



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

Date du Jury : **Décembre 2001**

---

# **HISTOIRE D'ORGANISATION HOSPITALIERE : TROIS ANS APRES ET POUR DEMAIN**

**Note en complément du mémoire de DESS Santé, Protection sociale et  
Vieillesse : « Evaluation du Projet de Départementalisation  
de la Clinique des Eaux Claires »  
- UFR de Sciences Economiques, Grenoble - 1998**

---

**Séverine FUSIL**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1- Il était une fois la départementalisation : les vicissitudes d'un mode d'organisation hospitalière</b>	<b>2</b>
1.1- Histoire générale de la départementalisation dans les hôpitaux publics	2
1.2- Une histoire particulière : le destin de la départementalisation à la Clinique des Eaux Claires	3
1.2.1- Une départementalisation originale	4
1.2.2- La départementalisation de la Clinique des Eaux Claires en 2001 : un chantier dépassé par d'autres actualités	5
1.2.3- Le degré de concrétisation en 2001 des objectifs constitutifs du projet originel : une réalisation en souffrance ou par incidence	6
1.3- Une nouvelle philosophie de l'histoire : de la départementalisation à la réorganisation managériale	9
<b>2- Il est aujourd'hui des possibilités de transposition de la philosophie managériale à l'hôpital public</b>	<b>10</b>
2.1- Une 1 <sup>ère</sup> condition : transposer dans le champ du possible juridique	10
2.1.1- Les options aménagées par le droit	11
2.1.2- Les bornes éprouvées à la traduction concrète des options juridiques	13
2.2- Une 2 <sup>de</sup> condition : construire le changement managérial	14
2.2.1- Concevoir le projet organisationnel en toute cohérence	14
2.2.2- Préparer et accompagner le changement managérial	15
2.3- Une 3 <sup>ème</sup> condition : oser la réorganisation managériale	16
<b>3- Elle sera demain directeur d'hôpital</b>	<b>17</b>
3.1- Leçons tirées de l'expérience d'évaluation	17
3.1.1- L'initiation à la méthode	17
3.1.2- Réflexion sur le bon usage du consulting	18
3.2- 1998-2001 : une compréhension personnelle renouvelée de l'univers hospitalier	18
3.2.1- La mesure des contradictions	18
3.2.2- L'inexistence de solutions organisationnelles atemporelles et universelles	18
3.3- Préceptes personnels sur les modalités de gestion d'un établissement public de santé	19
3.3.1- La gestion de la configuration architecturale de l'hôpital	19
3.3.2- La gestion de la transparence	20
3.3.3- La gestion du perfectible	20
3.3.4- La gestion de la responsabilisation	21
3.3.5- La gestion de la stratégie	21
3.3.6- La gestion de l'évolution du mode directionnel	21
<b>Conclusions d'aujourd'hui pour demain</b>	<b>22</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>23</b>
<b>Annexes</b>	<b>28</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ABC : Activity Based Costing

ABM : Activity Based Management

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CA : Conseil d'Administration

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSP : Code de la Santé Publique

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DHOS : Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PU-PH : Professeur d'Université - Praticien Hospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UF : Unité Fonctionnelle

## INTRODUCTION

Il y a quelques temps, il n'y a pas si longtemps, la Clinique mutualiste des Eaux Claires avait décidé de s'essayer à la « départementalisation », c'est-à-dire à la départementalisation qu'elle s'était définie. Un jour, afin d'apprécier le degré de concrétisation de son projet, cette clinique se prêta à une évaluation. Elle confia cette mission à une étudiante.

Cette étudiante recevait des enseignements en économie de la santé, en vue d'obtenir un DESS « Santé, Protection sociale et Vieillesse ». Elle choisit pour sujet de mémoire l'évaluation proposée. Cette étudiante avait alors une vocation qu'elle s'ignorait partiellement mais qu'elle ne tarderait pas à réaliser : elle allait devenir plus tard élève-directeur d'hôpital à l'École Nationale de la Santé Publique.

