



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

La transposition d'une politique publique :
mise en œuvre, représentations et
processus d'appropriation de la réforme de
la nouvelle gouvernance au CH de Pau

Francis BRUNEAU

Remerciement

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accordé du temps à l'occasion de la recherche d'information et m'ont aidé à enrichir ma réflexion sur ce mémoire.

Je remercie particulièrement le directeur de l'établissement, Monsieur Christophe Gautier pour sa disponibilité dans le cadre de cette recherche mais également tout au long de ce stage.

Je remercie avec grand plaisir mon maître de stage, Monsieur Hervé Gabastou, et l'ensemble des membres de la direction, pour la décontraction avec laquelle ils m'ont accueilli parmi eux.

Ma reconnaissance va également au président de la CME, Monsieur François de la Fournière, et à son prédécesseur, Monsieur Jean-Jacques Choulot, ainsi qu'aux membres du Conseil exécutif et aux responsables de pôles d'activité qui m'ont accordé sans réserves les entretiens nécessaires à la documentation de ce mémoire.

D'une manière générale, enfin, il m'est très agréable de reconnaître que l'ensemble du personnel de l'hôpital m'a accordé l'attention et le temps dont j'avais besoin pour que cette découverte du monde hospitalier soit féconde.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA RÉFORME DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE.....	3
1.1 LA RÉFORME DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE CORRESPOND À LA VOLONTÉ DE TRANSFORMER LES RELATIONS DE POUVOIR AU SEIN DE L'HÔPITAL.....	3
<i>1.1.1 Le point de départ de la réforme : une réflexion sur l'état de la gouvernance hospitalière</i>	3
A) Une organisation bureaucratique soumise à des logiques parfois concurrentes.	3
B) La double légitimité.....	5
<i>1.1.2 Objectifs et composantes de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière</i>	7
A) L'élaboration de la réforme.....	7
a) Une composante du plan Hôpital 2007.....	7
b) Des rapports aux constats convergents.....	8
B) L'ordonnance du 2 mai 2005.....	10
a) La rénovation des instances hospitalières.....	10
b) La réorganisation en pôles d'activité.....	12
c) Le développement de la contractualisation interne.....	13
1.2 L'ENJEU DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LA RÉFORME DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	13
<i>1.2.1 Une lassitude vis-à-vis des réformes est perceptible</i>	14
<i>1.2.2 Un plan de soutien à la mise en œuvre de la réforme</i>	15
A) L'expérimentation au sein des établissements.....	15
B) Un dispositif d'accompagnement.....	15
2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU.....	18
2.1 UN CENTRE DE RÉFÉRENCE AU SUD DE L'AQUITAINE.....	18
2.2 LA CRÉATION DU CONSEIL EXÉCUTIF.....	19
<i>2.2.1 Le conseil exécutif provisoire</i>	19
A) Le dialogue direction-CME avant l'ordonnance du 2 mai 2005.....	19
B) La création d'un conseil exécutif provisoire.....	19
<i>2.2.2 La création du second conseil exécutif</i>	20
A) Un élargissement du CE.....	20
B) Le collège des médecins.....	20
C) L'apport du médecin DIM.....	21
D) Le collège de l'administration.....	22
<i>2.2.3 Le fonctionnement du conseil exécutif</i>	22
A) Les modalités de fonctionnement du conseil exécutif	22
B) La nature des débats.....	24
a) Au plan stratégique	24
b) La gestion et le fonctionnement de l'établissement :	24
c) L'échange d'information.....	25
d) Un lieu pour tester de nouveaux projets.....	25

C) Une instance de pilotage ?.....	26
D) Recueil et diffusion de l'information	26
2.3 LA CRÉATION DES PÔLES D'ACTIVITÉ.....	28
2.3.1 <i>Un fort émiettement de l'organisation en pôles d'activité</i>	28
A) Une forte résistance de la structuration en services.....	29
B) L'importance de la logique d'affinités.....	32
C) Un seul pôle administratif.....	32
D) Une réforme mal perçue.....	32
2.3.2 <i>L'élaboration de la charte de fonctionnement des pôles d'activité</i>	33
A) Le souci de préserver la cohérence de l'établissement.....	33
a) Le rappel des grands principes.....	34
b) Le primat de la cohérence de l'établissement.....	34
c) La volonté de contrôler les modalités de l'intéressement.....	35
B) La question de l'autorité du responsable de pôles d'activité	35
C) La présence administrative auprès du pôle.....	37
a) Le choix de ne pas affecter de cadre administratif.....	37
b) Le directeur référent.....	37
2.3.3 <i>Une délégation de gestion limitée</i>	38
3 LES REPRÉSENTATIONS QUI FREINENT LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LA RÉFORME.....	40
3.1 UN NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE INÉGAL.....	40
3.1.1 <i>Le conseil exécutif</i>	40
3.1.2 <i>Les pôles</i>	41
A) Les contrastes de la mise en oeuvre.....	41
B) L'aménagement du calendrier.....	41
C) Quelles perspectives pour les pôles ?	42
3.2 LES REPRÉSENTATIONS EXTERNES QUI FREINENT LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LA RÉFORME.....	43
A) Une réforme conçue pour résoudre les problèmes des CHU.....	43
B) La défense du temps médical.....	43
C) Le thème de « l'usine à gaz ».....	44
D) L'objectif de la maîtrise des dépenses de santé.....	44
3.3 LES REPRÉSENTATIONS INTERNES.....	46
A) La culture de l'établissement.....	46
B) Un pouvoir médical en creux.....	47
C) La perception du conseil exécutif.....	47
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
LISTE DES ANNEXES.....	I
PRÉAMBULE.....	3
LA CRÉATION DES PÔLES.....	3
LES MISSIONS DU PÔLE.....	3

L'ACTIVITÉ DU PÔLE DOIT ÊTRE EN COHÉRENCE AVEC L'ENSEMBLE DES CONDITIONS GÉNÉRALES QUI S'IMPOSENT À L'ÉTABLISSEMENT.....	3
PRINCIPE GÉNÉRAL :.....	4
L'ORGANISATION DU PÔLE D'ACTIVITÉ.....	4
L'EXERCICE DES RESPONSABILITÉS AU SEIN DU PÔLE D'ACTIVITÉ.....	4
<i>Le responsable du pôle d'activité.....</i>	4
Modalités de nomination du responsable de pôle d'activité.....	4
Missions	4
<i>Le cadre supérieur de santé du pôle d'activité.....</i>	5
Nomination et positionnement.....	5
Missions :.....	5
LE DIRECTEUR RÉFÉRENT.....	5
<i>Nomination et positionnement.....</i>	5
<i>Une mission de conseil et d'expertise.....</i>	6
<i>Un rôle d'interface.....</i>	6
LES STRUCTURES INTERNES.....	6
<i>Nomination des responsables des structures internes du pôle.....</i>	6
Nomination des chefs de service.....	6
Nomination des responsables des unités fonctionnelles médicales.....	6
<i>Missions des structures internes du pôle.....</i>	6
LES ORGANES DU PÔLE D'ACTIVITÉ.....	7
LE CONSEIL DE PÔLE.....	7
<i>Composition et missions.....</i>	7
<i>Le Conseil de pôle est consulté sur :.....</i>	7
LE BUREAU DE PÔLE.....	7
Missions	7
Composition.....	8
L'ASSEMBLÉE DE PÔLE.....	8
L'ARTICULATION ENTRE LE PÔLE ET L'ÉTABLISSEMENT.....	8
LE PROJET DE PÔLE.....	8
LE CONTRAT INTERNE D'OBJECTIFS ET DE MOYENS.....	9
<i>Elaboration et contenu.....</i>	9
<i>Evaluation et actualisation.....</i>	9
LA DÉLÉGATION DE GESTION.....	9
<i>Principes de la délégation de gestion</i>	10
<i>Les champs de la délégation de gestion :.....</i>	10
<i>Modalités de suivi de la délégation de gestion :.....</i>	10
L'INTÉRESSÉMENT.....	10
L'ÉVALUATION.....	11
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	11

DATE D'EFFET.....	11
RÉVISION DE LA CHARTE.....	11

Liste des sigles utilisés

ADH	Association des directeurs d'hôpital
ARH	Autorité régionale de santé
BMA	Bâtiment médico-administratif
BCME	Bureau de la commission médicale d'établissement
CE	Conseil exécutif
CH	Centre hospitalier
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRCE	Chambre régionale des comptes
CREER	Collaboration, ressources et échanges d'expériences en réseau
CSP	Code de la santé publique
CSS	Cadre supérieur de santé
CTE	Comité technique d'établissement
DA	Directeur adjoint
DIM	Département de l'information médicale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DR	Directeur référent (de pôle d'activité)
DS	Directrice des soins
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ENC	Echelle nationale des coûts
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
PAM	Pôle d'activité médicale
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PH	Praticien hospitalier
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
RPA	Responsable de pôle d'activité
T2A	Tarifcation à l'activité

Introduction

Éléments d'un programme de réforme plus large, les structures de la nouvelle gouvernance se mettent en place depuis 2005. La mise en place des Conseils exécutifs, d'une part, et de l'organisation en pôles d'activité, d'autre part, vise à l'instauration d'une gouvernance médico-administrative. Selon les sources, entre 80 et 90 % des CH disposent d'un Conseil exécutif et, de 65 à 70% des CH se sont dotés d'une organisation en pôles. Toutefois cette mise en œuvre de la réforme, recouvre des réalités locales très diverses. En effet, chaque établissement tend à traduire la règle en modalités pratiques adaptées à ses spécificités.

La mise en œuvre de cette réforme se heurte aux rigidités anciennes de l'hôpital parmi lesquelles on peut citer : le partenariat parfois difficile entre le directeur et le médecin dans la prise de décision, la résistance du service comme unité centrale du fonctionnement et l'importance du cloisonnement entre services, professions et cultures.

Par ailleurs, les dirigeants sont soumis à des injonctions contradictoires. D'une part, il leur est théoriquement accordé davantage d'autonomie et de pouvoir en contrepartie de pratiques plus managériales. D'autre part, ils doivent exercer dans un environnement à la fois très contraignant et très normé, sans véritables moyens d'action et dans un contexte de réformes successives.

Ce mémoire se propose d'étudier la transposition d'une politique publique à l'échelle d'un CH à travers l'exemple du CH de Pau

Cette étude répond à trois objectifs :

1 / faire une présentation de la transposition de la réforme de la nouvelle gouvernance au sein d'un établissement qui est un centre hospitalier. En effet, les cas de transposition de la nouvelle gouvernance le plus souvent diffusés sont des centres hospitaliers universitaires (CHU).

2 / observer la stratégie des acteurs et rendre compte de « la manière dont les acteurs s'approprient et mettent en œuvre ces nouveaux dispositifs ».¹

3 / identifier les représentations qui président à l'accueil des réformes dans le milieu hospitalier.

¹ Laude L., de Daran G., Peyret P., Routelous C., « le management hospitalier à l'épreuve de la modernisation : entre figures imposées et figures libres », in *Revue politiques et management public* » colloque international, 15 et 16 mars 2007, p. 9.

Parmi les réformes, la nouvelle gouvernance est celle dont les résultats sont les plus difficiles à apprécier et à évaluer. Les dispositions de la loi peuvent faire l'objet d'une mise en place sans que la pratique ne soit conforme aux objectifs. Un conseil exécutif peut être institué sans devenir une véritable instance de co-décision. Les pôles peuvent être créés alors que la véritable cellule de décision reste le service. Les acteurs disposent donc d'une marge de manœuvre importante.

Ce mémoire professionnel est basé sur des missions menées au cours du stage de seconde année au sein du CH de Pau : la préparation des élections aux conseils de pôles et la rédaction de la charte de fonctionnement des pôles. Il s'appuie également sur la participation à l'ensemble des séances du conseil exécutif et 22 entretiens avec les médecins membres du conseil exécutif et responsables de pôles d'activité ainsi que les membres de la direction.

Après avoir présenté les motivations qui ont présidé à l'élaboration de cette réforme et exposé les modalités de sa mise en œuvre au plan national (I), nous procéderons à une analyse de sa transposition à l'échelle du CH (II) puis nous tenterons de décrire les différentes représentations qui déterminent le comportement des acteurs (III).

1 La réforme de la nouvelle gouvernance

Face aux problèmes de différentes natures auxquels l'hôpital est confronté, l'objectif affiché de la réforme de la nouvelle gouvernance est de rendre les modes de prise de décision au sein des établissements à la fois plus légitimes, lisibles et efficaces (I.A). Toutefois, dans un contexte marqué par une succession de réformes, cet objectif ambitieux se heurte à un certain scepticisme qui exige de la part des pouvoirs publics une attention soutenue aux conditions nécessaires à une réelle mise en œuvre (I.B).

1.1 La réforme de la nouvelle gouvernance correspond à la volonté de transformer les relations de pouvoir au sein de l'hôpital

1.1.1 Le point de départ de la réforme : une réflexion sur l'état de la gouvernance hospitalière

Parmi les nombreux maux dont souffre l'hôpital public en France, les rigidités, la complexité et les contradictions qui affectent les processus de décision, contribuent particulièrement à nourrir le désenchantement hospitalier. L'hôpital public est un organisme de nature complexe qui doit concilier des rationalités différentes : juridique, éthique et managériale. Il doit répondre aux attentes sociales qui correspondent à ces rationalités : le respect de la légalité, l'exigence de qualité des soins et d'équité ainsi que l'efficacité managériale.

- A) Une organisation bureaucratique soumise à des logiques parfois concurrentes.

Ainsi l'hôpital est-il en premier lieu une organisation publique dont le fonctionnement s'apparente au modèle de l'idéal-type bureaucratique défini par Max Weber². C'est donc une organisation dans laquelle prévaut le modèle d'autorité dite rationnelle légale dans lequel les droits et les devoirs de chaque acteur sont déterminés de manière impersonnelle par des règles. Cette autorité s'incarne en premier lieu dans la personne du chef d'établissement. Elle lui confère un pouvoir hiérarchique sur les membres de l'organisation. Ce mode d'exercice du pouvoir est potentiellement centralisateur, en décalage

² Weber M., l'organisation bureaucratique, 1922.

avec l'environnement et rigide. Toutefois, au sein d'un hôpital public, ce pouvoir ne s'exerce que sur le personnel administratif. La portée réelle du pouvoir détenu théoriquement par le directeur d'hôpital est donc limitée.

Par ailleurs, l'hôpital en tant qu'organisation publique s'insère dans un cadre plus global qui est celui de l'administration publique. À ce titre l'hôpital est placé sous l'autorité de tutelles (le ministère de la santé, l'ARH, ...). La direction doit appliquer le code de la santé publique, celui des marchés publics ainsi que le statut de la fonction publique hospitalière dont relève la plus grande partie de son personnel. En outre, l'hôpital comme toute administration est soumis à l'intervention des différents corps de contrôle³ tels que la chambre régionale des comptes (CRCE), le tribunal administratif, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Cet environnement qui s'impose à l'hôpital complexifie et limite le pouvoir de décision de ses dirigeants. Enfin à la fois représentant de l'Etat dans l'établissement et représentant des intérêts du même établissement face aux tutelles, le directeur peut se trouver dans une position difficile à gérer si la logique des politiques publiques entre en conflit avec ce qui est perçu comme l'intérêt de l'établissement par la majorité du personnel.

