



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2000

**LES ENJEUX ORGANISATIONNELS ET
MANAGERIAUX D'UN PROJET DE
REORGANISATION INTERNE EN POLES
PAR PATHOLOGIES AU CENTRE
HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE**

Estelle PLAN

SOMMAIRE

Introduction	4
Première partie : La réorganisation des structures de soins en pôles, dans le cadre innovant de l'amendement liberté: un projet ambitieux, porteur de nombreux enjeux organisationnels et managériaux	12
A- Le vote de l'amendement liberté: une innovation juridique qui ouvre la voie à des formes d'organisation inédites.	12
1- le choix de l'organisation libre comme support institutionnel des nouvelles organisations	12
2- Une clarification progressive de l'interprétation juridique des dispositions de l'article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique	13
3 - Les règles de fonctionnement et de composition de la nouvelle CME : des évolutions significatives	17
4- L'émergence de la démocratie médicale directe et une incitation forte à adhérer à la dynamique de rapprochement des services	20
B- Un mouvement de départementalisation qui préfigure et teste l'organisation future en pôles modulaires par pathologies	24
1- La création de départements et de fédérations : une première expérience de mutualisation des moyens qui laisse apparaître un bilan contrasté.	24
2- Les avantages attendus d'une recomposition de l'offre de soins interne en pôles par pathologies.....	30
C- La mise en place d'une gestion de proximité fait émerger une nouvelle structure de responsabilités à l'hôpital public	37
1- Un principe de subsidiarité décliné de façon variée dans les hôpitaux européens.....	37
2- Les circuits décisionnels futurs du CHCB : une application maximaliste du principe de subsidiarité	46
3- La redistribution des pouvoirs au CHCB: l'exemple du recentrage de la fonction de direction.....	53
Deuxième partie- Les nouvelles organisations et la gestion de proximité au Centre hospitalier de la Côte basque: une utopie managériale qui peine à trouver un ancrage dans le réel ?	56
A- Les nouvelles organisations se déploient dans un environnement juridique incertain	56
1- L'amendement liberté: une innovation institutionnelle à la portée ambiguë	56
2- le pôle: un concept à faible densité juridique.	58
3- Les risques d'une organisation « à la carte »	62
B- Un projet dont les développements concrets restent partiels, incertains et contestés	63
1- Une départementalisation hésitante et désordonnée	63
2- Une déconcentration inachevée	63
3- Le repositionnement des échelons de responsabilité et la recherche d'un nouvel équilibre des pouvoirs demeurent problématiques	65
C- Propositions d'action pour relancer la dynamique de réorganisation interne	69
1- Eclaircir et stabiliser le cadre juridique de la réorganisation.....	69
2- Formuler clairement les objectifs attachés à la déconcentration des responsabilités de gestion et à la mise en oeuvre d'une gestion de proximité	73
3- Anticiper les dysfonctionnements de la pratique en clarifiant les outils et les moyens de la gestion de proximité	75
4- Développer des actions de communication et d'explicitation de la nouvelle organisation pour remobiliser les acteurs autour du projet.....	79
Conclusion	82
Bibliographie	85

Liste des annexes 89

*« There are two kinds of people in life : people who see the world as it is and wonder why. People who imagine the world as it should be and wonder : **why not** ? »*

George- Bernard SHAW

Introduction

L'organisation traditionnelle de l'hôpital en services peut apparaître à bien des égards, dépassée ou obsolète car elle ne permet plus une prise en charge pluridisciplinaire du patient et une gestion stratégique de l'institution. La spécialisation croissante des services et le cloisonnement qui en résulte nuisent à la cohérence de l'ensemble et l'arbitrage décisionnel risque de se faire dans la dispersion en dehors de toute perspective d'ensemble.

La perception taylorienne de l'hôpital, fragmentée et ciblée sur chaque service producteur de soins, devrait faire place à une vision plus institutionnelle au centre de laquelle figurerait un objectif stratégique prenant en compte l'environnement sanitaire et les besoins de santé publique.

La recherche d'une organisation interne cohérente, transversale et participative

Des facteurs exogènes, mais aussi des revendications internes à l'hôpital, plaident aujourd'hui pour une organisation plus flexible, réactive et décloisonnée:

→ Le poids d'exigences sociales et juridiques toujours plus contraignantes pour l'hôpital. Les comportements consuméristes d'un patient qui demande la délivrance d'une prestation de soins totalement intégrée et cohérente conduisent à faire converger toute l'organisation interne vers l'usager. Ce mouvement de recentrage sur le patient est accentué par une intolérance croissante de la société face aux échecs de la médecine. Ces revendications sécuritaires sont consacrées par le juge qui tend à transformer la traditionnelle obligation de moyens du praticien en une quasi-obligation de résultat. Un corpus juridique de plus en plus précis, fondé sur les principes de précaution et de sécurité sanitaire se développe et oblige l'hôpital à revoir en profondeur ses pratiques et ses modes de fonctionnement.

→ Le resserrement des contraintes budgétaires sur l'hôpital public. Les fractures catégorielles qui traversent l'institution et l'hospitalo-centrisme induisent bien souvent dépenses inutiles et gaspillages. Par ailleurs, l'obligation de fonctionner à budget constant d'une année sur l'autre renvoie en dernier lieu à une rationalisation de l'organisation interne, la capacité de dégager des marges de manœuvre.

→ La demande de participation formulée par le personnel ne peut être durablement ignorée par l'hôpital. Les agents aspirent aujourd'hui à plus de collégialité et de responsabilisation au quotidien. Or cette revendication de citoyenneté se heurte à une organisation encore fortement hiérarchisée et centralisée.

Si l'institution hospitalière veut s'approprier et non simplement subir les mutations qui affectent son environnement, elle est tenue de faire évoluer son organisation interne.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière lui en donne les moyens juridiques. Elle introduit notamment la possibilité pour les services de mettre en commun leurs moyens à travers plusieurs structures de coopération/ association: les fédérations de services, les départements ou selon une organisation libre arrêtée par le conseil d'administration à l'initiative de son Président, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou du directeur de l'hôpital.

Une tentative originale de réorganisation interne au CHCB

C'est cette solution novatrice que le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) a retenue en adoptant l'amendement liberté (" amendement Durieux " à la loi du 31 juillet 1991) qui permet à l'hôpital de s'organiser librement (mise en place de structures *sui generis*) et à l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires de participer à la CME avec voix délibérative. Conséquence importante de cette innovation institutionnelle: les chefs de services ne sont plus nommés par le ministre mais par le Conseil d'Administration de l'hôpital.

Sur cette base ont d'ores et déjà été mis en place, sur environ le tiers de la structure, des départements et des fédérations dont les bilans de fonctionnement s'avèrent hétérogènes. La démarche de regroupement, qui doit s'étendre rapidement à l'ensemble des services préfigure et teste l' organisation en pôles que le centre hospitalier de Bayonne

envisage de mettre en place dans le cadre d'un programme d'investissements et de travaux d'une ampleur considérable.

La volonté d'accompagner la réorganisation interne par la recomposition architecturale

Le CHCB s'est en effet engagé dans une vaste opération de restructuration et de relocalisation de ces services. Il est notamment prévu de regrouper géographiquement dans des locaux rénovés et agrandis des activités médicales et chirurgicales complémentaires afin de permettre une prise en charge continue et cohérente du patient. La proximité architecturale est recherchée entre professionnels appelés à travailler fréquemment ensemble, permettant le partage concret des plateaux techniques, des consultations et des lits. La restructuration architecturale accompagne ainsi la restructuration organisationnelle et institutionnelle.

En effet, l'opération de restructuration ne se résume pas à la construction d'un bâtiment neuf et à la reproduction à l'identique des schémas existants : elle se veut l'occasion de faire évoluer radicalement les pratiques traditionnelles de management et d'expérimenter dans le cadre de l'organisation libre un découpage innovant des structures de soins.

Le pôle par pathologie : l'émergence d'une nouvelle entité médicale dans le paysage organisationnel de l'hôpital.

A partir des départements et des fédérations seraient créés sept pôles de prise en charge, regroupant et mutualisant tous les moyens physiques, humains et budgétaires. La mise en place de ces nouvelles entités ne se réduit pas à un simple déplacement des frontières des structures médicales. Elle doit permettre d'expérimenter un mode de management innovant fondé sur la délégation de gestion, la contractualisation interne et une intégration des logiques médicales, soignantes et administratives dans un nouvel espace de décision. L'apparition de ces nouvelles structures soulève donc des problèmes organisationnels et managériaux que ce mémoire se propose de prendre pour objet d'étude.

Un projet en phase de démarrage dans un contexte d'interim prolongé qui a généré incertitudes et attentisme.

Cet essai d'analyse de la démarche de regroupement des services, de ses motivations, de ses enjeux et ses limites se situe à une période charnière pour l'établissement:

- Le projet de nouvelles organisation est en phase pré-opérationnelle. L'amendement libéré lui a donné une impulsion forte et volontariste. La reconfiguration des locaux offre une assise architecturale cohérente au projet. Des démarches de départementalisation ont été initiées ici et là mais l'organisation en pôles reste encore largement virtuelle. Les réalisations pratiques se font attendre et le redécoupage interne demeure un pari sur l'avenir, sans existence effective. Cette période de lancement fait apparaître avec acuité les ambivalences, les questions non résolues, les obstacles de toutes sortes qui entravent ou retardent la démarche.

- Il convient également de replacer cette étude dans le contexte très particulier d'un interim prolongé de la direction du CHCB. Le chef d'établissement, M. Jean-Jacques ROMATET, a en effet quitté ses fonctions au milieu du mois d'avril 2000, ouvrant une période de transition qui s'est finalement étendue sur six mois. Or cette période était ponctuée d'échéances cruciales et incontournables pour le centre hospitalier: actualisation du projet d'établissement, entrée dans la première phase de la restructuration, négociation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, lancement d'une démarche globale de préparation à l'accréditation et bien sûr poursuite du projet de réorganisation interne. Cette période de latence coïncidait donc avec un moment clef du cycle stratégique de l'établissement.

Ce contexte très particulier a sensiblement réorienté mon regard et mon questionnement sur le sujet. Comme toute période de transition, elle a généré des doutes, des inquiétudes et parfois un certain attentisme même si la plupart des dossiers ont été poursuivis avec détermination par l'équipe de direction. L'interim a aussi agi comme révélateur de la « personnalisation » d'un projet de réorganisation qui pour une large part, a été le choix stratégique d'un chef d'établissement. Après son départ, le projet ne semble plus trouver de relais forts au sein de l'hôpital. Deux interrogations sont dès lors sous-jacentes à cette étude :comment assurer, dans un contexte de transition, la continuité d'un

projet stratégique de réorganisation s'inscrivant nécessairement dans le temps long? Si le projet ne trouvait finalement sa cohérence que par la présence à la tête de l'établissement d'une personnalité fédératrice, est- il nécessairement condamné à se déliter après le départ de son principal promoteur ?

Problématique

Il existe autour de ce projet de nombreux enjeux architecturaux, financiers ou de gestion des ressources humaines qui ne seront pas développés dans ce travail. Il est cependant utile de les rappeler brièvement:

→ des choix d'urbanisme et des enjeux architecturaux. La remise en cohérence architecturale du site permet de transférer tous les services de soins actifs dans des bâtiments neufs ou modernes (la partie historique de l'hôpital, dite bâtiment St Léon n'hébergera plus que les services administratifs et logistiques) et de concentrer les plateaux techniques, mettant à disposition des professionnels tout l'éventail des technologies récentes. Le projet de restructuration se déploie en plusieurs temps :

- une étape de travaux préliminaires d'avril 1999 à avril 2000, comprenant la construction d'un bâtiment énergie, des laboratoires, d'une partie du nouveau plateau technique et une extension de la maternité.

- une première tranche de travaux avec la construction des bâtiments neufs en deux phases successives indissociables d'avril 2000 à septembre 2003.

- une seconde tranche de travaux comprenant la rénovation et la restructuration des bâtiments de l'ancien hôpital à partir de 2004.

L'avant-projet détaillé est approuvé depuis février 1999 mais les financements ne concernent pour le moment que les travaux préliminaires et ceux de la première tranche. Des incertitudes demeurent quant au plan d'équipement et à la seconde phase de travaux. Les aspects financiers et juridiques du projet de travaux- montage financier et juridique des demandes de financement et des appels d'offres, calendrier de réalisation- ne seront pas évoqués dans ce mémoire.

→ Des enjeux budgétaires: la question de la gestion de l'agrandissement considérable des surfaces et du surcroît d'activité qui résulteront de la restructuration ne sera pas abordée dans ce travail.

→ Des enjeux de remise à niveau des effectifs et des compétences. Dans le schéma organisationnel futur du CHCB, les équipes soignantes ne sont plus affectées à un service en particulier mais constituent un " pool d'intervention " commun à l'ensemble du pôle. Les agents se doivent donc d'être plus mobiles et polyvalents, capables d'intervenir sur plusieurs unités de soins à la fois et de passer par exemple d'une prise en charge médicale à une prise en charge chirurgicale, d'une activité réglée à une activité d'urgence. Les solutions à proposer en termes de gestion des ressources humaines (recrutement, formation, mobilité interne) pour mettre en adéquation les effectifs et les qualifications avec les exigences de prise en charge des patients nées de la nouvelle organisation ne sont qu'indirectement traitées dans ce mémoire.

La réflexion sera donc centrée sur les problèmes institutionnels, organisationnels et managériaux que soulève la réorganisation des structures de prise en charge en pôles regroupés:

→ *Des enjeux institutionnels* : l' « amendement liberté » a été considéré comme un préalable juridique indispensable à la mise en place des nouvelles organisations et à la déconcentration de la gestion. Le vote, pour la première fois dans un établissement public de santé, de l'organisation libre constitue une innovation juridique à la portée encore incertaine : les deux objectifs d'activation de la dynamique de regroupement et d'amélioration de la démocratie médicale qui lui étaient assignés ont-ils été atteints ? L'amendement liberté, originellement conçu comme le socle juridique de la réorganisation interne, a-t-il vraiment joué ce rôle de point d'appui au déploiement des pôles ?

→ *Des enjeux organisationnels* : l'introduction de nouvelles entités médicales ayant vocation à supplanter progressivement l'organisation en services pose la question de leur pertinence en terme d'amélioration de la prise en charge et de la cohérence interne de l'établissement. L'organisation en pôles n'est-elle qu'un « effet de mode organisationnel » passager ou une solution d'avenir pour l'hôpital ? Doit-elle être dénoncée comme une utopie managériale qui se développerait au mépris de tout pragmatisme ou mise en avant comme un mode d'organisation anticipateur des réalités de l'hôpital de demain ? Cette organisation inédite est-elle éphémère ou a-t-elle vocation à s'ancrer de façon pérenne dans le paysage

sanitaire français ? Si tel est le cas, à quelles conditions peut elle réussir à s'y inscrire durablement ?

→ *Des enjeux managériaux* : la nouvelle répartition des compétences entre le sommet stratégique et les unités opérationnelles, par la promotion du principe de subsidiarité, soulève également de nombreuses interrogations. La déconcentration est elle un gage d'amélioration de la citoyenneté à l'hôpital ? L'intégration des logiques budgétaires et médicale est elle réaliste et efficiente ? La réduction de la ligne hiérarchique ne contribue t-elle pas paradoxalement à accroître la complexité de l'organisation ?

La redistribution des rôles et des responsabilités au sein d'un organigramme « renversé » représente une véritable révolution copernicienne, peut être trop précoce si l'on considère que les hiérarchies classiques, l'organisation verticale et centralisée en services constituent un cadre familier, prévisible et sécurisant pour la plupart des acteurs hospitaliers. Comment préparer ce véritable saut dans l'inconnu que constitue la mise en œuvre d'une gestion de proximité et effectuer une transition sereine entre l'organisation actuelle et le schéma du futur hôpital ?

La recomposition interne en pôles se veut une anticipation des exigences de prise en charge et des modes de fonctionnement de l'hôpital de demain (première partie). Mais les incertitudes et les ambiguïtés qui entourent le projet ainsi que la faiblesse de ses développements concrets, conduisent à identifier les actions susceptibles de relancer la dynamique de réorganisation (deuxième partie).

Methodologie

L'expérience de regroupement des services est récente et limitée à quelques segments d'activités. Les considérations développées dans ce mémoire s'appuient donc pour une large part sur des témoignages, des impressions et des opinions plus que sur des faits, les développements du projet étant trop partiels pour avoir accès à des données chiffrées.

→ Le recueil de données internes s'est opéré par la lecture des grands documents institutionnels de l'établissement et la participation à certaines réunions de suivi de gestion des services recomposés :

- Projet d'Etablissement 1995-2000, projet médical actualisé 2000-2005, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en cours de négociation avec l'ARH, Programmes d'Amélioration de la Qualité.

- Participation à des rencontres avec les services regroupés de chirurgie viscérale et orthopédique (dans le cadre du suivi des dépenses du groupe 2 notamment)

- Participation aux instances : Conseil d'Administration, Commission médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement.

→ Ce travail a été complété par une série d'entretiens menés en interne et en externe

Avec le Vice-Président de la CME, le Dr AUCKHENTALER

Avec le directeur référent, M. Hervé DUPONT et le coordonnateur médical, Dr HARRIBEY du département de gérontologie

Avec le Directeur des Affaires Médicales, M. Philippe POIRIER

Avec deux directeurs adjoints du CHU de Nantes, Mme Corinne PASQUAY et M. Raymond LE MOIGN qui m'ont fait partager l'expérience nantaise de réorganisation en pôles.

Ce mémoire s'appuie également sur une bibliographie figurant en annexe.

Première partie : La réorganisation des structures de soins en pôles, dans le cadre innovant de l'amendement liberté: un projet ambitieux, porteur de nombreux enjeux organisationnels et managériaux.

A- Le vote de l'amendement liberté: une innovation juridique qui ouvre la voie à des formes d'organisation inédites.

1- le choix de l'organisation libre comme support institutionnel des nouvelles organisations

La réflexion interne sur le redécoupage des structures de soins a été précédée d'une refonte originale du fonctionnement institutionnel de l'établissement visant à donner une assise juridique solide à la démarche de recomposition des services.

La redéfinition des règles de fonctionnement traditionnelles de la CME est rapidement apparue indispensable pour accompagner et catalyser la mise en place des pôles par pathologies. Le mouvement de regroupement des services s'accompagne en effet d'une fusion de l'exécutif des structures : les chefferies de service disparaissent au profit d'un dirigeant médical unique, le coordonnateur. Or, les modalités de pourvoi des postes en CME telles qu'elles sont définies à l'article L. 6144-2 du Code de la Santé Publique freinaient l'innovation organisationnelle.

En effet, en l'état de la réglementation, les rapprochements de services aboutissaient à des pertes de sièges aussi bien pour les chefs de service que pour les praticiens non chefs. L'interprétation, confirmée par les services de la Direction des Hôpitaux de l'article R. 714-16-5 du décret N° 92-443 du 15 mai 1992 conduisait à limiter la participation à la CME aux seuls praticiens responsables des nouvelles structures. Les conséquences pratiques de cet article pour le CHCB étaient doubles:

- la Commission Médicale d'Etablissement se trouvait réduite à un nombre beaucoup trop restreint de membres (une quinzaine) pour assurer une représentation satisfaisante des composantes d'un centre hospitalier de près de 1200 lits.

- La réorganisation projetée, en bloquant à certains anciens chefs de services l'accès à la CME, devenait difficilement acceptable par la communauté médicale. Quand deux chefs

de service acceptaient le regroupement de leurs unités, l'un d'entre eux devait abandonner à l'autre sa chefferie mais aussi son siège au sein de la Commission Médicale d'Établissement. Au lieu de récompenser sa démarche, les dispositions réglementaires contribuaient à pénaliser l'un des praticiens en l'excluant d'une instance de représentation et de consultation pourtant primordiale.

2- Une clarification progressive de l'interprétation juridique des dispositions de l'article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique

Ces obstacles réglementaires ont été contournés en utilisant une ressource juridique encore inexploitée et quelque peu méconnue de la loi hospitalière du 31 juillet 1991: le premier alinéa de l'article L. 6146-8¹ qui dispose que " par dérogation aux dispositions des articles L.6146-1 à L. 6146-4², le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé. "

Le CHCB s'est appuyé sur cet amendement quelque peu oublié, dit " amendement liberté " à la loi de 1991, pour ouvrir la possibilité au Conseil d'Administration de déterminer lui-même les modalités de participation et d'expression du personnel médical au sein de la CME. Sur le fondement de cet article, la composition de la CME pouvait être élargie afin d'y intégrer l'ensemble des praticiens de l'établissement et permettre aux anciens chefs des services restructurés de continuer à siéger avec voix délibérative au sein de l'instance.