En 2001, l'heure est venue pour l'élève-directeur d'hôpital d'entrer très prochainement en fonction. Au seuil de sa carrière, il lui revient de s'acquitter d'une mission nouvelle, au titre supplétif d'un mémoire professionnel qu'elle n'a plus à produire, son mémoire de DESS - finalement intitulé « Evaluation du projet de départementalisation de la Clinique des Eaux Claires » - ayant été validé par sa filière de formation.

Cette nouvelle mission consiste en la rédaction d'une note, consignante l'actualisation du premier travail d'évaluation conduit en 1998 à la Clinique des Eaux Claires, l'intérêt du mémoire initial au regard du métier de directeur d'hôpital, et les conditions d'une application de la « départementalisation » à un établissement public de santé.

En conséquence, la note - ici produite - s'attache successivement :

- à la départementalisation, dans une visée historique et prospective, au sein de la Clinique mutualiste des Eaux Claires comme dans les établissements publics de santé (1) ;
- aux possibilités et aux conditions de transposition à l'hôpital public des principes sous-tendant la départementalisation (2) ;
- aux enseignements tirés des études relatives à l'organisation hospitalière – telles qu'elles ont été conduites hier et sont complétées aujourd'hui –, enseignements qui ont été retenus parce que jugés utiles, à titre personnel, à l'exercice futur des fonctions de directeur d'hôpital (3).

Conclusif d'une période passée et présente, ce document se présente finalement comme annonciateur d'une nouvelle histoire.

## **1. IL ETAIT UNE FOIS LA DEPARTEMENTALISATION : LES VICISSITUDES D'UN MODE D'ORGANISATION HOSPITALIERE**

La départementalisation est née légalement en 1984. Elle avait vocation à être généralement appliquée au secteur hospitalier public. Quelques établissements de santé privés, comme la Clinique mutualiste des Eaux Claires, s'en inspirèrent également et la modulèrent pour lui donner une dimension particulière.

Mais l'expérience ne semble pas avoir davantage réussi à l'histoire générale qu'aux histoires particulières : la départementalisation a rencontré l'échec autant dans le secteur public que dans cette organisation privée qui l'a expérimentée. Si bien qu'aujourd'hui la départementalisation semble bel et bien dépassée, sauf à lui donner un nouveau sens, sauf à revisiter la philosophie de son histoire.

### **1.1. Histoire générale de la départementalisation dans les hôpitaux publics**

La départementalisation, matrice des « départements » (Annexe 2), a été conçue dans une volonté de modernisation des hôpitaux publics. Bien qu'imposée par la loi, elle a complètement échoué à s'implanter dans les établissements publics qu'elle ambitionnait de rénover.

La loi du 3 janvier 1984<sup>1</sup> a en effet institué le département comme nouvelle unité, obligatoire et structurante, de l'organisation hospitalière publique. Cette réforme se voulait alors une réponse au découpage excessif de l'hôpital en services : elle cherchait à instaurer une unité de gestion et de fonctionnement entre plusieurs services, cimentés les uns aux autres par la conscience d'une complémentarité ou d'une similarité d'activité. Elle visait à résorber les difficultés et les surcoûts générés par des phénomènes de mandarinat et d'hyper-spécialisation, ainsi que par un manque général de coordination dans la prise en charge des patients. Elle tendait à dissocier la responsabilité médicale (confiée au responsable de l'unité de soins) et la responsabilité de gestion des ressources (relevant d'un responsable de département, assisté d'un conseil de département élu)<sup>2</sup>.

Cette réforme n'a pas dépassé l'état de tentative : la départementalisation n'a pas connu de véritable concrétisation dans les établissements publics de santé. Entérinant

---

<sup>1</sup> Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier - article 13.

