nous l'avons défini supra. Ce point nous semble essentiel car de sa bonne compréhension dépendra la construction des règles formelles en cours et de leur dynamique d'évolution. Relayées dans le pôle, les équipes intégreront ces valeurs et règles qui en découlent pour adapter leurs routines dont on a dit qu'elles consommaient l'essentiel des ressources hospitalières. Leur évaluation se fera au sein du pôle au regard de l'efficacité pour améliorer constamment la gestion des ressources.

Gageons que le plan de formation initiera une véritable déconcentration de la gestion qui mette en place les organisations dont ont effectivement besoin les malades. Cela ne se fera pas sans mal, notamment dans les zones frontalières comme l'inter-polaire ou encore les pôles support qui travaillent au profit de tous. Enfin, un langage commun entre les responsables de pôle et les directeurs délégués devrait déboucher sur des relations de dons, contre-dons, à l'opposé d'une relation trop longtemps monodirectionnelle selon laquelle la direction offrait sans contrepartie les moyens de fonctionner.

D) La question des délégations de gestion.

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction, la formalisation de la déconcentration est balbutiante au CHU de Rennes, préoccupé par la réduction des tensions budgétaires qu'il subit. De ce fait, le CHU serait plutôt porté à limiter la dévolution aux pôles des pleins moyens de leur gouvernement. Cette limitation risque d'édulcorer l'objectif de responsabilisation des nouveaux managers et réduire l'intérêt pour la gestion interne de

ses ressources. Cependant les contrats de pôle vont être signés. Outre qu'ils clarifieront leurs missions – et le directeur général tient à ce que ce point soit produit par les pôles eux-mêmes, attendant les signes éventuels d'une prospective- ils mettront à la disposition des pôles l'état des ressources qui leur sont allouées. Il comprendra⁷⁵ :

- 1) un état des ressources humaines au moment de la signature du contrat :
 - les ressources médicales en équivalent temps plein par catégorie ;
 - les ressources non médicales : une enveloppe de mensualités correspondant aux effectifs du pôle; une enveloppe de mensualités au titre du remplacement ; des crédits délégués pour la formation ;
- 2) un état de ressources matérielles : consommables médicaux et pharmaceutiques sous la forme de crédits délégués ; petits équipements sous forme de crédits délégués, avec un accès à un catalogue interne ; au regard du plan d'équipement médical, pour les équipements dont le montant est inférieur à un certain seuil défini ; d'éventuels travaux validés au niveau institutionnel ; d'autres équipements hôteliers, bureautiques etc., sous forme de crédits délégués.
- 3) de prestations de maintenance ou de petite réparation, avec un « droit de tirage ».

L'utilisation de ces crédits et de ces enveloppes, dans le respect des principes de subsidiarité et de fongibilité, se fera dans le cadre défini par les guides de gestion opérationnels. Seul le guide opérationnel de gestion des ressources humaines est actuellement rédigé, le « guide de gestion des ressources matérielles », i.e. logistiques et travaux, est pour le moment en construction.

Le contrat de pôle explique aussi les conditions de l'intéressement et surtout la nécessité pour le pôle de procéder en son sein aux arbitrages pour l'allocation des moyens. *« Pour accompagner ses projets ou ses réorganisations, le pôle peut s'appuyer sur : le développement de recettes subsidiaires, au titre desquelles un intéressement du pôle pourra alors être négocié ; le redéploiement de moyens à l'intérieur du pôle ; un accompagnement négocié avec le directeur général ».*

Même si l'on peut regretter que ces travaux ne soient pas plus avancés, on note toutefois que les valeurs de la nouvelle organisation sont présentes : responsabilité, efficacité, équité. La coopération, interne et externe au pôle, se renforcera dans un second temps avec la pratique et le lien social est surtout affaire de communication, compétence de la direction générale.

⁷⁵ Contrat de pôle, partie 2 : « ressources allouées au pôle ».

Conclusion

Si la stratégie est vision de l'avenir, alors le regroupement des activités Femme-enfant à l'Hôpital sud relève effectivement d'une telle démarche puisque l'opération est une idée datant des années 1980 pour développer des pôles d'excellence de soins et de recherche. Il s'agissait bien de « voir loin, voir large, analyser en profondeur, prendre des risques, penser à l'homme⁷⁶ (Gaston BERGER à propos de la prospective). Dans le contexte financier contraint que connaissent aujourd'hui les hôpitaux, les regroupements sont de nature à accroître l'activité : la réunion des urgences, l'essor de l'ambulatoire, les consultations multidisciplinaires et la gestion au plus près du patient annoncent un regain d'activité fondé sur les redéploiements des ressources dans les domaines d'excellence de l'établissement. Du reste, les pôles Femme-enfant en ont besoin : le bilan de septembre 2007 montre un ralentissement du niveau d'activité mais il est vrai qu'il faudra attendre au moins 2008 pour voir les effets des restructurations, notamment sur le plan de l'Obstétrique et des Urgences.

Le projet a emporté l'adhésion dans les années 1998 – 2005 : les équipes se sont mobilisées autour des projets de service, confortées par la promesse d'un avenir meilleur pour lequel on a sacrifié beaucoup à son confort. La modification du Plan Directeur peut paraître pour ceux qui attendent un changement dans leurs conditions d'exercice, comme un abandon de la part de la Direction, voire une « félonie quand on attend son tour depuis longtemps » dixit un cadre de santé. Aussi il conviendra dans le très court terme d'adopter un plan de communication qui fasse le bilan des efforts fournis et qui indique clairement ce qui est envisagé pour le futur afin que chacun se projette dans l'avenir de son unité, service et pôle.

En psychologie, l'aversion à l'incertitude est une forme d'aversion au risque ; elle se traduit par la crainte qu'en cas d'incertitude, il y a plus à perdre qu'à gagner. En découlent des stratégies essayant de maintenir le statu quo, notamment par la résistance au changement. Cette dernière reflète aussi le besoin de chaque sujet de se voir reconnu par les autres comme apportant une contribution efficace au service médical rendu (et aussi une belle contribution, dans le sens d'une belle façon de travailler). Pour cela, encore faut-il disposer d'un référentiel commun permettant à chacun de porter un jugement sur le travail des autres.

⁷⁶ BERGER G., 1959, « L'attitude prospective », L'encyclopédie française, repris dans Phénoménologie du temps et prospective, PUF, 1964, Paris, pp.270-275.

La tradition (« *on a toujours fait comme cela* ») permet alors au sujet de se voir reconnu comme travaillant bien et utilement, ce qui lui permet de confirmer son identité. Ce regard des autres fonde également la possibilité des sujets de coopérer, ce qui ne pourrait être le cas si le sens des conduites des uns échappait aux autres.

Ainsi, les résistances au changement traduisent ce besoin de repères, que l'importation rapide d'une nouvelle façon de travailler, non comprise par les sujets, risque de brouiller. Il y a donc lieu de lever l'incertitude sur le devenir de projet pour éviter le statu quo, ce qui permettra aux équipes d'entamer le travail d'appropriation des nouvelles règles du jeu (subsidiarité et efficience) par la formulation d'autres repères nécessaires au principe identitaire. Les nouvelles règles et routines vont se substituer alors à la « tradition » sur laquelle on n'a pas prise.