Aucun autre établissement public de santé n'ayant à ce jour exploité l'option ouverte par cet article, un certain nombre d'incertitudes juridiques entouraient la démarche. Le libellé de l'article L. 6146-8 est assez laconique, laissant -c'est là tout l'esprit " libertaire " de l'amendement- la plus grande marge de manoeuvre aux établissements quant à ses modalités de mise en œuvre. Les hésitations ont été progressivement levées par les orientations successives et concordantes données par l'ARH d'Aquitaine et les services du Ministère de la Santé.

La mise en place de l'organisation libre au CHCB est donc l'aboutissement d'un processus lent et assez heurté, qui peut se décomposer en deux étapes.

¹ Ancien article L. 714-25-2 CSP

² Anciens articles L. 714-20 et L.714-25 CSP

Une première décision du Conseil d'Administration en date du 25 juin 1997, prise après un avis unanimement favorable de la CME³ () sollicite la mise en œuvre de l'amendement liberté en prévoyant la participation avec voix délibérative de l'ensemble des praticiens titulaires de l'hôpital à la Commission Médicale d'Etablissement. Cette première délibération n'a pas été rendue exécutoire par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation : par courrier en date du 9 septembre 1997, son Directeur accueille favorablement la démarche du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier mais réserve l'approbation de la délibération afin d'en examiner la conformité aux prescriptions légales et réglementaires.

Par la suite, l'Agence régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine et la Direction des Hôpitaux se sont tour à tour employés à préciser le régime juridique applicable à ce dispositif dérogatoire. La réflexion menée conjointement par l'hôpital et les autorités de tutelle a permis dégager les règles auquel tout établissement souhaitant s'engager dans une démarche expérimentale d' " organisation libre " doit souscrire. Ces principes sont les suivants :

→ *le maintien d'une dualité de représentation.* Les deux collèges de représentation des praticiens doivent être conservés dans la nouvelle organisation. L'un regroupe les chefs de service ou coordonnateurs et le second les praticiens hospitaliers élus.

→ *Le principe de parité.* Il impose de prévoir un équilibre numérique entre les responsables (de services, de départements, de fédérations, de pôles fonctionnels, d'unités fonctionnelles) et les autres praticiens hospitaliers, étant rappelé que pour les fédérations, le coordonnateur siège avec les chefs de services regroupés. La composition de la CME doit rester conforme aux dispositions prévues par les articles R. 714-16-1 à R. 714-16-5 CSP relatives aux centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires. L'article R. 714- 16-5 indique à cet effet que: " lorsqu'il arrête l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, le conseil d'administration détermine, dans les formes prévues à l'article L. 6146-8, les structures dont les responsables siègent à la commission médicale d'établissement au titre de la catégorie faisant l'objet du 1° de l'article R. 714-16-1 ". Dès lors, la participation de l'ensemble des praticiens titulaires à cette commission avec voix délibérative, ne peut résulter de la mise en œuvre de l'article L. 6146-8 que dans la mesure où, compte tenu de l'organisation médicale définie par le conseil d'administration, le nombre des responsables de structures au sens de l'article R. 714-16-5

³ avis n°43/97 du 27 mai 1997

est au moins égal à la moitié des praticiens titulaires à temps plein ou à temps partiel de l'établissement.

→ *Le principe de globalité ou l'application maximaliste de l'organisation libre:* l'amendement liberté s'applique globalement à l'ensemble des services du centre hospitalier. L'organisation médicale qui en résulte ne peut constituer une dérogation seulement partielle aux dispositions des articles L. 6146-1 à L.6146-4. Elle doit aboutir à la constitution de structures médicales sui generis sur l'ensemble de l'entité juridique.

→ *L'unité fonctionnelle, segment de base du pôle.* Le pôle doit être composé d'unités fonctionnelles, définies comme les structures élémentaires de prise en charge des patients par une équipe soignante ou médico-technique. Elles sont identifiées par leurs fonctions et leur organisation et doivent correspondre à une unité de gestion.

→ *Les conditions de désignation du coordonnateur de pôle.* Les structures médicales et médico-techniques créées par le Conseil d'Administration en vertu de l'article L 6146-8, doivent comporter à leur tête des responsables nommés par l'assemblée délibérante (troisième alinéa de l'article L. 6146-8). Ces responsables doivent être des praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein ou, si l'activité de la structure ou la situation des effectifs le justifient, des praticiens titulaires relevant d'un statut à temps partiel.

→ La délibération du Conseil d'Administration votant l'amendement liberté ne peut se limiter à une déclaration de principe sur la mise en œuvre de l'organisation libre au sein de la structure. Elle doit prévoir, après consultation des instances, *les modalités concrètes de fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement recomposée:* découpage et appellation des nouvelles structures créées, modalités d'organisation, désignation des responsables des structures. Cette délibération est soumise au contrôle de légalité de l'ARH défini au 1° de l'article L.6143-4⁴ au titre des créations, suppressions et transformations de services. La CME recomposée doit définir un règlement intérieur précis.

→ *La préservation du principe participatif et démocratique.* Les modalités de participation et d'expression des personnels au sein des structures doivent être prévues par le conseil d'administration, après consultation de la CME. Si ces modalités peuvent s'écarter de celles définies à l'article L. 6146-2 pour les conseils de service et de départements et des dispositions prises pour leur application (articles R. 714-22-1 à R. 714-22-11), elles ne

⁴ Ancien article L. 714-5 CSP

peuvent en revanche être moins favorables que celles prévues aux articles L. 6146-6⁵ et R. 714-28-1 à R. 714-28-4, dans la mesure où l'article R. 714-28-1 dispose que: " les personnels des établissements publics de santé qui ne relèvent ni d'un conseil de service ou de département institué en application de l'article R. 714- 25-2 bénéficient, selon les modalités définies aux articles R. 714-28-2 à R. 714-28-4 d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. " .

→ Le CTE doit être impérativement consulté sur l'application de l'amendement liberté et associé à la réflexion sur la réorganisation.

Dans un second temps, une note d'orientation du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité⁶ est venue préciser ces dispositions. Elle ouvre la possibilité d'élargir la représentation en Commission Médicale d'Etablissement en identifiant des structures de responsabilité plus nombreuses afin que les titulaires et les médecins élus à parité atteignent le nombre total des praticiens. En indiquant que « lorsqu'il arrête l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, le conseil d'administration détermine, dans les formes prévues à l'article L. 6146-8, les structures dont les responsables siègent à la commission médicale d'établissement au titre de la catégorie faisant l'objet de l'article R. 714- 16-1 (membres de droit), l'article R. 714-16-5 doit s'entendre comme permettant au conseil d'administration d'une part de définir plusieurs niveaux de structures médicales et, d'autre part, de déterminer parmi ces différents niveaux ceux dont les responsables sont membres de droit de la CME ».

Les membres de droit de la CME ne sont donc pas nécessairement limités aux seuls responsables des six ou sept pôles et " le Conseil d'Administration peut découper ces ensembles majeurs en sous-ensembles de deuxième niveau dont les responsables pourraient se voir attribuer la même qualité; le nombre de sièges de praticiens élus mentionnés au 2° de l'article R. 714-16-1 augmenterait alors à due concurrence. "

Le Conseil d'administration du CHCB était dès lors invité à délibérer à nouveau sur la question de l'organisation libre en intégrant les recommandations des autorités de tutelle.

⁵ Ancien article L.714-24 CSP

3 - Les règles de fonctionnement et de composition de la nouvelle CME : des évolutions significatives

Après avoir approfondi sa réflexion pour mieux asseoir la faisabilité du dispositif et prendre en compte l'ensemble des observations ministérielles, le Conseil d'Administration du CHCB a voté définitivement, au début de l'année 1999⁷ la réorganisation libre des soins et du fonctionnement médical en application de l'article L. 6146-8. Un prix d'innovation en gestion sanitaire et sociale décerné par l'entreprise d'audit Arthur Andersen a récompensé le caractère profondément novateur de cette disposition.

Le premier changement important concerne les règles de composition et de représentation au sein des deux collèges de la Commission Médicale D'Etablissement. Elles peuvent être résumées comme suit :

Collège 1 visé à l'article R. 714-16-1 (membres de droit- coordonnateurs médicaux des nouvelles structures et chefs de services)

- Le dispositif visant à augmenter la représentation des praticiens du collège 1 s'appuie sur le critère suivant : toute chefferie abandonnée pour constituer un département donne lieu au maintien de l'ancien chef de service dans le collège 1 et à l'attribution automatique d'un représentant supplémentaire, choisi parmi les praticiens titulaires du service, dans ce même collège.

- Un département qui regroupe deux services aura deux représentants plus une bonification de deux autres représentants soit quatre sièges au collège 1.

- Pour les départements constitués d'un seul service (c'est le cas au centre hospitalier de Bayonne des départements de cardiologie et de radiologie), une prime de représentation (le coordonnateur de département plus un représentant supplémentaire) est également consentie . Cette mesure est conditionnée par une pluralité d'activités dans le service et le regroupement d'au moins trois unités fonctionnelles.

⁶ Note DH du 13 janvier 1998

⁷ Délibération CA du 27 janvier 1999

- Les fédérations de services au sens de l'article L.6146-8 sont représentées par chacun des chefs de service fédérés, avec possibilité d'un mandat supplémentaire si le coordonnateur de la fédération n'est pas un des chefs de service.

- Les services restant isolés continuent à avoir une seule représentation : le chef de service.

Tableau n°1 : Les règles d'attribution de la « prime à la représentation »

<u>Cas numéro 1</u>	n services → 1 département	2 n représentants au collège 1 - désignés par le conseil de département - dont le chef de département et au départ les chefs de service sortants
<u>Cas N°1 bis</u>	1 service → 1 département ou 1 fédération	2 représentants au collège 1 dont le chef de département désigné par le conseil de département
<u>Cas n° 2</u>	n services → 1 fédération	n chefs de service au collège 1 + éventuellement le coordonnateur (s'il n'est pas chef de service)
<u>Cas n° 3</u>	1 service reste isolé	1 représentant chef de service au collège 1

La composition du collège 2 visé à l'article R. 714-16-1 (membres élus) demeure fixé selon les modalités existantes. Le nombre de sièges à pourvoir pour établir la parité de représentation avec le collège des responsables de services, de départements ou de pôles est arrêté par le Directeur au vu du nombre effectif de praticiens siégeant dans ce collège. Les effectifs des deux collèges devant rester égaux, l'ouverture par le jeu des bonifications, de sièges supplémentaires au collège 1, détermine un nombre égal de places au sein du collège 2. Les effectifs des deux collèges augmentent donc symétriquement.

La représentation des assistants au sein de la Commission Médicale d'Etablissement passe de deux à quatre membres, élus par leurs collègues.

Le second changement significatif concerne les modalités de désignation des coordonnateurs et la durée de leurs mandats. Traditionnellement, les chefs de service ou de département sont nommés pour une durée de cinq ans par la Direction des Hôpitaux du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Dans le schéma adopté par le CHCB, les coordonnateurs des structures ne sont plus nommés mais désignés par le Conseil d'Administration. La durée de leurs fonctions est variable : trois, quatre ou cinq ans, sur proposition des praticiens concernés et après avis de la CME. L'organisation libre donne ainsi, en matière de nomination un pouvoir nouveau au conseil d'administration. A ce titre, il rapproche le fonctionnement de l'instance délibérante des hôpitaux publics de celui des établissements privés participant au service public hospitalier. La décision de nomination est prise par l'hôpital qui emploie sur proposition du conseil. Il s'agit également d'une évolution de taille pour les chefs de service qui renoncent à leur nomination ministérielle et acceptent de se placer sous la seule autorité du Conseil d'Administration de l'hôpital.

La troisième caractéristique de cette réforme réside dans le principe de prudence qui entoure sa mise en œuvre: l'application de la délibération du Conseil d'Administration est limitée à une durée expérimentale de cinq ans. Le renouvellement de ces dispositions ne sera décidé qu'après évaluation du dispositif et un nouveau vote des instances hospitalières. Enfin, l'application de l'article L. 6146-8 peut être interrompue sur demande motivée de la CME. Le projet de réorganisation reçoit donc une mise en œuvre progressive, fondée sur l'adhésion volontaire des acteurs médicaux. Le processus garde un caractère temporaire et réversible et les acteurs conservent la possibilité d'y apporter les ajustements nécessaires.

Une instance de réflexion stratégique, l'Observatoire de l'amendement- liberté regroupant l'équipe de direction, cinq représentants de la CME et cinq représentants du CTE est chargée de veiller au respect de ces dispositions et de faire toute proposition visant à parfaire le dispositif.

Enfin, l'établissement s'engage à rester vigilant sur les deux réserves dont l'ARH a assorti son avis favorable :

- La durée variable des mandats de trois, quatre ou cinq ans qui déroge aux dispositions réglementaires

- l'article 5 de la délibération qui en portant à quatre au lieu de deux le nombre d'assistants au sein de la CME déroge à la réglementation posée par le 3° de l'article R. 714-16-1 du Code de la Santé Publique.

4- L'émergence de la démocratie médicale directe et une incitation forte à adhérer à la dynamique de rapprochement des services

Les bénéfices attendus du vote de l'amendement-liberté sont de deux ordres:

a- Favoriser la consolidation de la démocratie médicale au sein de l'établissement

Il s'agit notamment de :

→ promouvoir une citoyenneté médicale pour l'ensemble des praticiens titulaires, en garantissant un droit de participation au sein de la CME. Par l'intermédiaire des règles de bonification qui ouvrent régulièrement des droits de représentation supplémentaires dans chacun des deux collèges, l'amendement liberté permet à terme de faire participer l'ensemble des médecins de l'hôpital à la vie institutionnelle .

→ Favoriser une meilleure implication de la communauté médicale dans le fonctionnement de l'établissement par une reconnaissance non restrictive du rôle potentiel de chaque praticien dans la gestion des pôles d'activité.

→ Donner aux coordonnateurs médicaux une visibilité et un poids institutionnel correspondants à l'importance des responsabilités qui leur sont imparties. La création de la fonction " sui generis " de coordonnateur chargé de définir la politique de prise en charge du pôle, d'en animer la gestion et de rendre les grands arbitrages doit être consacrée par une forte représentativité permettant d'asseoir d'emblée sa légitimité aux yeux de la communauté soignante.

→ Valoriser le recrutement médical en offrant aux jeunes médecins dès leur arrivée à l'hôpital un siège de membre de la CME, les intégrant immédiatement dans le schéma institutionnel et leur ouvrant la possibilité d'accéder rapidement à des fonctions de responsabilité.

→ Mettre fin à l'immobilisme qui résulte de la procédure traditionnelle de nomination des chefs de service. Aux termes de la réglementation actuelle, celui-ci est désigné pour cinq ans, renouvelables à sa demande. Le phénomène de "prime au sortant" qui accompagne ce dispositif entraîne une reconduction quasi systématique des mandats. Il en résulte un risque de sclérose et de concentration excessive du pouvoir. Dans le nouveau système, les fonctions de coordonnateur ou de chef de service sont remises en question à périodicité réduite. Le statut de coordonnateur est sous-tendu par un véritable profil de fonctions défini au sein d'un protocole interne. Un débat contradictoire est systématiquement organisé avec l'ensemble des médecins de l'établissement, les candidatures multiples sont encouragées, ce qui doit conduire à une rotation plus fréquente des coordonnateurs et permettre ainsi un véritable partage du pouvoir médical.

b- Encourager les regroupements de services en instaurant une " prime à la représentation "

La mise en place d'un véritable dispositif d'intéressement au regroupement, par l'attribution de droits de représentation supplémentaires au sein de la CME, doit conduire les praticiens à accélérer le mouvement de rapprochement des services.

Les nouvelles règles de composition de la CME organisent une véritable " prime " au regroupement de services: tout chef de service ayant renoncé à ses fonctions pour créer une structure fédérative ou départementale de l'amendement-liberté continue à siéger dans le collège et a la possibilité de désigner un de ses confrères pour siéger à ses côtés. Selon le principe de parité, les effectifs du collège des praticiens chefs et non chefs doivent être égaux : un nouveau siège est donc de fait créé au sein du collège des médecins élus.

L'intéressement au regroupement, par le biais de l'attribution de sièges supplémentaires est progressif : plus la structure est intégrée, plus la bonification est importante. La constitution d'un département permet un gain de places plus substantiel que la création d'une fédération. Par ailleurs, la démultiplication de la représentation en CME est proportionnelle au nombre de services que regroupe le département. Un grand département fusionnant quatre services ouvre une représentation de quatre plus quatre praticiens titulaires au sein du collège 1 et une représentation supplémentaire « en miroir » de 8 médecins au sein du collège des élus (collège 2).

Ainsi, la composition de la CME “ amendement-liberté ” incite chaque acteur de la vie médicale à adhérer à la dynamique de recomposition de l’offre de soins interne:

- elle supprime la pénalisation des chefs de service qui, en acceptant de se regrouper perdaient ipso facto toute citoyenneté médicale (en disparaissant du collège des chefs de service) et devaient attendre une élection tardive et aléatoire pour pouvoir figurer dans le collège des praticiens élus.
- elle offre un bonus de représentation aux médecins des services regroupés et assure le maintien des anciens chefs de service comme membres à part entière de la CME.

Tableau n°2 : Simulation de représentation à la CME après application de l'amendement-liberté.

a- SERVICES ACTUELS	CHEFS DE SERVICE	NON CHEFS DE SERVICE	NON CHEFS SUPPLEMENTAIRES	b- NOUVELLES STRUCTURES	COLLEGE 1 (non élus)
Médecine St Jean de Luz	1	2		Médecine rééd. St Jean de Luz	1
Médecine 1 endocrinologie)	1	0	+1	Pôle de médecine interne	6
Médecine 3 mal. Infectieuses)	1	1	+1		
Médecine 7 médecine interne)	1	0	+1		
Médecine 2 gastro-entérologie	1	0	+1	Pôle digestif	6
Chirurgie viscérale	1	1			
Chirurgie urologique	1	0			
Médecine 4 neurologie	1	1	-1	Pôle neurologique	4
Neuro-chirurgie	1	2			
Médecine 6 oncologie	1	1		Pôle onco-hématologie	4
Hématologie	1	1			
Chirurgie orthopédique traumatologique	1	1		Pôle orthopédique	4
Chirurgie orthopédique réglée	1	0			
Pédiatrie	1	3		Pôle mère-enfant	4
maternité	1	4	+1		
pneumologie	1	1		pneumologie	1
néphrologie	1	2		néphrologie	1
cardiologie	1	3		Département de cardiologie	2
Urgences	1	4	+1		4
réanimation	1	1	+1		
anesthésie	1	8			1
Chirurgie ambulatoire	1			Chirurgie ambulatoire	1
				Centre de la douleur	1
Gériatrie Bayonne	1	1	+1	Pôle gérontologique	
Gériatrie St Jean	1	1			
Psychiatrie 6-7-8	3	6		Fédération de psychiatrie adultes	3 (+1)
pédopsychiatrie	1	3		Service de pédopsychiatrie	1
pharmacie	1	2		Département de pharmacie	1
Isotopes	1	1		Service des isotopes	1
Radiologie	1	5		Département de radiologie	2
Laboratoire	3	1		Fédération des laboratoires	3
DIM	0	2	+1	Département de santé publique	4
Service d'hygiène	0	1	+1		
Soins palliatifs	0	0	+1	Soins palliatifs	1
Réseau toxicomanie	0	1		Réseau toxicomanie/alcoologie	1
CAMSP	0	1		CAMSP	1
TOTAL	33	60			58 (+1)

L'amendement liberté est donc un élément facilitateur et accélérateur de la réorganisation interne du centre hospitalier.

B- Un mouvement de départementalisation qui préfigure et teste l'organisation future en pôles modulaires par pathologies

1- La création de départements et de fédérations : une première expérience de mutualisation des moyens qui laisse apparaître un bilan contrasté.

Sur le socle institutionnel de l'amendement-liberté, un mouvement de rapprochement des services s'est initié et sensiblement accéléré au cours de l'année 1999 et du premier semestre 2000. Le regroupement des services emprunte des formes juridiques très variées : les acteurs sont libres de choisir entre des formules de rapprochement classiques, département et fédération ou de s'en affranchir complètement pour créer une structure originale qui fixera de façon autonome, dans les limites posées par les instances de tutelle, ses propres modalités de fonctionnement et de mise en commun des moyens. Une grande latitude d'auto-organisation du système est ainsi laissée aux acteurs hospitaliers.

Ces dispositions ouvertes et non restrictives visent à encourager les rapprochements en permettant aux médecins de tester le regroupement au travers de la formule, facilement réversible, de la fédération, avant de décider éventuellement de renforcer leurs liens par la transformation de la structure fédérative en département. Cette organisation diversifiée présente l'avantage de la flexibilité, de la progressivité et de la souplesse. Plutôt que d'imposer a priori un modèle unique de structuration interne, elle laisse l'initiative aux acteurs en faisant confiance à leur créativité et en mettant en avant la dynamique participative et le volontariat.