<sup>2</sup> de POURVILLE, G. ; JEUNEMAITRE, A. ; CONDAMINE, F. *L'Hôpital en Chantier : les réformes hospitalières entre 1981 et 1986* ; Rapport de recherche remis au Commissariat général du Plan – Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique, 1988 ; p 9, 10 et 22.

l'échec de cet essai de restructuration, la loi du 24 juillet 1987<sup>1</sup> opère un retour en arrière : elle rétablit le service comme base de l'organisation hospitalière ; le département perd son caractère obligatoire pour devenir une structure de regroupement simplement facultative<sup>2</sup>.

Les causes de cet échec sont multiples : un fondement trop techniciste et académique du regroupement, agrégeant des services plus en considération des logiques disciplinaires développées par l'Université de médecine que dans le souci d'améliorer la prise en charge du patient ; une faible confiance de la part des directions hospitalières en la capacité des acteurs du terrain désignés responsables à s'improviser gestionnaires des ressources du département ; une résistance massive du corps médical, qui s'est rebellé autant contre la méthodologie employée par les pouvoirs publics (passage en force de la départementalisation par imposition législative) que contre la finalité supposée de la réforme (affaiblissement de la toute puissance médicale) ; une motivation trop purement politique, enfin, qui a produit une réforme pour l'afficher mais qui a négligé de penser aux conséquences humaines (modification des rapports entre médecins, entre corps médical et corps soignant, entre direction et responsables de département) et aux aménagements réglementaires nécessaires (rénovation du statut des praticiens hospitaliers, révision des grilles indiciaires, procédures de délégation de gestion...).

La brève destinée, dans le secteur de l'hospitalisation publique, de la départementalisation n'a cependant pas découragé les projets organisationnels de quelques établissements privés de santé : la Clinique mutualiste des Eaux Claires compte au nombre de ceux qui ont expérimenté sa mise en œuvre.

## **1.2. Une histoire particulière : le destin de la départementalisation à la Clinique des Eaux Claires**

La Clinique mutualiste des Eaux Claires, établissement de santé privé participant à la réalisation du service public hospitalier, s'est engagée en 1997 dans une opération de restructuration interne baptisée «départementalisation ». Bien que particulière dans son contenu, cette départementalisation n'a pas, semble-t-il, bénéficié d'un sort plus heureux au sein de la Clinique des Eaux Claires que dans les établissements publics de santé.

---

<sup>1</sup> Loi n°87-574 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire- article 6.

<sup>2</sup> LACHEZE-PASQUET, P. *Management hospitalier pour le praticien*; Masson Paris 1997 ; chapitre 3, p 82.

### 1.2.1. Une départementalisation originale

La départementalisation de la Clinique des Eaux Claires, à l'état de projet, n'était en effet pas dépourvue d'originalité. C'est qu'en vérité l'identité de droit partiellement privé de la clinique lui autorise une indéniable liberté organisationnelle (Annexe 1).

Sous le nom générique de « départementalisation », ce projet se décomposait de fait en huit objectifs identifiés comme suit : le regroupement de services autour de six nouveaux départements ; une décentralisation de gestion au profit des binômes responsables de département ; une amélioration des rapports de coopération entre professionnels dans les départements et notamment au sein des binômes ; une amélioration générale de la communication entre départements et entre services ; la rénovation du rôle des services supports à l'égard des départements jusqu'à l'instauration de rapports clients/fournisseurs ; la compréhension partagée et l'adhésion motivée de tous les agents de l'établissement vis-à-vis des principes et du contenu de la départementalisation ; la clarification de l'organisation, de l'organigramme et des fonctions, aux yeux des agents ; et, enfin, le développement de la participation de l'ensemble des personnels aux instances et aux projets de la Clinique.

Outre qu'elle débordait ainsi la simple logique d'agrégation de services et qu'elle intégrait des préoccupations plus générales de management (participation, communication, transparence...), la départementalisation de la Clinique se démarquait également à plusieurs endroits du modèle d'organisation tel qu'induit par la définition légale du « département » : elle se caractérisait par la disparition de la fonction de surveillante générale dont les missions étaient redistribuées au niveau des surveillantes responsables de département ; elle confiait ensuite la gestion déléguée des ressources humaines, de l'activité et du budget à une entité de responsables à géométrie variable (binômes dans la plupart des cas, associant - théoriquement sur un pied d'égalité - un médecin et un soignant ; mais aussi trinôme, au besoin, notamment à la tête du département du bloc opératoire, composé d'un chirurgien, d'un anesthésiste et d'une surveillante).