Une autre question que la prospective commence à aborder, est celle de l'optimum économique. Quelles activités privilégiées, quand les ressources n'augmentent pas ? Est-ce seulement une question à poser quand on appartient au service public ? La question est notamment sensible pour les CHU, qui doivent offrir des soins à la fois de proximité, de recours et de référence. L'arbitrage en faveur de l'un ou de l'autre est-il même envisageable quand le SROS engage l'établissement sur la nature des activités à offrir et sur des objectifs précis en termes quantitatifs ? L'adoption d'une stratégie en est rendue particulièrement difficile. Nous l'avons dit, la stratégie vise à adapter l'organisation à un environnement donné. Dans le contexte particulier d'un financement à l'activité, on aurait donc tendance à favoriser les activités « rentables », c'est-à-dire bénéficiant de la meilleure valorisation (on observera alors les tarifs, les DMS optimales par rapport à une moyenne, etc.). La réponse du CHU ne porte pas tant sur le « quoi faire » que sur le « comment faire » : il met l'accent sur la productivité (l'étude des ratios de personnel/lit, en lien avec le bon dimensionnement des infrastructures) et sur les modalités d'hospitalisation (les débats hôpitaux de jour versus consultations externes, hospitalisation complète versus unité de chirurgie ambulatoire). Pour l'instant, le CHU a décidé de terminer ses regroupements et développer ses activités tous azimuts, avec cependant la volonté de développer sa chirurgie. Il y a bien là un axe de développement privilégié pour faire prévaloir un avantage comparatif.

La question en définitive est celle de l'essence du service public : tout faire ou pallier une déficience du secteur libéral, ou encore faire ce qu'on sait faire le mieux, conformément au principe « ricardien⁷⁷ » de l'avantage comparatif. La définition récente des seuils de chirurgie en dessous desquels les établissements ne sont plus autorisés à pratiquer, et la territorialisation croissante du système de santé penche vraisemblablement en faveur de l'avantage comparatif. Il appartient dès lors au directeur d'hôpital de corrélérer l'activité avec son environnement, notamment public dans un esprit de « groupe ». La Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers⁷⁸ parle à cet égard de « consortium public » englobant les établissements publics de santé en vue d'offrir différents niveaux de prestations en mutualisant compétences et moyens. C'est aussi ici une orientation nouvelle du métier de directeur d'hôpital qui se dessine.

⁷⁷ D. RICARDO (1772-1823), 1817, Principes de l'économie politique et de l'impôt. Pour RICARDO, l'intérêt d'un pays est de se spécialiser dans la production où il détient l'avantage relatif le plus important ou le désavantage relatif le moins lourd de conséquences.

⁷⁸ Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, 21 décembre 2006, « *L'hôpital demain : régulations et performances, le projet des directeurs* ».

Bibliographie

Ouvrages

ABBAD J., 2001, *Organisation et management hospitalier. Mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital*, Paris : Berger Levrault, 417 p.

ALLAFORT M., 2003, *développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital*, Centre d'Intervention Socio - Technique, 6 p.

BONNICI B., 2007, *L'hôpital. Obligations de soins, contraintes budgétaires*, Paris : La documentation française, 168 p.

BERGER G., 1959, *L'attitude prospective*, L'encyclopédie française, repris dans *Phénoménologie du temps et prospective*, PUF, 1964, Paris, pp.270-275.

CREMADEZ M., GRATEAU F., 1992, *Le management stratégique hospitalier*, 2e ed, Paris : INTEREDITIONS.

DUPONT M. / ed, 2005, *Droit hospitalier*, 5e ed, Paris : Cours Dalloz, 824 p.

HATCH M.J., 2000, *Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples*, éditions DEBOECK Université.

MINTZBERG, 2005, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation.

MINTZBERG H., 2005, *Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, Pearson Education.

MINTZBERG H., 2004, *Le management. Voyage au centre des organisations*, 2e ed, Editions d'organisation.

MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes : éditions ENSP, P. 332, 368 p.

REYNAUD, J.D., 1993, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Paris : Editions Armand Colin.

Publications officielles/rapports/communications

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, JO du 5 mai.

Assemblée nationale, 19 mars 2003, *Rapport sur l'organisation interne des hôpitaux*, n°714, R. COUANAU, 75p.

BUREAU D., MOUGEOT M., 2007, *performance, incitations et gestion publique*, Rapport du conseil d'analyse économique n°66, Paris : La documentation française, 136.

Cour de comptes, 2002, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

Cour des Comptes, 22 février 2006, « *chapitre : la politique de périnatalité* », in rapport public annuel.

Cour des comptes, 01 septembre 2006, « *chapitre : Le pilotage de la politique hospitalière* », PP. 153-202, in Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Cour des comptes, mai 2006, rapport thématique, *les personnels des établissements publics de santé*, 102 p.

Conférence des directeurs généraux des CHU, Conférence des présidents de CME des CHU, 2006, « *L'évolution de la politique des ressources humaines au service de la stratégie* » in Livre blanc : le management des CHU. Réalisations, projets.

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers, 21 décembre 2006, « *L'hôpital demain : régulations et performances, le projet des directeurs* ».

GODET M. / ed, janvier 2007, *Prospective stratégique, problèmes et méthodes*, 2e ed, Cahiers du LIPSOR (Cahier n°20), Paris : librairie des arts et métiers, 101 p.

GONNET F., 1994, *Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics*, colloque de Cerisy.

HUET B., COLLIN F., GAMBLIN I., et al., « *Prise en charge globale du couple mère enfant en maternité : expérience rennaise* », in BIARRITZ, Congrès national de périnatalogie, 12 juillet 2006, pp. 109-115.

Pr. G. BREART, Pr. F. PUECH, Pr. J.C. ROZE, septembre 2003, *Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale*.

DHOS - Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques.

DESSERTAINE G., 2006, « *de la genèse à la réalisation d'un projet hospitalier : l'exemple de l'ouverture du pôle femme mère enfant aux HCL* » - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.

DUBOIS P., 2005, « *Contraintes et leviers de la mise en place des pôles d'activité au centre hospitalier de Chambéry* »- Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.

Lois et règlements

LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique.

circulaire DHOS/F1/MTAA/2006 n° 376 du 31 août 2006 - dite circulaire frontière - relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

Revues

MAHIEU C., « *L'émergence de l'intrapreneur dans les entreprises* », « *Entreprises & Carrières* », n°851, avril 2007, P. 28-32.

KLEIBER C. 1997, « *Organisation du changement à l'hôpital* », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, n°2, P. 218-228.

ROUGE JF., septembre 2007, « *Nos entreprises étouffent sous les procédures internes - entretien avec JM DESCARPENTRIES, ancien PDG de Bull* », *Management*, n°145, P. 96-99.

JAFFRE D., mai 2007, « *A la recherche de l'efficience hospitalière* », *Objectifs soins*, n°156, pp. 13-15.

Documents électroniques

www.aphp.fr

www.chu-rennes.fr

www.arh-bretagne.fr

www.fhf.fr

www.meah.sante.fr

www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr

Documents émanant du CHU

Projets d'établissement 1993, 2000, 2006 et leurs bilans annuels

Avant-projet sommaire (2000) et définitif (2001)

Projet Femme-enfant et les bilans annuels

La nouvelle contractualisation interne (2003)

Guide de la gouvernance, chapitre « ressources humaines », gestion des organisations et du temps de travail.

Projet Femme-enfant. Propositions d'adaptation au Plan Directeur et aux objectifs institutionnels du CHU

Liste des annexes

- I. Grille d'entretien et personnes rencontrées
- II. La montée du New Public Management (NPM) dans le système de santé
- III. Les sept formes d'organisation selon H. MINTZBERG
- IV. Découpage polaire du CHU de Nantes
- V. Les orientations stratégiques du CHU à travers les projets d'établissements
- VI. La nouvelle contractualisation interne au CHU de Rennes, Direction des finances et du contrôle de gestion
- VII. L'analyse des restructurations hospitalières par l'Observatoire des restructurations hospitalières
- VIII. Implications de la mise aux normes des fonctionnements sur un, deux, trois sites
- IX. Configurations de l'Hôpital sud suite aux modifications du Plan Directeur
- X. Vue d'ensemble des travaux de l'Hôpital sud
- XI. Le triangle grec (M. GODET)
- XII. les pôles du CHU

ANNEXE I Grille d'entretien et personnes rencontrées

1) Quel état des lieux pouvez-vous dresser du projet Femme-enfant ? Quel est votre état d'esprit ?