Elle permet également de moduler dans le temps l'entrée dans le nouveau système, en ménageant la possibilité d'un glissement graduel d'une organisation à une autre. Elle évite ainsi une rupture brutale, toujours déstabilisante avec l'organisation classique.

Plusieurs formules d'intégration, plus ou moins poussées ont été développées et coexistent actuellement :

a- Une départementalisation qui répond à des logiques variées

Les logiques qui ont présidé au regroupement en départements sont très diverses et difficiles à systématiser. La description de quatre départements récemment constitués illustre bien la diversité des projets qui peuvent justifier un rapprochement de services.

→ *Les départements de chirurgie orthopédique (novembre 1999) et de chirurgie viscérale et urologique (avril 2000).*

Les fonctions de chef de service y ont disparu au profit de celles de coordonnateur ou de chef de département marquant une volonté certaine de regroupement et de mutualisation des moyens physiques et humains.

Pour l'activité de chirurgie orthopédique, la recherche de complémentarité est passée par un rapprochement géographique des deux services existants et leur regroupement physique sur un même étage. Les 22 lits du service de chirurgie orthopédique A et les 23 lits de l'orthopédie B forment désormais un pool partagé de 45 lits. Un accueil commun est assuré par une hôtesse qui assure la préparation des entrées, l'accueil du patient et de sa famille et fait le lien avec les services logistiques extérieurs pour les commandes courantes (linge, cuisine). La fonction " accueil " est individualisée dans une optique de meilleure prise en charge du patient.

La création du département a par ailleurs permis de développer un projet médical original. Deux segments d'activité ont été distingués au sein du département : la traumatologie d'urgence et l'orthopédie programmée. Un hôpital de semaine de onze lits, fonctionnant du lundi matin au vendredi 18 heures est en voie de structuration : il permettra l'hébergement des patients les moins lourds, ne nécessitant pas une hospitalisation post-opératoire de plus de cinq journées consécutives.

La nouvelle organisation issue de la départementalisation permet ainsi de remédier à un problème récurrent de ces services : la recherche d'un point d'équilibre entre activité réglée et activité d'urgence. La synergie de fonctionnement au sein du département passe par la polyvalence de l'équipe de soins qui tourne une semaine sur deux sur chacun des deux secteurs d'activité du département (programmé/ non programmé). L'astreinte

opérationnelle de chirurgie orthopédique est également commune aux trois praticiens du département.

Le département de chirurgie viscérale, plus récemment formalisé (avril 2000) repose sur une association originale entre des services de chirurgie et un service de médecine. Les activités de chirurgie digestive, urologique, vasculaire et thoracique ont été regroupées en département selon une logique de “groupes d’organes” (organes mous). Les lits ont été mis en commun et permettent l’accueil pré et post-opératoire de ces différentes chirurgies, sans cloisonnement.

Dans un deuxième temps, ce département a constitué une fédération avec le service de médecine gastro-entérologie qui pratique aussi les explorations endoscopiques. L’ensemble département/ fédération permet ainsi une prise en charge totalement cohérente de la pathologie digestive. Il permet d’associer des services médicaux et chirurgicaux selon une logique d’interdépendance et d’adressage : le service de médecine pourvoyeur de malades est rapproché du service de chirurgie correspondant qui lui renvoie les patients après le suivi post opératoire. Cette association est une bonne illustration de la souplesse du dispositif mis en place au CHCB, qui permet des montages juridiques combinant les différentes formules de regroupement.

→ *Le département de gérontologie (décembre 1999).*

Depuis l’année dernière, les services de soins de longue durée du CHCB du CHCB forment un département gérontologique qui associe les deux maisons de retraite hospitalières, Bichta Eder et Udazkena, les deux services de long séjour, une unité de moyen séjour gériatrique de 38 lits et deux unités de type “cantou” de 16 lits chacune. Ce département est donc particulièrement vaste puisqu’il regroupe 450 lits au total, créant ainsi un véritable réseau intra-hospitalier de prise en charge de la personne âgée autour de deux axes.

- Dans les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite : l’élaboration de projets gérontologiques pluridisciplinaires (plans de soins et plans de vie élaborés en commun), une prise en charge spécifique de la démence sénile, une équipe mobile de soins palliatifs et des unités de type “cantous” pour l’accueil des personnes âgées désorientées et des patients atteints de la maladie d’Alzheimer.

- Des soins de suite gériatriques assurant une prise en charge complète et diversifiée : réadaptation après un épisode aigu, rééducation post-chute, dénutrition, rééducation neuro gériatrique (hémiplégie, maladie de Parkinson).

Le département de gérontologie est en lien étroit avec les services de soins aigus. Une Cellule d'Evaluation et d'Orientation Gérontologique assure l'interface entre les services de court et de long séjour, ce qui permet :

- d'assurer au sortir des services d'aigu, une orientation optimale de la personne âgée afin d'éviter les hospitalisations répétitives ou indues
- de mieux préparer l'hospitalisation quand celle ci devient nécessaire
- de constituer un dossier d'évaluation et de soins pluridisciplinaire
- de mettre en place des consultations gérontologiques associant médecins et travailleurs sociaux dans les services de court séjour, aux urgences et aux consultations externes.

Enfin, un projet de réseau expérimental, baptisé "LEGO 7" (Liaisons entre Etablissements Gérontologies du secteur 7) est en voie de formalisation. Il vise à promouvoir l'évaluation gérontologique par la formation des établissements à la grille AGGIR et à favoriser les partages de connaissance entre établissements accueillant des personnes âgées pour mieux se préparer à la réforme de la tarification.

Le département a permis de faire naître une démarche de prise en charge globale du grand âge à l'hôpital⁸. Le dynamisme de cette structure repose sur une association réussie entre un directeur référent, un cadre infirmier et un médecin gériatre coordonnateur, qui gèrent en trinôme le département. Le fonctionnement coordonné et la convergence de vues au sein de cette direction intercatégorielle sont facilités par des efforts de formation et de compréhension mutuelle : le directeur référent du département possède, de par son parcours professionnel (direction d'une maison de retraite) une bonne connaissance des problématiques gérontologiques et de la gestion des EHPAD. Quant au médecin coordonnateur, il s'est sensibilisé à la gestion financière et sa formation de gériatre lui permet d'aborder les problèmes de façon transversale et décloisonnée. Ce management tricéphale est une préfiguration de ce que devrait être la structure de responsabilité au sein des futurs pôles modulaires par pathologie : une gestion tripartite assurée par un médecin coordonnateur, un cadre infirmier de proximité et un cadre de direction référent.

⁸ Se reporter à l'annexe n°1

→ Une logique d'optimisation du partage des tâches dans un service médico-technique : le département de pharmacie.

D'autres services se sont organisés en départements pour des motifs plus fonctionnels. La pharmacie dont les activités sont très diversifiées, de la politique d'achat à la distribution des médicaments en interne ou à leur rétrocession en externe, a choisi la formule du département pour optimiser la distribution interne des missions. Une organisation coordonnée est devenue nécessaire pour mieux répartir les tâches et spécialiser chacun des pharmaciens sur un grand pôle de gestion. La création de ce département répond également au souci d'animer différemment l'équipe pharmaceutique en l'intéressant et en lui assurant une formation spécifique sur un domaine d'activité précis. Les trois praticiens et les deux pharmaciens attachés de la pharmacie ont donc établi, sous la responsabilité de la coordinatrice un schéma de répartition fonctionnelle des responsabilités autour de cinq axes:

- le suivi des dépenses en médicaments du groupe 2 et des innovations thérapeutiques autour de sous secteurs : SIDA, hépatite, hémodialyse, cessions aux ambulatoires, prothèses, alimentation parentérale, essais cliniques, antibiothérapie, stupéfiants/ méthadone, gaz médicaux.
- Le suivi des comptes de matériel médical : politique générale des dispositifs médicaux, prothèses, petit matériel.
- La stérilisation : gestion des achats et assurance qualité.
- L'hygiène.
- Les vigilances et la traçabilité MDS.

En définitive, la départementalisation s'est développée selon des logiques diverses et pour des motifs variés : volonté de mener à terme un projet médical précis pour les chirurgies, expérimentation de modes de gestion plus transversaux pour la gériatrie, ou souci d'une organisation plus rationnelle du travail pour un secteur médico-technique comme la pharmacie.

b- Des fédérations aux contours larges mais aux objectifs moins ambitieux

D'autres services ont opté pour une forme d'association plus souple et facilement réversible, celle de la fédération. Ainsi, la fédération de médecine interne regroupe trois

services : le service de médecine endocrinologique, le service de maladies infectieuses et celui de médecine interne/ rhumatologie.

La montée en charge du fonctionnement de cette fédération est assez lente. Les services sont regroupés sur un même étage depuis dix huit mois. On note un début de coopération pour certaines activités : le brancardage, les repas et depuis le début de l'année 2000, l'accueil commun à l'étage. Au niveau médical, une collaboration entre les médecins des trois services s'est également mise en place pour l'organisation des gardes et astreintes. Chaque semaine, l'un des cinq médecins des trois services assure les astreintes de nuit et les gardes de week end qui comportent notamment le passage dans chacun des services le samedi soir et le dimanche matin. A terme, la fédération doit évoluer vers un Département de Médecine Interne avec des sous spécialités de rhumatologie, endocrinologie et maladies infectieuses. Les moyens humains et matériels seraient regroupés et les services infirmiers devraient s'entraider davantage d'un service à l'autre, notamment lors des absences non remplacées.

Les services d'urgence/ réanimation/ anesthésie se sont également groupés en fédération au mois de février 2000 mais il est encore trop tôt pour dresser un bilan de son fonctionnement.

On constate de façon générale que les ensembles constitués sont plus larges que ceux formés par les départements. Mais la mise en commun des moyens et la formalisation des relations et des objectifs sont nettement moins développées. La division en services subsiste et les lits restent affectés à une unité précise. Quant aux projets des fédérations résumés dans leurs statuts constitutifs, ils sont plus restrictifs que ceux imaginés par les départements. Bien souvent, ils se limitent à systématiser des liaisons fonctionnelles déjà existantes entre services.

Le processus de regroupement des services fait donc apparaître une situation hétérogène et contrastée : plusieurs formules sont utilisées, voire associées. Les motivations qui président au regroupement varient d'un département à un autre et l'association peut recouvrir des réalités très diverses. Mais cette organisation transitoire a surtout vocation à être un terrain d'expérimentation et d'apprentissage du décloisonnement et de la gestion transversale. Il s'agit de préparer et de faciliter la transition vers une organisation future plus ambitieuse et plus homogène : la mise en place de pôles modulaires par pathologies.

Le projet consiste à agréger les services existants en des ensembles plus vastes, regroupant au moins trois services. Six ou sept pôles seraient ainsi créés au CHCB, centrés sur un organe, un appareil, une pathologie ou une population spécifique: pôle mère-enfant, pôle locomoteur, pôle oncologie- hématologie, pôle cardio-vasculaire, pôle neurologique, pôle digestif. Les pôles associeraient des disciplines médicales et chirurgicales voisines (par exemple, le pôle digestif rapproche la médecine gastro/entérologie et la chirurgie viscérale). Ces pôles " patients " s'appuieront sur des pôles " médico-techniques " (biologie, anesthésie, imagerie médicale) et des pôles " entreprises de service " (restauration, hôtellerie, hygiène/sécurité, maintenance, informatique, blanchisserie).

2- Les avantages attendus d'une recomposition de l'offre de soins interne en pôles par pathologies.

a- dépasser les cloisonnements et recentrer la prise en charge sur le patient

La mise en place d'une prise en charge globale, continue et cohérente du malade est l'objectif premier de l'opération de redécoupage des unités de soins. Toute l'organisation hospitalière doit converger vers le patient afin de lui offrir un continuum de soins, du diagnostic à la thérapie. Cette nouvelle organisation répond au constat de deux évolutions de fond qui affectent le paysage sanitaire français:

La surspécialisation des services fragmente la prise charge du patient et freine l'adaptation de la structure hospitalière aux mutations de son environnement.

Tout au long du XXème siècle, les connaissances médicales n'ont cessé de s'affiner et la médecine s'est éloigné de l'empirisme pour devenir de plus en plus technicienne. Cette évolution est allée de pair avec une différenciation croissante des disciplines. L'approche de la personne soignée s'est également parcellisée : le regard clinique segmente le corps du patient et c'est avant tout sur un organe que se penche le médecin.

L'organisation des unités de soins en services est venu consacrer l'atomisation de la pratique médicale. Le service délimite pour chaque discipline et chaque chef de service un véritable territoire, un espace physique auxquels sont affectés des lits, du personnel, des équipements. Cette « sanctuarisation » d'entités fonctionnant en quasi-autarcie enracine des comportements de cloisonnement et de compétition mutuelle. Les spécialistes médicaux

semblent jaloux de leurs prérogatives, essayant continuellement de les étendre au détriment de celles de leurs confrères, avec lesquels ils se posent en concurrents.

Cette organisation figée et cloisonnée ne permet pas la réactivité aujourd'hui nécessaire pour adapter en permanence la structure hospitalière aux mutations de son environnement, aux évolutions juridiques et aux attentes d'un patient qui se positionne en client exigeant du service public hospitalier. Plusieurs exemples illustrent cette inadaptation croissante de l'organisation interne en services :

→ l'attribution figée des lits et des moyens humains ne permet pas les redéploiements que nécessiteraient l'évolution des pratiques médicales : certains services se trouvent surdôtés et bénéficient de véritables rentes de situation que ne justifie pas leur activité.

→ Dans un contexte de maîtrise des dépenses, l'organisation en service est également un frein à la rationalisation budgétaire : parce qu'elle est sous tendue par une logique d'appropriation et d'accumulation des moyens, les évolutions et les solutions aux problèmes ne sont envisagées que sous le prisme de la demande de moyens nouveaux. La question de la juste répartition des moyens existants est donc occultée.

→ Le découpage traditionnel en services ne répond plus aux nouveaux besoins de santé publique. Le développement des polyopathologies liées au grand âge, les phénomènes d'exclusion et de précarité, la montée de la dépendance appellent une reformulation de l'approche du patient. La santé doit désormais être envisagée de façon holistique en intégrant les dimensions sociales, psychologiques et affectives.

→ Enfin l'organisation en services est à l'origine de dysfonctionnements, voire d'aberrations dans le parcours du patient au sein de la structure hospitalière. Les erreurs d'orientations, les hospitalisations indues ou répétitives en sont autant de signes. Ainsi, le patient qui souffre à la fois d'un cancer du colon et d'une insuffisance respiratoire sera contraint à des allers retours entre le service de gastro-entérologie et de pneumologie. Quand à la personne âgée qui chute ou souffre d'une dégradation de son état général, elle risque de se trouver confrontée à la relative impuissance de services de médecine ultra-spécialisés à développer des prises en charge transversales. D'autre part, la lenteur de la transmission des comptes- rendus médicaux ou des résultats d'examens entre les différentes unités de soins entraîne une déperdition d'informations, des redondances et des gaspillages.

Pour toutes ces raisons, le service n'apparaît plus comme une entité en phase avec les évolutions qui affectent le champ sanitaire.

Répondre aux exigences consuméristes et à la revendication sécuritaire de l'usager par la délivrance d'une prestation hospitalière globale et cohérente

L'usager actuel du service public hospitalier n'est plus le malade d'hier qui subissait le soin passivement. Avec la vulgarisation des savoirs, la figure du médecin est désacralisée et le recours à l'hôpital se banalise. Le patient reproduit à l'égard du service public hospitalier les exigences de confort, de sécurité, de qualité qu'il formule à l'encontre de toute autre entreprise de services. Par ailleurs, le développement de la « démocratie sanitaire » a consacré l'irruption de l'usager dans le champ des décisions de santé publique.

L'institution hospitalière, de son côté, ne peut se permettre d'ignorer ces nouvelles demandes : elle doit préserver son attractivité dans un contexte où la concurrence de l'offre de soins privée menace certaines de ses activités. C'est particulièrement vrai pour le centre hospitalier de Bayonne qui doit composer avec le poids considérable du secteur privé au sein du secteur sanitaire : 65 % des lits de court séjour sont installés dans le privé. La concurrence s'exerce notamment dans le domaine de la chirurgie, de la cardiologie, de l'hémodialyse et de la gynécologie-obstétrique. Dans les disciplines chirurgicales, le secteur privé concentre 85% des entrées contre 15% pour le CHCB et en gynécologie 65 % des entrées contre 35% pour le CHCB⁹.

Les nouvelles exigences consuméristes du patient comportent également une dimension sécuritaire. La tolérance à l'égard de la faute médicale, de l'aléa, du risque est de plus en plus faible. Cette évolution a été relayée par la jurisprudence qui a considérablement élargi le champ de la responsabilité du praticien et des établissements publics de santé¹⁰.

Sous l'effet de cette double exigence de qualité et de sécurité, le patient aspire à la délivrance d'une prestation totalement intégrée et cohérente, excluant les ruptures de prise en charge. Cela conduit à envisager la production de soins à la manière des "process industriels" comme un chaînage cohérent de prises en charge, éliminant les points critiques par une politique du "zéro défaut".

⁹ Données SAE 1999

¹⁰ abandon de la faute lourde pour la faute simple dans la mise en cause de la responsabilité des EPS- CE, 1992, Epoux V.

Principe de la présomption de faute, CE, 1998, Cohen

Responsabilité sans faute dans le cas d'un aléa thérapeutique, CE, 1993, Bianchi

C'est cette double série de transformations- dépasser les cloisonnements intra-hospitaliers et anticiper les exigences nouvelles du patient qui inspire la philosophie de prise en charge des pôles.

En regroupant des services médico-chirurgicaux complémentaires, le pôle établit des relations fonctionnelles entre spécialistes qui traitent de pathologies similaires (tumeurs solides, maladies cardio-vasculaires par exemple). Le malade peut ainsi disposer de l'ensemble des compétences nécessaires à son traitement, non plus successivement mais simultanément : c'est le médecin qui vient au patient et non l'inverse.

L'organisation en pôles permet de rassembler un véritable centre d'expertise et de multi-compétences autour du patient. Le dossier médical unique est le support de ce décroisement des disciplines autour du malade. Le rapprochement d'activités médicales actuellement éclatées conduit à:

- Un diagnostic plus efficace et plus rapide
- un enrichissement de la prise en charge par les partages d'expériences et d'informations des praticiens et la définition multidisciplinaire des chemins thérapeutiques.

Le décroisement des activités a pour corollaire physique la souplesse de l'accueil, l'attribution des lits n'étant pas figée. Les lits constituent un pool tournant, globalisé au niveau du pôle. Ce principe de non affectation des places introduit davantage de flexibilité dans l'accueil du patient, lui évitant par exemple d'attendre aux urgences qu'un lit correspondant à sa pathologie se libère.

b- Une organisation garantissant à l'établissement une plus grande cohérence interne et une meilleure insertion dans son environnement sanitaire

La structuration en pôles d'activité doit garantir à l'établissement une meilleure cohérence interne et externe

En interne, la structuration en pôles doit permettre de trouver une articulation entre les projets de pôles et la stratégie d'établissement.

Il existe en effet au sein de l'hôpital une instance transversale, dénommée " Commission Exécutive du Projet " qui assure la mise en cohérence des différents projets de pôles avec les documents institutionnels généraux que sont le Projet d'Etablissement et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. L'ensemble des projets de pôles remontent au niveau de la commission qui les hiérarchisent et les incorporent au projet d'établissement.

Alors qu'aujourd'hui les projets de service sont souvent élaborés dans la dispersion, en perdant de vue les objectifs communs de l'institution, la nouvelle instance de coordination doit permettre la formulation d'une ligne stratégique partagée qui n'est autre que la somme des projets élaborés par les pôles.

En externe, les pôles d'activité permettent une meilleure intégration de l'hôpital dans les filières et les réseaux de soins.

Le pôle devrait jouer un rôle structurant dans le positionnement de l'hôpital vis à vis des autres acteurs de santé, pour deux séries de raisons :

→ La promotion des réseaux externes apparaît comme le prolongement logique d'une structuration interne en pôles d'activité. Un des objectifs assigné au pôle est d'améliorer l'orientation du patient dans le système de soins pris dans une acception large : l'institution hospitalière mais également tout l'environnement sanitaire dans lequel elle s'inscrit. Le guidage du patient dans le système de soins ne peut en effet se concevoir sans lien avec l'extérieur. La volonté d'une prise en charge globale passe nécessairement par une articulation étroite des pôles avec les acteurs d'aval : secteur ambulatoire, établissements de suite, soins à domicile. Il s'agit d'offrir au patient une prise en charge graduée et ininterrompue, qui ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Deux points critiques sont ici à examiner : l'entrée du patient et son devenir à la sortie de l'établissement.

- L'entrée du patient à l'hôpital souligne l'importance de la fonction d'adressage de la médecine ambulatoire. Le lien avec les médecins de ville est primordial pour le bon fonctionnement du pôle urgences/réanimation qui constitue l'interface entre l'hôpital et l'extérieur. Ce pôle assure une fonction de tri, de sélection et de " dispatching " des patients, ce qui lui confère un rôle crucial vis à vis des autres pôles. L'instauration d'un dialogue et d'une collaboration étroite avec le secteur ambulatoire apparaît dès lors indispensable.