Comme telle, la départementalisation de la Clinique des Eaux Claires avait fait l'objet en 1998 d'une évaluation. Si alors quelques pans du projet connaissaient un début de concrétisation, quelques-uns restaient sans suite probante, soit qu'ils achoppent sur des résistances individuelles, soit qu'ils se heurtent à des obstacles relationnels, culturels, matériels, et dans tous les cas organisationnels. L'étudiante en DESS avait en conséquence proposé un certain nombre de mesures destinées à aplanir autant que possible certaines des difficultés décelées du projet.

En 2001, l'élève-directeur d'hôpital s'est interrogée sur le projet analysé trois ans plus tôt par l'étudiante : comment la départementalisation de la Clinique mutualiste des Eaux Claires a-t-elle évolué depuis ? A quoi ressemble-t-elle aujourd'hui ?

Les réponses aimablement apportées à ces questions par la direction de la Clinique des Eaux Claires renseignent le sujet : la départementalisation n'est plus un chantier d'actualité dans l'établissement ; quand ils ne sont pas restés lettre morte, les objectifs du projet originel se sont concrétisés incidemment.

### 1.2.2. La départementalisation de la Clinique des Eaux Claires en 2001 : un chantier dépassé par d'autres actualités

Si la départementalisation faisait l'actualité de la Clinique des Eaux Claires en 1998, elle est depuis sortie du champ des préoccupations premières de l'établissement. Projet organisationnel strictement interne, elle semble avoir perdu de sa pertinence quand se sont dessinées pour la Clinique de nouvelles perspectives d'avenir.

La première de ces perspectives ouvre la Clinique à son environnement et l'insère dans un projet de rationalisation de l'offre de soins grenobloise. L'établissement mutualiste prépare en effet le projet de constituer à l'horizon 2004, avec trois autres cliniques de son secteur sanitaire, un réseau hospitalier privé. Ce réseau composera une offre de soins coordonnée et partenariale, sur un site unique, avec des lits exploités pour partie sous dotation globale et pour une autre partie sous le régime de l'objectif quantifié national. Ce réseau reposera donc sur la cohabitation de médecins salariés et de médecins libéraux ; cette cohabitation n'est pas sans générer d'ores et déjà quelques perturbations parmi la communauté médicale de la Clinique des Eaux Claires, inquiète d'avoir à expérimenter bientôt un rapprochement d'éthiques et de statuts différents, qui plus est en l'absence de toute référence légale ou réglementaire en la matière.

Si elles sont d'une autre nature, les perspectives de l'accréditation et du passage aux 35 heures nourrissent également l'actualité de la Clinique des Eaux Claires. Tout comme le projet de réseau hospitalier grenoblois, elles constituent pour les agents de l'établissement mutualiste une source d'incertitude et, partant, de nouvelles raisons d'inquiétude.

Concurrencée de fait par ces nouveaux chantiers qui intéressent la Clinique autant dans sa dimension interne qu'externe, la départementalisation a naturellement perdu son rang dans l'ordre des priorités de l'établissement. D'autant que le nouveau directeur, en

place depuis le 1<sup>er</sup> février 2001, semble lui prêter moins d'intérêt que ne lui accordait son prédécesseur, au point de n'en faire jamais mention.

En définitive, au sein de la Clinique des Eaux Claires, la départementalisation n'est actuellement plus vécue comme un outil de progrès ni conçue comme un système de référence. Absorbée par d'autres projets, d'autres chantiers, peut-être peu convaincue par les évolutions de cette expérimentation organisationnelle, la direction de l'établissement a fait le choix de concentrer ses efforts ailleurs que sur la poursuite des objectifs de la départementalisation.