2) Y'a-t-il eu ou va-t-il y avoir restructuration au sens d'action de réorganiser un ensemble devenu inadapté ? Si l'objectif est peu ou pas atteint,

- pourquoi ?
- l'organisation polaire et le nouveau management est-elle de nature à relancer le projet ?

3) La stratégie générale du CHU vous semble-t-elle lisible et adaptée ?

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du Conseil Exécutif ?
- Comment voyez-vous les valeurs qui semblent émerger du nouveau management (équité, coopération, efficacité notamment) ?
- Quels sont vos espoirs d'une stratégie déclinée au niveau du pôle ?

4) Qu'attendez-vous de la déconcentration de gestion ? Comment voyez-vous le rôle du directeur délégué auprès de votre pôle ?

5) Au bilan, le patient est-il plus au centre de l'organisation ?

Mme V. BAUDRY, assistant de gestion pour les pôles Femme-enfant
M. B. BAGOURD, ingénieur en chef à la direction des travaux et du plan
Mme O. COMPARET, chef de projet adjoint pour l'hôpital Femme-enfant
Pr. CORMIER, chef du pôle laboratoires
M. le Dr. DABADIE, responsable des services nourrissons et nutrition pédiatrique
Mme S. DELAGE, directeur délégué auprès des pôles Femme-enfant
Mme A. FRESNEL, médecin du département d'information médicale
M. A FRITZ, directeur général du CHU de Rennes
Mme T. GAUTIER, directeur des soins pour les pôles Femme-enfant, neurosciences, orthopédie-traumatologie-rhumatologie et odontologie
Mlle S. GENTILHOMME, contrôleur de gestion pour les pôles Femme-enfant
Mme A. GERBEAU, ingénieur logistique à la direction des logistiques hospitalières
Mme H. GILARDI, directeur des finances et des systèmes d'information
Pr. GRALL, chef du pôle obstétrique gynécologie et médecine de la reproduction
Mme B. HUET, Cadre supérieur Sage-femme du pôle obstétrique gynécologie et médecine de la reproduction
Mme L. JAY-PASSOT, directeur délégué auprès des pôles neurosciences, anesthésie réanimation SAMU, orthopédie-traumatologie-rhumatologie, odontologie
M. JR. LEDOYEN, coordonnateur général des soins
Mme M. LEGIER, chef du bureau personnel des pôles Femme-enfant
Pr. LEGALL, chef du pôle pédiatrie et génétique clinique
M. M. MLEKUZ, directeur des affaires médicales
Mme M. NICOLLE, Cadre supérieur du pôle pédiatrie et génétique clinique
M. P. NOURY, directeur des travaux et du plan
Mme B. PENHOUE, cadre de santé à l'accueil médicochirurgical pédiatrique
M. P. PLASSAIS, directeur du plateau medicotechnique
Mme A. RIMBERT, directeur de la qualité et de la gestion des risques
Mme SAL-SIMON, directeur des ressources humaines
M. H SERPOLAY, ingénieur en chef biomédical

ANNEXE II La montée du New Public Management (NPM) dans le système de santé

Largo sensu, le NPM est un mouvement idéologique et politique durable qui a transformé l'organisation et la gestion d'une vaste gamme d'organisations publiques, y compris des services de santé. D'origine anglo-saxonne, il se caractérise par l'influence du marché sur l'administration publique et recommande par conséquent que soient appliqués les principes de la gouvernance d'entreprise aux administrations publiques.

Selon le « Governance Institute » des hôpitaux américains à but non lucratif, la gouvernance est « un ensemble de structures et de processus qui définissent les

orientations stratégiques de l'organisation (mission, vision, valeurs, objectifs) et les moyens par lesquels les ressources humaines et financières, dont dispose cette organisation, sont allouées et utilisées afin d'atteindre, de la manière la plus efficace possible, les orientations stratégiques définies »⁷⁹ (2004).

Le NPM ne se réduit pas à un ensemble de nouvelles techniques de gestion (comme la Gestion de la Qualité Totale ou la reformulation des processus de travail (Business Process Reengineering). Il constitue un regroupement de principes de gestion qui ont été caractérisés comme l'expression idéologique du néo-taylorisme. P. MORDELET⁸⁰ parle à cet égard de « corporatisation des hôpitaux publics » définie comme « un modèle d'organisation hybride entre la propriété sociale publique d'une organisation et sa privatisation », tendant à transformer les hôpitaux en entreprises paraétatiques (« para-statal corporations⁸¹ ») selon un triple processus :

- Augmentation de l'autonomie de gestion de l'organisation, par rapport à l'administration publique ;
- « Corporatization » (application des règles de la gouvernance d'entreprise) ;
- Transfert progressif et complet de l'organisation, du secteur public, vers une gestion privée.

Cela s'est traduit par la création des trusts hospitaliers au Royaume Uni à partir de 1991, et des « entreprises de santé » en Nouvelle Zélande ou encore « entreprises publiques » en Espagne.

Pour E FERLIE⁸², quatre principales caractéristiques du NPM peuvent être déclinées :

- « Course à l'efficacité »: Il s'agit des techniques classiques du néo-taylorisme décrites par POLLITT⁸³ et qui visent à « en avoir plus pour son argent » ou à « faire plus avec moins », dans une perspective de gestion quantitative et de structures hiérarchiques bien établies;
- « Coupures et décentralisation » : Il s'agit de réduire la taille des organisations, de simplifier leur structure hiérarchique et de les déconcentrer. Cette tendance est parfois qualifiée de post-fordisme : la gestion hiérarchique est remplacée par la gestion contractuelle; la déconcentration des organisations à forte intégration verticale peut éventuellement se faire au détriment des gestionnaires intermédiaires.

⁷⁹ MORDELET, Ibid., P. 43.

⁸⁰ MORDELET P., ibid., P. 47.

⁸¹ Cité par MORDELET P., PREKER A, HARDING A (dir), 2003, Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals, The World Bank, Washington DC

⁸² FERLIE E., 1997, « les cliniciens et la nouvelle gestion publique : adaptation plutôt que déprofessionnalisation radicale », Rupture, revue transdisciplinaire en santé, vol. 4, n°2, pp. 2006-217.

⁸³ POLLITT C., 2003, « réforme de la gestion publique : connaissance du contexte et expérience internationale », revue de l'OCDE sur la gestion budgétaire, vol. 3.

- « Recherche de l'excellence », Il s'agit des modèles de gestion qui reposent sur des approches qualitatives et sur les ressources humaines. Très populaires dans les années 1980, ces modèles valorisent à nouveau le leadership et la culture organisationnelle : « la gestion du changement » en constitue le maître mot.
- « Esprit de service public » : Il s'agit d'un regroupement de tendances que l'on retrouve dans le secteur public. La notion de citoyen continue à dominer celle de consommateur. On insiste sur la participation, sur l'engagement des usagers et sur la prestation de services de qualité. En même temps, on admet les critiques qui visent le modèle de l'administration publique et on en tient compte.

Ces quatre grands traits du NPM marquent aujourd'hui l'évolution de l'organisation hospitalière des pays développés. Le but est bien de faire évoluer la « bureaucratie professionnelle » que constitue traditionnellement l'hôpital en une nouvelle organisation moins fractionnée.