- La sortie du patient. C'est la fonction de suite, de réadaptation ou de réinsertion des autres acteurs de santé qui est sollicitée. La formalisation de conventions de coopération avec l'ensemble du secteur de prise en charge d'aval (médecins traitants, secteur associatif, établissements de convalescence) prend ici tout son sens.

→ Un apport d'expérience et de compétences pour le fonctionnement en réseau.

Par leur ambition de dépasser l'hospitalo-centrisme et de décloisonner les activités, les pôles fonctionnent déjà à la manière d'un réseau interne : ils capitalisent en la matière une expérience, une valeur ajoutée qu'ils peuvent utilement faire partager, à l'extérieur, aux autres acteurs de santé. La maîtrise en interne du fonctionnement en réseau devrait dès lors faciliter le développement de réseaux externes. L'orientation pertinente du patient et la connaissance des réseaux acquise par les pôles débouchent naturellement sur le renforcement des coopérations extra- hospitalières.

c- Un outil d'intégration et de décloisonnement des cultures professionnelles

La reconstruction sur site d'un hôpital rénové offre l'opportunité d'engager une véritable dynamique de changement dans l'organisation des activités médicales, en permettant l'intégration de la logique médicale et de la logique budgétaire et le rapprochement de deux cultures qui fonctionnent jusqu'ici de manière auto-centrée, en s'ignorant mutuellement.

La dichotomie entre les sphères administratives et médicales est souvent à juste titre, présentée comme un des défauts majeurs de l'organisation actuelle de l'hôpital public. Les médecins ne se sentent pas suffisamment impliqués dans la gestion et perçoivent l'administration comme une structure opaque et lointaine. Ils la conçoivent comme une vaste "intendance" chargée de leur apporter en temps et en heure la logistique dont ils estiment avoir besoin. La nécessité d'une régulation économique est difficilement admise par le corps médical qui demeure imprégné des principes fondamentaux de la médecine libérale, notamment de la liberté de prescription et de l'indépendance professionnelle. Leur implication totale dans le soin leur font ressentir les contraintes organisationnelles et budgétaires comme accessoires ou en tout cas non prioritaires. De son côté, la direction suit difficilement l'évolution des pratiques médicales, d'où l'impression d'être parfois mise devant le fait accompli par les équipes médicales.

Les logiques professionnelles, correspondant aux différents points de vue engagés dans l'action, sont juxtaposées et s'appuient chacune sur des rationalités différentes, qu'il est difficile de faire se rejoindre. Ce phénomène de " rationalité limitée " identifié par SIMON¹¹ renvoie non pas à une imperfection du raisonnement chez les différents acteurs, mais au fait que chacun d'entre eux ne perçoit qu'une partie du champ de l'activité et n'a accès qu'à un nombre limité d'informations et de représentations de cette activité.

Le souci du malade est certes omniprésent parmi les acteurs hospitaliers qui lui subordonnent chacune de leurs actions. Mais ce souci se trouve parfois conditionné par d'autres logiques et l'intérêt global du patient est alors relativisé au profit d'enjeux plus locaux. Les logiques particulières des différents acteurs ne correspondent donc pas forcément à la rationalité globale de l'ensemble de l'institution.

Dans ce contexte, chercher une meilleure organisation, c'est tenter de faire converger ces rationalités partielles et émerger la conscience d'une responsabilité partagée autour d'un travail collectif.

d- Une " masse critique " qui autorise une déconcentration de la gestion opérationnelle

Par rapport au découpage traditionnel en services et unités fonctionnelles, le pôle permet en agrégeant des services d'atteindre une masse critique, entendue comme " un certain volume de ressources humaines et matérielles permettant de concentrer les moyens, d'éviter le saupoudrage des crédits, de concevoir et d'ajuster des activités sans avoir besoin de faire appel à la direction "¹². Le volume budgétaire des pôles permet de mettre en œuvre une gestion de proximité dont le but est de rapprocher les décisions du niveau opérationnel tout en responsabilisant les prescripteurs des dépenses.

¹¹ SIMON. H, " Administrative Behaviour ", Editions Macmillan, New York 1957

¹² CALMON Michel, " Contractualisation interne et délégation de gestion, ", RHF, nov.-déc. 1997, p. 832 à 843

C- La mise en place d'une gestion de proximité fait émerger une nouvelle structure de responsabilités à l'hôpital public

1- Un principe de subsidiarité décliné de façon variée dans les hôpitaux européens

Le management de proximité vise à confier au niveau le plus adéquat d'une organisation les moyens de décider de son mode de fonctionnement, de financement ou d'équipement: le niveau supérieur n'intervient que si l'action du niveau du terrain est insuffisante pour réaliser les objectifs envisagés et/ ou si l'action envisagée peut être mieux réalisée à l'échelon central. Appliquée à l'univers hospitalier, le principe de subsidiarité signifie que toutes les décisions qui peuvent être prises au plus près du malade doivent l'être.

Comme le soulignent Gabrielle Rolland et Hervé Sérieyx, " dorénavant, les organisations les plus efficaces seront celles qui sauront placer le sommet à la disposition de la base, en laissant à celle-ci la plus grande latitude d'auto-organisation ".

D'abord appliquée dans les années 1980 au management des entreprises, cette logique de déconcentration des responsabilités au niveau des unités opérationnelles d'une organisation s'est peu à peu diffusée dans le secteur des entreprises publiques, ainsi que dans les services publics administratifs. En février 1989, la philosophie de renouveau du service public français visait ainsi à promouvoir une direction participative par objectifs et par projets et à mettre en place des centres de responsabilité. L'hôpital est alors apparu comme un lieu d'expérimentation possible de ces nouvelles organisations plus légères et flexibles.

L'institution hospitalière est en effet plus peut être que d'autres organisations, traversée par des forces centrifuges, ce que Michel CREMADEZ appelle " un mouvement de différenciation "¹³: Il existe une opposition marquée entre les objectifs des centres opérationnels et ceux du sommet stratégique. L'hôpital est soumis à des tendances à l'éclatement et à la parcellisation, en raison de la coexistence de multiples logiques professionnelles, souvent contradictoires et de l'absence de lieux d'intégration entre les univers administratifs et médicaux. Ces mouvements centrifuges s'exercent non pas sur le fonctionnement quotidien de l'hôpital mais « chaque fois qu'est en jeu son devenir à long et

¹³ M. CREMADEZ " les clés de l'évolution du monde hospitalier " Cahiers de gestion hospitalière, mai 1987, pp 285 à 306

moyen terme » (investissement, allocation des ressources, gestion des ressources humaines).

Plusieurs tendances majeures caractérisent dès lors l'organisation et le management hospitalier classiques:

- des prises de décision incrémentales, chacune d'entre elles étant le résultat d'un équilibre momentané et aléatoire entre les forces en présence.
- Un faible sentiment d'appartenance à l'organisation au profit du corporatisme et du repliement interne sur des " fiefs " médicaux.
- Une structuration de l'organisation qui se réalise, non pas directement autour du patient, mais autour des intérêts divergents des différents corps professionnels.
- Un cloisonnement des structures qui génère des tensions internes et des difficultés de communication.
- Une absence d'orientation sur le produit hospitalier et la production de valeur ajoutée.
- Une tendance à l'immobilisme et à la reproduction de l'existant.

L'objectif du " micro-management " est précisément de réduire les inconvénients d'une gestion excessivement centralisée. En intégrant les contraintes médicales, paramédicales et administratives au sein d'un même espace de décision, le management déconcentré et intercatégoriel permet la révélation et la résolution des conflits.¹⁴

D'abord testés dans des établissements hospitaliers d'Europe du Nord- Hôpital Karolinska en Suède, Whipps Cross Hospital au Royaume Uni- les modèles managériaux de la gestion de proximité commencent à être expérimentés, de façon plus ou moins aboutie, dans les établissements français : Hôpital Européen Georges Pompidou, CHU de Nantes, Hôpital mère-enfant Jeanne de Flandres à Lille¹⁵. Le projet mis en forme à l'hôpital de Bayonne s'inspire largement de ces différents modèles.

¹⁴ Selon la théorie de l' »intégration » développée par LAWRENCE et LORSCH

¹⁵ Se reporter au tableau n°3 pour un résumé de ces différentes expériences.

a- Les objectifs stratégiques attendus du raccourcissement de la ligne hiérarchique à l'hôpital

Les bénéfices attendus de la responsabilisation des acteurs de santé et de la naissance d'un pouvoir interne de gestion au niveau des structures médicales sont multiples :

→ accroître la flexibilité et la réactivité des agents face à un environnement plus complexe et rapidement évolutif. La substitution au modèle pyramidal, archétype de la taylorisation, d'un modèle en réseau, constitués de sous ensembles autonomes fédérés par un sommet stratégique permet de prendre les décisions à un niveau opérationnel, sur la base de critères concrets liés à l'expérience et aux besoins des professionnels de proximité

→ Faire circuler l'information de manière plus rapide et moins déformée : la suppression des échelons intermédiaires devrait permettre un accès plus large à l'information et une simplification des canaux de transmission des données.

→ Renforcer le pouvoir et la participation des agents à la vie de l'établissement en améliorant leur autonomie et leurs responsabilités. En acquérant le contrôle de la politique de gestion qui les concerne directement, le personnel peut en quelque sorte, se réapproprier son travail. La déconcentration des décisions répond à l'aspiration des agents d'une meilleure maîtrise au quotidien des décisions qui les affectent.

→ Accroître la démocratie interne et la participation au sein des structures de travail, par l'association des agents aux décisions relatives à la vie de l'établissement. C'est en définitive le concept d'hôpital-citoyen qui est mis en avant à travers l'ensemble de ces transformations organisationnelles.

→ Améliorer la capacité d'innovation et de créativité des agents, en leur donnant la possibilité de s'exprimer directement et collectivement sur leurs conditions de travail et sur le projet de pôle. Le management de proximité trouve ainsi son aboutissement dans le management participatif, " un processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation " ¹⁶. C'est la théorie de l' « empowerment » ¹⁷ qui se propose de conférer à chaque agent un espace d'expression et de décision aussi vaste que possible.

¹⁶ Hermel Philippe, le management participatif, Entreprise Moderne d'Édition 1990

→ Diminuer les coûts salariaux liés à l'emploi de cadres intermédiaires.

→ Plus généralement dégager des économies d'échelle grâce à la concentration des moyens humains et financiers et à la rationalisation de leur utilisation. C'est en effet la contrainte de maîtrise des dépenses qui apparaît en filigrane du projet de déconcentration de la gestion. Le médecin hospitalier public, dont l'activité se développe dans le cadre d'un budget global limitatif, est conduit à développer sa participation à la gestion, dans la mesure où les dotations budgétaires sont désormais allouées sur la base d'une évaluation du volume et du coût de l'activité médicale. L'extension d'activités innovantes n'est désormais possible qu'à coûts constants, voire réduits. La recherche d'amélioration de la productivité, d'économies de gestion devient incontournable. Elle sera d'autant mieux admise si les responsables de structures médicales se voient reconnaître une véritable responsabilité de gestionnaire.

→ Promouvoir une culture de délégation et de résultats. La déconcentration permet de faire évoluer les acteurs hospitaliers d'une culture de moyens où l'obtention de ressources supplémentaires est considérée comme un préalable indispensable au changement, à une culture de résultats où c'est l'atteinte des objectifs qui conditionne et détermine l'attribution de moyens supplémentaires.

¹⁷ R. Moss Kanter, 1992

Tableau n°3 : Différents modèles de déconcentration dans les hôpitaux étrangers...

<p><u>Centre médical universitaire de Tucson (Etats-Unis)</u></p>	<p>Hôpital universitaire de 312 lits et 2600 agents.</p> <p>Restructuration complète de la délivrance de soins autour de trois nouveaux rôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le « <i>patient support attendant</i> » (PSA) : soutient l'équipe soignante pour tous les services non directement liés au soin (propreté, ménage, transport des malades et des examens, distribution des repas, inventaire du petit matériel etc) - le « <i>patient care technician</i> » (PCA) : donne les soins de nursing au malade et remplit certaines activités déléguées par l'infirmier. Son rôle est proche de celui de l'aide-soignant français - le « <i>registered nurse care manager</i> » : définit un cadre permettant de gérer le <i>process</i> de soins. Il planifie et coordonne les soins pour un groupe de patients donnés. Il a également un rôle de suivi statistique des DMS et des pathologies lourdes <p>Mise en place d'une équipe de management interdisciplinaire au sein des unités avec un comité de direction chargé de « la restructuration des soins autour du patient » conduit par un coordonnateur infirmier différent du manager infirmier et composé de médecins et de soignants. Politique de gratifications honorifiques et de communication autour des « valeurs d'excellence au service du patient ». Le bilan de cette expérience montre : que les infirmiers passent plus de temps aux côtés des patients/ que la satisfaction des patients et du personnel s'est améliorée.</p>
<p><u>Hôpital Saint Vincent (Sydney- Australie)</u></p>	<p>Départements médicaux et chirurgicaux combinés en quatre unités fonctionnelles appelées « instituts ». Les « instituts » sont responsables de la gestion des ressources, des lits, du personnel et de la définition des programmes cliniques au sein du plan stratégique de l'hôpital .Exemple : l'institut Cœur-Poumon-Vasculaire : 276 personnes, 128 lits et un budget déconcentré de 15 millions de dollars</p> <p>Structure de l' « Institut » tripartite (modèle de l'hôpital John Hopkins) : un chef clinicien responsable des activités cliniques. Les chefs de département répondent devant lui des questions relatives au soin et au budget/ un infirmier gestionnaire qui gère les lits, les équipes soignantes, le recrutement et la formation, le suivi des équipements et fournitures/ un gestionnaire économique qui prépare les budgets et développe les plans stratégiques. Résultats : des dépenses de fonctionnement en baisse, un turn-over amoindri, une baisse de 10% du budget, une baisse de 20% de la DMS et une augmentation de 17% des interventions cardio-thoraciques.</p>

<p><u>Hôpital KAROLINSKA SJUKHUSET (Stockolm Suède)</u></p>	<p>Etablissement de 1100 lits et de 5000 agents</p> <p>Réorganisé en 1992 en 11 divisions. Sept divisions sont dirigées par un administrateur, trois par un médecin, et une par un infirmier. Le mandat de gestion est dissocié du mandat scientifique et confié pour trois ans non renouvelables.</p> <p>Direction générale organisée en structure légère, repositionnée au niveau des divisions. Résultats : satisfaction du personnel, augmentation de la productivité, réduction des listes d'attente, baisse de 20 à 25 % des coûts, réduction des pertes de temps par l'application de la méthode TBM (Time Based Management)</p>
<p><u>Cliniques universitaires de Saint Luc (Belgique)</u></p>	<p>900 lits et 4200 agents</p> <p>Huit départements de taille humaine et budgétaire inégales. Fixation d'objectifs de gestion, dans un contexte de quasi-faillite de l'hôpital. Propositions d'économies respectées à plus de 90%.</p> <p>Un chef de département désigné pour cinq ans par le CA sur ses compétences médicales et non gestionnaires. Il est entouré d'un cadre infirmier et d'un assistant administratif, diplômé en sciences économiques, chargé des études de coût de revient, de la gestion des comptes, de la préparation du budget et des imputations comptables. Ce dernier joue un rôle de relais important entre la Direction et le Chef de Département. Maintien de huit directions fonctionnelles.</p> <p>Déconcentration modérée. Modèle de responsabilisation plutôt que de décentralisation.</p>
<p><u>Whipps Cross Hospital (Londres –Royaume Uni)</u></p>	<p>L'établissement se définit comme un fournisseur de soins qui négocie et vend des prestations à des acheteurs de soins. Les services sont structurés autour d'un groupe d'organes (« <i>care groups</i> ») ou de fonctions logistiques et médico-techniques (« <i>facilities</i> »).</p> <p>Management des « <i>care groups</i> » : un Directeur référent de formation gestionnaire. La gestion des moyens est assurée par un « <i>ward-manager</i> » (surveillant-chef), l'animation de l'équipe revient au « <i>lead clinician</i> ».</p> <p>Le budget délégué concerne le personnel, les fournitures et médicaments, l'hôtellerie et tous les investissements inférieurs à 210 000 FF.</p>
<p><u>Hôpital Cantonal de Genève (Suisse)</u></p>	<p>Association du Doyen à la direction de l'Hôpital pour développer la complémentarité entre activités médicales, formation et recherche</p> <p>Réduction du nombre de niveaux hiérarchiques- Mise en place de 9 unités opérationnelles qui disposent de 95% du budget de l'hôpital. Elles sont dirigées par un médecin, secondé par une infirmière de coordination et un cadre administratif. Un « conseil d'unité opérationnelle » regroupe le médecin-chef, les responsables infirmiers et administratifs, un représentant du personnel et un représentant du CA. Valorisation des résultats par l'intéressement : 50% sur les économies. Evaluation conçue comme outil principal de pilotage. Au niveau central, six structures de direction et une unité opérationnelle logistique centralisée qui intègre les fonctions d'approvisionnement, hôtelières et techniques. Système original d'inspection pour contrôler l'activité des unités opérationnelles et éviter leur autonomisation.</p>

... qui ont inspiré les expériences françaises.

<p><u>Hôpital mère enfant Jeanne de Flandres- Lille</u></p>	<p>441 lits- 1000 agents</p> <p>Deux filières de prise en charge : Gynéco/obstétrique/néonatalogie et Pédiatrie médicale/ pédiatrie chirurgicale/pédiatrie de réanimation</p> <p>Accueil médico-administratif décentralisé avec un médecin référent par patient et un dossier médical unique. Structuration en pôles dénommés « Cliniques ». Consultations uniques par filières et hébergements communs.</p> <p>La « Clinique » fixe les grandes orientations : conduite du projet médical, répartition des moyens, organisation et évaluation de l'activité médicale, choix des postes et candidats médicaux. Les « Spécialités » désignent les équipes médicales regroupées autour de projets avec l'objectif d'une gestion finalisée de l'activité. Le pôle est l'unité commune de moyens : gestion des personnels sauf PH, gestion des budgets, des équipements et des locaux, mise en œuvre des protocoles de soins. Disjonction entre les moyens gérés au sein du pôle et les équipes soignantes centrées sur la prise en charge d'un segment de la demande et désignées sous le vocable de « spécialités ».</p>
<p><u>Hôpital Européen Georges Pompidou- AP HP</u></p>	<p>Constitution de six pôles : trois pôles médicaux (urgence-réseau, oncologie-spécialités médico-chirurgicales, cardio-vasculaire), deux pôles médico techniques (biologie-pharmacie-sang, imagerie) et un pôle « entreprise de service » regroupant toute la logistique. Lits non affectés. Médecin référent unique. Passage d'une logique organisationnelles « <i>staff and line</i> » à une logique de réseau interne.</p> <p>Dissociation de l'organisation de la prise en charge entre l'urgent et le programmé, le programmé de plus de 24 h et de moins de 24 heures.</p> <p>Déconcentration large autour de contrats d'objectifs et de moyens internes. Direction du pôle intercatégorielle : directeur de pôle, IG adjoint, cadre gestionnaire supérieur, coordonnateur technique. Instances consultatives : Assemblée du Pôle/ Conseil Permanent du Pôle/ Bureau du Pôle</p>
<p><u>Centre Hospitalier universitaire de Nantes</u></p>	<p>Mise en place progressive depuis 1998 de 19 pôles patients et de six pôles logistiques</p> <p>Volume budgétaire des pôles situé entre 60 et 120 millions de francs. 1,7 milliards de délégation budgétaire en 2000 pour les seuls pôles cliniques sur un budget total de 2,5 milliards FF. Déconcentration de la gestion dans les pôles érigés en centres de responsabilités- contractualisation interne. Intéressement sur les recettes subsidiaires (70% des recettes nouvelles générées sont reversées au pôle sous forme de crédits d'exploitation) et sur l'investissement (50% des économies réalisées sont reversées).</p> <p>Instances spécifiques de participation et d'expression : Conseil de pôle (expression directe des personnels non médicaux)/ Comité médical du pôle (suivi et mise en œuvre du projet médical de pôle)/ Conseil scientifique du pôle (mise en œuvre de protocoles et de bonnes pratiques médicales au niveau du pôle).</p> <p>Déconcentration : ressources physiques, gestion du personnel médical (vacations, gardes et astreintes), du personnel non médical (tableau des emplois, gestion des mensualités de remplacement, gestion des éléments variables de la paye, des positions administratives, des arrêts maladie, notation, crédits de formation continue). Gestion des prestations interpôles (actes de biologie, explorations fonctionnelles, radiologie).</p>

b- Un principe progressivement organisé et reconnu en droit français

Le cadre juridique régissant l'application du principe de subsidiarité à la gestion hospitalière est organisé par les articles L.6146-2 et L.6146-9¹⁸ du Code de la Santé publique complétés par le décret n° 97-374 du 18 avril 1997 sur la délégation de signature et le circulaire DH du 21 avril 1997, relative à la contractualisation interne dans les hôpitaux publics. L'ensemble de ces dispositions consacre la déconcentration de la gestion sous plusieurs modalités:

La création de centres de responsabilité (article L. 6145-16 CSP)¹⁹.