L'hôpital, enfin, est également doté des caractères d'une entreprise. À ce titre, il possède un conseil d'administration et des organes consultatifs : le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)⁴. Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle⁵. Il est présidé par un élu local. Une autre logique doit donc être prise en compte dans la gouvernance de l'établissement : celle de l'intérêt local. Il repose sur deux enjeux majeurs qui pèsent directement sur le capital politique des élus : la qualité de l'offre de soins et l'emploi local. Un conflit peut apparaître entre l'intérêt local et les décisions de l'administration. C'est fréquent dans les cas de décision de fermeture de maternité ou de bloc opératoire et lorsqu'un plan de redressement avec incidences sur l'emploi est imposé. Certes, en cas de conflit, le pouvoir du directeur de l'ARH s'impose aux délibérations du conseil d'administration. Toutefois, en dépit de cette limitation de son pouvoir, le conseil d'administration dispose d'une influence considérable avec laquelle la direction de l'établissement doit composer⁶.

³ Jean de Kervasdoué, « L'hôpital », Paris, PUF, 2^e édition, 2005, p.69

⁴ *ibid.*

⁵ Dupont M., Esper C., Paire C., « Droit hospitalier », Paris, Dalloz, 5^e édition, 2005, p. 342.

⁶ Jean de Kervasdoué, « L'hôpital », Paris, PUF, 2^e édition, 2005, p.66.

D'autant plus, que le président du conseil d'administration pèse sur le processus de nomination du directeur.

B) La double légitimité

Le processus de décision au sein de l'hôpital est rendu complexe par la difficulté à articuler deux légitimités à la fois concurrentes et complémentaires : la légitimité bureaucratique détenue par l'administration et la légitimité professionnelle détenue par les médecins.

L'organisation telle que la définit Mintzberg⁷ est constituée de cinq parties : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et les fonctions de support logistique. L'hôpital appartient à la catégorie des organisations professionnelles dans lesquelles le centre opérationnel détient une large part du pouvoir. Les spécialistes sont dotés d'une large autonomie et la coordination des activités dépend essentiellement de la formation, de la socialisation et de normes édictées par la profession. À l'origine, la technostructure joue un faible rôle dans une organisation professionnelle. Les différentes parties de l'hôpital peuvent être classées en fonction de ce schéma type. Le centre opérationnel est composé des médecins, du personnel médico-technique et du personnel de soins et de rééducation. Le sommet stratégique est constitué du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement (CME). Les fonctions de support logistique relèvent de la filière technique et de la filière administrative dont, notamment, l'équipe de direction. La technostructure associe le département d'information médicale, la cellule de contrôle de gestion et quelques membres de la direction des finances de l'hôpital.

Par conséquent, selon ce schéma, l'organisation soignante est à l'origine constituée essentiellement de médecins et de professions paramédicales qui détiennent le pouvoir de décision. Des administrateurs encadrent le personnel qui assume les fonctions supports qu'elles soient administratives, techniques ou hôtelières mais ils sont subordonnés au pouvoir soignant⁸.

Toutefois au gré du développement des établissements, de l'augmentation des moyens et des ressources mobilisés et de la complexification de la gestion des

⁷ Mintzberg H., « Structure et dynamique des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982.

⁸ Freidson E., La profession médicale, Payot, Paris, 1984.

organisations hospitalières, le rôle des administrateurs prend une ampleur nouvelle, principalement à partir de 1941⁹.

Cependant, c'est la réforme du financement par dotation globale de 1983 qui provoque un basculement dans les rapports de force entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif au sein de l'hôpital. Les établissements doivent désormais fonctionner avec un budget fermé, défini en début d'exercice budgétaire. Les pouvoirs publics ont un double objectif : contrôler l'augmentation des dépenses hospitalières et stimuler la recherche de la productivité. Cette réforme confronte pour la première fois l'hôpital à la raréfaction des moyens budgétaires. L'une des conséquences est de transformer l'organisation support en organisation dirigeante¹⁰. En effet, la rareté budgétaire introduit une grande incertitude que seuls les directeurs, du fait de leurs compétences propres, sont en mesure de réduire.

Par ailleurs, au-delà des enjeux budgétaires, la complexité croissante du pilotage d'un hôpital de santé tend également à renforcer la légitimité du pouvoir de l'administration. En effet d'importantes compétences managériales sont nécessaires pour diriger une organisation qui présente un haut degré de complexité interne, emploie des effectifs considérables, exige des investissements importants, évolue dans un environnement externe mouvant et doit répondre à des aspirations sociales vives et parfois contradictoires.

Deux légitimités sont donc en présence. La légitimité professionnelle traditionnelle détenue par les soignants, d'une part. Elle renvoie à la légitimité de la connaissance et présente une dimension charismatique du fait de la dimension symbolique de l'acte de guérir. La légitimité bureaucratique de l'administration, d'autre part, fondée sur la compétence gestionnaire et managériale. Elle renvoie à la légitimité publique de l'intérêt général notamment parce qu'elle est l'expression d'une volonté politique quant aux objectifs nationaux de santé publique¹¹.

Ces deux légitimités contrôlent chacune une zone d'incertitude. Si les directeurs sont les mieux placés pour maîtriser l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, l'organisation soignante possède une meilleure connaissance des modalités d'organisation du travail

⁹ A partir de 1941, le directeur détient le pouvoir de nomination des personnels non médicaux dans les établissements publics de plus de 200 lits. Ce pouvoir était jusqu'à là détenu par le président de la commission administrative.

¹⁰ Holcman R., « l'avènement de la gestion par pôles, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital », gestions hospitalières, mai 2006.

¹¹ *ibidem*

dans les services de soins. La prise de décision rationnelle au sein de l'établissement nécessite donc une coopération entre les acteurs médicaux et administratifs. Chacun est détenteur d'une information que l'autre ne peut obtenir de manière fiable par lui-même. Toutefois, cette coopération n'est pas garantie, notamment si l'organisation soignante juge que les fins et les priorités de l'organisation dirigeante sont en désaccord avec les siennes. Dès lors, l'affrontement entre les deux légitimités se cristallise autour de l'organisation du travail dans les services de soins notamment par le biais de demandes récurrentes de ressources humaines supplémentaires.

Le cloisonnement en services contribue également à créer de l'opacité dans l'organisation des soins et à compliquer les processus de décision de deux manières. D'une part, en multipliant les acteurs détenteurs d'une parcelle d'autorité. D'autre part, du fait des divergences de vue et des conflits qui opposent les chefs de service entre eux. L'échange d'information entre la direction et les structures de soins est donc plus complexe et sujet aux déperditions tandis que la capacité de mener des actions transversales est réduite

1.1.2 Objectifs et composantes de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière

A) L'élaboration de la réforme

a) *Une composante du plan Hôpital 2007*

La mise en place d'une nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux constitue l'un des 4 volets de la réforme introduite par le plan de modernisation Hôpital 2007. Cette réforme s'appuie sur un dispositif législatif élaboré entre 2002 et 2005 :

- La loi du **2 janvier 2002** : réorganisation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
- La loi du **4 mars 2002** : reconnaissance des droits du malade et mise en place d'un nouveau système d'indemnisation de l'accident médical
- L'ordonnance du **4 septembre 2003** : modification du régime de planification et d'autorisation des activités de soins
- La loi du **9 août 2004** de santé publique
- La loi du **13 août 2004** de la réforme de l'Assurance Maladie, avec la mise en place de la HAS, de l'EPP et des MRS

- L'ordonnance du **2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Cette réforme s'articule en 4 volets conçus comme complémentaires par les pouvoirs publics :

- Le renforcement du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) comme outil central de la régulation de l'offre de soins
- L'institution de la procédure de certification afin de renforcer l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.
- La modification du dispositif de financement des établissements de santé par l'introduction de la tarification à l'activité (T2A)
- La réforme de la nouvelle gouvernance

La communication sur la convergence du sens des différentes réformes a été renforcée afin de donner de la lisibilité à un arsenal de réformes qui pouvait apparaître comme foisonnant. Selon les promoteurs du plan Hôpital 2007, c'est la combinaison des quatre volets de la réforme qui doit permettre la rénovation de l'institution hospitalière dans le dessein d'améliorer la qualité et l'efficacité des établissements de santé¹². Elle prend le risque, toutefois, d'accréditer l'idée répandue chez les opposants et les sceptiques que la réforme de la nouvelle gouvernance est essentiellement un instrument au service de la maîtrise des dépenses de santé. Cet amalgame peut compliquer la tâche des directions dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance car elle fait percevoir celle-ci comme le cheval de Troie de la prise en charge de la maîtrise des dépenses par les médecins.

b) Des rapports aux constats convergents

En 2003, plusieurs rapports produisent des constats convergents sur le malaise qui règne au sein des établissements publics de santé et émettent des propositions qui visent à moderniser la gouvernance interne des hôpitaux.

Le résultat des travaux de la mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » communément appelé rapport Debrosse a pesé considérablement dans l'élaboration de la réforme de la nouvelle gouvernance. Les deux médecins et le directeur d'hôpital chargés par le ministre Jean-François Mattéi de rédiger ce rapport étaient favorables au

¹² cf. interview d'Annick Van Herzèle, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé au Ministère de la santé. Site www.reformeshospitalieres.com.

renforcement d'un mode de gouvernance médico-administrative, certes déjà pratiqué mais selon des modalités et à des degrés très différents d'un établissement à l'autre. Denis Debrosse, alors directeur du CH d'Angoulême, travaillait régulièrement sur des missions pour le ministère et possédait une expérience concrète de formateur des médecins à la gestion dans le cadre des activités de l'AFMHA. Le docteur Antoine Perrin, en tant que président de la CME du CH du Mans et président de la conférence des présidents de CME, avait exposé à plusieurs reprises ses vues sur l'importance du binôme médecin-directeur, sur la nécessaire implication des médecins dans la vie de l'établissement et sur le besoin de décloisonnement au sein de l'hôpital. Le professeur Guy Vallancien, entre autres responsabilités, dirigeait le département d'urologie et de néphrologie de l'Institut mutualiste Montsouris. Il en avait tiré l'expérience réussie d'un partage de la décision à l'hôpital entre les médecins et l'administration ainsi que de la déconcentration de gestion au niveau des départements qui y géraient leur budget en disposant d'indicateurs de performance et d'outils de management modernes permettant d'évaluer précisément ce qui était dépensé et produit. Il s'était, en outre, prononcé en faveur de l'introduction de l'incitation financière pour récompenser les meilleurs et pour une diminution de la rigidité inhérente au statut de la fonction publique¹³.

À l'issue des travaux de la Mission, le rapport Debrosse¹⁴ désigne quatre priorités dans le champ de l'organisation interne :

- La généralisation de l'amendement liberté pour favoriser le développement des initiatives locales.
- Le recentrage de l'autorité autour de deux organes de pilotage : le conseil d'administration et un comité stratégiques qu'il convient de créer.
- La délégation de responsabilité au médecin, chef de pôle
- La transformation des 21 commissions en 3 instances réelles de concertation et de proposition.

Le rapport du député Couanau insiste sur le désenchantement de l'hôpital, constate une absence d'autorité réelle au sein des établissements et déplore la balkanisation excessive en services qui favorise la concurrence au détriment

¹³ Dépêche Hospimédia, nov 2002

¹⁴ Rapport Debrosse, avril 2003

de la logique de complémentarité¹⁵. Il propose notamment l'adoption d'une organisation en pôles à partir de l'exemple de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) qui s'est doté d'une organisation qui s'articule autour de fédérations¹⁶.

Toujours en 2003, l'Académie nationale de médecine réalise une enquête publiée sous le titre « Hôpitaux généraux en crise » qui affirme l'urgence de la mise en œuvre d'une gouvernance médico-administrative au sein de l'hôpital¹⁷.

Ces rapports enfin relèvent le même paradoxe apparent. En effet, alors qu'ils disposent grâce à l'amendement liberté d'un outil pour choisir l'organisation de soins et le fonctionnement médical les plus adaptés au contexte local, très peu d'établissements en ont exploité les potentialités pour tenter de résoudre leurs problèmes de gouvernance. Toutefois, le rapport Debrosse constate que les conditions nécessaires à l'appropriation de cet outil par les dirigeants hospitaliers ne sont pas réunies tant « innover dans le domaine de l'organisation relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage »¹⁸

B) L'ordonnance du 2 mai 2005

La Nouvelle gouvernance repose sur un dispositif juridique dont le texte principal est l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Elle est complétée par l'ordonnance n° 2005-1113 du 1^{er} septembre 2005 et précisée par six décrets d'application. Cette modernisation des statuts de l'hospitalisation publique se fait selon trois axes : la rénovation des instances hospitalières (a), la réorganisation en pôles d'activité (b) et le développement de la contractualisation interne (c).

a) *La rénovation des instances hospitalières*

L'ordonnance introduit une redistribution des rôles stratégiques entre les différents organes et instances, d'une part, et entraîne la création du conseil exécutif (CE), d'autre part.

Les missions du conseil d'administration (CA) sont recentrées prioritairement autour de la définition de la stratégie et de l'évaluation. Le CA délibère sur le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

¹⁵ Rapport Couanau

¹⁶ Dupuy O., la nouvelle gouvernance hospitalière, Paris, Heures de France, 2007

¹⁷ Académie nationale de médecine, « hôpitaux généraux en crise », 2003

¹⁸ cf. Dupuy O., *op. cit.*, pp. 12-13

(CPOM) et sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences. De nouvelles attributions lui sont confiées en relation avec la création des pôles. Il délibère notamment sur l'organisation en pôles d'activités et sur la politique de contractualisation interne¹⁹.

Les compétences principales de la CME sont d'émettre un avis sur les projets de délibération soumis au CA, de préparer avec le CE le projet médical de l'établissement, d'organiser la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles et de réguler la qualité et la sécurité des soins. Dans ce dernier champ, l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit qu'une ou plusieurs sous-commissions sont constituées au sein de la CME. Cette disposition permet de réduire l'éparpillement des commissions et comité et vise à simplifier le fonctionnement, à réduire le nombre de membres et à améliorer la coordination.

Un nouvel organe est créé : le conseil exécutif (CE). De nature mixte, il associe à parts égales, d'une part, le directeur et les directeurs adjoints qu'il désigne et, d'autre part, le président de la CME (PCME) et des praticiens. Le CE d'un centre hospitalier (CH) peut compter entre 8 et 12 membres en fonction d'une décision prise conjointement par le directeur et le PCME. En cas de partage des voix, le directeur a voix prépondérante.

Ses attributions sont les suivantes :

- Il prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du CPOM
- Il coordonne et suit l'exécution de ces mesures
- Il prépare le projet médical
- Il prépare les plans de formation et d'évaluation
- Il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement
- Il donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de service.
- Il désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences²⁰.

¹⁹ cf. *infra*

²⁰ art. L 6143-6-1 du Code de la santé publique (CSP)

b) *La réorganisation en pôles d'activité*

L'ordonnance soumet les établissements publics de santé²¹ à l'obligation de mettre en place les pôles d'activités avant le 1^{er} janvier 2007. La réforme concerne l'ensemble des champs d'activité de l'hôpital. Les fonctions administratives et logistiques sont par conséquent concernées. Toutefois, les critères de regroupement des activités et la structuration interne des pôles relèvent de la liberté de l'établissement. Sur proposition du CE, le CA délibère sur le périmètre et l'organisation interne des pôles.

Les responsables de pôle clinique ou médico-technique doivent être inscrits sur une liste d'habilitation établie par le ministère de la santé. Ils sont désignés conjointement par le directeur et le PCME après avis du conseil de pôle en formation restreinte, de la CME et du CE. La nomination par le CA n'intervient qu'en cas de désaccord entre le directeur et le PCME. La durée des mandats est fixée par le règlement intérieur (entre 3 et 5 ans). Les responsables de pôles administratifs, techniques et logistiques, sont nommés par le directeur parmi les cadres de l'établissement ou les directeurs adjoints.