### 1.2.3. Le degré de concrétisation en 2001 des objectifs constitutifs du projet originel : une réalisation en souffrance ou par incidence

Aujourd'hui, peu des objectifs constitutifs du projet de départementalisation sont poursuivis en tant que tels par la direction de la Clinique des Eaux Claires. Quand certains des objectifs évalués en 1998 trouvent aujourd'hui une forme plus ou moins avancée de concrétisation, c'est parce qu'ils se sont détachés de leur référence originelle (la départementalisation) et présentent par coïncidence un intérêt au regard de la mise en œuvre des nouveaux chantiers (constitution du réseau hospitalier privé grenoblois, passage aux 35 heures, accréditation).

Ainsi, si le regroupement des services en départements est toujours opérant, sa logique a été externalisée : le découpage ne se fonde plus sur un argument interne - en son temps de toute façon contesté - mais sur la nécessité de configurer des départements en cohérence avec l'objectif d'intégration de l'établissement dans le réseau partenarial. Selon toute vraisemblance, le sixième département laissé en souffrance en 1998 ne se constituera donc pas ; la nouvelle organisation présentement à l'étude lui préférera probablement un plus vaste département « Médecine », agrégeant finalement la médecine interne et la cardiologie à la médecine générale.

Pareillement, l'objectif de clarification de l'organisation aux yeux des personnels semble sur la voie de la concrétisation : le travail d'écriture de toutes les fonctions existant dans la clinique se parachève, tandis que les agents se prévaudraient d'une connaissance meilleure qu'il y a trois ans de l'organigramme organisationnel et des rouages administratifs de l'établissement. Mais ces réussites ne doivent rien au projet de départementalisation ; la première est à inscrire plutôt au compte de la démarche qualité et des éventuelles créations

de postes au sein de la Clinique ; la seconde serait davantage résultante de l'omniprésence visible d'un directeur dans le quotidien de l'établissement.

Egalement, le souci inhérent au projet de départementalisation d'améliorer la communication au sein de l'établissement, et particulièrement d'amoindrir quelque peu les cloisonnements entre services, entre départements, entre corps de métier, se résout naturellement dans le développement de travaux de groupe et d'activités communes tel qu'imposé par la démarche qualité, les politiques de lutte contre la douleur et de lutte contre les infections nosocomiales. Cette amélioration est loin d'être produite par la départementalisation.

De la même façon, la mise en œuvre du dossier patient unique, présenté dans le projet initial comme outil de coordination des départements sur des problèmes d'interface, a eu lieu au début de l'année 2000 en totale déconnexion des évolutions de la départementalisation. Certainement parce que l'institution du dossier patient unique répond avant tout à une exigence de qualité.

Semblablement, la progression, notable aujourd'hui, du rôle des services supports dans le sens préconisé par le projet de départementalisation, c'est-à-dire dans une acception proche des rapports clients/fournisseurs, est sans aucun doute imputable à un effort de rationalisation économique au sein de la Clinique. Il en va de même s'agissant de l'élaboration récente de procédures d'achat, de dépannage, qui s'inspirent probablement moins des prescriptions de la départementalisation que de celles de l'ANAES.

Les résultats enregistrés sur les derniers objectifs sous-tendant le projet de départementalisation de la Clinique sont moins probants : soit parce que ces objectifs sont trop inhérents à la départementalisation pour se réaliser par incidence, soit parce que leur caractère les destine à se heurter toujours à un obstacle.

L'objectif d'une concertation améliorée au sein des couples responsables de département rentre tout d'abord dans le premier cas de figure. Le temps n'a manifestement pas suffi à faire progresser les membres de binôme sur le terrain de la coordination : les médecins chefs éprouveraient toujours des difficultés à concevoir les cadres soignants comme véritables partenaires, c'est-à-dire gestionnaires au même titre qu'eux des départements. L'état de la concertation entre cadre soignant et médecin chef responsables d'un même département a si peu évolué que la nouvelle direction de la Clinique douterait de

l'existence effective des binômes et tendrait à penser qu'il ne peut y avoir deux animateurs-chefs-gestionnaires au sein d'un même département.