Elle reste un choix d'opportunité puisque la constitution des centres est facultative. Le centre de responsabilité peut voir le jour de deux manières:

La création peut en être proposée au directeur par les équipes médicales et paramédicales. Cette proposition est soumise pour avis à la CME et au CTE. La décision finale revient au directeur. Ce dernier peut également être à l'origine de la décision de création d'un centre, après avis des instances et des équipes médicales et paramédicales concernées. L'établissement définit librement la taille des centres de responsabilité. Il peut décider d'en créer pour tout ou partie de ses structures. La circulaire du 21 avril 1997 précise toutefois « qu'il ne s'agit pas de s'écarter de l'organisation médicales en unités, services et départements, mais plutôt de regrouper les structures existantes, en constituant des centres de responsabilité bénéficiant d'une taille critique.»

Aux termes de la loi, la décision de créer des centres de responsabilité semble impliquer un engagement de mettre en place des procédures de contractualisation interne et de délégations de gestion. L'article L.6145-16 indique en effet clairement que « les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. »

Pour analyser la situation ainsi créée, il convient de distinguer la forme (contractuelle) du fond (une délégation de pouvoir ou de signature).

¹⁸ Anciens articles L. 714-22 et L.714-26 CSP

Le fond : deux modes de délégation qui n'emportent pas les mêmes conséquences juridiques.

→ La délégation de compétences est l'acte par lequel le titulaire d'une compétence s'en dessaisit au profit d'un subordonné ou d'un adjoint. Il ne peut plus exercer cette compétence s'il n'abroge pas cette délégation. Dans le cas contraire, il peut encourir une censure pour incompétence²⁰. Mais la délégation est révocable à tout moment²¹ et ne saurait concerner la totalité des compétences de l'autorité délégante. Par ailleurs, le délégant détermine lui-même le périmètre des délégations de gestion consenties.

→ La délégation de signature²² peut venir compléter la délégation de gestion. Elle est consentie à une autorité désignée et non à une personne « ès-qualité » ou à une fonction, comme la délégation de pouvoir.

A la différence de la délégation de gestion, elle n'entraîne pas de transfert juridique de compétences. L'ordonnateur juridiquement responsable de la dépense reste le directeur de l'établissement. Dès lors la responsabilité du délégataire peut être engagée par les actes signés. Toute délégation de signature s'accompagne par conséquent de l'autorité hiérarchique du délégant sur le délégataire sous les trois formes du pouvoir d'instruction, d'annulation (rétroactif) et de réformation. Il convient cependant de noter que les pouvoirs juridiques du directeur restent limités dans la mesure où il n'a pas la faculté de nommer les praticiens hospitaliers ni celle de les sanctionner en cas de faute professionnelle.

De ce rappel réglementaire, on peut conclure que :

- les responsabilités légales du coordonnateur de pôle à l'égard de sa gestion des dépenses sont claires : le pôle n'a pas d'autonomie juridique. Le coordonnateur qui ne connaît, dans le cadre de son exercice professionnel de praticien que l'autorité hiérarchique du Ministère de la Santé, rend compte directement au directeur de l'établissement dans les domaines de la gestion déléguée.

¹⁹ Ancien article L. 714-26-1 CSP

²⁰ CE, 20 mai 1966, « Centre National du Commerce Extérieur »

²¹ CE, 11 octobre 1991 « Ribaute et Balanca »

²² Décret du 6 août 1992- Décret n°97-374 du 18 avril 1997

- Le pouvoir décisionnel appartient en dernier ressort au directeur de l'établissement public qui reste entièrement responsable de la gestion et notamment de l'utilisation des ressources, alors même qu'il y aurait délégation.

La gestion de proximité relève donc bien d'une logique de déconcentration (l'autorité juridique reste au niveau de l'autorité hiérarchique, c'est à dire le directeur) et non de décentralisation (qui impliquerait un transfert juridique du pouvoir de décision et de la responsabilité légale qu'il comporte).

La forme : le contrat interne, vecteur de la délégation de gestion

Acte synallagmatique, négocié et librement consenti entre les parties, il suppose la rencontre d'au moins deux volontés. En l'occurrence, le responsable de centre et le directeur qui agissent non pas en tant que personnes physiques mais en tant que représentants de la même personne morale, l'établissement public de santé (le centre de responsabilité ne disposant pas de la personnalité juridique). Cette unicité de la personne juridique a conduit certains analystes à évoquer un « contrat avec soi même »²³, une sorte d'acte unilatéral négocié, s'apparentant davantage à un protocole d'accord qu'à un authentique contrat.

Quant au contenu du contrat, il prévoit les objectifs, réalistes, mesurables et négociés du centre de responsabilités. Le suivi de l'exécution du contrat fait l'objet d'une organisation précise, dont les procédures sont débattues entre les cocontractants. Le document conventionnel définit également les modalités de l'intéressement aux résultats de la gestion et les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

2-Les circuits décisionnels futurs du CHCB : une application maximaliste du principe de subsidiarité

Les organisations futures du CHCB sont l'occasion de mettre en œuvre une gestion de proximité au niveau de chaque pôle, fondée sur trois principes:

- la subsidiarité
- la contractualisation interne (nouvel article L 6145-16 du CSP issu de l'ordonnance du 24 avril 1996)

²³ J.HARDY « contractualisation interne et délégation de signature », RHF, n°6, nov-déc. 1997, p 844-847

- le concept de “gestion partagée” autour d’un trinôme composé d’un médecin coordonateur, d’un cadre infirmier gestionnaire de projet et d’un cadre de direction chef de projet.

a- Une organisation basée sur les principes de contractualisation interne et d’intéressement

La contractualisation s’opère à un double niveau:

- Au préalable est négocié et conclu entre la direction et le responsable de chaque pôle un contrat établissant avec précision les objectifs quantitatifs et qualitatifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont dévolus. Le périmètre de ces délégations de gestion n’a pas encore été précisément délimité, mais il peut être en théorie très étendu.²⁴

- D’autre part, un contrat pluriannuel est négocié par les directeurs “chefs de projet” avec les cadres infirmiers “gestionnaires de projets”. Ce contrat indique le contenu de leurs fonctions, les évolutions quantitatives et qualitatives attendues dans leurs secteur et la durée de leur mission. Il peut faire l’objet de modifications, à l’occasion de chaque évaluation annuelle. Les gestionnaires de projet sont évalués annuellement sur les résultats atteints en fonction des objectifs fixés.

Trois séries d’avantages sont attendus de la rédaction de ces contrats internes :

→ l’objectivation des relations entre pôles et direction.

Dans le contrat sont consignés de façon exhaustive les engagements réciproques des parties, la répartition des rôles entre les cocontractants, les moyens mis à disposition du pôle, les objectifs qui lui sont assignés assortis d’une exigence d’évaluation ainsi que les modalités d’intéressement mis en place. Le contrat interne fait ainsi reculer la culture du non-dit et des arrangements tacites toujours aléatoires, au profit d’une formalisation écrite, claire et systématique des engagements entre les parties. La contractualisation poursuit en définitive un objectif de transparence et de plus grande confiance dans les rapports entre le corps médical et la direction.

²⁴ L’étude du champ des compétences potentiellement transférables fait l’objet de développement dans II- C-1

→ La construction d'une culture et d'un langage communs.

L'absence de méthodologie et d'un vocabulaire uniforme peut facilement conduire à des divergences d'interprétation dans la gestion. Le contrat permet de fixer un référentiel partagé par les contractants en matière de suivi des dépenses, de mesure de la charge de travail ou de l'activité, et ainsi limiter les risques d'incompréhension mutuelle.

→ L'apprentissage des contraintes réciproques des parties.

Le contrat présente des vertus pédagogiques en permettant aux contractants d'échanger leurs points de vue et de mieux appréhender leurs contraintes respectives. Pour les médecins, la contractualisation devient l'occasion de prendre conscience de la contrainte forte que représente la maîtrise des dépenses hospitalières et de mieux cerner les contradictions et les paradoxes qui pèsent sur l'hôpital au sein du système sanitaire français.

L'intéressement apparaît comme le prolongement et le complément nécessaire de la contractualisation. La définition d'objectifs à atteindre par le pôle va de pair avec un mécanisme de récompense/ sanction destiné à inciter les acteurs à respecter les termes du contrat. Il s'agit a priori d'un intéressement collectif, réalisé au niveau de chaque pôle constitué en centre de responsabilité. Le CHCB, s'il a posé de façon générale le principe n'en a pas encore précisé les modalités concrètes. Quatre principaux domaines d'intéressement peuvent être recensés:

→ l'intéressement sur les dépenses. La réalisation d'économies entraîne une rétrocession au centre de responsabilité d'une partie de celles ci.

→ l'intéressement sur les recettes. Il récompense les efforts de développement des recettes subsidiaires ou l'amélioration du recouvrement des frais de séjour. Là encore, les marges dégagées sont rétrocédées aux centres de responsabilité ayant obtenu les meilleurs résultats.

→ l'intéressement sur les résultats d'exploitation de la structure. Une fraction du résultat excédentaire peut être reversée aux centres de responsabilité ayant le plus contribué à l'amélioration de la productivité.

→ l'intéressement peut aussi être envisagé dans son versant négatif sous la forme d'un dispositif dissuasif de sanctions pour les gestionnaires de pôles qui s'éloigneraient durablement des objectifs inscrits au contrat. Il peut notamment prendre la forme d'un retrait partiel et temporaire de délégation: si le suivi des crédits délégués fait apparaître un dépassement du budget alloué supérieur à un montant déterminé entre les parties, un retrait de délégation peut être mis en place sur les comptes concernés jusqu'à rétablissement de la situation.

b- Les organes décisionnels des nouvelles structures

Des assemblées délibérantes: les conseils de structure

Selon le principe de subsidiarité, le processus décisionnel doit être participatif et suivre un mouvement ascendant : logiquement, il part donc des acteurs de la base qui s'expriment au sein des conseils de structures pour remonter jusqu'au coordonnateur de pôle.

La place première occupée par les conseils de structures dans la chaîne décisionnelle est un moyen supplémentaire (l'amendement libéré poursuit le même objectif pour les médecins) de faire progresser la démocratie directe à l'hôpital de Bayonne. Les attributions des conseils de structure sont étendues et leur composition reflète la volonté d'assurer une représentation intercatégorielle et élargie des agents²⁵

Ces conseils de structures créent un espace nouveau de participation et d'échange. L'organisation classique des débats à l'hôpital reproduit souvent le cloisonnement des différentes catégories professionnelles. Seules quelques instances réunies autour de thèmes transversaux comme le CLIN, le comité du médicament, ou encore les groupes de travail chargés de rédiger le projet d'établissement permettent un véritable dialogue intercatégoriel. L'instauration des conseils de structures ouvre un lieu de débat intégrateur entre les différents corps professionnels de l'hôpital. Il est à même de faire naître un sentiment d'appartenance à la structure hospitalière qui transcenderait les clivages corporatistes. Il incite les acteurs à définir leur identité professionnelle, non plus en référence ultime à une profession mais par rapport à des pratiques professionnelles et des intérêts partagés.

²⁵ se reporter au tableau n°4

Tableau N° 4 : modalités de fonctionnement des conseils de structures médicales et médico-techniques créées en application de l'article L. 6146-8 CSP

Objectif : permettre l'expression et la participation des personnels à l'organisation et au fonctionnement des structures sui generis de l'amendement-liberté

ATTRIBUTIONS	COMPOSITION
<p>Dans le domaine des orientations stratégiques de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation à l'élaboration du projet de structure. Ce projet prévoit : l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins au sein de la structure ➤ Elaboration du rapport d'activité et d'évaluation de la qualité tous les deux ans. Ce rapport précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Il contient notamment : <ul style="list-style-type: none"> - L'appréciation des résultats atteints par rapport aux objectifs du projet initial de la structure - L'appréciation a posteriori de la pertinence des objectifs - La correction s'il y a lieu des objectifs initiaux et intégration de nouveaux objectifs : en conformité avec les orientations du projet d'établissement actualisé, en préparation de l'opération de restructuration, en déclinaison des programmes d'actions pour l'amélioration continue de la qualité négociés avec les " comités qualité et accréditation " 	<p>Composition des structures dont l'effectif est supérieur à trente (personnels médicaux et non médicaux) :</p> <p>Ces conseils sont composés de membres de droit et de membres désignés titulaires et suppléants. La durée de leurs fonctions correspond à celle du mandat du chef ou du coordonnateur de la structure</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les membres de droit : le chef ou coordonnateur de la structure, le cadre ou la sage femme de proximité, les praticiens responsables de chaque UF au sein de la structure, le cas échéant les personnels d'encadrement sociaux et éducatifs ➤ Les membres désignés : des membres titulaires et suppléants sont désignés parmi les personnels médicaux et non médicaux de chacune des unités fonctionnelles (lorsque la structure est un service, un département ou un pôle) ou de chacun des services (lorsque la structure est une fédération), par voie de tirage au sort parmi les volontaires. Le nombre total de ces représentants ne peut être supérieur au triple de celui des membres de droit.
<p>Dans le domaine de la gestion de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Echanges d'informations, notamment celles concernant les moyens de la structure ➤ Propositions pour l'amélioration du fonctionnement de la structure ➤ Avis sur les délégations de gestion et la création de centres de responsabilité ➤ Avis sur le contrat à souscrire entre le directeur et le responsable du centre : nature et portée des délégations de gestion/ objectifs, moyens et indicateurs de suivi du CR/ modalités d'intéressement aux résultats de sa gestion/ conséquences en cas d'inexécution du contrat ➤ Suivi de l'exécution du contrat 	<p>Composition des conseils de structure dont l'effectif est au plus égal à trente (personnels médicaux et non médicaux) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ le chef de la structure ou le coordonnateur , président de droit ➤ tous les personnels médicaux et non médicaux en fonction et en activité dans la structure ➤ des internes ou résidents de la structure (2 maximum)

Un triumvirat original : coordonnateur/ cadre infirmier de proximité/ directeur référent

→ Le coordonnateur

Concrètement, chaque département ou fédération de services est placée sous la responsabilité d'un coordonnateur disposant d'une double légitimité, puisqu'il est à la fois élu par ses pairs et désigné par le chef d'établissement.

Ce coordonnateur de pôle, nommé pour une durée variable de trois à cinq ans ne peut cumuler ses fonctions avec celles de chef de service pendant la durée de son mandat. Il est investi d'une fonction d'animation des équipes et d'un pouvoir de délégation pour mettre en œuvre la stratégie arrêtée par l'institution. Il est notamment responsable du bon usage des moyens alloués, du respect des enveloppes budgétaires affectées au pôle et doit rechercher une plus grande transparence dans le processus de formation des coûts au sein de l'hôpital.

Le coordonnateur est assisté dans ses fonctions par un cadre soignant gestionnaire de projet et un membre de l'équipe de direction chef de projet.

→ Le cadre infirmier gestionnaire de projet

Le cadre soignant de proximité est placé en double lien avec le coordonnateur du pôle et la Direction du service de soins infirmiers. Il assiste le coordonnateur de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins et des activités. Il est conduit, en lien opérationnel avec l'Infirmier Général à mettre en œuvre au niveau du pôle la politique de soins définie dans le projet d'établissement.

Dans le projet d'organisation du CHCB, le rôle des cadres infirmiers est primordial puisqu'ils sont appelés à devenir gestionnaires de projet au niveau de chaque pôle: ils ont dès lors à charge la conduite opérationnelle du projet dans leurs secteurs d'activité respectifs. A ce titre, ils proposent une déclinaison des objectifs du projet institutionnel en programmes d'actions spécifiques qui sont arrêtés par le chef de projet, après avis de la commission exécutive. Ils organisent également les modalités de mise en œuvre du projet dans leurs secteurs.

A cet effet, ils précisent les rôles et les responsabilités, font connaître les objectifs, rappellent les exigences de calendrier, valident les méthodes de travail et évaluent régulièrement l'état d'avancement du projet. Ils tiennent le directeur chef de projet régulièrement informé du déroulement des opérations de réorganisation et lui transmettent les éléments autorisant l'évaluation du projet à chaque échéance prédéfinie.

Le cadre infirmier de pôle joue donc un rôle pivot essentiel: il assure l'interface entre les acteurs du pôle et les partenaires que sont les autres pôles ou les prestataires de services (services techniques et logistiques). Il doit donc être un interlocuteur crédible aussi bien du corps médical, en particulier du coordonnateur de pôle que des soignants ou du personnel administratif et technique. Ce rôle spécifique exige donc diplomatie et talents de conciliation.

Tableau N°5 : Domaines d'intervention prioritaires du cadre infirmier de proximité

<u><i>Orientations stratégiques du service ou du secteur</i></u>	<u><i>Politique de soins (en lien avec la DSSI)</i></u>	<u><i>Organisations</i></u>	<u><i>Gestion des personnels</i></u>
<ul style="list-style-type: none"> - projets de service orientations stratégiques - Démarche qualité - Satisfaction des patients et de leurs familles - Prévention et santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - développement des valeurs soignantes - dossier de soins et démarche de soins - diagnostics infirmiers - SIIPS et systèmes d'information - Bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> - étude de postes/ référentiels de postes - mise en place des SIIPS - Etude de la charge de travail infirmier -Nouvelles organisations : - rapprochement des services - horaires à la carte - relations entre services logistiques et services de soins - coordination avec les autres pôles - projection hôpital nouveau 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestion opérationnelle (élaboration des plannings) - évaluation/ définition d'objectifs individuels -besoins de formation -gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - accueil des nouveaux agents - animation d'équipe : démarche participative et vie du conseil de pôle et des groupes d'expression directe - Garantie des bonnes pratiques individuelles et collectives : instauration, surveillance, correction - Conditions de travail

→ Des directeurs “ chefs de projet ”

Dans cette nouvelle organisation, le rôle et les missions du directeur d'hôpital sont également repensés. Le directeur est appelé à devenir un coordonnateur en chef, assurant la cohérence de la gestion par projets et veillant à leur bonne réalisation (atteinte des objectifs et respect des délais). Il contribue à la formalisation du projet de pôle et participe à la programmation des investissements qui en découle. Garant du respect du cadre réglementaire, il doit également savoir se poser en arbitre des litiges qui peuvent survenir dans les relations internes ou externes aux pôles. Il prend alors les mesures de nature à lever les difficultés rencontrées, après concertation avec les gestionnaires de projets concernés et les membres de la commission exécutive. Il siège à la commission exécutive qui contribue à la définition des objectifs à atteindre et à la fixation des délais de projet. Son avis est sollicité aussi souvent que nécessaire sur toute mesure corrective utile à la réalisation du projet.

Dans ce scénario, qui constitue une application assez poussée du principe de subsidiarité, la direction assure la cohérence des politiques menées au niveau des pôles, par la fixation d'orientations stratégiques. Le pôle dirigé par le “ triumvirat ” médecin/cadre infirmier supérieur/cadre de direction définit les grandes orientations de la politique de recrutement, de fonctionnement et de gestion du pôle. L'unité de soins au sein de chaque pôle est l'échelon opérationnel de gestion: tous les autres niveaux du CHCB sont à son service.

3- La redistribution des pouvoirs au CHCB: l'exemple du recentrage de la fonction de direction

C'est dès lors toute la conception des relations de pouvoirs à l'hôpital, toute la structure décisionnelle de l'institution qui doit être repensée. La pyramide hiérarchique traditionnelle est inversée: la redistribution des responsabilités donne le rôle premier aux acteurs de la base, qui sont par définition dans une position stratégique directe de contact avec le patient. Ils disposent ainsi de plus grandes marges de manœuvre pour s'ajuster et développer la flexibilité nécessaire aux besoins des patients accueillis. Le rôle, la place et la taille de l'équipe de direction, qui fonctionne actuellement sur un principe de gestion centralisée, sont intégralement à redéfinir.

a- Le rôle

L'application du principe de subsidiarité implique que les directions fonctionnelles se défassent d'une large partie de leurs compétences de gestion directe pour les déléguer au niveau du pôle. Cette fonction de coordination suppose de leur part des interventions strictement adaptées au maintien de la cohérence des actions menées. Au travers du profil de directeur " chef de projet ", on peut distinguer les cinq axes autour desquels se recentre la fonction directoriale:

→ une mission de contrôle a posteriori. La déconcentration supprime la tutelle directoriale sur la prise de décision mais s'accompagne d'un renforcement du contrôle *ex post*. Cette fonction de contrôle correspond à la nécessité de préserver l'unicité du pouvoir juridique qui ne saurait être fractionné au sein de la structure. Elle permet de pallier les risques d'une autonomisation excessive des pôles.