Le responsable de pôle d'activité (RPA) est assisté par un cadre supérieur de santé « *pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences* »²². Toutefois, celui-ci reste sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins. Le RPA peut également être assisté par un cadre administratif²³, mais les textes sont peu explicites sur ce thème. Par conséquent, il revient aux établissements de déterminer en fonction de leurs besoins et de leurs moyens, l'opportunité et les modalités de la présence d'un cadre administratif auprès du RPA.

Chaque pôle doit être doté d'un conseil de pôle composé de membres de droit et de membres élus parmi les personnels relevant, d'une part, du groupe des médecins, des odontologistes et les pharmaciens (pour les pôles d'activité médicale et médico-technique) et, d'autre part, parmi le personnel appartenant à la fonction publique hospitalière.

Les attributions du conseil de pôle²⁴ sont de :

- Participer à l'élaboration du projet de contrat interne et du projet de pôle.

²¹ Uniquement les CHU et les CH. Les hôpitaux locaux ne sont pas concernés. Par ailleurs, nous traiterons dans ces pages des dispositions qui s'appliquent aux centres hospitaliers sauf indication contraire.

²² Art. L. 6146-6, CSP

²³ *Ibid.*

²⁴ Art. R. 6146-13 et R. 6146-14, CSP

- Permettre l'expression des personnels
- Favoriser les échanges d'informations
- Faire des propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes

c) *Le développement de la contractualisation interne*

L'obligation d'appliquer le principe de gestion contractualisée à l'ensemble des pôles constitue l'une des principales innovations du dispositif. La déconcentration d'une partie de l'activité de gestion vise à accroître la responsabilisation des acteurs. Elle obéit au principe de subsidiarité qui impose que les décisions soient prises au niveau le plus proche des personnes qu'elles concernent.

Le RPA dispose d'une délégation de gestion qui est accordée sur décision du directeur. Si ce dernier ne peut s'y opposer, il lui revient en revanche d'en fixer le périmètre, le contenu et les modalités. La délégation de gestion peut s'accompagner d'une délégation de signature mais celle-ci ne revêt pas de caractère obligatoire.

Un contrat d'objectifs et de moyens formalise la délégation de gestion. Il est négocié et signé entre le directeur et le PCME, d'une part, et le RPA, d'autre part. Il doit préciser :

- Les objectifs médico-économiques
- Les moyens du pôle
- Les indicateurs de suivi
- Les modalités de l'intéressement aux résultats
- Les conséquences en cas d'inexécution du contrat

1.2 L'enjeu de la mise en œuvre effective de la réforme dans les établissements de santé

Au-delà de son élaboration, l'enjeu essentiel pour toute réforme est d'aboutir à une mise en œuvre effective de ses principes. La conduite du changement doit nécessairement anticiper les freins et prendre en compte un éventail

d'attitudes non favorables qui vont du scepticisme à l'hostilité. L'idée d'une nouvelle réforme de l'hôpital ne bénéficie pas forcément d'un a priori positif (1). Un dispositif d'accompagnement a été mis en place pour prévenir les difficultés et accompagner le changement (2). Les premières évaluations permettent de mesurer l'impact de la réforme et les résistances (3).

1.2.1 Une lassitude vis-à-vis des réformes est perceptible

Au cœur du débat politique depuis les années 1970, l'idée et le terme même de « réforme » sont perçus de manière ambiguë. Un consensus sur la nécessité de modifier le fonctionnement du système en profondeur coexiste avec une méfiance grandissante face à l'utilisation tant de l'idée que du mot. Une partie de l'opinion estime que les réformes ont échoué à améliorer la situation et qu'elles servent des intérêts qui ne s'affichent pas de manière explicite²⁵. Une autre partie de l'opinion estime que le problème réside au contraire dans l'absence de véritables réformes dites structurelles ou dans l'incapacité à les mettre en œuvre. Au-delà de la question de fond de ce débat, il en résulte une confusion grandissante autour du mot réforme. Toute nouvelle réforme est donc lestée d'entrée par ce contexte qui nuit à sa crédibilité auprès du public concerné et à sa lisibilité.

Le monde hospitalier n'échappe pas à ces contradictions. Comme le soulignait ironiquement le thème d'un colloque de l'association des directeurs d'hôpital en 2006²⁶, l'hôpital a été l'objet de nombreuses réformes depuis une trentaine d'années. Il existe donc une culture de la réforme et de la conduite du changement au sein des établissements publics de santé. L'hôpital est en perpétuelle évolution pour faire face aux changements de l'environnement. Toutefois, cette culture de la réforme englobe aussi la mémoire de ce qui a été perçu comme limites, effets pervers et échecs. L'échec de la départementalisation est, par exemple, souvent avancé pour mettre en doute la capacité de la nouvelle organisation en pôles d'activité à supplanter durablement la structuration en services. On se souvient que si la mise en place de la dotation globale en 1983 a permis de limiter la dérive inflationniste

²⁵ cf., « Non, la France n'est pas en déclin » de Jérôme Guillet, polytechnicien et banquier, publié par Le Monde dans l'espace point de vue : « Le mot réforme est maintenant porteur d'un tel agenda idéologique qu'on aurait sans doute tout à gagner à l'exclure de tout discours qui se voudrait sincère », in Guillet J, Le Monde, 10 sept. 2007

²⁶ Vèmes journées de l'ADH : « 30 ans de réforme dans les hôpitaux publics. La conduite du changement ou comment réussir à échouer », Rennes, 23 et 24 mars 2006.

des dépenses hospitalières, elle a, par ailleurs, été source de rigidités et d'inégalités dans le financement des établissements²⁷.

Enfin, comme toute réforme, la nouvelle gouvernance se heurte à des soupçons sur ses objectifs réels. Elle est souvent considérée comme un moyen de faire assumer la maîtrise des dépenses de santé par les médecins bien au-delà du traditionnel clivage gauche droite²⁸. Certains y voient essentiellement un moyen de réduire l'autonomie du corps médical vis-à-vis de l'administration. D'autres pensent que la priorité est ailleurs. La prise de position de Bernard Debré dans une tribune récente du journal *Le Monde* est symptomatique de cet état d'esprit. Dans le même article, il en appelle à une « profonde réforme de l'hôpital » et ironise sur la nouvelle gouvernance et plus particulièrement sur les pôles d'activités créés pour « gérer la pénurie ». Ces représentations ont forcément un impact sur les chances de la réforme d'être effectivement mise en oeuvre. Un dispositif a été mis en place pour accompagner le changement.

1.2.2 Un plan de soutien à la mise en œuvre de la réforme

A) L'expérimentation au sein des établissements

110 établissements ont été retenus pour expérimenter de manière anticipée la réforme de la nouvelle gouvernance sur le terrain. Les expériences de certains établissements comme les CHU de Toulouse et de Nantes ont abondamment exposées dans la littérature professionnelle. En juin 2004, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) a synthétisé les retours d'expérience et produit un guide méthodologique à l'attention des établissements. Cette première phase a permis de tirer des enseignements pendant la phase de rédaction du dispositif juridique et de l'adapter en fonction²⁹.

B) Un dispositif d'accompagnement

Ce dispositif assure une mission de suivi général de la réforme et fournit une expertise aux établissements qui en ressentent le besoin :

²⁷ Laude L., de Daran G., Peyret P., Routelous C., « le management hospitalier à l'épreuve de la modernisation : entre figures imposées et figures libres », in *Revue politiques et management public* » colloque international, 15 et 16 mars 2007.

²⁸ Debré B., « Hôpitaux, une profonde réforme s'impose », *Le Monde*, 4 sept. 2007

²⁹ Mme Toupillier, DHOS, entretien in *La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière*, n°4, février – mars 2006

Un comité de suivi des réformes hospitalières associe les pouvoirs publics, la fédération hospitalière de France (FHF), les conférences des présidents de CME, de CHU et de CH et les fédérations de lutte contre le cancer.

Un comité de suivi de la nouvelle gouvernance a été créé. Il est présidé par Denis Debrosse. A partir des retours d'expérience des établissements pilotes, ce comité travaille notamment sur les inflexions et les modifications nécessaires de la réforme.

Les établissements peuvent bénéficier de missions DHOS. Elles sont composées de pairs professionnels et permettent à l'établissement de mieux évaluer sa situation et de faire le point sur ses éventuelles difficultés à partir d'un regard externe. Elles s'appuient, notamment, sur l'expertise des conseillers généraux.

La MEAH peut fournir une expertise complémentaire.

Par ailleurs, ce dispositif d'accompagnement a été progressivement complété par des outils de communication à destination des personnels hospitaliers afin d'améliorer la lisibilité globale d'Hôpital 2007 sans toutefois parvenir à véritablement effacer l'impression de confusion initiale³⁰ :

- Le site www.reformes-hospitalieres.com a été mis en ligne pour rassembler toute l'information officielle et les ressources disponibles sur les réformes.
- Le site CREER (Collaboration, ressources et échanges d'expériences en réseau) offre une base de données documentaires, une plateforme de formation et un espace de travail collaboratif. Il est accessible sur le site www.reformes-hospitalieres.com

Des supports ont été élaborés pour tenter de remédier à la confusion liée au lancement presque simultané des différents volets de la réforme sans qu'apparaissent de manière explicite les enjeux globaux. Un vade-mecum intitulé « le sens des réformes » a été mis en ligne sous forme de powerpoint. Son objectif principal est de mettre en évidence la cohérence des quatre volets et leurs complémentarités. Il a été conçu comme un outil permettant aux chefs d'établissement, aux différents responsables d'instance et aux formateurs d'animer des séances d'information sur Hôpital 2007.

³⁰ Cf. Romatet : « Le tempo législatif a pu donner l'impression que les réformes n'étaient pas toujours en cohérence. De plus, le lancement de la T2A a eu un tel impact qu'il a pu occulter d'autres réformes tout aussi importantes mais dont la nouveauté et les inter-relations ne sont apparues que plus récemment ». Agir dans l'intérêt du malade, site www.reformes-hospitalieres.com

Pour la nouvelle gouvernance, une notice était également disponible sur le site³¹. Sans effort de présentation sur la forme et de contenu confus, elle s'est révélée difficile à utiliser.

³¹ DHOS, présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, juillet 2006

2 La mise en œuvre de la réforme de la nouvelle gouvernance au sein du centre hospitalier de Pau

2.1 Un centre de référence au sud de l'Aquitaine

Le centre hospitalier de Pau, capitale du Béarn, situé dans le département des Pyrénées Atlantiques, est le principal établissement du secteur sanitaire n° 6 qui regroupe 354 058 habitants. La majeure partie du secteur est située à plus de 2 heures du pôle de niveau III (le CHU de Bordeaux) et il est desservi par un réseau routier difficile.

L'établissement dispose au total de 739 lits installés dont 444 MCO. Il regroupe également l'Établissement Français de Sang, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, l'Institut de formation des Cadres de Santé et un internat. Il s'intègre au sein d'un pôle de santé situé à la périphérie nord de la ville et à proximité de l'axe autoroutier. Trois établissements privés se sont installés pour compléter l'offre de soins dans le pôle de santé.

La volonté du CH de Pau est de conforter l'établissement comme centre de référence du Sud-Aquitaine. Cette volonté s'appuie sur plusieurs objectifs stratégiques :

- renforcer la position de niveau II départemental pour l'ensemble des disciplines et de niveau III (recours régional) pour certaines activités comme la réanimation néo-natale et la maternité.
- renforcer et développer les activités médico-techniques.
- développer de nouveaux modes de prise en charge.

L'aboutissement des grands chantiers lancés dans le cadre du programme d'investissement Hôpital 2007 ont renforcé la qualité de l'offre de soins dans l'établissement. Un bloc opératoire, une stérilisation et des urgences ont été inaugurées et mis en service en 2007. Les transferts inhérents à ces ouvertures offre certes l'occasion de procéder à l'adaptation des organisations, mais constituent également des périodes délicates, génératrices de tensions.

2.2 La création du conseil exécutif

2.2.1 Le conseil exécutif provisoire

A) Le dialogue direction-CME avant l'ordonnance du 2 mai 2005

Une concertation entre la direction et les membres du bureau de la CME existait avant la réforme de la nouvelle gouvernance. Sans être inscrite dans une forme institutionnelle, cette concertation était devenue une pratique courante et constituait selon le chef d'établissement un CE avant la lettre. Elle se matérialisait à travers deux canaux réguliers.

En premier lieu, par le biais d'un dialogue étroit entre le directeur et le PCME. Chacun s'accorde pour reconnaître que cette collaboration était effective. Elle a notamment été favorisée par la stabilité liée à la reconduction du même médecin pour deux mandats successifs, soit une période de 8 ans (1999 – 2007). Celui-ci relève toutefois une évolution de la nature de la collaboration suite au changement de chef d'établissement intervenu en 2004. Le dialogue avec le directeur précédent relevait davantage de l'échange d'information. Il a pris une tournure beaucoup plus participative avec son successeur mais en contrepartie, il s'est révélé beaucoup plus chronophage pour le PCME.

En second lieu, par le biais de l'échange entre l'équipe de direction et les 4 membres du bureau de la CME (BCME). Ces réunions permettaient d'échanger de l'information et de mener la concertation nécessaire avant la prise de décisions importantes. Souvent organisées sous forme de déjeuner, ces rencontres présentaient un fort caractère informel. Les participants notent que, d'une manière générale, la parole y était moins contrôlée et plus polyphonique que dans la forme institutionnalisée actuelle du CE.

Par conséquent, la pratique de la gouvernance médico-administrative préexistait au CH de Pau avant la réforme de la nouvelle gouvernance comme dans de nombreux établissements. L'apport de la réforme est donc essentiellement de l'institutionnaliser.

B) La création d'un conseil exécutif provisoire

Un CE provisoire est mis en place en juillet 2005 suite à la publication de l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005. Pour l'essentiel, le conseil informel qui préexistait au nouveau dispositif est reconduit sous l'appellation « conseil exécutif ». Les éléments de continuité l'emportent sur les éléments de rupture. Le CE est composé de 8 membres répartis à parité entre la direction et les

médecins : les 4 praticiens membres du BCME, le chef d'établissement et de 3 directeurs adjoints en charge respectivement, des affaires générales et des affaires médicales, des finances et des ressources humaines. Ces derniers sont nommés sur décision du directeur. Les autres directeurs adjoints et médecins peuvent être invités à intervenir ponctuellement devant le CE en fonction des thèmes qui y sont traités. Toutefois, le conseil exécutif et les membres médecins en particulier éprouvent la nécessité d'y inviter de manière permanente le médecin chargé du département de l'information médicale (DIM).

Les médecins du BCME qui ont participé aux deux périodes avant et après la publication de l'ordonnance ont eu le sentiment que dans une tonalité générale de continuité, la nouvelle formule a toutefois produit deux évolutions sensibles : la formalisation des échanges, d'une part, et le glissement d'une pratique informative vers une pratique plus co-décisionnelle, d'autre part. Les dossiers autour desquels se sont cristallisées ces impressions sont : la définition des priorités inhérentes à la construction d'un nouveau bâtiment médico-administratif (BMA bis), les rapports entre l'établissement et le secteur privé ou encore la réflexion autour des demandes de création de poste.