ANNEXE III Les sept formes d'organisation selon H. MINTZBERG

H. MINTZBERG distingue sept formes d'organisation :

- « l'organisation entrepreneuriale ou structure simple » : elle se limite à une unité composée de un ou plusieurs dirigeants et d'un groupe de salariés. Elle fonctionne sur le mode de la supervision directe. On la rencontre dans les entreprises jeunes et les PME ;
- « l'organisation mécaniste ou bureaucratie industrielle » : la coordination passe par la standardisation des procédés et par des postes spécialisés d'un niveau de compétence faible. Par exemple, la Poste, une prison, un constructeur automobile;
- « la bureaucratie professionnelle » : la coordination est assurée par la normalisation des compétences et non des procédés. Elle a recours à des opérationnels dûment formés et leur laisse une grande latitude. C'est la structure qu'adoptent souvent les hôpitaux, les universités, les cabinets comptables, les services d'action sociale ;
- « l'organisation divisionnelle » : elle est constituée d'unités définies sur la base des produits ou du marché, contrôlée par une direction générale. Cette configuration concerne les grandes entreprises industrielles ou de service de type conglomérat: Du Pont de Nemours, General Motors sont des exemples de structures divisionnelles ;
- « l'adhocratie » ou organisation innovatrice : il s'agit d'une structure fluide où la coordination s'opère par ajustement mutuel au moyen de communication informelle. Elle concerne des activités tournées vers l'innovation avec des personnels hautement qualifiés. On la trouve dans des secteurs comme l'industrie aérospatiale, la pétrochimie, le conseil, l'informatique...

Dans une seconde étape, H. MINTZBERG ajoutera deux configurations : « l'organisation missionnaire », centrée sur l'idéologie de l'organisation où la coordination est fondée sur la standardisation des normes et des croyances (il cite les entreprises à forte culture comme Toyota et Hewlett Packard ou des organisations du type ONG, kibboutz, etc.) ; l'organisation politique, centrée sur les conflits de pouvoir.

ANNEXE IV découpage en pôles du CHU de Nantes⁸⁴

Modèle de constitution de découpage en pôle – CHU de Nantes

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

⁸⁴ Colloque AEAE sur la nouvelle gouvernance à l'hôpital à Lyon le 11/02/04, cité par DUBOIS P., 2005, Contraintes et leviers de la mise en place des pôles d'activité au centre hospitalier de Chambéry.- Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.

ANNEXE V Les orientations stratégiques du CHU à travers les projets d'établissements

1^{er} projet d'établissement – années 1993-1998 :

Il exprime une seule orientation stratégique générale, contenue dans le projet médical : la réorganisation des trois sites hospitaliers MCO en ensembles cohérents. « La réflexion d'avenir doit se faire autour de la notion de regroupement » :

- Rapprochements des disciplines complémentaires ou connexes en fonction des pathologies, organes, moyens lourds ;
- Recherche de cohérence, d'équilibre et d'identité dans une perspective de ne conserver que deux établissements MCO et d'affecter l'Hôtel-dieu aux personnes âgées.

2^{ème} projet d'établissement – années 2000-2004 :

Onze orientations stratégiques :

- Répondre aux priorités nationales et régionales de santé publique ;
- Mettre en place des organisations et des modalités de fonctionnement centrées sur les patients ;
- S'ouvrir sur l'environnement et rechercher des complémentarités ;
- Répartir les activités médicales sur trois sites dédiés ;
- Promouvoir la recherche et les innovations médicales ;
- Renforcer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- Poursuivre les efforts de formation ;
- Assurer la qualité de vie au travail ;
- Accentuer le développement du système d'information hospitalier ;
- Engager une politique active de communication interne et externe ;
- Consolider l'analyse financière.

Le suivi des orientations stratégiques s'est réalisé à travers 350 actions. Le tableau suivant permet d'en mesurer l'ampleur. Il ne rend cependant compte que des deux sites « aigus » Pontchaillou et Hôpital sud. En outre, le suivi exhaustif des actions prises sur le fondement des orientations définies en 2000 a cessé après 2004.

Année	Orientations	Action
2000	orientation n°4 « répartir les activités médicales en trois ensembles »	Action n°30 : « ouverture du pavillon Pointeau du Ronceray rénové au profit du service de maladies de l'appareil digestif (février 2000) ainsi que le <u>regroupement de la chirurgie viscérale</u> , en provenance de l'Hôpital sud, au sein du bloc Pontchaillou en 2000 (juillet)
2001	Orientations n°6, 7, 8 renforcer la GPEC, poursuivre les efforts de formation, assurer	action n°54 : accompagnement social des opérations de restructuration

	la qualité de vie au travail	
	Orientation n°2 « mettre en place des organisation et des modalités de fonctionnement centrées sur le patient »	action n°48 : contribuer à la mise en œuvre du <u>réseau périnatalité</u> , organisation entre établissements et structures destinés à orienter et accueillir les parturientes et nouveau-nés des secteurs 5 et 6 dans les structures de prise en charge les plus appropriées aux soins que requièrent leur état de santé et celui de leur enfant, charte signée en juin 2001.
2002	orientation n°4 « répartir les activités médicales en trois ensembles »	action n°54 : conduire la réalisation de l'hôpital femme enfant, <u>mise aux normes des structures</u> : concours d'architecture lancé, maître d'œuvre choisi, mise aux normes des fonctionnements : création de 13.03 ETP accordés dans le cadre du COM, a permis d'améliorer le fonctionnement dans les unités d'obstétrique, réanimation néonatale et néonatalogie ; action n°47 contribuer à la mise en œuvre du <u>réseau périnatalité</u> mais en attente de décision concernant les capacités en lits de néonatalogie, insuffisants au regard de l'évolution de la démographie ; action n°57 : <u>regrouper les services d'orthopédie traumatologie</u> sur le site de Pontchaillou, mise en place d'un comité de pilotage en juillet 2001 ; action n°58 : <u>transférer le service de chirurgie vasculaire</u> , l'intégrer dans le CCP (début réflexion) idem action n°59 : implanter l'unité de nutrition sur Pontchaillou.
2003		action n°55 : <u>regrouper les services d'orthopédie traumatologie</u> sur Pontchaillou, unité de traumatologie déménagée en juillet 2003 ; action 51 : <u>lancement du réseau périnatalité</u> , suite à accord d'extension des lits action n°63 : pour la réalisation de l'hôpital femme enfant, <u>appel d'offres</u> pour un marché de maîtrise d'ouvrage ; en parallèle, projet de restructuration de l'aile du 4è pour accueillir la gynécologie et mise en sécurité incendie, début travaux prévu pour mai 03 pour une durée de 16 mois ; continuation de <u>la mise aux normes de fonctionnement</u> : 16,55 postes accordés au

	<p>titre du contrat d'objectifs et de moyens ;</p> <p>action n°65 : étudier la prise en charge de la <u>chirurgie de spécialité pédiatrique</u> : <i>la neurochirurgie et l'ORL devront impérativement être réalisés à l'Hôpital sud car le risque vital est en jeu, pas l'OPH⁸⁵</i> ;</p> <p>action n°66 : réorganiser <u>l'unité d'oncologie pédiatrique</u> ;</p> <p>action n°67 : <u>regrouper les deux services de gynécologie</u> sur l'Hôpital sud, après le transfert de la sénologie à l'institut de cancérologie et la fermeture de 10 lits de gynécologie à l'Hôtel-dieu et départ du service de sénologie à Pontchaillou pour accueillir en février 2003 la gynécologie de l'Hôtel-dieu</p>
--	--

3^{ème} projet d'établissement – années 2006-2010 :

Il s'inscrit dans le prolongement du projet d'établissement 2000-2004 qui dit-il, « a fixé les orientations d'une politique d'établissement de long terme ». Il entend aussi prendre en compte les mutations en cours et fixer le cadre des adaptations nécessaires. Au cours des prochaines années, le CHU de Rennes dit vouloir « poursuivre ce qui a constitué les fondements même de sa politique d'établissement, c'est-à-dire :

- la réalisation du Plan Directeur en perspective du regroupement des trois ensembles dédiés : Femme-enfant (Hôpital Anne de Bretagne), médico-chirurgical adultes (Pontchaillou) ; personnes âgées (Hôtel-dieu, La Tauvrais),
- l'évolution de son système d'information, à travers la mise en œuvre du projet SYNAPSE, qui constituera le grand chantier des cinq prochaines années,
- le déploiement de la démarche qualité en perspective de la seconde procédure d'accréditation-certification à laquelle l'établissement sera soumis,
- la consolidation de l'analyse médico-économique dans le contexte nouveau de la tarification à l'activité et de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses,
- l'accentuation de ses efforts de communication interne et externe ».