→ une fonction de réformation: elle découle naturellement de la mission de contrôle. Si une décision est contraire au droit ou fait peser des risques graves et immédiats sur le fonctionnement de l'hôpital, le directeur intervient pour assurer la mise en conformité juridique et rétablir la marche normale de l'établissement. Cette intervention en dernier ressort du directeur doit rester exceptionnelle car elle porte en elle la menace d'une reconcentration larvée de la décision.

→ une fonction d'expertise et de facilitation. L'essentiel du travail de direction se recentre sur des missions de conseil, d'expertise, de veille réglementaire et d'appui technique aux pôles. Chacun des directeurs se positionne en chef de projet référent de deux ou trois pôles. Il se trouve théoriquement déchargé des tâches de gestion opérationnelle et assume un rôle de facilitateur, de régulateur, de " prestataire de services " auprès du coordonnateur médical et du gestionnaire de projet.

→ une fonction d'information: le pilotage du pôle et l'évaluation de ses résultats suppose que la direction produise régulièrement les indicateurs pertinents pour permettre le suivi et le contrôle de l'activité.

→ une fonction de mise en cohérence des projets de pôles. Dans le foisonnement des programmes d'action, le directeur est chargé de mettre en évidence " le fil conducteur " qui

traduit le sens collectif des différents projets. Sa fonction incontournable est de préserver la cohérence de la structure juridique et l'unité de sa stratégie.

b- la place

Le vote de l'amendement liberté et le rôle éminent confié aux coordonnateurs de pôles indiquent clairement une volonté de médicaliser la gestion de l'hôpital.

La direction ne s'identifie plus, dans cette structure aplatie et transversale, au sommet stratégique de l'institution. Elle est placée non plus au dessus des pôles de soins mais à leurs côtés, comme force d'appui et de proposition : sa fonction n'est plus de décider mais d'aider à décider. Ce décentrage lui fait perdre une large partie de ses prérogatives traditionnelles en matière d'arbitrages budgétaires ou de gestion des personnels. L'éloignement de la gestion opérationnelle, l'apprentissage d'une mission certes fondamentale mais plus discrète de soutien, d'appui, de conseil représentent des changements considérables.

c- La taille

Une organisation, fondée sur le principe de subsidiarité implique de concentrer les effectifs au niveau des unités opérationnelles, en allégeant ceux de la direction. Outre une évolution radicale de ses missions, la direction voit donc ses effectifs réduits à la baisse.

Ces évolutions, par leur ampleur et leur caractère radical suscitent des résistances culturelles et des difficultés d'adaptation. Ces obstacles ne sont que partiellement surmontés et, malgré l'assise institutionnelle donnée par le vote de l'amendement liberté, le projet de nouvelles organisations marque aujourd'hui le pas. L'abondance du discours et des modélisations théoriques de l'organisation future ne masquent pas la faiblesse des réalisations concrètes.

Deuxième partie- Les nouvelles organisations et la gestion de proximité au Centre hospitalier de la Côte basque: une utopie managériale qui peine à trouver un ancrage dans le réel ?

Après un démarrage rapide et volontariste, avec le vote “ dans l’enthousiasme et l’euphorie ” selon les mots du Vice-Président de la CME, de l’amendement liberté suivi des premiers regroupements de services, le projet de réorganisation connaît depuis six mois une pause prolongée. C’est pourtant à ce moment précis que débute la restructuration architecturale et que la réorganisation s’inscrit définitivement dans les murs de l’hôpital. L’urgence de nouveaux développements opérationnels se fait donc pressante.

Avant de tracer les voies possibles de réactivation du projet, il convient d’en dresser un bilan objectif et de rechercher les causes du ralentissement de la dynamique d’origine.

A- Les nouvelles organisations se déploient dans un environnement juridique incertain

1- L’amendement liberté: une innovation institutionnelle à la portée ambiguë

Il peut sembler prématuré de dresser un premier bilan de l’expérimentation de l’organisation libre. La CME élargie issue de l’amendement liberté n’a pu être mise en place qu’en mars 1999 : il aura en effet fallu près de deux ans de dialogue et de mises au point juridiques entre l’hôpital et les autorités de tutelle pour que les modalités de mise en œuvre de ce dispositif dérogatoire au droit commun soient arrêtées. Sans disposer d’un recul considérable sur le sujet, on peut cependant affirmer qu’en votant l’organisation libre, les acteurs hospitaliers se sont engagés dans une aventure institutionnelle dont ils ne mesurent ni ne maîtrisent toutes les conséquences. Le discours, souvent pessimiste ou inquiet des acteurs rencontrés laisse deviner les dérives potentielles auxquelles l’organisation libre expose l’établissement.

a- Une porte ouverte à l' " anarchie " institutionnelle?

La promotion du principe de démocratie directe n'est pas sans inconvénients:

→ Le vote de l'amendement liberté reposait sur le pari d'une forte implication des médecins dans la vie institutionnelle de l'établissement. La communauté médicale devait jouer un rôle moteur dans la mise en place des services regroupés. Or les médecins ne se sont pas révélés les porteurs de projets que l'on attendait. Ils n'ont pas comme prévu, relayé au niveau des services de soins, le projet de réorganisation. C'est bien souvent la direction qui a dû susciter, par défaut et de façon plus ou moins autoritaire, les évolutions attendues. L'amendement-liberté s'est donc trouvé vidé d'une partie de sa justification. Son second versant, le développement de la participation interne n'a pas connu les développements attendus et s'est trouvé rapidement dévoyé.

→ La participation de tous à la CME devait être un facteur de responsabilisation et d'amélioration de la teneur des débats. Elle était sensée amener les médecins à venir expliquer et justifier leurs projets en séance, à les soumettre à l'approbation de l'ensemble de la communauté médicale, donc à négocier en amont, à faire des choix et sélectionner des priorités pour présenter des projets aboutis, pertinents et acceptables par tous.

Cet objectif n'a pas été atteint et c'est même plutôt l'inverse qui s'est produit. Avec des assemblées de 93 praticiens disposant chacun d'une voix délibérative, les débats sont plus difficilement cadrés et des questions secondaires, souvent liées à des querelles de personnes remontent en CME alors qu'elles pourraient vraisemblablement se régler dans d'autres lieux. L'instance risque de se voir encombrée par des questions qui ne devraient pas y être évoquées et qui brouillent les véritables enjeux des débats. C'est ainsi que les projets véritablement restructurants, les problèmes de fond continuent à se négocier et à se régler, hors de l'enceinte de la CME, par l'arbitrage du directeur.

Les nouvelles règles de composition et de fonctionnement de la CME n'ont donc pas permis l'instauration d'un débat rationnel et la recherche du compromis par la discussion et la négociation. La résolution des choix les plus difficiles se fait toujours selon une séquence conflit / blocage/ refus du dialogue débouchant sur un arbitrage extérieur final par la direction. La remontée systématique des difficultés rencontrées dans les services traduit bien par ailleurs les limites de la responsabilisation et de la déconcentration de la décision.

→ La CME devient une sorte de vaste tribune un peu “fourre tout”, un canal d’expression directe dont le contenu n’est pas toujours très maîtrisé. Toute difficulté, toute question, sans hiérarchisation ni filtrage est portée à l’arbitrage de l’instance, ce qui peut à terme minorer le poids de ses avis, voire décrédibiliser ses décisions.

→ Enfin, nombreux sont ceux qui considèrent que l’amendement liberté en augmentant considérablement les effectifs de la CME et en donnant à tous les praticiens la possibilité de participer aux débats avec voix délibérative, confère à la communauté médicale un poids excessif dans le processus décisionnel et hypertrophie le pouvoir médical dans l’établissement.

b- Une ruse stratégique circonstancielle pour faciliter la transition vers les nouvelles organisations

Pour certains, l’amendement liberté aurait été avant tout un outil stratégique utilisé pour rendre acceptable et accélérer le mouvement de recomposition. L’amendement-liberté, selon ces interprétations serait en quelque sorte instrumentalisé pour servir la politique de restructuration. Il servirait à calmer par anticipation les inquiétudes ou les susceptibilités des praticiens en offrant à tous un siège en CME, afin de faire reprendre à son compte par la communauté médicale les changements projetés.

Au total, l’absence de cadrage juridique et de précédent en la matière fait peser de grandes incertitudes sur l’avenir de cette solution institutionnelle. C’est aux acteurs hospitaliers eux mêmes qu’il incombe de décider, sans balisage ni références préalables, quel sens ils entendent donner au mot “liberté”.

2- le pôle: un concept à faible densité juridique.

Alors que les notions de service ou celles plus neuves, de fédération ou de département sont détaillées par de nombreux articles du Code de la Santé Publique, il n’est jamais fait directement et positivement mention du concept de pôle²⁶ dans les textes. Un flou juridique entoure donc le concept. A l’inverse, la notion de service est assise sur un corpus législatif et réglementaire très structuré, renforcé par une légitimité historique et symbolique difficile à ébranler.

a- L'inertie forte de la logique de service

Une notion juridiquement très structurée

Les services, forts d'un bloc de compétences propres énumérés notamment dans les articles L. 6146-1 et L.6151-3 CSP²⁷ restent le lieu officiel et reconnu de l'activité médicale.

A titre d'exemple, le chef de service dispose de prérogatives propres dans trois domaines: le recrutement des personnels médicaux, le pouvoir d'organisation médical et technique de son service et pour les CHU la responsabilité des missions d'enseignement. Par la formulation d'avis réglementaire sur la nomination des praticiens hospitaliers et des chefs de clinique, le chef de service reste l'élément pivot de la gestion de la carrière des personnels médicaux. Dans l'exercice de sa responsabilité médicale et technique du service, il dispose de l'ensemble des moyens rattachés aux unités fonctionnelles qui composent le service. A ce titre, il exerce un pouvoir de proposition en matière de création, transformation ou suppression de ces unités.

Il existe de plus une asymétrie de légitimité évidente entre un chef de service nommé par le ministre et un coordonnateur de pôle simplement désigné par ses pairs.

Une légitimité historique et symbolique difficile à remettre en cause

Juridiquement, le service reste l'unité de base de l'hôpital. Cette consécration du droit est renforcée par le poids de l'histoire, des symboles et des représentations.

Créée en 1943, la notion administrative de service a permis la structuration des activités médicales. Elle est venue consacrer le mouvement de spécialisation et de différenciation croissante des disciplines. Le service, par la forte territorialité qui le caractérise, a permis au corps médical de cristalliser son identité professionnelle, ses valeurs et son appartenance à la structure hospitalière. Cadre naturel de l'apprentissage du regard clinique, il marque également l'aboutissement de la carrière par l'accession à la chefferie de service qui était encore, jusqu'à une date récente, attribuée à vie.

²⁶ l'article L.6146-8 CSP y fait cependant indirectement allusion en prévoyant la possibilité de mettre en œuvre une organisation libre.

b- Le pôle, un objet juridique non identifié

Un concept aux contours indéfinis

En comparaison, la notion de pôle ne possède qu'une faible densité juridique. Ses compétences propres n'ont pas été positivement précisées par le droit. Elles apparaissent comme " en creux " des dispositions de l'article L. 6145-16²⁸ sur la délégation de gestion. L'importance du rôle assigné aux pôles est à géométrie variable: elle dépend de l'étendue des délégations de gestion consenties par le directeur au coordonnateur. Le pôle n'a pas d'existence juridique propre, il n'est que le résultat d'un transfert de compétences.

Un déficit de légitimité:

Le pôle ne possède pas la légitimité que le poids de l'histoire et l'évolution de la médecine confèrent au service. Une identité de pôle reste à construire mais, comme toutes les mutations culturelles, elle s'inscrit dans le temps long de la vie de l'organisation. La coopération entre des acteurs aux origines, aux compétences et aux appartenances différentes n'est jamais donnée a priori mais résulte d'une construction sociale progressive.

Un concept neuf et déstabilisant

Peu d'exemples d'organisation aboutie fondées sur le pôle fonctionnent aujourd'hui dans les hôpitaux français. Le décloisonnement catégoriel, les nouvelles logiques de prise en charge qui visent à délivrer aux patients une prestation intégrée sont autant de transformations radicales auxquelles les hospitaliers, qu'ils soient médecins, administratifs ou infirmiers doivent s'adapter sans points de repères ou de comparaison. L'organisation en pôles est encore largement à inventer par les acteurs eux même.

Face à la logique de territorialisation et d'appropriation des moyens humains et physiques du service, le pôle est fondé sur la transversalité et la mise en commun des ressources, un concept original qui bouscule les habitudes de travail des acteurs. Il suppose l'apprentissage d'une autre approche de la prise en charge où la mobilité et la réactivité permanentes sont les qualités cardinales. Le pôle fait évoluer les relations intrahospitalières d'un dialogue hiérarchisé à une concertation plus horizontale entre professionnels.

²⁷ Anciens articles L. 714 20 et L.714-21 CSP

²⁸ Ancien article L.714-26-1 CSP

La réorganisation de l'hôpital et la disparition des services au profit d'ensembles plus intégrés constitue une véritable révolution organisationnelle qui suscite difficultés d'adaptation et résistances culturelles. Alors que le service constitue un point de repère familier et rassurant, l'organisation en pôles représente pour les professionnels de l'hôpital un saut dans l'inconnu.

Le vote de l'amendement liberté: une occasion, jusqu'à présent manquée, de faire accéder le pôle à la maturité juridique

L'amendement liberté représente une opportunité pour imaginer des organisations inédites sans référence aux modèles anciens.

La plasticité de la notion de pôle peut servir d'appui à son extension: par l'importance des blocs de compétence délégués, on est libre de lui donner une surface juridique élargie ou restrictive. Si l'établissement s'engage dans une application maximaliste du principe de subsidiarité, le pôle peut ainsi étendre son champ de compétences autant que le délégataire le lui permet, alors que les pouvoirs des services et des fédérations restent limitativement énumérés et enfermés dans un corpus juridique précis. La possibilité de « modeler » le pôle en fonction de l'importance que l'on veut donner à la déconcentration de gestion est un facteur de souplesse appréciable à l'hôpital.

Mais les acteurs du CHCB sont jusqu'à présent restés prisonniers des cadres de pensée et des formes juridiques classiques. Le pôle n'est pas posé comme une entité juridique autonome. Dans l'organisation actuelle de l'établissement, il est nécessairement adossé soit à une fédération, soit à un département. Le support administratif du pôle n'est donc pas stabilisé et le pôle n'est qu'un avatar de formes d'organisation déjà existantes.

On mesure ici toute la difficulté de se projeter au-delà d'un cadre d'organisation connu, prévisible et sécurisant. Penser les organisations de demain en se libérant de la terminologie et des schémas de pensée existants, c'est accepter que l'avenir de l'organisation reste ouvert et indéterminé. Or, l'absence de repères et l'impossibilité de prévoir sont des perspectives légitimement effrayantes. Le manque de visibilité sur l'avenir de la structure peut expliquer cette difficulté à s'émanciper des cadres d'organisation classiques.

3- Les risques d'une organisation « à la carte »

La forme juridique du pôle est, comme décrite précédemment, hybride, tantôt fédération, tantôt département. Cette qualification juridique duale laisse aux acteurs la possibilité de choisir la formule d'association qui leur permettra de traduire au mieux le degré de coopération recherché. L'établissement s'est refusé à imposer la formule du département, certes plus contraignante mais qui, à la différence de la fédération vécue comme un " mariage à l'essai " marque une réelle volonté de mise en commun des moyens.

En effet, départements et fédérations ne recouvrent pas les mêmes réalités juridiques. Le département est présenté dans le CSP livre VII comme une alternative à l'organisation en services: le département les fait disparaître au profit d'une entité intégrée. Pour ce qui est des fédérations, elles peuvent regrouper sur la base du volontariat des départements, des services ou des unités fonctionnelles en vue de mener des actions de complémentarité, de gérer en commun des lits ou des équipements ou encore de mettre en commun des moyens en personnel. Il ne s'agit donc pas d'une structure alternative au service mais d'un niveau de gestion complémentaire se surajoutant à ceux existants.

Le poids juridique du pôle et la légitimité de son coordonnateur sont donc variables en fonction du choix de l'une ou l'autre formule.

Ainsi se met en place une organisation interne disparate et différenciée faisant coexister dans le même établissement:

- des fédérations où la notion d'unités fonctionnelles subsiste, dont certaines pourront être érigées en pôles tandis que d'autres demeureront des fédérations au sens classique du terme.

- Des pôles- départements faisant disparaître en droit les anciens services.

- Des services classiques, pour ceux qui n'ont pas encore fait le choix du regroupement.

La modularité de cette organisation, gage de flexibilité, présente cependant un risque: elle fait coexister au sein de l'établissement des structures dont les prérogatives ne

sont pas toujours bien délimitées, ce qui peut occasionner des chevauchements de compétences. Ainsi se profile une organisation à plusieurs vitesses avec des structures identiques dans leur découpage (pôle de trois ou quatre services) mais asymétriques dans leur fonctionnement et leurs modalités d'organisation. En effet, les coordonnateurs ne disposent pas des mêmes pouvoirs de gestion ni de la même légitimité selon qu'ils sont placés à la tête d'un service, d'une fédération, d'un département ou d'une structure *sui generis*.

Le cadre permettant d'organiser une complémentarité équilibrée et exempte de concurrence entre ces différentes entités reste à construire.

B- Un projet dont les développements concrets restent partiels, incertains et contestés

1- Une départementalisation hésitante et désordonnée

La démarche de départementalisation qui prépare l'organisation future repose sur des initiatives ponctuelles. Elle n'est pas portée par une logique d'ensemble, une réelle dynamique d'établissement. Elle n'est, de surcroît que faiblement relayée au sein de la communauté médicale. On note globalement à l'égard de projet un certain pessimisme et le discours des acteurs fait ressortir un vécu plutôt négatif des regroupements de services. Hormis la constitution du département de gérontologie qui a été réellement portée par un médecin et un cadre de direction de l'établissement et dont le fonctionnement se rapproche vraiment des modes d'organisation envisagés, peu d'initiatives originales, émanant des services eux même, ont été prises sur la base de l'amendement libéré.

2- Une déconcentration inachevée

Malgré la volonté affichée, la démarche de regroupement des services ne s'est pas accompagnée du mouvement de déconcentration qui devait lui donner son caractère opérationnel. La fongibilité des ressources humaines et matérielles, préalable nécessaire à la mise en place de budgets de service a reçu un début d'application : dans les départements qui se sont constitués sur la base de l'organisation libre, les lits et les équipements ne sont plus affectés mais constituent un pool commun à l'ensemble du pôle. Des efforts de mobilité et de solidarité entre équipes soignantes commencent à se dessiner. Mais en retardant la mise en place d'une réelle déconcentration de gestion, l'établissement

n'est pas allée au bout de la logique qui présidait à son projet. La déconcentration reste une démarche inaboutie.

La situation actuelle est donc quelque peu paradoxale. L'armature des pôles est en place, ils possèdent un support physique cohérent grâce à la restructuration architecturale, les services sont géographiquement regroupés, ont désigné un coordonnateur, fonctionnent avec un personnel commun mais dans les faits, les pôles continuent à fonctionner comme autant de services cloisonnés et sans que la distribution des pouvoirs entre les services et la direction n'aient évolué dans le sens d'une quelconque décentralisation. Aucune démarche de contractualisation n'a été engagée et la constitution de centres de responsabilité est restée lettre morte. Dès lors, la nouvelle organisation tourne à vide car, sans délégation de gestion, les changements restent purement formels. C'est en définitive la délégation de gestion qui donne au pôle sa consistance juridique.

La déconcentration aurait sans doute dû être un préalable, ou tout au moins un corollaire à la réorganisation institutionnelle. Aujourd'hui les pôles existent sur le papier mais tant qu'ils ne sont pas érigés en centres de responsabilité, ils ne peuvent s'extraire des modes de fonctionnement traditionnels. Un simple glissement de terminologie ou un déplacement du tracé de frontières des structures médicales ne sont pas suffisants pour insuffler une dynamique de changement au sein d'une organisation. Sans un transfert formalisé de compétences et de moyens, le pôle est condamné à n'être qu'une forme sans contenu.

Le dysfonctionnement central de cette démarche de réorganisation apparaît ici clairement :

→ son volet institutionnel est très avancé avec le vote de l'amendement liberté

→ la restructuration a déjà donné une assise architecturale aux regroupements

→ sur le plan théorique, le projet a fait l'objet d'une longue préparation interne associant l'ensemble des catégories professionnelles de l'hôpital. La réorganisation est au coeur du projet d'établissement et fait l'objet de nombreux développements dans le contrat d'objectifs et de moyens.²⁹

²⁹ Se reporter aux annexes 2 et 3.