2.2.2 La création du second conseil exécutif

A) Un élargissement du CE

Un nouveau CE est institué début 2007 à la suite du renouvellement de la CME. Le nombre de membres est élargi de 8 à 12 conformément à la décision du CE provisoire sortant. Il y a consensus sur cet élargissement au nombre de membres maximum autorisé par l'ordonnance. Pour la direction, l'extension à 6 représentants permet d'atténuer les effets du clivage démobilisateur qui divisait la direction en deux parties sans pour autant le faire disparaître puisque 2 des 8 membres de la direction restent en-dehors. Pour les médecins, cette extension permet d'élargir l'implication des praticiens dans les questions relatives à la gestion de l'établissement. Il en résulte également une plus grande représentativité du CE.

B) Le collège des médecins

La représentation médicale est composée du PCME et du vice-président de la CME ainsi que de 4 praticiens dont 3 sont responsables de pôle d'activité (RPA). C'est le nouveau PCME et le vice-président qui ont composé une

équipe. Le PCME sortant avait appelé ses collègues à composer un CE dans lequel soient représentés les grands secteurs d'activité de l'établissement. Les secteurs représentés par les praticiens membres du CE sont : la gériatrie, la chirurgie, les urgences, la médecine, les laboratoires et le DIM. Cette question de la représentativité est délicate dans la mesure où il est important que l'éventail le plus large possible des cultures médicales de l'établissement soit représenté. La légitimité du CE en dépend. Mais outre l'impossibilité d'atteindre une représentativité optimale dans une institution complexe qui se caractérise par un haut niveau de spécialisation, il existe un risque de voir les membres défendre en priorité les intérêts de leur service ou de leur pôle. Une dose de représentativité paraissant indispensable au moment de la désignation, le risque doit donc être jugulé ensuite dans le fonctionnement par la dynamique des travaux du CE et par l'autorégulation des pairs. Cette composition peut être jugée globalement représentative de la réalité de l'établissement car un large spectre de l'activité du CH de Pau est donc couvert :

- Un chirurgien et une rhumatologue pour 444 places de MCO.
- Le RPA des urgences dont l'activité a un impact sur l'ensemble de l'établissement.
- Le RPA des laboratoires qui représente le secteur médico-technique mais dont la présence est également liée à une problématique particulière : la nécessité couramment admise dans l'établissement de procéder rapidement à une transformation des locaux.
- Un gériatre dans un hôpital qui compte une filière gériatrique complète et 200 places.
- Le médecin DIM, par ailleurs RPA du pôle santé publique.

C) L'apport du médecin DIM

Le médecin DIM occupe une place singulière au sein du CE. Le CE précédent avait ressenti la nécessité de le faire participer de manière régulière à ses travaux. Il a été cette fois-ci intégré d'entrée comme membre à part entière. Sans qu'il soit pour autant doté d'un statut de membre de droit, sa présence semble s'être imposée comme indispensable au bon fonctionnement de l'instance car il joue un rôle particulier d'interface entre les membres de l'administration et du corps médical. Dans un contexte marqué par la T2A et la volonté de déconcentrer une part de la gestion au niveau des pôles d'activité, il contribue tout d'abord, à rendre les questions de gestion plus intelligibles

pour les autres praticiens. Au-delà, il les rassure également car il apparaît comme un contrepoids à une éventuelle tentative de manipulation par le discours gestionnaire. Sa participation, d'autre part, contribue à structurer le conseil exécutif car à travers son travail régulier avec le directeur des finances se constitue d'une certaine manière un second binôme par rapport à celui que peuvent former le chef d'établissement et le PCME. Sa présence joue donc un rôle important dans l'émergence d'une gouvernance médico-administrative dans la mesure où elle désamorce de nombreux malentendus d'ordre culturel.

D) Le collège de l'administration

Les quatre membres de l'administration présents dans le CE provisoire restent, bien entendu, membres de l'instance du fait des fonctions centrales qu'ils occupent. L'élargissement permet d'intégrer deux nouveaux membres : le directeur des travaux et la directrice des soins (DS).

L'entrée du directeur des travaux est importante car l'hôpital est engagé dans une série de chantiers importants qui vont entraîner des changements non négligeables dans la structure de l'établissement. Un nouveau bloc opératoire, de nouvelles urgences et une stérilisation doivent être livrés en 2007. Par ailleurs, son ancienneté, de loin la plus importante au sein de l'administration, lui permet de faire bénéficier le CE de sa mémoire de l'évolution du CH.

La participation de la DS est un élément capital dans la mesure où à travers elle, c'est l'ensemble de la sensibilité de l'organisation soignante qui est représentée. La fonction de DS apporte une contribution importante étant donné qu'elle occupe une position d'interface entre les trois cultures soignante, médicale et administrative. Son absence paraît difficilement compatible avec la construction d'une véritable gouvernance médico-administrative.

2.2.3 Le fonctionnement du conseil exécutif

A) Les modalités de fonctionnement du conseil exécutif

Le CE se réunit une semaine sur deux pour des séances de deux heures. Un calendrier prévisionnel des séances est communiqué en début de trimestre. Initialement placées le mardi de 13 à 15h, elles se tiennent maintenant le lundi de 17 à 19h, toujours selon la même périodicité. Le nouvel horaire convient mieux aux médecins pour qui ils n'étaient pas toujours facile de se libérer en début d'après-midi.

Toutefois, le CE se mobilise de manière souple selon les circonstances. Des séances supplémentaires sont organisées en fonction de l'agenda et des urgences. Ce fut le cas le 5 juin 2007 à l'occasion de la présentation des résultats de l'audit financier réalisé par le CNEH. Un séminaire consacré aux pôles s'est également tenu pendant une journée entière le 31 mai 2007.

Un ordre du jour et un dossier documentaire sont préparés pour chaque séance. Un relevé de conclusion est rédigé et présenté dans le dossier de la semaine suivante. Il est validé en début de séance. Le degré de formalisation est en progression dans le fonctionnement du nouveau CE. C'est un point important de l'établissement d'une relation de confiance car la rédaction unilatérale d'un ordre du jour et la transmission tardive du dossier de la séance sont interprétées par les médecins comme un manque de transparence³².

Les débats fonctionnent sur la logique de recherche du consensus. Le vote est exclu. Le recours au vote est considéré par les membres du CE comme « une grave erreur ». Chaque thème inscrit à l'ordre du jour est discuté jusqu'à l'élaboration d'une position commune. Le directeur fait la synthèse du débat et sollicite la validation d'une position aux membres du CE. Si aucun accord n'est atteint, la discussion est renvoyée à une séance ultérieure. En toute logique, puisqu'il n'y a pas de vote, le chef d'établissement n'exerce pas son droit à la voix prépondérante.

Les prises de parole au sein du CE sont dissymétriques. Il existe parmi les médecins une véritable polyphonie. Tous interviennent au cours des débats. Il n'est pas rare qu'ils défendent des points de vue opposés. Ils sont d'autant plus surpris par la discipline de parole qui règne au sein de l'administration. Les débats sont dirigés par le chef d'établissement. Ses adjoints interviennent le plus souvent sur sollicitation pour apporter un éclairage technique. Ceci n'est pas surprenant au regard de la tradition hiérarchique propre à l'administration française depuis le XIX^{ème} siècle. Toutefois, selon le chef d'établissement, cette discipline serait liée à la phase d'observation inhérente à la mise en place d'une instance récente et composée aux 2/3 de nouveaux membres. La participation des directeurs adjoints était beaucoup plus polyphonique lors de la période précédente. Les praticiens du nouveau CE

³² cf entretien médecin : « le formalisme est important. Une culture du travailler ensemble reste à construire ».

relèvent spontanément cette discipline de prise de parole au sein de l'administration³³.

B) La nature des débats

Le spectre des questions inscrites à l'ordre du jour du CE est large. De nombreux pans de la vie de l'établissement sont évoqués. Quant à la nature des questions abordées, il est possible d'opérer une distinction en trois groupes : la stratégie, la gestion et l'information. C'est aussi l'occasion de tester de nouveaux projets. Cet éventail place le CH de Pau dans la catégorie des établissements qui ont une pratique ouverte du CE.

a) *Au plan stratégique*

Les principaux thèmes abordés ont été :

- La révision du Plan global de financement pluriannuel (PGFP) et la redéfinition de priorités de financement (séance du 15 mai 2007)
- L'affectation de l'excédent 2006 à la section d'investissement (15 mai 2007)
- Le lancement de la démarche d'élaboration du nouveau projet d'établissement (séance du 29 mai 2007)
- Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire (séance du 14 juin 2007)
- La rédaction de la charte de fonctionnement des pôles (séances 13 juillet et 17 septembre 2007)
- La présentation du dossier « hôpital 2012 » et le choix des priorités de l'établissement (3 septembre 2007)
- Le dossier « maison de l'adolescent » (1^{er} octobre 2007)

b) *La gestion et le fonctionnement de l'établissement :*

- La présentation du projet de création d'une unité tiroir et d'aménagement d'une structure modulaire pendant les travaux de désenfumage (séance du 29 mai 2007).
- La maîtrise de la prescription d'antibiotique et la situation de la pharmacie (séance 13 juillet 2007)
- Le partage de temps médical avec le CH d'Orthez (3 septembre 2007)
- La charte de fonctionnement du bloc opératoire (1^{er} octobre 2007)
- Le projet d'extension du service de gériatrie (1^{er} octobre 2007)

³³ Pendant les entretiens.

c) *L'échange d'information*

Le CE est un lieu de partage et de diffusion de l'information. Toutefois, le flux est dissymétrique. Quantitativement, il est plus important de l'administration vers les médecins que dans le sens inverse. Par ailleurs, l'information transmise par l'administration porte notamment sur la situation financière de l'établissement, les relations avec les tutelles et l'évolution du contexte national. Par contre, la communication des médecins accorde une place importante à l'état d'esprit des médecins. On peut citer par exemple : « la désespérance des médecins³⁴ », « le précédent projet a été dépecé par les réformes » et « les meilleurs experts restent les médecins³⁵ ». Les médecins rappellent régulièrement les précautions à prendre en matière de communication : « il est nécessaire de moduler la communication vers les médecins car il existe un risque de lassitude et de découragement » ou encore « il ne faut pas oublier de communiquer sur le positif »³⁶. On peut faire deux constats : tout d'abord, la part des données et des faits pèse d'un poids relatif plus lourd dans ce que l'administration transmet. D'autre part, les médecins diffusent une information où l'état d'esprit et le point de vue des différentes composantes médicales de l'établissement jouent un rôle important. Toutefois, l'information est à double facette dans les deux cas. L'administration joue le jeu de la nouvelle gouvernance en transmettant de l'information dans le domaine de la gestion, mais elle justifie dans le même temps les contraintes qui pèsent sur son action. Les médecins jouent le jeu de la nouvelle gouvernance en aidant l'administration à percevoir plus finement l'état d'esprit de la communauté médicale, mais ils font remonter des revendications et lancent des avertissements ou des signaux d'alarme dans le même temps.

d) *Un lieu pour tester de nouveaux projets*

Le CE est aussi un lieu qui permet de tester une idée ou un projet sur le fond et sur sa pertinence quant à la situation de l'établissement. Il permet de recueillir rapidement l'avis de la direction et des médecins sur une question donnée. Un accueil favorable constitue un feu vert pour lancer un chantier de réflexion et la préparation d'une action. L'expression de désaccords révèle que la situation n'est pas mûre ou que le projet n'est pas totalement pertinent.

³⁴ par rapport à l'évolution des conditions de travail

³⁵ à propos de la question du recours à des consultants pour accompagner l'élaboration du projet d'établissement

³⁶ à propos des mesures à prendre pour améliorer la maîtrise des dépenses du groupe II, séance du 13 juillet 2007

Ainsi deux thèmes ont-ils été abordés et validés de cette manière lors de la séance du 3 septembre 2007 : la nécessité de redessiner la communication de l'établissement, d'une part, et la recherche de partenariats public – public avec les hôpitaux voisins, notamment en ce qui concerne le partage du temps médical.

C) Une instance de pilotage ?

La pratique du CE l'apparente à une instance de pilotage de l'établissement. En premier lieu, du fait de l'ampleur du spectre des questions abordées et du poids important des questions d'ordre stratégique. En second lieu, parce qu'il est une instance décisionnelle. Chaque accord se matérialise dans le relevé de conclusion en par une phrase qui évoque une décision : « le conseil exécutif valide et adopte cette proposition »³⁷. On peut certes se poser la question du statut juridique de cette formulation. Il ne s'agit pas d'un avis conforme. Mais il constitue tout de même un engagement solide dans la mesure où c'est la crédibilité de la concertation au sein du CE qui est en jeu. Le CE peut être également considéré comme une instance de pilotage car il permet de désamorcer les malentendus et les crises potentielles. Ce fut le cas à l'occasion de la réflexion menée autour du mode de communication pertinent pour les résultats de l'audit financier réalisé par le CNEH. Toutefois, la dimension pilotage n'est pas complète. Le CE ne dispose pas d'un tableau de bord en routine sur les grands indicateurs de l'établissement. Ceux-ci sont communiqués et commentés par le chef d'établissement au gré de leur acuité. Ainsi l'état des dépenses du titre I est-il évoqué dès lors que son équilibre est menacé par l'impact des protocoles salariaux. Par ailleurs, une partie des médecins reste sceptique sur la portée réelle du partage d'information³⁸.

D) Recueil et diffusion de l'information

Comment les membres du CE recueillent-ils l'information en amont des séances et comment diffusent-ils cette information en aval ? Cette question se pose avant toute chose pour les médecins dans la mesure où ils s'adressent à une communauté plus nombreuse et plus éclatée.

Les médecins s'interrogent sur les bases à partir desquelles ils peuvent représenter leurs collègues sur des thèmes qui dépassent leur champ de compétences direct. Or les conditions de l'élection de la CME n'ont pas

³⁷ in relevé de conclusion de la séance du 13 juillet 2007 à propos du choix des dossiers à présenter à la labellisation dans le cadre d'Hôpital 2012.

³⁸ Cf. infra 3^{ème} partie

contribué à clarifier la situation³⁹. L'organisation d'une pré-CME avant les séances du CE pour recueillir l'avis de la communauté médicale est irréaliste au vu des contraintes de temps. Les membres du CE ont décidé de mettre en place avant chaque séance un « pré-CE » au cours duquel ils se consultent sur les points inscrits à l'ordre du jour et sur les questions qui leur paraissent d'actualité.

La diffusion de l'information sur les travaux du CE pose également problème. Si le thème abordé concerne un secteur bien particulier, la pratique la plus courante est la prise de contact directe entre un ou plusieurs médecins du CE et le chef de service ou le RPA concernés⁴⁰. Sur les questions les plus larges, la CME peut servir de lieu de diffusion de l'information sur les séances du CE qui se sont tenues depuis la dernière assemblée. Aucun canal spécifique n'a donc été mis en place. Ceci peut s'expliquer par la mise en place récente du CE mais aussi par le fait que l'échelle de l'établissement rend possible une communication directe entre les individus. Toutefois ce mode de fonctionnement plus représentatif que participatif pourrait en cas de tensions amener une partie de la communauté médicale à mettre en cause la légitimité des prises de position des médecins membres du CE.

En ce qui concerne les membres de la direction, le comité de direction qui se tient chaque lundi matin peut constituer le lieu de préparation, de débriefing et de restitution des séances du CE.

³⁹ « Nous n'avons pas été élus sur un programme mais sur le seul fait de bien vouloir prendre des responsabilités ».