Le CHU identifie par ailleurs trois types d'enjeux qui devront déterminer sa conduite :

- Assurer ses missions de soins, d'enseignement et de recherche dans le meilleur équilibre possible.

En tant que Centre Hospitalier Universitaire, l'établissement a la responsabilité d'assurer une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Par ailleurs, face aux enjeux de santé publique, la gamme des soins qu'il doit prendre en charge va des soins dits de

⁸⁵ Ce point, malgré la tonalité impérative, n'est toujours pas tranché.

proximité, aux soins de recours et aux soins dits de référence, caractérisés par une haute spécialisation et l'innovation.

Dans un contexte concurrentiel marqué, il doit consolider ce qui fait sa spécificité. La recherche, en particulier, doit relever d'une véritable obsession institutionnelle. Il ne peut toutefois se limiter aux activités de recours, de référence ou de recherche et se désintéresser des soins de proximité, au risque d'une part de fragiliser son recrutement et d'autre part de ne pouvoir répondre à ses missions d'enseignement.

➤ Etablir son positionnement stratégique au sein de plusieurs territoires de santé

En référence aux missions qui lui incombent et aux orientations des schémas régional et interrégional de l'organisation sanitaire, le CHU de RENNES est confronté à une juxtaposition de territoires de santé au sein desquels il doit fixer son rôle et ses activités :

§ Rennes Métropole, au regard de la forte présence de plusieurs établissements de santé privés,

§ le secteur sanitaire n°5, en considération des autres établissements de santé publics dont l'avenir est en questionnement,

§ la région Bretagne, qui, outre les centres hospitaliers de référence, comprend le CHU de BREST,

§ la région Grand Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Centre, Poitou-Charentes) qui compte sept CHU-CHR, dont celui de Nantes très proche géographiquement.

➤ Rechercher une organisation rationnelle et efficiente

Dans son ensemble, l'organisation hospitalière apparaît anachronique et peu adaptée à la prise en charge optimale du patient et à la recherche du meilleur rapport qualité coût. Le cloisonnement et la segmentation des structures, la lourdeur des procédures, l'absence de fluidité sont justement dénoncés. Les structures, les organisations et les modalités de fonctionnement n'ont de pertinence et de légitimité que centrées sur le patient.

La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, à travers la constitution des pôles d'activité, participe de cette préoccupation. Sa réussite nécessite une approche délibérément tournée vers les processus, les flux, les transversalités, les liaisons et articulations de toute nature. Elle appelle la meilleure conjugaison possible entre l'indispensable cohérence institutionnelle et la nécessaire souplesse de fonctionnement au quotidien.

ANNEXE VI La nouvelle contractualisation interne au CHU de Rennes (Direction des finances et du contrôle de gestion)

I – LA PHILOSOPHIE DU PROJET

La nouvelle philosophie de la démarche de contractualisation interne retenue par le Comité Stratégique du 20 décembre 2002 tient dans la formulation de l'objectif 1 « Fonder le management du CHU de Rennes sur les projets des centres de responsabilité et faire de la contractualisation interne l'outil de leur mise en œuvre ».

La notion de contrat de projet de centre de responsabilité répond à cet objectif. Elle apporte :

- une plus grande lisibilité des projets et priorités des centres de responsabilité,
- une plus grande transparence dans les modalités d'allocation des ressources dont dispose l'institution,
- un élargissement du champ de la gestion déconcentrée aux Centres de Responsabilité,
- une mobilisation et un investissement plus important des différentes catégories d'acteurs de l'établissement dans la démarche de contractualisation,
- une attention plus grande portée aux résultats et à la performance des CR
- **l'engagement dans la durée sur des projets** : la démarche de contractualisation se déroule avec chaque centre de responsabilité dans un cadre pluriannuel qui décline en actions et objectifs les projets retenus.
- la **confiance** dans les individus et les équipes quant à leur capacité à assumer et rendre compte des responsabilités qui leur sont déléguées.
- la **transparence** au sein de l'institution : transparence des objectifs et moyens inscrits aux contrats, transparence des résultats intermédiaires et finaux, transparence des adaptations éventuellement apportées en cours de contrat.
- **l'évaluation** : évaluation des résultats des équipes, des organisations et des investissements dans le cadre de la gestion déconcentrée.
- un cadre temporel élargi pour réaliser les objectifs fixés et plus en phase avec les cycles institutionnels

Entrer dans la démarche de contractualisation interne implique une adhésion des deux parties à ces objectifs et au-delà à cette nouvelle approche de la gestion hospitalière. C'est pourquoi il a paru nécessaire de viser expressément au contrat de projet une charte exposant ces éléments qui constitue donc un élément fondamental du nouveau dispositif contractuel.

Le contrat proprement dit reste le résultat d'une négociation entre les deux parties s'appuyant chacune sur des projets structurés et connus et se traduit par la fixation d'un certain nombre d'objectifs faisant chacun l'objet d'une présentation détaillée grâce à un support standardisé. A ces fiches par objectif sont associés un certain nombre d'éléments

obligatoires qui se rapportent notamment aux moyens, aux prévisions de production et aux contraintes institutionnelles et qui sont détaillés dans les pièces annexes du contrat.

II – LES OBJECTIFS DE LA CONTRACTUALISATION INTERNE DU CHU DE RENNES

La contractualisation interne au CHU de Rennes vise à développer un mode de management innovant fondé sur la gestion de proximité et l'intégration des logiques médicales, soignantes, logistiques et administratives dans une dynamique commune.

Cette démarche s'organise autour de quatre objectifs :

Un objectif principal:

Fonder le management du CHU de Rennes sur les projets des centres de responsabilité et faire de la contractualisation interne l'outil de leur mise en œuvre.

Trois objectifs associés :

Ces trois objectifs associés constituent des choix de méthode et d'organisation dont la mise en œuvre doit faciliter la réussite et la pérennité du projet inscrit dans l'objectif principal.

1. Accroître l'autonomie de gestion des centres de responsabilité et la responsabilisation des acteurs.
2. Organiser les structures dans l'objectif d'impliquer tous les acteurs et de favoriser l'émergence de projets transversaux.
3. Rechercher une efficacité accrue dans la gestion et l'utilisation des ressources disponibles.