→ Mais les développements opérationnels font encore largement défaut. Le contraste est fort entre l'ambition du discours et la faiblesse des avancées concrètes du projet. Outre le contexte d'incertitude juridique dans lequel évolue l'établissement, des raisons plus culturelles peuvent être avancées pour expliquer la lenteur de la transition.

3- Le repositionnement des échelons de responsabilité et la recherche d'un nouvel équilibre des pouvoirs demeurent problématiques

a- La valeur ajoutée du nouveau système en termes d'efficacité gestionnaire n'est pas avérée

La recomposition des rôles et des fonctions suppose une remise à plat complète des missions, des procédures et des pratiques professionnelles de l'ensemble des hospitaliers quelque soit leur appartenance catégorielle. Mais rien ne permet d'affirmer que la redistribution des responsabilités entre médecins, cadres infirmiers et directeur garantisse nécessairement une amélioration du service rendu et une meilleure maîtrise des dépenses de santé. L'émergence de ce nouvel organigramme soulève une série d'interrogations dont beaucoup ne sont pas résolues.

La responsabilisation des médecins se résume t- elle à la délégation de la " pénurie budgétaire " ?

Si le projet de réorganisation ne rencontre qu'un écho assez faible auprès des médecins du CHCB, c'est aussi que ceux ci refusent de se substituer aux directeurs en tant que " gestionnaires de la pénurie ". Le statu quo est une situation plus confortable: elle permet de perpétuer un schéma connu et classique de cloisonnement des deux catégories professionnelles, dans lequel le corps médical peut rejeter sur le directeur et les autorités de tutelle l'entière responsabilité de la gestion des contraintes financières qui pèsent sur la production de soins. Il est certes plus difficile de rechercher dans son organisation interne et ses habitudes de travail la cause des dysfonctionnements que de l'attribuer à des personnes ou des facteurs exogènes au service.

Le gestionnaire devient une sorte de bouc émissaire, tout désigné car étranger à l'univers soignant et supposé en méconnaître les nécessités. Il assume un rôle d'exutoire externe en canalisant sur sa personne les mécontentements du corps médical.

Un changement de paradigme organisationnel supposerait que les médecins acceptent toutes les conséquences du principe de responsabilité. La responsabilité, si elle est le signe du pouvoir et de l'autonomie, est aussi un fardeau lourd à porter. Etymologiquement (*respondere* en latin), elle signifie, répondre en permanence de ses actes, rendre des comptes, se justifier. Il n'est pas sûr que les médecins souhaitent réellement investir le champ de la gestion financière et endosser à ce titre des décisions douloureuses ou impopulaires.

L'émergence de la figure du médecin/ directeur: un abandon de prérogatives?

L'intégration des logiques budgétaire et soignante peut par ailleurs apparaître irréaliste et même dangereuse.

Il peut en effet sembler risqué de faire porter à un coordonnateur qui doit par définition être une personnalité fédératrice, reconnue et écoutée par ses pairs, des responsabilités qui vont l'amener à prendre des décisions contestées, donc à mettre en cause sa légitimité et sa crédibilité. N'est ce pas fragiliser une organisation encore vacillante que de placer à sa tête un coordonnateur à l'identité ambivalente, mi médecin, mi directeur d'hôpital qui aura du mal à s'affirmer et se faire reconnaître dans l'un comme dans l'autre rôle. Le coordonnateur peut-il exercer ses fonctions sans sombrer dans la « schizophrénie professionnelle », tiraillé entre d'un côté, les impératifs de l'évolution des pratiques médicales, les progrès thérapeutiques qui nécessitent toujours plus de moyens et de l'autre les contraintes gestionnaires avec leur corollaire de restrictions?

On pourrait mécaniquement en déduire que pour être un gestionnaire efficace, le coordonnateur de pôle idéal serait celui qui abdique définitivement son origine professionnelle pour se positionner en directeur d'hôpital-bis. Mais un médecin qui renonce à son identité professionnelle fait-il pour autant un meilleur manager? On perd alors les bénéfices d'une médicalisation de la gestion pour échouer cette fois sur l'écueil de la bureaucratisation de la médecine.

Le rétrécissement du champ des prérogatives directoriales suppose une mutation culturelle d'envergure.

Dans la nouvelle organisation, le directeur évolue d'une fonction active de commandement à un statut, plus en retrait, d'accompagnateur du changement, d'expert

technique et de contrôleur juridique chargé en dernier lieu de préserver l'intégrité juridique de l'établissement.

On conçoit que ce changement s'accompagne de quelques doutes existentiels. Dans un schéma organisationnel déconcentré, où le pilotage effectif des décisions a lieu au niveau des pôles, où toute l'organisation institutionnelle consacre le primat du pouvoir médical, quel est l'espace de décision, d'autorité et d'autonomie laissé au directeur? Si le médecin coordonnateur se pose en manager concurrent, la présence du directeur se justifie-t-elle encore vraiment? L'abandon de prérogatives traditionnellement attachées à la fonction directoriale doit s'accompagner de la construction, nécessairement lente et difficile d'une nouvelle identité professionnelle.

L'analyse des difficultés susceptibles de paralyser le fonctionnement de la nouvelle organisation débouche sur un constat de quasi-impuissance: d'un côté, un médecin qui se dépouille de son identité professionnelle sans pour autant souhaiter investir l'espace de décision laissé par les directeurs, de l'autre une équipe de direction qui ne peut que difficilement accepter la minoration de son rôle.

b- Un paradoxe organisationnel : diminution des échelons de décision/complexification de l'organisation

L'organisation en pôles s'accompagne en théorie du raccourcissement de la ligne hiérarchique et de la simplification des échelons de décision. Mais les anciens décideurs ne vont pas immédiatement renoncer aux prérogatives qu'ils détenaient dans le système antérieur. Le risque est alors que les anciennes hiérarchies se reforment dans les faits ou qu'apparaisse une forme de hiérarchie informelle, qui introduirait une confusion considérable dans les circuits d'autorité et de décision de l'hôpital.

De plus, dans le cadre de l'organisation en départements ou de la future organisation en pôles, on assiste de fait à une multiplication des niveaux d'autorité médicale: à côté du coordonnateur, chaque praticien se trouve responsable d'une "micro-structure" (les unités fonctionnelles pour le département, des unités modulaires de 15 lits pour les pôles par pathologie). La coexistence de plusieurs circuits décisionnels au sein même des pôles peut ainsi générer des oppositions qui ralentissent ou empêchent les arbitrages, à l'exact opposé du but recherché par la décentralisation.

La nouvelle organisation risque ainsi, paradoxalement, de conduire à une multiplication des potentats et “ fiefs ” médicaux. Le risque que les pôles développent des stratégies de balkanisation est en effet bien réel. Alors que le redécoupage des services de soins vise à promouvoir une organisation plus intégrée, plus transparente, moins hiérarchisée, la démultiplication des échelons de responsabilité aggraverait dans les faits, la logique de segmentation qui prévalait dans le système antérieur. Pour lutter contre cette tendance à l'éclatement, la personnalité et l'autorité du coordonnateur médical seront des éléments déterminants: il devra être capable de s'imposer face à ses pairs et de savoir trancher. Mais la fragilité de ce schéma est évidente: si le pôle ne trouve sa cohérence que par la présence à sa tête d'une personnalité fédératrice, il se délitera dès que celle -ci quittera ses fonctions.

c- Le pôle : une utopie ingouvernable dans les faits ?

Le projet de nouvelles organisations pourrait alors être regardé comme une utopie managériale, une construction artificielle et impossible à piloter. De fait la reconnaissance du pôle en tant qu'unité de fonctionnement et de décision est mieux assimilée par l'équipe de direction que par le personnel lui même qui se reconnaît davantage dans des entités traditionnelles plus restreintes comme le service ou les unités fonctionnelles.

Les détracteurs de ce mode d'organisation font dès lors valoir que le pôle présente toutes les caractéristiques d'une construction purement intellectuelle, décrivant un mode d'organisation idéal faisant peu de cas des réalités de fonctionnement de la structure hospitalière :

- Il mobiliserait des arguments théoriques qui manquent de pragmatisme.
- Il occulterait par un discours volontariste les difficultés prévisibles qui surgiront de la réorganisation.
- Il se fonderait sur une analyse visionnaire des changements qui affectent l'institution hospitalière et l'enjoignent à évoluer, alors que ces évolutions ne sont encore qu'embryonnaires. La nécessité d'évoluer vers d'autres modes de fonctionnement ne serait pas ressentie avec la même urgence et la même immédiateté par les acteurs hospitaliers. Le projet de nouvelles organisations pêcherait par excès d'avant- gardisme : il devancerait les besoins de l'institution en y répondant avant même qu'ils ne soient clairement formulés.

→ La conception des relations intra-hospitalières qui le sous-tend repose sur un certain angélisme. Les principes de confiance de coopération, de décloisonnement dessinent une vision consensuelle de l'hôpital. Pourtant le conflit a une véritable fonction régulatrice au sein de l'organisation. L'esprit contractualiste du projet occulte la dimension socialement utile du conflit qui joue un rôle cathartique au sein de la structure hospitalière.

Mais à l'heure où le projet s'inscrit dans les murs de l'hôpital, où le fonctionnement institutionnel a été entièrement revu pour mieux asseoir l'organisation en pôles, le discours de ceux qui dénoncent le caractère utopique ou prématuré du projet peut difficilement être entendu. Il n'est plus temps de questionner la légitimité ou la pertinence de l'idée de départ. C'est la réactivation du projet et la nécessité de réels développements pratiques qui sont aujourd'hui incontournables.

Ce constat conduit à envisager différentes pistes de déblocage pour donner un second souffle à un projet qui semble être entré en léthargie.

C- Propositions d'action pour relancer la dynamique de réorganisation interne

Il s'agit de remédier aux problèmes existants mais également d'anticiper sur les dysfonctionnements susceptibles d'apparaître au fur et à mesure de la montée en charge du projet.

1- Eclaircir et stabiliser le cadre juridique de la réorganisation

Une première étape pourrait consister en la fixation d'un cadre juridique aussi exhaustif que possible pour les nouvelles organisations. Cette clarification juridique emprunterait plusieurs voies :

a- La rédaction de règlements intérieurs types pour les nouvelles structures regroupées.

La direction a jusqu'à présent adopté une démarche incitative et non contraignante, laissant aux coordonnateurs, en association avec les conseils de structures, la responsabilité de fixer librement le contenu des statuts de départements ou de fédérations. Pourtant, les acteurs sont demandeurs de directives et d'un plus grand formalisme

juridique, qui leur donneraient des repères pour s'orienter vers le choix de l'une ou l'autre structure fédérative de l'amendement liberté.

Des règlement intérieurs- type pour le pôle, le département, la fédération pourraient ainsi être rédigés. La lecture des statuts existants révèle en effet de grandes disparités de contenus, entre des documents relativement complets et d'autres trop elliptiques. Bien souvent, la convention se borne à mentionner les objectifs très généraux de l'association alors qu'elle devrait prévoir de façon précise l'organisation, le fonctionnement, l'intitulé de la structure et les actions envisagées en pratique pour atteindre les objectifs fixés.

Un comité de rédaction des règlements intérieurs des nouvelles structures, qui comprendrait en plus des auteurs, un représentant de la direction générale, pourrait être à l'avenir, chargé de l'élaboration de statuts réellement crédibles qui aborderaient tous les chapitres de fonctionnement des structures recomposées.

b- Une méthodologie pour aider à la construction de projets de pôles pertinents

Le concept de projet de pôle est certainement très diversement interprété, alors même qu'il est à la base du contrat d'objectifs et de moyens conclu entre la direction et le pôle. Il convient également de prévenir la tendance très réelle à une déconnexion entre projet de pôle et projet d'établissement. La construction du projet de pôle doit faire l'objet d'une réflexion commune des responsables médicaux, infirmiers et administratifs.

Au préalable doivent être identifiées les ambitions que peut poursuivre un projet de pôle :

- fédérer des projets de services, en recherchant ce qui peut être mis en commun dans les domaines des soins, de l'enseignement, de la gestion des ressources. Le risque, s'il se résume à cela, est d'aboutir à des consensus peu mobilisateurs car opportunistes.
- Contractualiser, pour obtenir les ressources nécessaires au maintien d'une activité situant le pôle au plus haut niveau, en visant dans un esprit compétitif, la performance plutôt que le service rendu.
- Définir les contours d'une activité de soins qui puisse être partagée avec d'autres structures de soins publiques ou privées, afin d'offrir le meilleur service à une population donnée. L'organisation régionale d'une spécialité, fondée sur la complémentarité des

moyens et des compétences, centrée sur des besoins réels est une démarche médicale qu'il conviendrait d'encourager.

Le projet infirmier, doit, quant à lui, s'inscrire à deux niveaux :

- établir une organisation adaptée aux objectifs du projet médical dans les domaines des soins et de l'organisation interne
- relayer au niveau du pôle les actions transversales mises en place par les directions en charge de ces projets.

Partant de ce constat, il serait intéressant d'explorer les voies suivantes :

→ concevoir une méthodologie de rédaction des projets de pôle qui précisent leur contenu a minima dans les deux missions de soins et d'enseignement, ainsi que les moyens à mettre en œuvre en cohérence avec le projet d'établissement et le SROS.

→ Situer la frontière entre les actions propres au pôle et les actions à vocation transversale (l'accréditation ou la démarche qualité par exemple).

→ Bien préciser les missions de la Commission Exécutive des projets, instance d'arbitrage qui doit veiller à l'articulation ou à l'intégration des projets de pôles, au projet d'établissement et à l'organisation extra-hospitalière (SROS notamment).

→ Etablir un échéancier pour la rédaction des prochains projets de département, de fédération ou de pôle afin de les coordonner avec l'actualisation du projet d'établissement.

→ Préciser les modalités de l'articulation entre le projet de pôle (pluriannuel) et les objectifs prioritaires pris en compte dans le contrat annuel entre la Direction et le coordonnateur du pôle.

c- Un scénario juridique homogène de passage aux nouvelles organisations

Enfin, le choix d'une formule d'association définitive et uniforme pour le passage à l'organisation en pôle serait sans doute judicieux. L'expérience a montré que la liberté d'action laissée aux acteurs en la matière n'a pas permis d'inventer de solutions vraiment

novatrices. De plus elle a abouti à une organisation instable faite de structures aux pouvoirs et aux degrés d'intégration disparates.

La définition d'un scénario homogène de basculement de l'ensemble de la structure vers une organisation en départements dotés d'une réelle compétence de gestion aurait le mérite de clarifier la situation et d'améliorer la lisibilité future de l'organisation. Elle éviterait également que ne subsistent aux côtés des futurs pôles qui disposeront de moyens physiques et d'une surface budgétaire étendus des services « orphelins » que leur singularité n'aura pas permis d'intégrer au regroupement, ou des fédérations que des praticiens jaloux de leurs prérogatives refuseraient de transformer en une structure plus décloisonnée.

d- L'encadrement et l'accompagnement de la phase transitoire

Pendant la période de transition où subsistera une organisation différenciée, il pourrait également être utile de tracer les frontières de compétences de chaque type de structure et de fixer les modalités de leur cohabitation au sein de l'hôpital. Il en va de même pour les instances décisionnelles exécutives ou délibérantes des structures. Il s'agit de trouver les moyens juridiques de faire coexister harmonieusement les instances traditionnelles et celles nées de la nouvelle organisation en essayant de prévenir, par la systématisation juridique, de possibles conflits de pouvoirs.

En effet, les relations avec les instances légitimes (Commission médicale d'Etablissement, Conseil d'Administration, Comité Technique d'Etablissement) risquent d'être déstabilisées par l'émergence de nouveaux lieux de dialogue, de communication, voire de décision que sont les Conseils de structures ou la Commission Exécutive des Projets. Les instances anciennes et reconnues qui représentent le personnel de manière relativement équilibrée et légitimée ne doivent pas être réduites à de simples chambres d'enregistrement. Il faut donc s'efforcer de trouver une cohérence entre les instances du pôle et les instances légitimes pour que les premières ne soient pas des doublons des secondes et que les secondes s'adaptent au nouveau découpage en pôles. Cette complémentarité pourrait être atteinte en introduisant au sein des instances traditionnelles des membres de droit issus des pôles.

2- Formuler clairement les objectifs attachés à la déconcentration des responsabilités de gestion et à la mise en oeuvre d'une gestion de proximité

L'établissement ne pourra faire l'économie d'une réflexion approfondie sur la nature et l'étendue des délégations de gestion qui seront concédées au directeur de pôle : quels blocs de compétences paraissent être les plus utiles à déconcentrer?

La déconcentration peut en effet faire l'objet d'une approche maximaliste ou minimaliste. Si l'on retient la première, on peut aller jusqu'à envisager que l'investissement devienne un thème de contractualisation possible entre le directeur chef de projet et le coordonnateur de pôle³⁰. Dans une conception plus restrictive de la délégation, seules les dépenses qui touchent directement aux soins (consommables du groupe 2 notamment) sont délégués. L'établissement devra donc choisir entre une acception large ou plus modeste de la déconcentration de gestion. Les voies à explorer concernant la délégation de gestion pourraient dès lors être celles ci :

→ définir et statuer définitivement sur ce qui, dans le champ possible de la délégation de gestion, serait véritablement utile au bon fonctionnement des services regroupés.

→ Cadrer juridiquement les délégations de gestion. Les formaliser afin d'éviter toute ambiguïté³¹.

→ Trouver un mode de fonctionnement ne reportant pas uniquement sur les pôles les décisions négatives.

→ Définir des règles relatives à l'innovation (identification d'un budget annuel ? Appels d'offres internes ? Critères et modalités des choix ?) et préciser l'articulation entre les pôles et les comités du médicament et des dispositifs médicaux.

→ Reconsidérer la question de l'investissement : peut il n'être qu'un outil d'intéressement relativement marginal ? Faut il envisager une enveloppe d'investissement par pôle ?

→ Clarifier le dispositif opérationnel d'intéressement /sanction envisagé. Il s'agit en effet d'un facteur de motivation fondamental.

³⁰ Le champ de la délégation de gestion peut être très étendu en théorie. cf tableau n°6

³¹ Se reporter à l'annexe n°4

Tableau n°6 : le champ possible de la délégation des crédits de fonctionnement

Groupes fonctionnels	<u>Compétences potentiellement déconcentrables</u>	<u>Compétences ne pouvant faire l'objet d'un transfert</u>
<u>Groupe 1 : dépenses de personnel</u>	<p>PERSONNEL NON MEDICAL</p> <p>Gestion du tableau des emplois Affectation des internes au sein du pôle Rémunération des gardes et astreintes Gestion des mensualités de remplacement, des crédits d'intérim et des heures supplémentaires Contrôle des présences, Gestion de crédits de formation (à hauteur de 50 % par exemple) Evaluation du personnel</p> <p>PERSONNEL MEDICAL</p> <p>Tableau des emplois médicaux et définition des profils de poste Budget : comptes 631, 633-1-2-3 et 64 + gardes et astreintes, sécurité sociale et prévoyance, URSSAF Gestion du crédit des gardes et astreintes Organisation des modalités de l'encadrement des étudiants par les médecins seniors</p>	<p>En revanche, certains aspects de la gestion des ressources humaines ne peuvent être déconcentrés en droit. :</p> <p>Recrutement (le pouvoir de nomination appartenant au directeur) Avancement et pouvoir disciplinaire. Le principe d'égalité des fonctionnaires et la nécessaire cohérence institutionnelle de la politique de ressources humaines interdisent de déléguer de telles compétences.</p> <p>Validation obligatoire par LA CME</p>
<u>Groupe 2 : dépenses liées à l'activité médicale</u>	<p>Gestion des consommables : produits pharmaceutiques, produits sanguins, dispositifs médicaux, fournitures et petit matériel Sous-traitance à caractère médical : transfusion sanguine, consultations de médecins extérieurs aux pôles par exemple Charges induites : actes réalisés en dehors du pôle, explorations fonctionnelles et radiologiques)</p>	<p>La délégation de gestion doit être compatible avec le respect du Code des Marchés publics et notamment des seuils législatifs et réglementaires.</p>
<u>Groupe 3 : dépenses hôtelières et de gestion générales individualisables</u>	<p>Alimentation, linge, fournitures de bureau, produits d'entretien, transports de malades. La déconcentration des services d'admission et de consultations externes au niveau des centres de responsabilité pourrait permettre un accueil plus personnalisé des malades et une incitation à un meilleur recouvrement des recettes: service social, forfait hospitalier</p>	<p>Coûts de structure : eau, électricité, chauffage.</p>

3-Anticiper les dysfonctionnements de la pratique en clarifiant les outils et les moyens de la gestion de proximité

a- Réactiver l'observatoire de l'amendement liberté en recentrant ses missions sur des objectifs opérationnels et concrets.

Le bilan d'activité de cet observatoire paritaire chargé de suivre la mise en œuvre de l'amendement liberté est assez décevant. Il ne s'est réuni que deux fois depuis sa création au début de l'année 1999. Le procès verbal des réunions montre qu'il s'est surtout préoccupé de la démarche participative au sein des conseils de structure et qu'il s'est en général cantonné au constat des dysfonctionnements du système sans véritablement réfléchir à de possibles solutions.