Le souci, ensuite, d'assurer à la départementalisation l'adhésion des personnels et de susciter en sa faveur toutes les motivations, objectif par trop dérivé du projet organisationnel initial, s'est bien sûr dissout avec l'abandon dudit projet par la direction de la Clinique.

Par ailleurs, la volonté d'une participation plus assidue et plus franche des personnels aux instances et aux projets de la Clinique, inscrite dans les objectifs de la départementalisation, s'est réalisée pour partie seulement, et dans ce cas par incidence. En effet, contrairement à ce qui se produisait en 1998, les médecins de l'établissement assistent désormais en nombre et de façon constante aux séances de la Commission médicale. Il faut voir dans leur participation l'effet de leur inquiétude relative à la perspective de cohabitation avec la médecine libérale, cohabitation est induite par l'intégration de la Clinique dans le réseau hospitalier privé de Grenoble. Pour une autre partie, cette volonté de participation améliorée est restée lettre morte : les conseils de département, activés pour offrir un espace d'expression aux agents des départements, ne rencontrent pas plus de succès aujourd'hui qu'hier. Estimés comme « instances trop lourdes à gérer », car insuffisamment définis dans leurs objectifs et leur fonctionnement, ces conseils échouent toujours en 2001 à présenter une composition équilibrée et bien représentative de tous les métiers constituant les départements.

Enfin, il s'avère que, sur un dernier point, le projet de départementalisation de la Clinique des Eaux Claires peine aujourd'hui comme hier à prendre corps : en 2001, la décentralisation de gestion achoppe en effet sur les mêmes difficultés que celles recensées en 1998. Certes, depuis octobre 1999, comme préconisé dans le mémoire de DESS, les responsables de département sont associés à la préparation de leur budget. Mais il demeure, aux dires de la direction de la Clinique, que ces responsables vivent toujours leur implication comme particulièrement frustrante : tous les départements enregistrant des déficits et tous les budgets demeurant stables, leur marge de manœuvre en matière de gestion leur paraît illusoire, sauf à freiner le niveau d'activité de leur département. Les gestionnaires de département, en outre, ne sont pas plus incités qu'il y a trois ans à la responsabilisation : la situation financière de l'établissement, ainsi que le défaut d'indicateurs suffisamment fiables pour servir de critères de répartition, empêchent aujourd'hui, comme ils empêchaient hier, de développer des systèmes d'intéressement à la gestion.

Ainsi, ces trois dernières années n'ont pas suffi pour qu'aboutisse pleinement l'objectif de décentralisation de gestion au sein de la Clinique des Eaux Claires. Celui-ci se

heurte notamment à un obstacle étranger aux vicissitudes connues par la départementalisation au sein de la Clinique des Eaux Claires : celui, invariant, du contexte de maîtrise budgétaire.

A l'analyse, cette histoire particulière de la départementalisation - dont témoigne la Clinique des Eaux Claires - semble finalement rejoindre l'histoire générale de la départementalisation - comme elle a été éprouvée dans les hôpitaux publics - sur une même leçon : la départementalisation n'a d'avenir hospitalier, autant dans le secteur privé que dans le secteur public, qu'à la condition que ne soient conservés d'elle que les principes de modernisation qui la sous-tendent.

### **1.3. Une nouvelle philosophie de l'histoire : de la départementalisation à la réorganisation managériale**

La départementalisation a échoué parce qu'elle a été vécue par les acteurs qui l'ont expérimentée comme un modèle organisationnel rigide et imposé.