⁴⁰ cf entretien avec un médecin RPA mais qui n'a jamais été membre du CE : « je n'ai jamais vu de relevé de conclusion. Tout ce qui nous concerne nous est transmis oralement ».

2.3 La création des pôles d'activité

La création des pôles d'activités n'a pas suscité d'enthousiasme débordant au sein du CH de Pau. Le résultat du découpage en pôles d'activité est marqué par une balkanisation certaine si on le compare aux objectifs de la réforme (I). La phase de rédaction de la charte de fonctionnement a permis de révéler de manière explicite les inquiétudes vis-à-vis des implications de cette nouvelle organisation (II). La délégation de gestion n'est pas jugée comme une solution adaptée aux problématiques de l'établissement (III). C'est donc une version légère de ce volet de la réforme qui est mis en œuvre au CH de Pau (IV).

2.3.1 Un fort émiettement de l'organisation en pôles d'activité

Si les établissements avaient obligation de mettre en place une nouvelle organisation structurée par pôles, ils bénéficiaient de toute latitude pour en déterminer le périmètre et le contenu. À Pau, le découpage a abouti à la création de 15 pôles d'activité dont 14 pôles d'activité médicale (PAM) et un pôle pour l'ensemble de l'administration et des services techniques. La comparaison avec les moyennes nationales⁴¹ montre de forts écarts qui révèlent que le CH de Pau⁴² s'est doté d'une organisation polaire particulièrement fragmentée comme l'attestent les données présentées dans le tableau suivant :

Le nombre de pôles par CH en France et à Pau

Type de moyenne	CH en France	CH de Pau
Nombre de pôles par CH	7,5	15
Nombre de pôles / nombre lits totaux	95	49
Nombre de pôles / nombre lits / MCO	43	29,6

⁴¹ Tableau réalisé d'après les données nationales présentées dans l'enquête réalisée par la conférence nationale des présidents de CME de CH sur la mise en place de la gouvernance dans 100 centres hospitaliers généraux.

⁴² Les données retenues pour le CH de Pau sont : 739 lits au total dont 444 MCO.

La situation qui prévaut au CH de Pau peut s'expliquer par divers facteurs dont les plus prégnants sont la résistance de la structuration en services et l'importance de la logique des affinités personnelles. On note à l'inverse un degré de regroupement maximum des services administratifs et techniques.

A) Une forte résistance de la structuration en services

À partir du tableau de correspondance entre les PAM et les services et Unités fonctionnelles (UF) dont ils sont issus, on peut mesurer que la structuration en services reste marquante (cf. tableau ci-dessous).

Tableau de correspondance entre les PAM et les services et Unités et UF

Pôle d'activité médicale	Services et UF regroupés
CARDIOLOGIE	
ANESTHESIOLOGIE	
CHIRURGIE VISCERALE, VASCULAIRE, THORACIQUE ET SPECIALITES CHIRURGICALES	Chirurgie viscérale Chirurgie vasculaire Spécialités chirurgicales (OPH et ORL)
CHIRURGIE ORTHO- TRAUMATOLOGIQUE	2 services Ortho-traumatologie
GERIATRIE	
IMAGERIE MEDICALE	2 services d'imagerie médicale Médecine nucléaire
LABORATOIRES	Biochimie Bactériologie Hématologie Anatomo-Pathologie Sérologie-paludisme
MEDECINE A	Oncologie Médecine Physique SSR EMASP (soins palliatifs) SAMIT Hospitalisation à domicile
MEDECINE B	Réanimation Neurologie. Pneumologie Prélèvements multi-organes Laboratoire du Sommeil
MEDECINE C	Rhumatologie et médecine polyvalente Hépto-gastroentérologie Dermatologie Infectiologie Diabétologie
MERE-ENFANT	Pédiatrie Gynécologie-obstétrique
PHARMACIE	
SANTE PUBLIQUE	DIMESP Hygiène Hémovigilance Réseau Périnatalité
URGENCES	SAMU 64B UCSA Urgences UHCD

Plusieurs PAM correspondent précisément aux anciens services : la cardiologie, l'anesthésiologie, la pharmacie, les urgences, la gériatrie. D'autres PAM sont dans une situation proche car ils opèrent des regroupements entre services qui avaient été artificiellement séparés notamment pour créer une ou des chefferies de service supplémentaires. C'est le cas de la chirurgie traumatologique, de la chirurgie viscérale, de l'imagerie médicale, des laboratoires. Ces regroupements constituent une rationalisation positive, mais si l'on se réfère à l'esprit et aux objectifs de la réforme, le gain reste faible. En fait, le primat de la logique de service l'emporte également en l'espèce. L'effacement du service devant le pôle inquiète beaucoup les praticiens car celui-ci leur apparaît comme le bon échelon de proximité avec les patients et d'impulsion d'une logique de projet médical⁴³.

Toutefois la constitution d'un pôle à partir du service gériatrique est un choix fréquemment opéré par les établissements. 43 % des CH ont adopté cette solution⁴⁴. Elle est d'autant plus fondée au CH de Pau que la filière gériatrique y est complète. De même, la constitution d'un pôle à partir des seules urgences est-il un choix relativement fréquent.

Par ailleurs, à une si petite échelle, chaque cas présente des spécificités. Ainsi la cardiologie est-elle organisée autour d'un mode de prise en charge qui la différencie des autres services. L'anesthésiologie n'a pas totalement choisi de former un pôle seule. Elle était au départ intégrée dans un pôle qui englobait également l'ensemble des chirurgies.

Cependant, quelques pôles obéissent plus directement à une logique médicale. C'est le cas du pôle mère-enfant qui est le plus répandu dans les CH. 49% des établissements en ont créé un⁴⁵. Les pôles gériatrie et urgences déjà évoqués précédemment comme exemples d'émanation directe des services sont également cohérents avec la logique de projet médical. Mais dans ces deux cas, la réforme de la nouvelle gouvernance n'a apporté aucune plus-value par rapport à l'existant.

⁴³ Un médecin pendant une séance du CE : « le projet médical de service est indispensable à la mobilisation d'une équipe ».

⁴⁴ *Op. cit.*, enquête réalisée par la conférence nationale des présidents de CME de CH sur la mise en place de la gouvernance dans 100 centres hospitaliers généraux.

⁴⁵ *Ibidem*.

B) L'importance de la logique d'affinités

L'apparente résistance des services peut aussi correspondre à la volonté de ne pas opérer un regroupement avec des personnes, des équipes et des services avec qui les relations sont complexes, voire tendues. Cette logique d'affinités est aussi à l'œuvre lorsque des regroupements sont opérés alors que leur logique médicale n'est pas très frappante à première vue. Le premier cas est patent dans l'échec d'un pôle de chirurgie-anesthésiologie. Créé fin 2006, il a finalement été scindé en trois parties en mars 2007 : la chirurgie ortho-traumatologique, les autres chirurgies et l'anesthésiologie du fait de tensions importantes et déjà anciennes entre les différents secteurs chirurgicaux. Le deuxième cas est illustré par une partie des regroupements effectués dans les trois pôles de médecine. Au final, il s'agit d'une approche pragmatique qui consiste à regrouper des personnes qui peuvent travailler ensemble. Il peut en effet être totalement contre-productif de réunir des équipes alors que les conditions pour qu'elles coopèrent ne sont pas réunies.

C) Un seul pôle administratif

L'administration et les services techniques ont été regroupés au sein d'un pôle unique qui est le plus important de l'établissement en termes de personnel. Au plan national, seuls 30% des CH ont procédé au regroupement de leurs services administratifs en pôles⁴⁶. Par ailleurs, la constitution d'un pôle global pour l'ensemble des activités administratives et techniques est un choix peu fréquent. Toutefois, ce pôle reste une création très virtuelle et aucune mesure n'a été prise pour lui donner une existence réelle.

D) Une réforme mal perçue

La résistance de la structuration en services et le primat de la logique des affinités personnelles traduisent un manque d'adhésion amplement partagé au sein de l'établissement.

La création des pôles est jugée inadaptée à la taille des CH. Il y a quasi-unanimité pour juger la réforme comme élaborée en fonction des problématiques des CHU dans lesquels les regroupements aboutissent à de véritables gains d'échelle et où les médecins sont plus disponibles pour les tâches de la gouvernance⁴⁷. Il existe en effet un réel problème de taille pour

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Cf entretien : « c'est une réforme cohérente dans les CHU où les pontes sont dégagées de leurs obligations cliniques et disposent de temps »

transposer la réforme à l'échelon d'un CH. La « bonne taille » du pôle n'est pas définie dans le dispositif juridique. La DHOS mentionne la nécessité d'atteindre une « masse critique »⁴⁸ en effectifs dont elle fixe le niveau à titre indicatif entre 300 et 600 ETP. Appliquée au CH de Pau, cette recommandation aurait conduit à créer entre 3 et 6 pôles.

Par ailleurs, la logique de regroupement est également critiquée pour ses aspects artificiels. La création d'un pôle médico-technique réunissant l'imagerie, les laboratoires et la pharmacie est fréquente. Mais selon les praticiens de l'établissement, elle n'est pas pertinente d'un point de vue fonctionnel car il n'est pas possible, ni de mutualiser du personnel, ni de procéder à des achats groupés.

2.3.2 L'élaboration de la charte de fonctionnement des pôles d'activité

L'élaboration de la charte de fonctionnement des pôles d'activités cliniques et médico-techniques⁴⁹ par le conseil exécutif a constitué le principal temps de concertation autour de la mise en œuvre des PAM au sein de l'établissement. Le processus a débuté par un séminaire le 29 mai 2007 qui a permis de définir les grands principes et de dessiner un cadre pour cette charte. Trois objectifs ont été fixés à ce document : garantir la cohérence de l'établissement, décrire l'économie générale du système et constituer un document opposable au sein de l'hôpital. Le texte a été rédigé en juin et a été validé au cours des séances du 13 juillet 2007, puis du 17 septembre 2007. L'étape suivante sera la présentation du document aux RPA. Lors des différents échanges et débats, les thèmes du maintien de la cohérence d'ensemble de l'établissement, de la présence administrative auprès du pôle et de la question de l'autorité ont particulièrement focalisé les interrogations.

A) Le souci de préserver la cohérence de l'établissement

Plusieurs éléments de la réforme de l'organisation en pôles d'activité ont été identifiés comme potentiellement centrifuges. Il a tout d'abord été jugé que si constitution d'entités de taille importante faciliterait la transversalité entre ses différents services et UF, elle pourrait en revanche entraîner un cloisonnement considérable entre les pôles. Par ailleurs, la notion d'intéressement en fonction des résultats est apparue comme pouvant entrer en contradiction avec la

⁴⁸ *Op. cit.*, p. 73

⁴⁹ in Préambule de la charte de fonctionnement des pôles cliniques et médico-techniques du CH de Pau dans sa version de septembre 2007, validée par le conseil exécutif. Cf. annexe.

nécessaire solidarité entre les différentes composantes de l'établissement. Enfin, l'apparition de RPA dotés d'une délégation de gestion et de pouvoirs supérieurs aux chefs de service, pouvait favoriser l'apparition de déséquilibres et de tensions. L'ensemble de ces inquiétudes est résumé par la crainte exprimée par un médecin : « le risque existe de voir un pôle fonctionner comme une petite clinique⁵⁰ ». Diverses dispositions de la charte ont été prévues pour juguler ces potentialités.

a) *Le rappel des grands principes*

À la demande expresse des médecins, le rappel des grands principes est placé au début de la charte dans le préambule⁵¹ pour éviter les dérives liées à la recherche de l'intéressement et du profit. Il s'agit de la garantie de l'égalité de l'accès aux soins, de l'obligation d'assurer la prise en charge des urgences et de la qualité des soins :

« La mise en place des pôles doit conforter l'accomplissement des missions de service public dévolues au centre hospitalier de Pau : la garantie de l'égalité d'accès aux soins, l'organisation de la permanence des soins et l'action générale d'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge ».

b) *Le primat de la cohérence de l'établissement*

Diverses dispositions sont rédigées pour rappeler le primat de la cohérence générale de l'établissement sur l'autonomie des pôles. Il est affirmé dès le préambule que « cette nouvelle organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement ».

Après discussion, il est décidé de ne pas intégrer le principe de subsidiarité dans la charte. Ce principe selon lequel les décisions doivent être prises au niveau le plus proche des personnes qu'elles concernent est apparu comme d'utilisation prématurée dans cette phase de lancement des pôles, notamment du fait de sa forte connotation critique vis-à-vis de l'autorité centrale quelle qu'elle soit⁵². C'est davantage une version inversée du principe de subsidiarité qui est introduite dans la charte au chapitre concernant les principes généraux :

⁵⁰ Séminaire du 31 mai 2007

⁵¹ op. cit., p. 5

⁵² En France, le terme est surtout utilisé dans le cadre du débat sur l'Union européenne comme une critique du pouvoir communautaire, donc central, au profit du pouvoir des Etats membres, donc périphériques.

« Chaque pôle gère l'ensemble des activités qui le concernent à l'exception de celles qui relèvent d'un niveau supérieur. En application de ce principe, les directions fonctionnelles auront, outre leurs missions de gestion qui subsistent, un rôle d'expertise et de conseil auprès des pôles. »⁵³

c) *La volonté de contrôler les modalités de l'intéressement*

L'intéressement est objet de discussion à double titre. Tout d'abord, pour écarter l'idée d'un intéressement des personnes. L'intéressement ne doit concerner que la structure. Ceci correspond également à l'avis de la DHOS « en l'absence de mention expresse dans les textes législatifs d'un intéressement pécuniaire des agents »⁵⁴. Par ailleurs, se pose la question des cas dans lesquels cet intéressement est accordé. L'option retenue est de ne pas le limiter aux seuls pôles présentant des résultats excédentaires mais de l'étendre à tous les pôles dont les résultats sont en progression. Un pôle déficitaire peut donc recevoir un intéressement s'il a réduit son déficit par rapport à l'exercice précédent. En effet, la réussite est jugée en fonction : « de la mise en évidence de résultats positifs par rapport aux objectifs et moyens négociés entre le pôle et l'établissement »⁵⁵. Il est, bien entendu, rappelé que sur cette matière, délicate dans un établissement public de santé, c'est le Conseil d'administration qui arrête les modalités et les critères de l'intéressement⁵⁶ conformément aux dispositions légales.

B) *La question de l'autorité du responsable de pôles d'activité*

Il est notamment, avec le cadre supérieur, l'intermédiaire privilégié dans les relations entre le pôle et les directions fonctionnelles pour les matières qui, ne relevant pas du fonctionnement courant, nécessitent son intervention.

La compréhension de la nouvelle organisation issue de la mise en place des pôles est rendue confuse par la distinction entre l'autorité hiérarchique et l'autorité fonctionnelle. La réforme de la nouvelle gouvernance vise à centraliser le pouvoir décisionnel entre les mains du RPA⁵⁷. En effet, le rapport Couanau pointait la relative faiblesse du pouvoir du chef de service : « les règles déontologiques ou professionnelles limitent son autorité. Il a davantage une autorité « technique » et charismatique que managériale⁵⁸. L'ordonnance

⁵³ *Op. cit.*, p. 6

⁵⁴ DHOS, *op. cit.*, p. 96

⁵⁵ *Op. cit.*, p. 12

⁵⁶ *ibid.*

⁵⁷ Dupuy O., p. 34

⁵⁸ rapport Couanau, p. 34

du 2 mai 2005 attribue une autorité fonctionnelle au RPA sur le personnel médical et soignant. Le RPA est donc doté d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail. Toutefois, le pouvoir hiérarchique ne lui est pas attribué. Les cadres de santé, par exemple, sont placés sous le pouvoir fonctionnel du RPA, mais restent sous le pouvoir hiérarchique du directeur des soins. Dans les faits, l'autorité du RPA sur les équipes médicales et soignantes ne progresse que peu par rapport à celle que le chef de service exerçait précédemment. Cet écart surprend les médecins, en quelque sorte victimes de l'effet d'annonce qui a accompagné la réforme sur la déconcentration des pouvoirs au niveau des RPA.