Pourtant cet observatoire recèle des potentialités inexploitées. De par sa composition élargie tout d'abord : il s'agit d'un comité tripartite, réunissant représentants de la direction, de la CME et représentants du personnel, susceptible donc de produire une réflexion intercatégorielle sur le projet de réorganisation. De plus, son effectif (une douzaine de personnes) est suffisamment large pour qu'il se subdivise en groupes de travail chargés de faire des propositions concrètes pour activer le projet, suivre de façon opérationnelle la gestion de proximité et en assurer l'évaluation en continu.

Ses fonctions pourraient ainsi évoluer d'une mission de veille et de réflexion à un rôle plus actif de comité de pilotage de la réorganisation interne. Ses tâches, dans ce cadre seraient très larges : formalisation du socle juridique de la nouvelle organisation, réflexions sur l'architecture du système d'information et l'élaboration de tableaux de bord de suivi de gestion, actions de formation et d'informations autour du projet.

b- Constituer un système d'information et d'échanges de données pertinent, convivial et partagé.

La déconcentration de la gestion va de pair avec l'élargissement de la diffusion de l'information. Le contrôle par la direction est en effet la contrepartie nécessaire de la reconnaissance d'une autonomie de gestion.

Du côté des structures médicales, la délégation ne signifie rien si on ne met pas à la portée des acteurs de terrain l'information nécessaire à la gestion. Il faut donner aux pôles les moyens de suivre et de contrôler leur activité par la transmission régulière de données adaptées, ce qui conduit à s'interroger sur la pertinence du niveau d'information nécessaire et à remettre en cause le modèle actuel où l'exhaustivité des données apparaît trop souvent comme l'idéal à atteindre.

Une information surabondante tue l'information : noyés sous des données dont ils ne maîtrisent pas le sens, les acteurs hospitaliers risquent de se lasser et de ne plus jouer le jeu. Une information trop technique risque d'être mal comprise ou inutilisable mais à l'inverse, une information trop grossière ne permettra pas un pilotage fin et réactif. Dans la forte demande d'information induite par la mise en place de la gestion de proximité, on peut commencer par distinguer :

- l'information pour faire, qui renvoie essentiellement à la notion de tableaux de bord de suivi de gestion (des effectifs, des dépenses, de l'activité). Cette information souffre de la multiplicité de ses sources, génératrice de réponses contradictoires : Direction des ressources humaines pour la gestion des effectifs non médicaux (absentéisme, congés, suivi de la paie etc), Bureau de la formation pour le suivi des crédits de formation continue, Direction des Affaires Financières pour le suivi de l'activité (nombre d'entrées, de journées, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, nombre d'actes réalisés)³² et les dépenses à caractère médical, hôtelier ou générales, Direction des services économiques pour l'investissement matériel.

- l'information pour se situer, qui renvoie davantage au positionnement des départements, des fédérations ou des pôles dans l'institution. Elle nécessite un échange d'informations plus informelles, qui n'est pas clairement défini (notes de services, réunions).

Concernant l'information et les outils de gestion , les pistes de réflexion suivantes pourraient être utilement explorées :

- Revoir l'architecture du système d'information hospitalier afin de l'adapter aux enjeux de la gestion de proximité. Il conviendrait au préalable de synthétiser et d'homogénéiser les attentes des acteurs vis à vis du système d'information de l'hôpital.

³² Se reporter à l'annexe n°5

→ Travailler des critères d'appréciation compréhensibles par tous et à même de motiver les acteurs.

→ Construire une analyse des coûts qui dépasse le cloisonnement du système de santé : soins hospitaliers/ soins de ville car la performance de l'hôpital ne peut être isolée de ce qui se passe en amont et en aval.

→ Définir des circuits d'information pertinents : cibler les informations ascendantes/ descendantes et faire le point des outils disponibles.

→ Déterminer quels indicateurs retenir pour la constitution des tableaux de bord et quelles données gérer en parallèle pour expliquer les tendances constatées au niveau de ces tableaux.

→ Standardiser les tableaux de bord mis à disposition des structures regroupées. Ils doivent être synthétiques et directement exploitables.

→ Prévoir la possibilité de solliciter en cours de mois des compléments d'information ou des états intermédiaires de dépenses, notamment en cas de situation tendue.

→ Mettre en perspective avec les résultats de l'institution et introduire des référentiels incontestables (en s'appuyant par exemple sur les techniques de *bench- marking*).

→ L'adaptation des outils d'information supposerait d'étoffer l'effectif, assez restreint (un directeur, un chef de bureau et deux adjoints des cadres) du Bureau des Affaires Financières actuellement en charge du suivi statistique de l'activité et d'envisager la création, dans une étape ultérieure, d'un véritable département de contrôle de gestion.

c- Arrêter un profil de poste pour chacune des nouvelles fonctions du management de proximité

Les nouveaux métiers issus de la réorganisation des structures- directeur chef de projet, coordonnateur de pôle, cadre infirmier de proximité sont pour une large part, encore à inventer. Une réflexion collective des acteurs sur l'évolution prévisible de leurs fonctions pourrait aider chacun à mieux trouver sa place au sein de la nouvelle organisation.

Des fiches métiers claires et précises permettraient également de :

- fixer les attributions respectives et les circuits décisionnels entre la direction du pôle et les services.
- aider à la construction d'un organigramme évitant les redondances ou les confusions de compétences.³³

d- Créer une fonction intermédiaire de cadre administratif de proximité

A l'occasion de cette réflexion sur les contours des nouveaux métiers, on pourrait s'interroger sur la possible introduction d'un échelon intermédiaire supplémentaire, par la création d'une quatrième fonction, celle de cadre administratif de proximité.

Dans le schéma organisationnel du CHCB, le management des structures est assuré par une triade : médecin/ directeur/ cadre infirmier. Or de nombreux hôpitaux ayant lancé des expérimentations de gestion déconcentrée similaires ont jugé bon d'introduire un échelon complémentaire, celui du cadre administratif de proximité chargé d'apporter une expertise de gestion au niveau du pôle. L'insertion dans l'organigramme de cette fonction supplémentaire a certes l'inconvénient de rallonger la ligne hiérarchique, à l'opposé du but recherché, mais elle peut avoir un effet de médiation et de meilleur apprentissage de la gestion déconcentrée, utile dans une phase de démarrage du projet. Le cadre administratif de proximité pourrait assumer les fonctions suivantes :

→ Il travaillerait en binôme avec le cadre soignant auquel il apporterait son expertise gestionnaire. Dans le cadre de la gestion des personnels non médicaux, il pourrait suivre le budget du personnel à partir des éléments qui lui sont transmis par les directions fonctionnelles. Il serait alors en mesure d'analyser les points critiques, l'impact financier des décisions et d'en informer régulièrement le cadre soignant.

→ Dans les autres secteurs, il assumerait un rôle général de suivi du budget au sein du pôle. Il serait à ce titre chargé de sensibiliser l'ensemble des acteurs du pôle à l'implication financière des décisions et des pratiques au sein du pôle. En collaboration avec le cadre soignant, il se positionnerait par ailleurs en référent des " fournisseurs " internes de prestations (magasins, pharmacie...).

³³ Se reporter à l'annexe n°6

→ Hiérarchiquement, le cadre administratif serait placé sous l'autorité d'un directeur de rattachement et mis à disposition du coordonnateur de pôle. Cette fonction pourrait être assurée par un cadre administratif de catégorie A ou B: adjoint des cadres voire adjoint de direction. En effet, la mise en place d'une gestion de proximité en recentrant l'équipe de direction sur des missions d'assistance, de conseil et non plus de gestion opérationnelle conduit, comme il a été souligné plus haut, à reconsidérer les effectifs du staff de directeurs. On pourrait dès lors imaginer que certains d'entre eux se détachent auprès des pôles pour y assumer ces fonctions nouvelles.

e- créer un référentiel de la gestion de proximité, dans un but pédagogique et d'homogénéisation des règles du jeu.

Ce référentiel pourrait rassembler les éléments suivants :

→ la méthodologie d'élaboration et d'actualisation du projet de pôle

→ le contrat-type interne pour l'exercice de la délégation de gestion

→ l'organigramme interne du pôle et la répartition des compétences

→ la gestion des moyens délégués : règles de gestion, modalités d'ajustement en cours d'exercice, place du PMSI comme outil de négociation du budget délégué, forme et contenu des tableaux de bord

→ la clôture de l'exercice : détermination du résultat, dispositif d'intéressement.

Ce document synthétiserait l'ensemble du cadre juridique et des lignes directrices évoquées plus hauts et constituerait ainsi un point de référence pour la construction du nouveau schéma organisationnel.

4- Développer des actions de communication et d'explicitation de la nouvelle organisation pour remobiliser les acteurs autour du projet

Plus encore que des évolutions juridiques ou organisationnelles, c'est d'une évolution des cultures et des mentalités que pourra surgir le changement. La notion de pôle est encore perçue de manière très floue et lointaine. Le sentiment d'appartenance aux nouvelles

structures regroupées est faible. Un changement d'identification de l'entité « naturelle » que constitue le service au pôle, implique :

- de dégager les aspects mobilisateurs de l'organisation en pôles. On peut en recenser au moins trois: l'amélioration du service rendu par l'optimisation des moyens engagés, l'autonomie de gestion et l'intéressement aux économies, la participation et la responsabilisation du personnel par de nouveaux rapports privilégiant le dialogue et la reconnaissance mutuelle des compétences.
- de clarifier les points obscurs³⁴
- d'entreprendre des actions « promotionnelles » pour revaloriser la démarche aux yeux des acteurs.

a- programmer un plan d'actions de communication auprès des différents acteurs concernés afin de relégitimer la démarche.

Le passage d'une organisation de type « mandarinat », hiérarchisée, autoritaire et presque patriarcale à un mode de fonctionnement plus horizontal et démocratique ne peut se faire sans un apprentissage de l'écoute, du dialogue et de nouvelles conditions de socialisation impliquant la reddition de comptes. C'est ce que Henri MINTZBERG désigne sous le nom de « management intuitif ». Ses travaux complétés par ceux de SPENCER (1976) sur le milieu des chirurgiens cardio-vasculaires montrent que l'organisation hospitalière se rapproche d'une configuration de type " bureaucratie professionnelle ". Dans ce type de structure, le centre opérationnel fonctionne en relative autonomie par rapport au sommet stratégique. Les professionnels -on pense ici plus particulièrement aux médecins- y sont maîtres de leur propre travail en indépendance de leur ligne hiérarchique, voire de leurs collègues et en ne restant proches que du patient. Cette autonomie est possible car pour coordonner ses activités, la structure de type " bureaucratie professionnelle " s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond: la formation et la socialisation.

MINTZBERG montre alors que dans cette configuration qui dissémine directement le pouvoir aux opérateurs, les professionnels contrôlent leur propre travail mais cherchent aussi à avoir le contrôle des décisions administratives qui les affectent. Dans ce type

³⁴ en répondant progressivement aux interrogations formulées plus haut.

d'organisation, le changement, affirme MINTZBERG, ne vient pas de nouveaux administrateurs qui annoncent des réformes majeures mais d'un processus lent d'évolution des mentalités professionnelles. Il s'agit dès lors de privilégier un management « à l'intuition » et de travailler sur le recrutement, la formation, la socialisation, la motivation au perfectionnement professionnel pour créer progressivement les conditions du changement.

b- Trouver un canal d'expression des attentes, des craintes et des doutes des acteurs sur le projet

La création d'une « instance catharsis » où pourraient s'exprimer librement les inquiétudes, les attentes ou les griefs des agents permettrait de prévenir d'éventuelles crises et de limiter la survenue de conflits sociaux liés à la réorganisation.

Les conseils de structures déjà existants pourraient jouer ce rôle mais il serait sans doute opportun de réfléchir à la mise en place d'un organe d'expression ad hoc, regroupant des représentants du personnel ou les agents eux même (dans l'hypothèse de groupes d'expression directe et collective). Les suggestions recueillies au cours des réunions de cette cellule viendraient enrichir la réflexion sur les voies d'amélioration possibles du projet de réorganisation interne.

Ces axes de travail s'efforcent d'isoler et de prendre en compte chacun des facteurs, juridiques, organisationnels et culturels qui freinent aujourd'hui la réorganisation interne. Ce plan d'actions indicatif vise en définitive à dépasser le stade du discours et de la théorisation pour faire avancer le projet sur le terrain.

Conclusion

Ce projet de réorganisation repose sur une conception dynamique de l'hôpital, vu comme une structure en projet cherchant en permanence à s'adapter à son temps. Il s'agit là d'une illustration du principe de mutabilité qui régit le fonctionnement des services publics français.

La recomposition des structures de soins relève d'une logique d'intégration et d'appropriation des externalités qui affectent l'hôpital : évolution rapide des techniques et du droit, médicalisation de la société, nouvelles attentes des patients. L'organisation hospitalière ne saurait rester figée dans cet environnement évolutif et changeant.

La transformation d'un processus de production de soins séquentiel et cloisonné en un processus simultané et collectif est cependant loin d'être acquis. Elle repose certes sur un pari intéressant : face à des logiques professionnelles différenciées et irréductibles, les logiques gestionnaires et de prise en charge optimale du malade devraient créer un espace de référence entre des acteurs aux métiers différents.

Mais l'émergence de ce référentiel partagé suppose que la logique économique s'empare peu à peu de tous les acteurs et permettent de dépasser les oppositions centrées sur des arguments techniques. On semble pourtant loin de ce consensus. Le plus souvent, les structures de soins à l'hôpital restent la traduction d'enjeux de pouvoir, de clivages, de rivalités ou d'ententes entre les services. Elles reflètent donc davantage un état de fait qu'une gestion stratégique.

L'apprentissage des nouvelles organisations est difficile. Les regroupements de services réalisés au CHCB sont fragiles, imparfaits, hésitants et contestés. Il existe un réel fossé entre les réalisations concrètes, modestes et limitées, et les modélisations théoriques ambitieuses et séduisantes qui les sous tendent.

Mais ces obstacles ne doivent pas conduire à condamner sans appel le projet comme une « chimère managériale ».

En effet, cette tentative de réorganisation interne, malgré ses incomplétudes et ses défauts, reste une expérience pédagogique. Elle montre que des solidarités, limitées mais réelles peuvent naître entre les équipes et que le cloisonnement interne à l'hôpital n'est pas une fatalité. En ce sens, elle est un premier pas vers la naissance d'entités plus intégrées et plus structurées.

Il faut certainement laisser à ce projet le temps de faire son chemin dans l'esprit et le comportement des acteurs hospitaliers. En effet, c'est avant tout d'une évolution culturelle qu'on peut attendre la réactivation de la démarche de regroupement. Le facteur temps est ici déterminant.

Le projet de réorganisation interne du Centre Hospitalier de la Côte Basque constitue une tentative originale pour dépasser les clivages et les corporatismes qui divisent l'hôpital. Encore faut-il qu'il émane d'une volonté partagée de responsabilisation et de mise en commun des moyens pour connaître de réels développements pratiques.

Remerciements

Pour leur disponibilité, leur gentillesse, leur patience et l'aide qu'ils m'ont apporté tout au long de ce travail, mes remerciements vont:

à François SADRAN, directeur des Affaires Financières au CHCB et maître de stage attentif

à toute l'équipe de direction du CHCB

à Mme Corinne PASQUAY et M. Raymond LE MOIGN, directeurs adjoints au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

aux adjoints des cadres du Bureau des Affaires financières et du Bureau des Affaires médicales

aux secrétaires de direction

aux amis de l'École et d'ailleurs, pour les échanges d'informations, les conseils avisés et le soutien téléphonique mutuel ...

Bibliographie

1- Textes juridiques

Code de la Santé Publique et en particulier les articles L. 6146-2, L. 6146-8 et L. 6146-9

Décret n°92-443 du 15 mai 1992

Décret n°97-304 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de gestion des directeurs d'établissements publics de santé

Circulaire DH n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation dans les établissements de santé

2- Ouvrages généraux

CLEMENT JM, Les pouvoirs à l'hôpital, Les Cahiers Hospitaliers, Berger-Levrault, nouvelle édition mise à jour en 1995

CREMADEZ M., GRATEAU F., Le management stratégique hospitalier, Paris, Interéditions, 1997, 2^{ème} édition

ESPER C., Propositions d'expérimentation pour l'hôpital public, 4 février 1994

HERMEL P., Le management participatif, Entreprise Moderne de Gestion, 1990

LAWRENCE P. et LORSCH J., Adapter les structures de l'entreprise, Editions d'organisation, 1973

LE SAGET M., Le manager intuitif, Dunod, 1992

MINTZBERG H., The structuring of organisations : a synthesis of the research, Prentice Hall, 1983

SAVIGNY de J., Réflexions sur le management de proximité dans les hôpitaux de l'AP-HP, rapport du 18 avril 1996

SIMON H., Administrative Behaviour, Editions Macmillan, New York, 1957

3- Articles de la presse hospitalière

BONIS J., Les rôles managériaux des directeurs, des médecins et des cadres soignants dans les hôpitaux français », Gestions Hospitalières, février 1994

CALMON M., Contractualisation interne et délégation de gestion, Revue Hospitalière de France n°6, Novembre-décembre 1997, p 832 et suiv.

CAPUL J-Y., Les enjeux économiques de la démarche d' « ingénierie concourante », Revue française de gestion, mars-avril-mai 2000, pp 28- 41

CHABRUN-ROBERT C., Un directeur médical à l'hôpital, Le concours médical, avril 1995.

CHU de Nantes, Référentiel de la gestion de proximité.

CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier, Gestions hospitalières n°266, mai 1987.

ESPER C., Le contrat interne dans les établissements publics de santé, notion de fait ou de droit ?, Actualités JuriSanté, CNEH

GROSSIER E., JANCOURT D., NIZARD G., Le déplacement de pouvoir à l'hôpital, Gestions hospitalières, octobre 1996

HARDY J., Contractualisation interne et délégation de signature, Revue Hospitalière de France, n°6, novembre-décembre 1997, pp 844-847

MEYZONNIER C. , La délégation de gestion, mode d'emploi, Gestions Hospitalières, octobre 1996

OMNES Louis, Choc technologique et mutation des organisations, Gestions Hospitalières, mars 1996, pp 187- 189.

OMNES L., Le changement organisationnel à l'hôpital, Ruptures, Revue Transdisciplinaire en santé, vol.5, 1998, pp27-33

Projet médical de l'HEGP, septembre 1995.

PELJAK D., Le management de subsidiarité au service des hôpitaux, Gestions Hospitalières, Juin-juillet 1997

TABET J., TEBOUL J., Karolinska Sjukhuset, INSEAD, Fontainebleau, 1995

4- Mémoires d'élèves-directeurs d'hôpitaux.

BRAS Jean-Christophe, L'organisation interne de l'hôpital en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes », mémoire EDH, Décembre 1998

LARZAT B., Maîtrise de l'offre et cohérence interne : la stratégie du Centre Hospitalier de la Côte Basque, mémoire EDH, Décembre 1999

MESNAGE I., Contribution à une réorganisation de l'activité de chirurgie générale, digestive et thoracique au CHU de Saint- Etienne dans un contexte concurrentiel, mémoire EDH, Décembre 1996

PELJAK D., NICOLAS C., L'encadrement infirmier et le management de proximité dans la perspective de l'Hôpital européen Georges Pompidou, mémoire EDH, Décembre 1996

5- Sites Internet

www.hbroussais.fr, pour la visite guidée de l'HEGP

www.chu-nantes.fr, pour des informations sur la gestion de proximité

www.legifrance.com, pour la correspondance entre l'ancienne et la nouvelle numérotation de la partie législative du Code de la Santé Publique.

<u>Liste des abréviations utilisées</u>
--

- CA : Conseil d'Administration

- CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire

- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

- CME : Commission Médicale d'Etablissement

- CSP : Code de la Santé Publique

- CTE : Comité Technique d'Etablissement

- DH : Direction des Hôpitaux

- EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Liste des annexes

- **Annexe n°1** : statuts du Département de Gériatrie

- **Annexe n°2** : extrait du Projet Médical actualisé 2000-2005

- **Annexe n°3** : extrait du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en cours de négociation avec l'ARH – fiche opérationnelle sur la déconcentration de la gestion.

- **Annexe n°4** : exemple de contrat interne type pour l'exercice de la délégation de gestion (document extrait du référentiel de la gestion de proximité du CHU de Nantes).

- **Annexe n°5** : tableaux de bord de suivi des dépenses du groupe 2 et de l'activité élaborés par la Direction des Affaires Financières.

- **Annexe n°6** : exemple de référentiel de fonction pour les nouveaux métiers de la gestion de proximité : le cadre infirmier de proximité (document extrait du référentiel de la gestion de proximité du CHU de Nantes).

ANNEXES NON FOURNIES PAR L'AUTEUR