ANNEXE VII L'analyse des restructurations hospitalières par l'Observatoire des restructurations hospitalières

Un observatoire des recompositions des activités des établissements de santé, créé sous l'égide du Ministère de la Santé en 2003, s'est vu confier l'analyse et le suivi des opérations de restructuration et la promotion de bonnes pratiques en cette matière. L'observatoire a succédé à l'atlas des recompositions hospitalières créé en 1998, suite à la disparition de la carte sanitaire au profit des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Dans son rapport 2004 sur les opérations conduites entre 2002 et 2004, l'observatoire identifie quatre types d'objectifs : l'adaptation de l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé (opération qui implique les établissements publics et privés à parité), l'optimisation des moyens (sous forme de regroupement de structures, d'activités ou de plateaux techniques, et la mutualisation des moyens en personnel, cela concerne d'abord le secteur privé), le maintien de l'offre de soins (sous forme de coopération public – privé essentiellement) et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (objectif assez transverse à toutes les opérations).

L'observatoire relève que ce mouvement s'est traduit par une réduction de 13% du nombre d'établissements entre 1992 et 2000 et par une baisse des capacités en lits (75000 lits fermés en dix ans), avec un ratio lits/population pour 1000 habitants qui est passé de 5,1 en 1994 à 4,4 en 2002. Depuis 1999, Il a recensé 566 opérations dont 249 sont achevées (102 dans le secteur public) et 299 opérations sont en cours ou en projet (95 dans le secteur public). Les opérations internes au secteur public sont les plus nombreuses selon l'observatoire, suivies des partenariats public/privé et des recompositions des établissements privés. L'observatoire ajoute que cette supériorité du secteur public reflète simplement l'antériorité de la recomposition hospitalière dans ce secteur.

Le rapport de la cour de comptes de 2002 cependant met en cause l'efficacité des opérations de restructurations conduites jusque là car la situation budgétaire des établissements concernés ne s'est pas améliorée et juge la politique de restructuration française « très modeste », notamment au regard de la situation d'autres systèmes hospitaliers dans l'OCDE. Citons les expériences britannique, canadienne ou suédoise qui font sortir les hôpitaux publics de leurs traditionnels, implantant des polycliniques ou des centres de diagnostic au coeur des villes, et s'investissant même dans la prévention et les soins de proximité. D'autres pays ont procédé dans les années 1980 et 1990 à la fermeture de petits hôpitaux et à la fusion d'établissements plus importants, avec l'objectif de réduire les coûts de fonctionnement et les moyens financiers alloués à ces établissements fusionnés. Et dans le même temps en France, les hôpitaux publics ont continué à voir leurs budgets augmenter.

Selon P. MORDELET⁸⁶, cet échec des restructurations se retrouve dans tous les secteurs de l'hospitalisation publique, qu'il s'agisse des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers ou des CHU. Les fusions de grands centres hospitaliers auraient dû s'accompagner de regroupement d'activités et de suppression de services redondants. « Cela aurait permis de réduire les coûts de fonctionnement de ces hôpitaux d'au moins 10% à 20 % ». Il explique aussi que la situation est très différente pour le secteur privé, qu'il soit PSPH ou commercial. La logique économique et la loi du marché y prédominent. Il cite le cas de la région Ile-de-France où la moitié des cliniques privées commerciales a fusionné ou fermé ses portes. « Cette situation est vraiment préoccupante pour l'avenir car le renouveau de l'hôpital public dépendra avant tout de sa capacité à se moderniser, à se réorganiser et à se restructurer ».

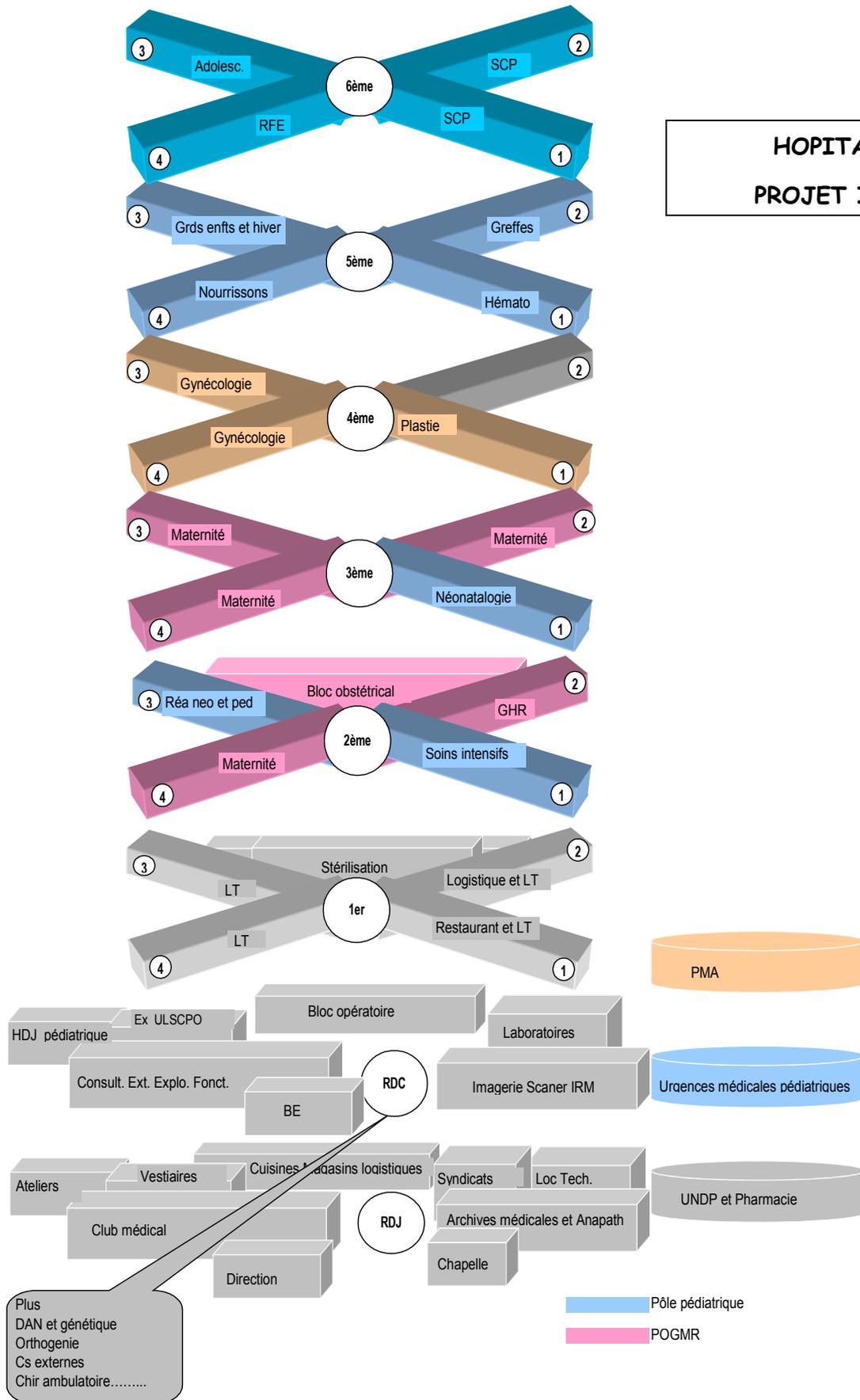
⁸⁶ MORDELET, Ibid

ANNEXE VIII Implications de la mise aux normes des fonctionnements sur un, deux, trois sites