Les médecins se montrent encore davantage préoccupés par la relation d'autorité entre le RPA et le chef de service. Au plan de la détermination des priorités du service tout d'abord : « dans quelle mesure le RPA dispose-t-il de la légitimité d'imposer ses arbitrages aux chefs de service ? »⁵⁹, mais aussi à propos des éventuelles mesures correctrices que le RPA serait amené à imposer si les objectifs n'étaient pas atteints ou si un écart important par rapport à l'échelle nationale des coûts (ENC) était constaté. C'est, en effet, le RPA qui contractualise avec l'établissement et qui reçoit une délégation de gestion. Ceci lui confère un pouvoir décisionnaire important. Mais la question des moyens dont il dispose pour imposer ses décisions aux chefs de service n'est pas clairement tranchée. Ainsi, le nouveau dispositif n'attribue-t-il aux RPA, en fait, qu'une autorité limitée sur les chefs de service. Le RPA ne dispose, ni du pouvoir de nomination du chef de service, ni de celui de mettre fin à son mandat. Une part importante des décisions du RPA sera donc conditionnée par les négociations au sein du conseil médical et par les arbitrages élaborés lors de l'élaboration des projets de pôle. Par ailleurs, l'autorité du RPA sur les priorités du service sera également limitée par les orientations du projet d'établissement.

Un troisième niveau de confusion sur la question de l'autorité porte sur le rapport entre le RPA et le chef d'établissement. La notice de la DHOS précise que « l'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'insère dans l'organigramme hiérarchique global du pôle. Elle s'exerce sous l'autorité hiérarchique du directeur »⁶⁰. On peut s'interroger sur la mise en œuvre concrète de cette autorité hiérarchique du directeur sur le RPA. La charte mentionne les conditions dans lesquelles, il peut être mis fin au mandat des

⁵⁹ Séminaire sur les pôles, 31 mai 2007

⁶⁰ *Op. cit.*, p. 88

RPA, par décision commune du directeur et du PCME. Ce cas de figure ne peut être qu'exceptionnel. C'est davantage dans le champ de la délégation de gestion, qui fait l'objet d'une décision de sa part et qu'il peut suspendre le cas échéant, que le directeur est le plus mis en position d'exercer une autorité effective sur le RPA.

C) La présence administrative auprès du pôle

Le nouveau dispositif fait référence à la présence d'un cadre administratif sans en préciser les modalités. La notice de la DHOS n'est pas plus explicite sur le sujet. Certains auteurs jugent cette assistance facultative⁶¹. Dans la pratique, la mise en œuvre concrète pose deux problèmes. L'un, qui porte sur l'évaluation des tâches administratives qui pourraient justifier l'assistance d'un cadre et sur la capacité de l'établissement à financer ce poste. L'autre, porte sur le positionnement des directeurs adjoints par rapport aux pôles.

a) *Le choix de ne pas affecter de cadre administratif*

Suite à une réflexion menée avec les deux CE, la décision de ne pas affecter des cadres administratifs auprès des pôles a été prise. En effet, la relation de proximité des services de soins avec les directions fonctionnelles, la taille relativement limitée des pôles et le périmètre restreint de la délégation de gestion laissent penser qu'il devrait être possible de faire fonctionner les pôles sans qu'il leur soit attribué un temps de cadre administratif. Par ailleurs, les moyens en personnel dont dispose l'établissement et l'état de ses finances ne lui permettent pas de dédier des attachés et des contrôleurs de gestion à cet effet.

b) *Le directeur référent*

La nécessité de créer une articulation entre la direction et les pôles a abouti à la définition d'une mission de directeur référent (DR). Dans ce cadre le DR conserve une direction fonctionnelle. C'est le modèle adopté par l'AP-HM. D'autres établissements, tels que le CHU de Toulouse ont fait le choix d'un directeur délégué qui est intégré dans le pôle. Au CH de Pau, chaque directeur adjoint se verra, par conséquent, confier une mission de directeur référent auprès de deux pôles. Il joue un rôle d'interface et son apport principal relève du conseil et de l'expertise : « il participe, en association avec le responsable de pôle clinique et médico-technique et le cadre supérieur de santé, au

⁶¹ Dupuy O., p. 42

pilotage du pôle. Il accompagne le pôle dans ses démarches projets »⁶². Son niveau d'intervention n'est pas celui de la gestion quotidienne : « Il est notamment, avec le cadre supérieur, l'intermédiaire privilégié dans les relations entre le pôle et les directions fonctionnelles pour les matières qui, ne relevant pas du fonctionnement courant, nécessitent son intervention». Il demeure, toutefois, en dehors du pôle : « Il assiste au bureau, au conseil de pôle et à l'assemblée de pôle avec voix consultative »⁶³.

Le positionnement du DR à l'extérieur du pôle et sur des missions de pilotage ainsi que l'absence de cadre administratif devrait faire reposer une partie importante de la conduite opérationnelle du pôle sur les épaules des cadres supérieurs de santé (CSS) placés auprès des RPA. Chacun devrait être chargé de 2 à 3 pôles. Les CSS ont bénéficié au sein de la direction des soins d'un cycle de préparation en interne. Il est toutefois, encore trop tôt pour déterminer la charge de travail impliquée par cette nouvelle organisation.

2.3.3 Une délégation de gestion limitée

La réflexion sur la délégation de gestion a fait à la fois l'objet d'un consensus entre les médecins et la direction et d'une continuité entre l'ancien et le nouveau CE. Une démarche prudente est adoptée. La délégation de gestion portera sur un périmètre restreint et un noyau dur de compétences. Elle concerne le petit matériel hôtelier, une partie des enveloppes de formation et les mensualités de remplacement pour les pôles les plus importants. Cette prudence traduit, d'une part, une volonté de d'expérimenter à petite échelle l'impact de la délégation de gestion et, d'autre part, un scepticisme partagé par les médecins et l'administration sur l'utilité de ce dispositif à l'échelle de l'établissement. La proximité des services de soins avec les directions fonctionnelles ne leur semble pas nécessiter une déconcentration de cette nature.

Toutefois, au-delà de cette question d'échelle, la mise en œuvre d'une délégation de gestion et d'une contractualisation effectives se heurte principalement au niveau de développement encore insuffisant de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion au sein de l'établissement. Le rapport 2006 de la Cour des comptes étend ce constat à la grande majorité des EPS: « la comptabilité analytique hospitalière reste à un faible niveau de développement dans un très grand nombre d'établissements en dépit de ses

⁶² Charte de fonctionnement des pôles d'activité du CH de Pau, p. 7

⁶³ *Ibid.*

aspects stratégiques »⁶⁴. Les supports indispensables au pilotage et à l'évaluation de la délégation de gestion dans l'établissement ne sont actuellement pas disponibles. Cette situation devrait évoluer prochainement dans la mesure où CH de Pau est engagé dans un important travail dans ce domaine.

⁶⁴ Le rapport 2006 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, p. 116

3 Les représentations qui freinent la mise en œuvre effective de la réforme

3.1 Un niveau de mise en œuvre inégal

Le CH de Pau a transposé dans son organisation les changements imposés par la nouvelle gouvernance. Toutefois, leur degré d'assimilation varie sensiblement selon les aspects de la réforme concernés. Il est globalement plus avancé pour le conseil exécutif que pour l'organisation en pôles d'activité. Cette situation n'est pas particulière au CH de Pau. Les premières études nationales constatent que les établissements se sont davantage appropriés les conseils exécutifs que l'organisation polaire.

3.1.1 Le conseil exécutif

Le CH de Pau a intégré de manière précoce les dispositions relatives au CE. Cela a été facilité par le fait que le nouveau dispositif entérinait pour une grande part une pratique du dialogue médico-administratif qui reposait sur un mécanisme régulier de concertation entre les membres de la direction et le BCME. En effet, le CE répond à un véritable besoin ressenti par les établissements et nombre d'entre eux n'ont pas attendu la réforme pour créer des lieux d'échange de cette nature. Le CE constitue un lieu d'acculturation réciproque des médecins et des membres de l'administration aux logiques qui s'imposent à l'autre. Il répond à un besoin souvent partagé. À la fin de l'année 2006, seuls 20% des CH ne s'étaient pas dotés d'un CE⁶⁵. La création d'un conseil exécutif n'a donc pas bouleversé le fonctionnement de l'établissement. Elle est même porteuse d'amélioration dans la mesure où la formalisation des pratiques devrait permettre de développer les potentialités de l'instance.

La pratique du CH de Pau respecte le paritarisme et utilise le nombre de membres maximum autorisé par la loi pour cette catégorie d'établissement. La prise de décision repose sur le consensus. Cette pratique exclut aussi bien le vote que l'exercice de la voix prépondérante par le chef d'établissement. L'intégration précoce du médecin DIM d'abord en tant qu'invité puis comme membre à part entière⁶⁶ et celle de la directrice des soins favorisent la

⁶⁵ Cf. enquête réalisée par la conférence nationale des présidents de CME de CH sur la mise en place de la gouvernance dans 100 centres hospitaliers généraux.

⁶⁶ Toujours selon la même enquête, le médecin DIM n'est membre du CE que dans 45% des établissements.

représentation des différentes cultures hospitalières et les médiations entre elles.

3.1.2 Les pôles

A) Les contrastes de la mise en oeuvre

Conformément au dispositif légal, le CH de Pau a procédé au découpage des pôles d'activités avant le 1^{er} janvier 2007 et les responsables de pôle ont été nommés. Par ailleurs, la charte de fonctionnement des pôles est en cours de validation. L'établissement, enfin, a pleinement exploité la liberté d'organisation que lui accorde la loi pour définir le périmètre et le contenu des pôles d'activité.

Le CH de Pau présente un coefficient de dispersion élevé des pôles d'activités médicales par rapport à sa taille. Sur ce plan, il est en décalage avec l'esprit de la réforme qui visait à décloisonner l'hôpital par le regroupement des services. Pour une grande partie des acteurs de l'hôpital, le décloisonnement par la mise en place d'une structuration par pôles n'est pas une problématique adaptée à la réalité de l'établissement.

La balkanisation actuelle de l'organisation polaire correspond à l'intérêt des acteurs qui jugent pour la plupart cette réforme inadaptée aux spécificités de l'établissement et, principalement chez les médecins, souhaitent que le nouvel équilibre soit le moins éloigné possible de la structuration autour des services.

B) L'aménagement du calendrier

La mise en oeuvre effective des pôles s'échelonna jusqu'au deuxième semestre 2008. L'élection des conseils de pôle est prévue au cours du deuxième semestre 2007. La rédaction des projets de pôle, puis celle des contrats internes interviendra au cours du deuxième semestre 2008 afin d'être en cohérence avec le projet d'établissement. Celui-ci constitue, en effet, la base sur laquelle doivent être rédigés les autres documents. Or le processus d'élaboration du nouveau projet d'établissement a été validé en septembre 2007 et devrait aboutir à la fin du premier semestre 2008. Au-delà du simple découpage, la mise en oeuvre effective des pôles s'avère complexe du fait de la création de nouveaux organes (conseil de pôle, voire bureau et assemblée de pôle) et de la rédaction de documents (charte de fonctionnement des pôles, modification du règlement intérieur, projet de pôle, contrat interne) qu'elle

nécessite. Le processus de mise en place se dilatera donc au minimum jusqu'à la fin 2008.

L'extrême découpage des pôles alourdit les contraintes liées à l'organisation. C'est notamment le cas pour les élections ou pour les contrats de pôles. Avec 15 pôles, il est nécessaire d'organiser 15 collèges différents pour les élections et de négocier 15 contrats pour lesquels il faudra déterminer des objectifs et des indicateurs spécifiques.

C) Quelles perspectives pour les pôles ?

Deux scénarios paraissent possibles.

Le premier serait proche du statu quo. L'organisation polaire est mise en place dans ses grandes lignes, mais elle ne modifie pas en profondeur la structuration des services de soins dont la logique profonde reste proche de celle des services. À terme, cet aspect de la réforme connaîtrait le sort de la départementalisation.

Le second scénario pose l'hypothèse que cette mise en œuvre légère de l'organisation polaire est en fait une première étape indispensable à l'enclenchement d'une dynamique. Il s'agirait d'une approche pragmatique des pouvoirs publics, conscients qu'il n'est pas possible d'opérer un basculement radical, sur un tel sujet. Ceci suppose une continuité dans la volonté d'imposer la réforme. Or les dernières élections présidentielles et législatives ont conforté au pouvoir les promoteurs de la réforme de la nouvelle gouvernance. L'hypothèse d'une remise en cause politique (en admettant qu'elle eut été sérieuse) de la nouvelle gouvernance est levée. De nouvelles impulsions pourraient donc être données par la suite sous forme d'un nouveau dispositif législatif ou sous forme d'incitations.

Interrogés sur ces deux scénarios, 75% des acteurs du CH de Pau pensent que le premier scénario est le plus probable. D'autres sont indécis et très peu parient sur le second scénario. Toutefois, une réflexion entendue en conseil exécutif peut laisser penser que la réforme n'a pas encore produit tous ses effets : « si nous avions connu précisément le cadre et les implications de l'organisation des pôles et notamment de la délégation de gestion, nous aurions probablement procédé à un autre découpage »⁶⁷

⁶⁷ Un médecin lors d'une séance du conseil exécutif du 13 juillet 2007

3.2 Les représentations externes qui freinent la mise en œuvre effective de la réforme

Par représentation externe, nous entendons les représentations qui sont déterminées par le contexte général extérieur à l'établissement : la réflexion sur le système de santé, sur l'évolution des professions de santé ou bien encore sur la conduite de la réforme. Les représentations internes sont celles qui sont déterminées par les spécificités de l'hôpital, par sa situation interne.

A) Une réforme conçue pour résoudre les problèmes des CHU

Cette représentation est partagée par toutes les personnes de l'établissement interrogées sur la nouvelle gouvernance. Elle s'applique essentiellement à la création des pôles et ne concerne que peu le conseil exécutif. Le sentiment est que cette réforme s'est élaborée à la fois loin des établissements de type CH et loin de la province (en dehors de quelques grandes capitales de province dotées des plus grands CHU). Cette critique renvoie à la relation complexe entre CHU et CH et à leurs interactions sur le territoire de santé. Il est fréquemment affirmé que cette réforme est taillée sur mesure pour des médecins qui disposent d'importantes décharges de temps du fait des moyens des CHU et ne sont plus véritablement au lit des patients.

B) La défense du temps médical

L'adhésion à la réforme rencontre une résistance importante car elle est considérée comme chronophage. Le CE mobilise les médecins deux fois par mois pendant deux heures, auxquelles il faut ajouter les temps préparation, de restitution et les séances extraordinaires. L'horaire a été récemment déplacé à 17 – 19h car les praticiens avaient des difficultés à se libérer sur l'horaire précédent : 13 – 15 h le mardi. Or la création des pôles semble entraîner une grande consommation de temps. Du fait des réunions des différents organes en premier lieu : conseil, bureau et assemblée de pôles. Mais également du fait de l'élaboration des différents documents : projet de pôle et contrat interne. Il convient enfin d'envisager un temps important de concertation supplémentaire pour les pôles qui rassemblent plusieurs services. L'enquête SESMAT a révélé que près d'un quart des médecins hospitaliers, déclarent

n'avoir jamais ou rarement assez de temps pour parler aux patients⁶⁸. Or l'évolution de l'exercice de la médecine hospitalière perceptible au niveau national ne devrait pas inverser la tendance (aspirations à une meilleure qualité de vie, féminisation de la profession, progression des demandes de temps partiel, ...).