Pour autant, à quelques égards, elle ne serait pas complètement dénuée de pertinence : preuves en sont les objectifs de la départementalisation qui, en dépit du sort réservé au projet initial, ont finalement abouti au sein de la Clinique des Eaux Claires. Leur réalisation par incidence, à l'occasion de la conduite d'autres chantiers, démontre qu'ils sont toujours d'actualité. Plus exactement, il apparaît qu'au delà des objectifs, c'est bien la logique inspiratrice de la départementalisation en ces premiers temps qui conserverait toute son acuité, toute sa modernité.

Cette logique, comme des courants de réflexion l'ont alimentée, se comprendrait comme une formule managériale adaptée à l'hôpital public, visant à une amélioration de gestion et à une optimisation des moyens disponibles.

Cette logique, comme des nouveaux courants de réflexion la mobilisent et l'enrichissent encore, reposerait aujourd'hui sur quatre axiomes :

- une restructuration efficiente des services, fondée sur la préoccupation d'un découpage spatial et disciplinaire pertinent, sur l'objectif d'une prise en charge coordonnée et continue du patient, et dans le souci de doter les entités nouvelles d'une taille significative ;
- un principe de subsidiarité, qui postule que seules les décisions ne pouvant être exécutées à la base, pour des raisons tenant aux impératifs de cohérence de l'ensemble,

doivent relever du niveau de l'entité juridique (autrement dit de la direction de l'hôpital) ; les autres décisions gagnent à être prises au plus proche du terrain<sup>1</sup> ;

- la pratique de la contractualisation, qui substitue à un mode de régulation pyramidal et très hiérarchique un mode d'organisation plus transversal et libertaire<sup>2</sup>, qui encadre des espaces d'auto-gestion négociés et contrôlés, qui peut supporter et conforter le processus de délégation ;

- le développement de la participation généralisée, pour associer les personnels concernés à la préparation des décisions qui intéressent leur quotidien professionnel, pour qu'ils s'impliquent dans la vie de l'organisation, pour qu'ils s'approprient et accompagnent les changements institutionnels.

Cette logique s'inscrit finalement dans le souci d'importer dans le secteur de santé public la philosophie managériale qui a fait preuve de son efficacité dans le secteur privé (même autre que sanitaire).

## **2. IL EST AUJOURD'HUI DES POSSIBILITES DE TRANSCRIPTION DE LA PHILOSOPHIE MANAGERIALE A L'HOPITAL PUBLIC**

La philosophie managériale peut trouver aujourd'hui une dimension pratique et s'appliquer avec succès dans le quotidien organisationnel des établissements publics de santé. Sa transcription au secteur hospitalier public nécessite cependant que quelques conditions soient au préalable satisfaites.

### **2.1. Une 1<sup>ère</sup> condition : transposer dans le champ du possible juridique**

La traduction concrète des principes managériaux au sein des établissements publics de santé suppose d'abord qu'elle s'inscrive dans le champ des possibles, tel qu'il est aménagé et aussi limité par le droit.

---

<sup>1</sup> CROZIER, M. *Pour une stratégie du changement à l'hôpital*. Cité in CALMON, M. : Contractualisation interne et délégation de gestion, *La revue hospitalière de France*, novembre et décembre 1997, n°6, p 832.

<sup>2</sup> SEGADE, J.P. Le contrat d'objectifs : un moyen de recomposition du paysage hospitalier. *Gestions Hospitalières*, décembre 1997, p 817.

### 2.1.1. Les options aménagées par le droit

Depuis les années 1980, la législation et la réglementation relatives au service public, et notamment hospitalier, prévoient diverses possibilités de mise en œuvre, au sein des établissements publics de santé, de principes éprouvés dans des entreprises privées comme arcanes de l'organisation managériale.

Le décret du 11 août 1983<sup>1</sup> est connu pour amorcer une véritable réforme budgétaire en instituant le budget global ; mais il prépare aussi un changement complet du mode de gestion interne en créant le « centre de responsabilité », unité nouvelle et exhaustive de découpage de l'établissement sanitaire. Sur la base et au sein de ces centres de responsabilité, une gestion participative par objectifs est mise en œuvre : elle implique les chefs de service, nommés chefs de centre de responsabilité, dans la réalisation d'objectifs stratégiques et dans la maîtrise des coûts de production et des dépenses budgétaires. Cette réforme confère au principe de gestion du budget par le centre de responsabilité un caractère obligatoire. Elle a en réalité été suivie de peu d'effet sur le terrain<sup>2</sup>.