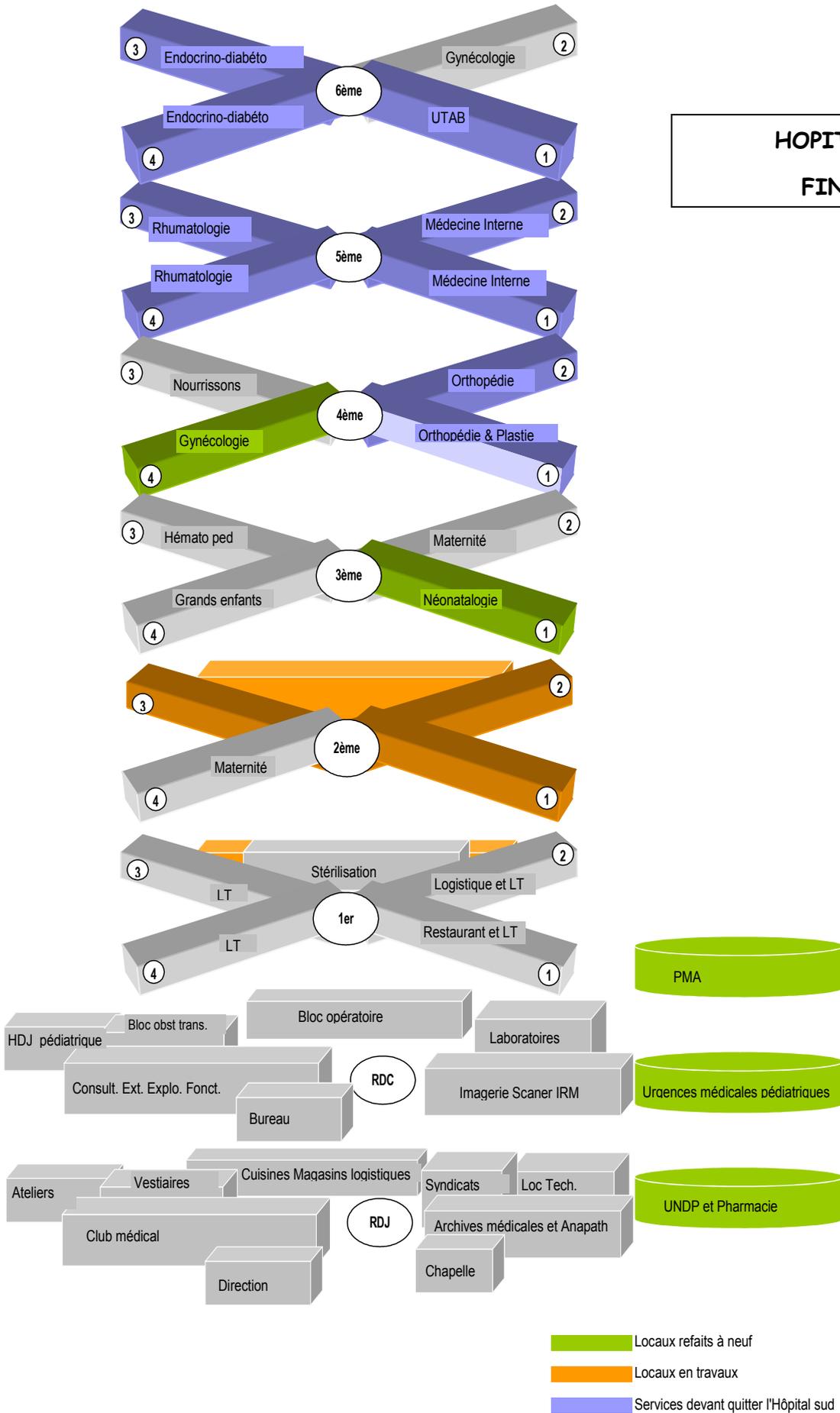
Grades	Secteur d'activité	Effectifs actuels réels	Effectifs nécessaires sur 3 sites	Ecart eff.actuel / besoins 3sites	Effectifs nécessaires sur 2 sites HD-Hsud	Ecart eff.actuel / besoins 2 sites	Effectifs nécessaires sur 1 site	Ecart eff.actuel / besoins 1 site
Sage-femme	Obstétrique	46,43	76,84	30,41	76,84	30,41	75,59	29,16
Cadre Sage-femme	Obstétrique	4,00	4,00	0,00	4,00	0,00	5,00	1,00
Total Sage-femme		50,43	80,84	30,41	80,84	30,41	80,59	30,16
Puéricultrice	Obstétrique	3,05	5,87	2,82	5,87	2,82	4,12	1,07
	Néo-Nat-Réa	58,33	99,79	41,46	99,79	31,46	99,79	31,46
	Sint.- CCI	10,00	10,00	0,00				
Total Puéricultrice		71,38	115,66	44,28	105,66	34,28	103,91	32,53
AS / AP	Obstétrique	69,09	116,60	47,51	116,60	47,51	116,06	46,97
	Néo-Nat-Réa	33,98	22,25	-11,73	21,00	-17,98	21,00	-17,98
	Sint.- CCI	5,00	5,00	0,00				
Total AS / AP		108,07	143,85	35,78	137,60	29,53	137,06	28,99
ASH	Obstétrique	27,75	8,25	-19,50	8,25	-19,50	6,25	-21,50
	Néo-Nat-Réa	8,45	4,37	-4,08	3,75	-4,70	3,75	-4,70
	Sint.- CCI	0,00	0,00	0,00				
Total ASH		36,20	12,62	-23,58	12,00	-24,20	10,00	-26,20
Total Général		266,08	352,97	86,89	336,10	70,02	331,56	65,48

ANNEXE IX Configurations de l'Hôpital sud suite aux modifications du Plan Directeur