C) Le thème de « l'usine à gaz »

Une phrase est récurrente : « cette réforme met en place une nouvelle usine à gaz ». La formule est commode et efficace. Elle ne fait pas justice à la simplification des nombreux comités introduite par le nouveau dispositif. On rencontre une variante assez proche, celle du « millefeuille ». Cependant, il est vrai que l'énumération des organes qu'il faut créer ou qui sont susceptibles de l'être, ainsi que la liste des documents à produire paraît totalement indigeste. Au-delà de la question du temps médical évoquée précédemment, c'est celles de la complexité du système et de sa lisibilité qui est posée.

Cette critique qui n'est pas injustifiée, n'est pas sans conséquence sur les rapports entre médecins et administration, car il existe une porosité importante entre les représentations. Le thème de « l'usine à gaz » nourrit, en effet, d'autres représentations comme celles qui sont répandues sur la bureaucratie et la technocratie. Ce discours vise d'abord l'administration centrale, mais l'amalgame avec l'administration de l'établissement est souvent latent. Il tend à englober dans la même critique toute réunion ou toute procédure écrite. Il y a donc là un point de saturation sur lequel il convient de veiller. L'enquête SESMAT indique également que les relations avec l'administration sont qualifiées « d'hostiles ou tendues » dans 42,5% des cas⁶⁹.

D) L'objectif de la maîtrise des dépenses de santé

De nombreux médecins sont persuadés que l'objectif central de la réforme est de leur faire assumer la maîtrise des dépenses de santé via la déconcentration de gestion, la gouvernance médico-administrative et la responsabilisation des praticiens. L'idée est fréquemment exprimée : « la responsabilisation des médecins permet aux dirigeants de ne pas payer le prix politique d'une réforme dont l'objectif majeur est de diminuer le coût de la prestation »⁷⁰.

⁶⁸ Projet SESMAT, santé et satisfaction des médecins au travail. Cf. www.press-next.fr/SESMAT/

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ entretiens

Toutefois, ce point de vue se traduit rarement par une opposition explicite à la nouvelle gouvernance mais bien plus par une attitude passive dans la mise en œuvre. Cette démobilisation est parallèlement nourrie par le sentiment que les réformes négligent les problèmes essentiels que sont le volume et les conditions de travail⁷¹.

⁷¹ *ibid.*

3.3 Les représentations internes

A) La culture de l'établissement

L'hôpital de Pau a derrière lui une existence séculaire comme de nombreux CH et il a traversé les mutations de l'hôpital public de la seconde moitié du XX^e siècle. Toutefois, sa particularité est d'avoir connu, en quelque sorte, une renaissance à partir de 1988, à l'occasion de son installation sur un nouveau site et dans de nouveaux locaux. L'activité a ainsi été transférée d'un édifice de centre ville, très ancien et exigü, à un site de la périphérie paloise, doté d'amples espaces et d'installations neuves. L'établissement de ce nouvel hôpital, favorisé par l'influence du maire et président du conseil d'administration, André Labarrère, a permis de dynamiser de manière spectaculaire l'activité du CH. De nombreux praticiens ont été recrutés à cette occasion du fait de l'attractivité nouvelle de l'établissement. Le CH a exploité la distance par rapport aux CHU pour développer une offre de soins de niveau élevé. La culture actuelle de l'établissement est très marquée par ce dynamisme et cet essor continu. Cette qualité n'est pas une illusion. Chaque année, l'hôpital bénéficie d'un rang flatteur dans le classement des 50 meilleurs hôpitaux de France. Il apparaît même parmi les 5 meilleurs CH si l'on fait abstraction des hôpitaux universitaires qui figurent dans ce classement. D'où l'idée très répandue dans l'établissement que la qualité de l'offre de soins du CH de Pau présente des caractères de qualité qui ne sont pas éloignés de ceux que l'on trouve dans les CHU.

Dans un établissement que son activité a toujours tiré en avant et qui a réussi à se développer malgré le carcan de la dotation globale (qui avait été mise en place à une époque où l'établissement était peu dynamique), la culture dominante est marquée par l'idée que « l'intendance suivra »⁷². Or le contexte a doublement changé. D'une part, il n'est pas certain que la productivité de l'établissement soit aussi élevée que par le passé dans la mesure où il a bénéficié d'attributions importantes de moyens ces dernières années. Par ailleurs, le nouveau cadre des réformes et la raréfaction des ressources imposent de prioriser davantage. Les médecins impliqués dans la nouvelle gouvernance vont donc devoir participer aux arbitrages entre les différentes demandes des pôles.

⁷² selon un médecin pendant un entretien

B) Un pouvoir médical en creux

L'établissement est marqué par une faible appétence des médecins pour l'exercice des responsabilités institutionnelles. Il n'y a jamais pléthore de candidats pour occuper les postes dans les instances. Des foyers importants d'influence ne sont donc pas impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement. Ceci rend la gouvernance plus complexe notamment pour les médecins qui s'impliquent dans les instances.

Comme dans beaucoup d'établissements, les dernières élections à la CME ont été marquées par un climat de défiance vis-à-vis du cycle de réforme en cours mais sans qu'une campagne explicite assortie de controverses sur les enjeux du moment soit menée. Cette élection n'a donc pas contribué à clarifier la situation.

C) La perception du conseil exécutif

La nature et la portée des travaux du conseil exécutif ne sont pas encore clairement perçues par les médecins – la majorité, bien entendu - qui n'y participent pas. Le caractère mixte et paritaire de l'institution est considéré comme un point positif⁷³. Le souhait de la diffusion d'un relevé de conclusions est exprimé au nom de la transparence⁷⁴. Les médecins qui participent au CE prennent aussi le risque d'être considérés par une partie de la communauté médicale comme trop enclins au consensus.

En interne, le CE après l'expérience du CE provisoire et la mise en place récente du CE actuel, est une instance jeune qui n'a pas encore tout à fait trouvé son mode de fonctionnement définitif. Sa mise en place est déjà une réussite car elle permet d'amener les différentes cultures de l'établissement à travailler ensemble.

Deux points sensibles au sein d'un CE semblent devoir faire l'objet d'une vigilance particulière : l'entretien de la relation de confiance et l'accord sur la manière dont la décision s'élabore en commun.

La confiance est une donnée capitale dans la mesure où chaque partie dispose d'une zone d'incertitude par rapport à l'autre du fait de l'information spécifique qu'elle détient, d'une part, mais aussi parce que l'autre ne dispose pas de l'arsenal théorique qui lui permette d'évaluer avec certitude la validité et la portée de l'information qui lui est transmise, d'autre part. Sans faire abstraction des rapports de force inhérents à l'institution hospitalière, la

⁷³ témoignage d'un médecin

⁷⁴ *idem*.

capacité du conseil exécutif à remplir son rôle repose notamment sur le moteur de la confiance. Le maintien de la confiance est précaire car le sentiment du risque de manipulation refait rapidement surface au moindre doute.

Par ailleurs, il convient de préciser au sein d'un CE ce que signifie et implique le principe d'élaboration commune de la décision ainsi que les nécessaires modalités de ce processus.

Conclusion

La transposition de la réforme de la nouvelle gouvernance au sein du CH de Pau se fait de manière contrastée. La création du conseil exécutif a été beaucoup plus facilement intégrée dans la pratique de l'établissement que la nouvelle organisation en pôles d'activité. Outre qu'il est beaucoup plus facile de créer une instance impliquant une douzaine de personnes, le CE répond à un problème qui rencontre les préoccupations des acteurs et entérine souvent des pratiques existantes. Il est donc accepté facilement. En partie, également du fait d'une certaine indifférence car son impact immédiat n'est pas sensible.

Par contre, la transposition de l'organisation en pôle rencontre davantage d'obstacles et de résistances. Elle se heurte d'abord à une résistance du service, car elle remet en cause des équilibres de pouvoir mais aussi parce que le service apparaît comme le territoire adéquat de projet et de proximité pour les médecins et les soignants. Le grand nombre de pôles créés au sein du CH de Pau est le résultat de stratégies dont l'objectif principal était de maintenir le service derrière la façade des pôles. Mais la résistance à la mise en place des pôles s'appuie également sur d'autres arguments. Le bien-fondé de la réforme est remis en cause lorsqu'elle est jugée inadaptée à la structure et au fonctionnement des CH. Enfin, la complexité des organes et des textes liés au fonctionnement des pôles exerce un effet décourageant sur ceux qui étaient hésitants. Les éléments de résistance sont donc de nature variée.

Il est intéressant de constater que le mode de résistance n'est pas frontal. L'obligation de se structurer en pôles n'a pas provoqué de rejet explicite, ni même de prise de position officielle. Un découpage a été fait puisqu'il fallait faire un découpage. C'est donc un mode d'opposition par neutralisation des effets de la réforme.

Bibliographie

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal officiel n° 102 du 3 mai 2005

DHOS, présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, juillet 2006

OUVRAGES ET RAPPORTS PUBLICS

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Hôpitaux généraux en crise*, 2003

ADH, Vèmes journées, *30 ans de réforme dans les hôpitaux publics, La conduite du changement ou comment réussir à échouer*, Rennes, 23 et 24 mars 2006.

COUANAU R., Rapport d'information « l'organisation interne de l'hôpital », Assemblée nationale, 2003

COUR DES COMPTES, *Le rapport 2006 de la sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, 2007

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., *Rapport sur la mission sur la modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, Paris, 2003

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, Paris, Dalloz, 5^e édition, 2005

DUPUY O., *La nouvelle gouvernance hospitalière*, Paris, Heures de France, 2007

FREIDSON E., *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984.

DE KERVASDOUE J., *L'hôpital*, Paris, PUF, 2^o édition, 2005

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, Paris, 1982.

MOLINIÉ E., *L'hôpital public en France, Bilan et perspectives*, Rapport du Conseil économique et social, Paris, 2005

WEBER M., *l'organisation bureaucratique*, Paris, 1922.

ARTICLES

BONNICI B., DEBROSSE D., mai – juin 2007, « Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, n° 516, pp. 52 – 57.

CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DE CME DE CH, 2006, « enquête sur la mise en place de la gouvernance dans 100 centres hospitaliers généraux ».

DEBRÉ B.« Hôpitaux, une profonde réforme s'impose», *Le Monde*, 4 sept. 2007

GUILLET J, 2007« Non, la France n'est pas en déclin »,*Le Monde*

HOLCMAN R., « l'avènement de la gestion par pôles, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital », *gestions hospitalières*, mai 2006.

JEAN P., 2007, « Politique sociale et nouvelle gouvernance », *Les cahiers hospitaliers*, pp. 13-14

LAUDE L., DE DARAN G., PEYRET P., ROUTELOUS C., 2007, « le management hospitalier à l'épreuve de la modernisation : entre figures imposées et figures libres », in *Revue politiques et management public* » colloque international

TOUPILLIER, 2006, « entretien », La lettre de la nouvelle gouvernance hospitalière, n°4

ROMATET, 2006, « Agir dans l'intérêt du malade », site www.reformes-hospitalieres.com

VAN HERZELE A., 2006, « entretien », Ministère de la santé. Site www.reformeshospitalieres.com.

MÉMOIRES

DUBOIS P., 2005, Contraintes et leviers de la mise en place des pôles d'activité au centre hospitalier de Chambéry, Mémoire professionnel EDH, ENSP

LANCREROT C., 2005, L'encadrement des pôles d'activité au groupe hospitalier Lariboisière Fernand Widal, Mémoire professionnel EDH, ENSP

LEQUET Y., 2005, L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la nouvelle gouvernance : le CHU de Dijon, Mémoire professionnel EDH, ENSP

SITES INTERNET

www.press-next.fr/SESMAT/

www.reformes-hospitalieres.com

www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Charte de fonctionnement

Annexe 2 : Liste des pôles

CENTRE HOSPITALIER DE PAU

CHARTRE DE FONCTIONNEMENT
DES POLES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

(Version septembre 2007 validée par le conseil exécutif)

PRINCIPES GENERAUX

Préambule

L'ordonnance du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé, prévoit l'organisation des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux en pôles d'activité. Cette nouvelle organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement. La mise en place des pôles doit conforter l'accomplissement des missions de service public dévolues au Centre Hospitalier de Pau : la garantie de l'égalité d'accès aux soins, l'organisation de la permanence des soins et l'action générale d'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge.

La création des pôles

Le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif.

Le découpage de l'établissement en pôles d'activité est exposé dans l'annexe 1.

Les missions du pôle

Le pôle assure les missions suivantes :

- Le pôle est une entité d'organisation de l'offre de soins et de gestion. Il est fondé sur un projet médical mettant au service du patient ses compétences et ses ressources.
- Le pôle d'activité a pour mission d'organiser son activité, de promouvoir le développement de ses structures internes et services et de décliner à l'échelle du pôle le projet d'établissement.
- Le pôle vise à renforcer la pluridisciplinarité, la coordination et la mutualisation des moyens et des ressources dans le but d'améliorer l'efficacité et la qualité.
- Il contribue à la dynamique d'ensemble de l'établissement en favorisant la coopération et la coordination entre pôles.

L'activité du pôle doit être en cohérence avec l'ensemble des conditions générales qui s'imposent à l'établissement

- Le code de la santé publique ainsi que l'ensemble de la réglementation relative aux statuts des personnels et aux marchés publics s'appliquent en toutes circonstances. Aussi les décisions prises par le pôle devront elles être conformes au droit.
- Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et le projet médical de territoire.

- Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Pau ainsi que le Contrat d'Objectif et de moyens (COM) qui lui est lié déterminent les orientations de la politique de l'établissement. Dans ce cadre, le projet de pôle et le contrat qui en découle intégreront les objectifs des différents volets du projet d'établissement.
- L'activité du pôle contribue à la recherche de l'équilibre des recettes et des dépenses, conformément à l'obligation de bon usage des deniers publics et à la nécessité de préserver la capacité d'investissement de l'établissement.
- L'activité du pôle doit préserver la cohérence entre les pôles et favoriser le développement de l'ensemble de l'établissement.

Principe general :

Chaque pôle gère l'ensemble des activités qui le concernent à l'exception de celles qui relèvent d'un niveau supérieur. En application de ce principe, les directions fonctionnelles auront, outre leurs missions de gestion qui subsistent, un rôle d'expertise et de conseil auprès des pôles.

L'ORGANISATION DU POLE D'ACTIVITE

L'exercice des responsabilités au sein du pole d'activité

Le responsable du pôle d'activité

Modalités de nomination du responsable de pôle d'activité

Chaque pôle d'activité est dirigé par un praticien, inscrit sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle, nommé pour 4 ans par décision conjointe du Directeur et du Président de CME, après avis du Conseil de pôle réuni en formation restreinte aux personnels médicaux, de la CME et du Conseil Exécutif. En cas de désaccord entre le directeur et le président de la CME, les responsables de pôle sont nommés par délibération du Conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions. L'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'exerce sur l'ensemble des personnels du pôle. Elle demeure distincte de l'autorité hiérarchique exercée par le directeur.