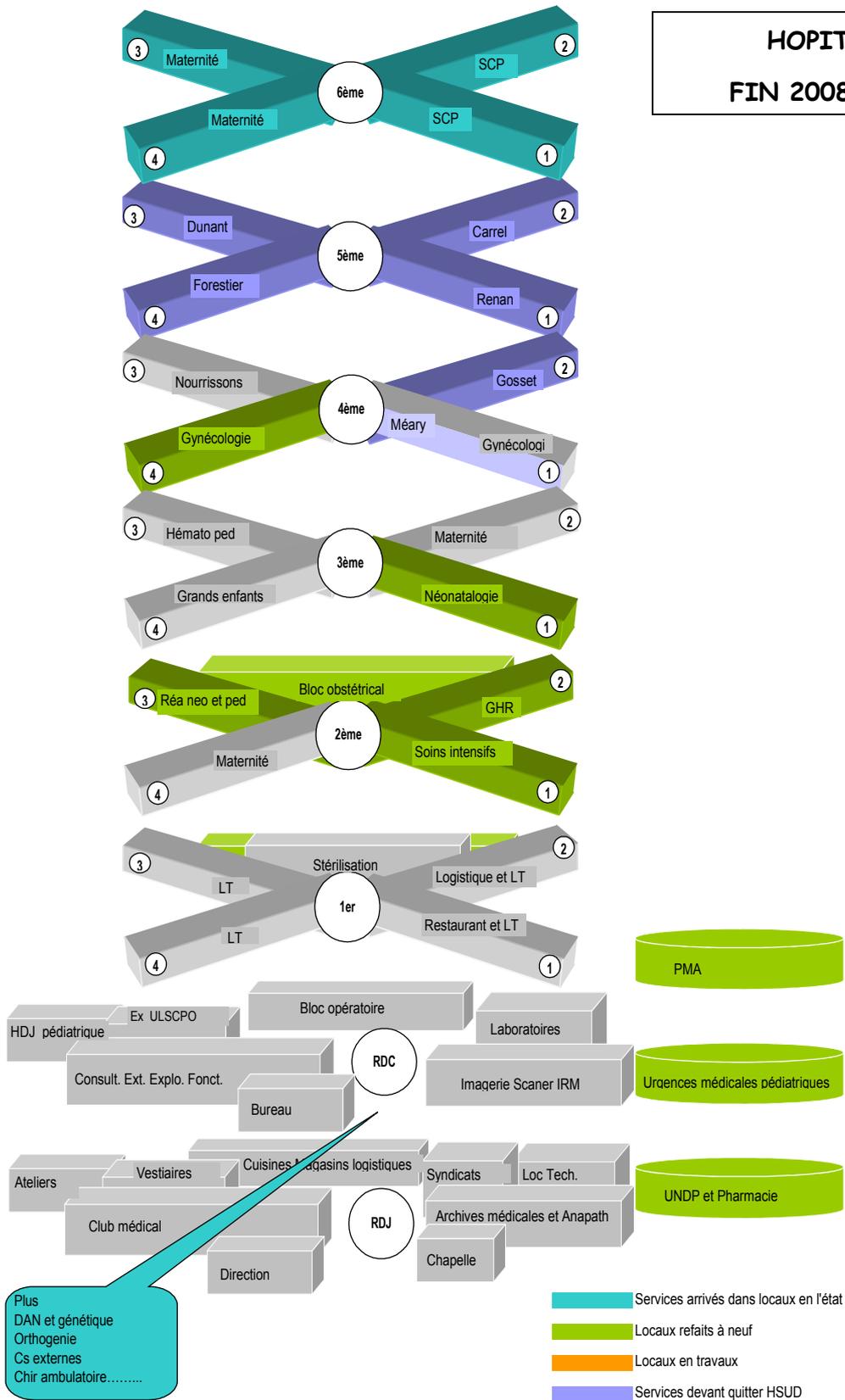
HOPITAL SUD
PROJET INITIAL



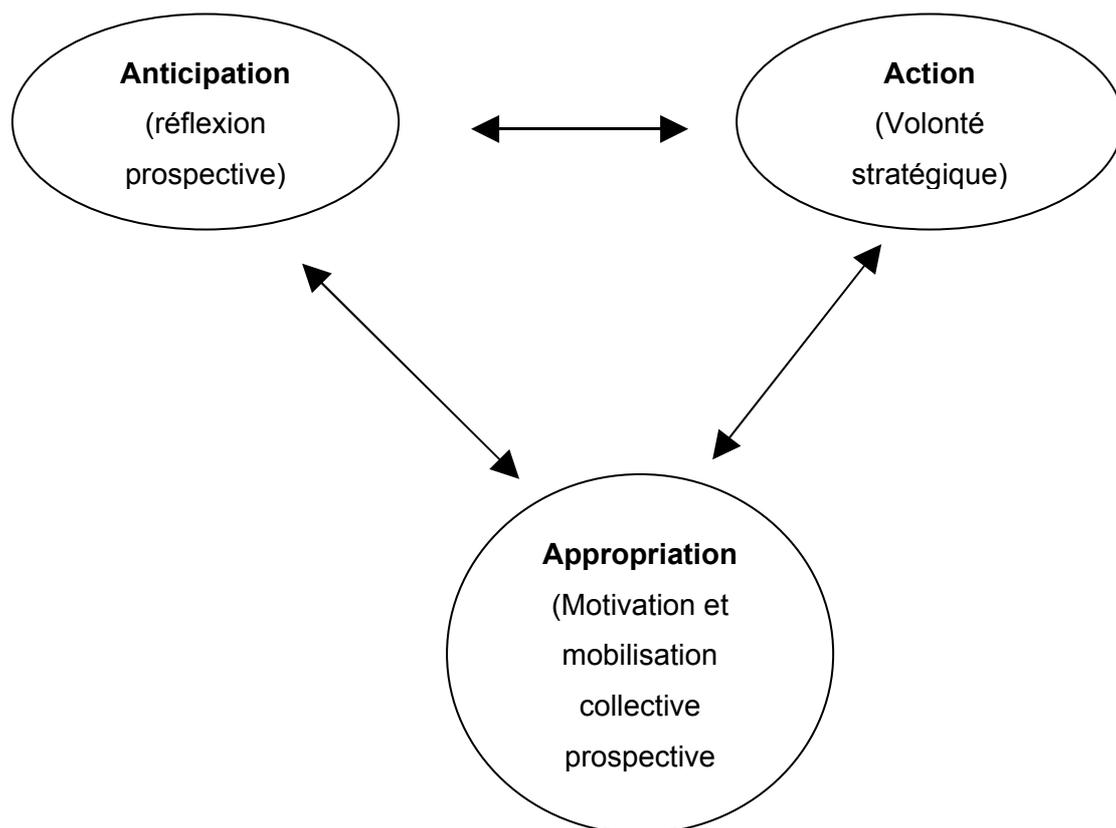
**HOPITAL SUD
FIN 2007**



ANNEXE X Vue d'ensemble des travaux de l'Hôpital sud



ANNEXE XI Le « triangle grec » selon M. GODET



ANNEXE XII les pôles du CHU

POLES	STRUCTURES MEDICALES COMPOSANT LE POLE
Pôle imagerie et explorations fonctionnelles	Service de radiologie et imagerie médicale Service des explorations fonctionnelles
Pôle micro-organismes	Service de bactériologie-virologie et d'hygiène hospitalière Laboratoire de parasitologie-mycologie
Pôle cellules et tissus	Service d'anatomie et cytologie pathologiques Service d'hématologie-immunologie et thérapie cellulaire Service de cytogénétique et biologie cellulaire
Pôle molécules	Service de biochimie et génétique moléculaire (intégrant l'unité fonctionnelle de pharmacologie biologique)
Pôle pharmacie	Service de pharmacie-Pontchaillou Service de pharmacie-Hôpital Sud Service de pharmacie -Hôtel Dieu Service des achats pharmaceutiques
Pôle accueil-urgences, post accueil et médecine interne, gériatrie	Service d'accueil et de traitement des urgences Service de médecine interne Service de médecine gériatrique Service de médecine légale et médecine pénitentiaire Centre anti poison
Pôle anesthésie- réanimation et samu	Service d'anesthésie réanimation chirurgicale I Service d'anesthésie réanimation chirurgicale I - SAMU SMUR
Pôle thoracique-vasculaire et métabolique	Service de pneumologie Service de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire Service de cardiologie et maladies vasculaires Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition
Pôle gynécologie obstétrique et médecine de la Reproduction	Service d'obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction humaine Service de chirurgie plastique
Pôle neurosciences	Service de neurochirurgie Service de neurologie Service d'ophtalmologie Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo faciale Service de psychiatrie adultes et de psychologie médicale

POLES	STRUCTURES MEDICALES COMPOSANT LE POLE
Pôle orthopédie-traumatologie-rhumatologie	Service de chirurgie orthopédique et traumatologique Service de rhumatologie
Pôle odontologie	Service d'odontologie et chirurgie buccale
Pôle pédiatrie (médico chirurgicale) et génétique Clinique	Service de médecine de l'enfant et de l'adolescent Service de chirurgie pédiatrique
Pôle médecines spécialisées	Service des maladies infectieuses et réanimation médicale Service de dermatologie Service d'hématologie clinique Service de néphrologie
Pôle médecine et soins de support	Service de médecine physique et réadaptation Ce pôle comprend également les activités : diététique, centre d'évaluation et de traitement de la douleur, plateaux techniques de kinésithérapie, psychologues, service social des malades, unité mobile de soins palliatifs
Pôle abdomen	Service des maladies de l'appareil digestif Service de maladies du foie Service d'urologie Service de chirurgie viscérale
Pôle recherche - épidémiologie-santé publique	Centre d'investigation clinique Service de pharmacologie (à l'exception de l'unité fonctionnelle de pharmacologie clinique) Service d'épidémiologie et de santé publique
Pôle systèmes d'information et de pilotage	Service d'information médicale

ANNEXE XIII