Missions

Le responsable de pôle a pour mission :

- de mettre en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement
- de mettre en place et d'organiser le fonctionnement régulier des instances du pôle
- de présider le conseil de pôle
- d'élaborer avec le conseil de pôle, un projet de pôle
- de négocier un contrat de pôle avec le directeur et le président de CME en concertation avec le cadre supérieur de santé et le directeur référent
- de veiller à la mise en œuvre des dispositions contractuelles liant le pôle à l'établissement, et ce dans l'ensemble des unités constituant le pôle

- de participer à la définition des indicateurs spécifiques au pôle nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat
- de veiller au suivi de l'activité à partir des données fournies par la comptabilité analytique et de procéder aux évaluations périodiques de mise en œuvre du contrat de pôle
- d'informer régulièrement le Conseil exécutif sur l'activité et le fonctionnement du pôle
- de produire le rapport d'activité annuel du pôle
- de mettre en œuvre en concertation avec le bureau de pôle, d'éventuelles actions correctives en fonction de l'évolution des objectifs fixés par le contrat de pôle

Le cadre supérieur de santé du pôle d'activité

Nomination et positionnement

Le responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique est assisté par un cadre supérieur de santé placé sous son autorité fonctionnelle. Ce dernier est nommé par le directeur de l'établissement. Il conduit, en outre, les missions transversales au sein de l'institution.

Missions :

- Il participe au pilotage du pôle, est garant de la mise en œuvre du projet de soins et exerce une fonction managériale dans le domaine des ressources humaines, de la gestion et de la communication.
- Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de pôle et du contrat de pôle en partenariat avec les équipes médicales et paramédicales.
- Il met en œuvre au sein du pôle la politique de Ressources Humaines de l'établissement et les règles de gestion du personnel non médical :
- Il gère le personnel paramédical et les mensualités de remplacement en conformité avec les règles de gestion inscrites dans le contrat de pôle
- Il réalise l'évaluation des personnels d'encadrement selon les procédures en vigueur dans l'établissement.
- Il contribue à la cohérence du projet global de formation du pôle.
- Il décline au niveau du pôle les axes de la politique qualité et de gestion des risques en concertation avec le responsable de pôle, à l'exception, toutefois, des pôles pour lesquels s'appliquent des dispositions particulières. C'est notamment le cas du pôle laboratoires.
- Il s'implique dans le suivi et l'analyse d'indicateurs d'activité.
- Il définit une gestion efficiente du matériel, des consommables et des services prestataires utilisés par le pôle
- Il relaie l'information descendante et ascendante et favorise la communication transversale.

le directeur référent

Nomination et positionnement

Membre de l'équipe de direction en charge d'une direction fonctionnelle, il est nommé par le directeur de l'établissement et représente celui-ci de manière permanente auprès du pôle. Il assiste au bureau, au conseil de pôle et à l'assemblée de pôle avec voix consultative. Il participe, en association avec le

responsable de pôle clinique et médico-technique et le cadre supérieur de santé, au pilotage du pôle. Il accompagne le pôle dans ses démarches projets.

Une mission de conseil et d'expertise

- Il conseille le responsable médical de pôle dans la préparation du projet de pôle et du contrat interne d'objectifs et de moyens, ainsi que des prévisions annuelles d'activité, de dépenses et de recettes et du rapport d'activité annuel du pôle.
- Il procède, avec le responsable de pôle et le cadre supérieur de santé, au suivi de l'évolution des ressources du pôle et à l'évaluation et à l'analyse de l'activité du pôle, grâce, notamment, aux outils élaborés par le contrôle de gestion et le département de l'information médicale.
- Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au pôle et nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.
- Il apporte expertise et outils méthodologiques pour conduire des démarches projets.

Un rôle d'interface

- Il participe à l'analyse de la cohérence des projets du pôle au regard du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), du projet d'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de la réforme de la tarification.
- Il facilite les relations entre le pôle et la Direction. Il est notamment, avec le cadre supérieur, l'intermédiaire privilégié dans les relations entre le pôle et les directions fonctionnelles pour les matières qui, ne relevant pas du fonctionnement courant, nécessitent son intervention.

les structures internes

Nomination des responsables des structures internes du pôle

Nomination des chefs de service

Peuvent exercer la fonction de chef de service les praticiens titulaires nommés par le Ministre chargé de la Santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un service. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME.

Nomination des responsables des unités fonctionnelles médicales

Les praticiens titulaires responsables des unités fonctionnelles médicales (UFM) cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés par le praticien responsable de pôle.

Missions des structures internes du pôle

Par délégation du pôle, les services et les UFM assurent et organisent notamment la prise en charge médicale des patients dans le cadre des protocoles médicaux et de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, l'enseignement et la recherche.

LES ORGANES DU POLE D'ACTIVITE

LE CONSEIL DE POLE

Composition et missions

Le conseil de pôle est constitué de membres de droit et de représentants élus des équipes médicales, soignantes et autres qui composent le pôle. Tous doivent être en position d'activité et en fonction, à titre exclusif ou principal, au sein dudit pôle.

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Pau détermine le nombre des membres titulaires et suppléants du conseil de pôle et définit la procédure électorale. Il fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle. Le conseil de pôle se réunit deux fois par an au minimum et donne lieu à la rédaction d'un relevé de conclusions.

Le Conseil de pôle d'activité a notamment pour mission :

- de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle
- de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

Il donne enfin, en formation restreinte aux personnels médicaux (les praticiens membres de droit ou élus au sein du conseil de pôle à l'exclusion des internes et des résidents), un avis sur la nomination du responsable de pôle.

Le Conseil de pôle est consulté sur :

- Le projet de pôle
- Le projet de contrat interne négocié avec la direction de l'établissement, et son suivi
- Le rapport d'activité annuel présenté par le responsable de pôle
- Les choix du pôle dans le domaine des activités hospitalières
- Les programmes annuels d'action et d'amélioration de la qualité
- Les prévisions annuelles en matière de personnel, de formation continue, de matériel et de travaux
- Les demandes budgétaires portant sur les activités nouvelles
- La mise en place de partenariats extérieurs

LE BUREAU DE POLE

Un bureau de pôle peut être institué afin d'assister le responsable de pôle d'activité dans ses missions. Créé à l'initiative du responsable de pôle, il constitue la structure opérationnelle du pôle, au sens où il est chargé de mettre en œuvre la politique et les grandes orientations du pôle telles que définies dans le contrat interne.

Missions

- Il assure le suivi opérationnel de la mise en œuvre du projet de pôle, du contrat de pôle, et de la coordination des structures internes au pôle.

- Il assure le suivi des tableaux de bord du pôle.
- Il participe à l'élaboration du projet de pôle et du contrat de pôle.
- Il prépare les travaux du conseil de pôle.

Composition

Il ne peut contenir plus de 12 membres.

Les membres de droit sont :

- Le responsable de pôle, qui en assure la présidence
- Les chefs de service
- Le cadre supérieur de santé

Le directeur référent assiste aux réunions du bureau avec voix consultative. Les médecins chef d'UF et les cadres de santé peuvent également en faire partie sur décision du responsable du pôle.

L'ASSEMBLEE DE POLE

Le responsable de pôle d'activité peut proposer la création d'une assemblée de pôle. Instituée après consultation des personnels et présidée par le responsable de pôle, elle réunit l'ensemble des personnels en fonction au sein du pôle.

Elle est réunie au moins une fois par an et est tenue informée du fonctionnement du Pôle (objectifs, contrats, moyens, activité).

L'ARTICULATION ENTRE LE POLE ET L'ETABLISSEMENT

LE PROJET DE POLE

Le projet de pôle est élaboré pour une durée de 4 ans par le responsable du pôle et le bureau et, pour le volet médical avec les représentants du collège médical du pôle, dans le respect du projet d'établissement. Le projet de pôle est validé dans un délai maximal de 6 mois après l'adoption du projet d'établissement.

Il est soumis à l'avis du conseil de pôle ainsi que pour le volet médical, à l'avis du collège médical.

Il prévoit :

- Les modalités d'application de la politique générale au sein du pôle
- Les modalités d'organisation interne et les structures internes du pôle
- Les objectifs d'activité et de qualité du pôle
- Les moyens nécessaires à la satisfaction des objectifs
- Les démarches de prévention, de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Il sert de base à l'élaboration du contrat interne. Des indicateurs sont définis pour en évaluer la mise en oeuvre et servent de base aux tableaux de bord périodiques et au rapport d'activité annuel du pôle.

LE CONTRAT INTERNE D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Elaboration et contenu

Sur la base du projet de pôle et en cohérence avec le projet d'établissement, le responsable médical de pôle élabore, négocie et signe avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, le contrat interne d'objectifs et de moyens du pôle qui prévoit les objectifs et les moyens du pôle pour une durée identique à la période de réalisation du projet d'établissement.

Le contrat prévoit sur l'ensemble de la période :

- Les objectifs d'activité, de qualité et financiers du pôle
- Le niveau des responsabilités déléguées par le directeur
- Les moyens affectés au pôle en adéquation avec les objectifs
- Les indicateurs de suivi de l'activité, de la qualité, des coûts, et de la satisfaction des usagers
- les éléments d'une politique d'évaluation :
 - de la qualité de la prestation rendue
 - de la satisfaction des usagers
- Les modalités d'intéressement annuel aux résultats de gestion dûment constatés, aux gains effectifs réalisés et les conséquences en cas de non-satisfaction des objectifs ou d'inexécution totale ou partielle du contrat
- Les dispositions de suivi et d'évaluation dudit contrat.

Evaluation et actualisation

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les co-signataires selon les modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration. Chaque évaluation annuelle est portée à la connaissance du conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

Le contrat peut prévoir des modalités d'intéressement, de retour à l'équilibre et de résiliation en cas d'exécution ou non-exécution des clauses relatives aux objectifs et à la gestion des moyens.

Chaque année, le responsable médical de pôle peut actualiser, sous forme d'avenant négocié et signé dans les mêmes conditions que le contrat, les orientations et engagements formulés dans le cadre du contrat pluriannuel.

LA DELEGATION DE GESTION

Le pôle dispose des ressources humaines, financières et logistiques négociées et déléguées dans le cadre de la contractualisation interne, qui lui permettent de mettre en œuvre son projet. Il en résulte une répartition entre les tâches centralisées et les tâches déconcentrées. Le pôle est responsable de la bonne utilisation des ressources qui lui sont allouées, et s'engage à mettre en œuvre une gestion économique rigoureuse tout en préservant la qualité du service rendu aux usagers et celles des conditions de travail des personnels.

Principes de la délégation de gestion

La délégation de gestion s'exerce dans le cadre d'une décision du directeur qui en détermine le périmètre et les modalités. Ainsi :

- Les décisions prises par le pôle doivent être conformes à la réglementation (codes des marchés, statut des personnels et normes de sécurité...)
- Les équilibres financiers relèvent de la responsabilité du Conseil d'administration
- Le directeur de l'hôpital, représentant légal de l'établissement, demeure la seule autorité de négociation externe (fournisseurs, Etat, ARH)

Les champs de la délégation de gestion :

- Le responsable de pôle reçoit des délégations de gestion adaptées et évolutives fixées par le contrat de pôle dans la limite des moyens financiers dont il dispose. La délégation de gestion peut concerner les dépenses des groupes 1, 2 et 3 du budget.
- Les champs de délégation seront détaillés en annexe de chaque contrat, elles pourront varier d'un pôle à l'autre en fonction du contenu du contrat. La délégation de gestion pourra intervenir sur certaines parties des domaines suivants :
 - les mensualités de remplacement
 - une partie de l'enveloppe de formation
 - les consommables médicaux et non médicaux,
- Toute dépense ne peut être engagée que dans le respect du montant de l'enveloppe allouée au pôle et de la nature de dépense correspondant à cette enveloppe.

Modalités de suivi de la délégation de gestion :

- Le bureau de pôle procède à une analyse de ses coûts au plan global ou pour une activité particulière et assure le suivi et l'analyse de son activité et de ses dépenses.
- Les directions fonctionnelles assurent au pôle un rôle d'expertise, d'assistance et de conseil, qui se traduit notamment dans la communication régulière d'outils formels de suivi et d'aide à la décision, d'une part, et la tenue de réunions d'échanges et de conseils, d'autre part.
- Un tableau de bord de suivi des délégations sera élaboré pour chaque pôle. Des tableaux de bord spécifiques pourront être créés de façon complémentaire, en fonction des besoins particuliers des pôles.
- En cas de difficulté et notamment de déséquilibre financier persistant du pôle lié à un déficit d'activités, le directeur du Centre Hospitalier de Pau peut prendre toute décision qu'il juge nécessaire au redressement de la situation, y compris la suspension temporaire de la délégation de gestion.

L'INTERESSEMENT

En fonction des résultats obtenus et des objectifs contractualisés, le pôle pourra prétendre à un intéressement selon des modalités et des critères arrêtés par le Conseil d'administration.

L'intéressement doit respecter les principes institutionnels suivants :

- Il s'inscrit dans le cadre du respect des grands équilibres financiers de l'établissement.
- L'intéressement du pôle est collectif

L'intéressement ne peut résulter que de la mise en évidence de résultats positifs par rapport aux objectifs et moyens négociés entre le pôle et l'établissement. Cette mise en évidence peut revêtir plusieurs formes :

- économies de gestion,
- activité égale ou supérieure,
- participation à une meilleure maîtrise des coûts

L'ÉVALUATION

- L'évaluation au sein du pôle est définie dans le contrat de pôle. Elle détermine notamment les indicateurs permettant d'évaluer l'activité du pôle.
- Une évaluation des pratiques professionnelles est mise en oeuvre au sein du pôle sous l'autorité fonctionnelle du responsable médical du pôle.
- L'évaluation porte également sur le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux, la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la prévention des événements iatrogènes et le niveau de prescription d'examen complémentaires.
- Les résultats du pôle sont communiqués régulièrement au conseil exécutif et aux instances.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Date d'effet

A partir de la délibération du conseil d'administration adoptant la présente charte, soit à compter du 2008.

Révision de la charte

La présente charte évoluera en fonction, d'une part, des textes à paraître et, d'autre part, du bilan qui sera effectué après un an de fonctionnement.

ANNEXE 2

La composition des pôles au CH de Pau

Pôle d'activité médicale	Services et UF regroupés
CARDIOLOGIE	
ANESTHESIOLOGIE	
CHIRURGIE VISCERALE, VASCULAIRE, THORACIQUE ET SPECIALITES CHIRURGICALES	Chirurgie viscérale Chirurgie vasculaire Spécialités chirurgicales (OPH et ORL)
CHIRURGIE ORTHO- TRAUMATOLOGIQUE	2 services Ortho-traumatologie
GERIATRIE	
IMAGERIE MEDICALE	2 services d'imagerie médicale Médecine nucléaire
LABORATOIRES	Biochimie Bactériologie Hématologie Anatomo-Pathologie Sérologie-paludisme
MEDECINE A	Oncologie Médecine Physique SSR EMASP (soins palliatifs) SAMIT Hospitalisation à domicile
MEDECINE B	Réanimation Neurologie. Pneumologie Prélèvements multi-organes Laboratoire du Sommeil
MEDECINE C	Rhumatologie et médecine polyvalente Hépto-gastroentérologie Dermatologie Infectiologie Diabétologie
MERE-ENFANT	Pédiatrie Gynécologie-obstétrique
PHARMACIE	
SANTE PUBLIQUE	DIMESP Hygiène Hémovigilance Réseau Périnatalité
URGENCES	SAMU 64B UCSA Urgences UHCD