La circulaire du 23 février 1989<sup>3</sup>, ensuite, dite « circulaire Rocard », du nom de son auteur, s'inscrit dans le même courant d'inspiration, bien que s'adressant à l'Administration en général et non pas à l'administration hospitalière en particulier. Ciblante le « renouveau du service public », elle encourage la constitution de centres de responsabilité et la gestion par projets de service au sein de l'administration. Elle invite l'administration à l'inédit en lui appliquant les processus de déconcentration et de contractualisation. L'organisation hospitalière n'échappe évidemment pas à la réflexion<sup>4</sup>.

La loi du 31 juillet 1991<sup>5</sup>, encore, porte en elle les germes de multiples évolutions en matière de gestion hospitalière. Elle introduit d'abord un nouvel échelon dans les possibilités de regroupement de services ou de départements, celui de la fédération<sup>6</sup>. Et surtout elle autorise l'organisation de l'établissement hospitalier en structures libres<sup>7</sup> : sur proposition de la Commission Médicale d'Etablissement et sur délibération de son Conseil d'Administration, l'hôpital public est libre d'inventer la structuration qui lui convient (Annexe 2). Porte ouverte à

---

<sup>1</sup> Le décret n°83-744 du 11 août 1983, pris en application de la loi n°83-25 du 19 janvier 1983, et aujourd'hui abrogé, a mis fin dans les hôpitaux publics au régime du prix de journée. Pour l'essentiel les dispositions de ce décret sont reprises par le décret n°92-776 du 31 juillet 1992.

<sup>2</sup> GILARDI, Hélène. *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques*. Mémoire ENSP, décembre 1999.

<sup>3</sup> Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau des services publics ; JORF, 24 février 1989, p 2526.

<sup>4</sup> PREVOTEAU, Vincent. *Vers un nouveau mode de management de l'Hôpital public ? Réflexion à partir de l'expérience des contrats de service au CHU d'Angers*. Mémoire ENSP, décembre 1999.

<sup>5</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>6</sup> LACHEZE-PASQUET, P. *Management hospitalier pour le praticien*. Masson, Paris 1997, chapitre 3 ; p 83.

<sup>7</sup> Article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique.

l'imagination, cette disposition de la loi de 1991 est matrice de quelques cliniques et autres pôles... La loi du 31 juillet 1991 donne par ailleurs une existence clairement légale aux modalités d'intéressement à l'hôpital<sup>1</sup>. Enfin et plus globalement, elle incite l'établissement public de santé à repenser son mode de fonctionnement en le fondant sur une logique de projet.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, volet hospitalier de la « réforme Juppé » intéressant le système de soins français, appelle également à une gestion rénovée des établissements publics de santé ; les hôpitaux doivent modifier leur structure interne de fonctionnement pour relever des enjeux d'importance : maîtrise des dépenses, rationalisation des choix d'activité et d'utilisation des moyens, recherche de la qualité. Pour ce faire, l'ordonnance leur propose, sans le leur imposer, de procéder à la contractualisation interne<sup>2</sup> : il convient de réactiver les centres de responsabilité<sup>3</sup> et, en vertu du principe de subsidiarité, de les faire bénéficier d'une délégation de gestion effective. La circulaire du 21 avril 1997<sup>4</sup> vient renforcer l'attractivité du procédé contractuel en donnant une définition nouvelle - et surtout plus souple - au centre de responsabilité<sup>5</sup>.

Enfin, la loi du 27 juillet 1999, dite loi CMU<sup>6</sup>, institue la possibilité pour les établissements publics de santé, et notamment les centres hospitaliers, de rapprocher leurs services ou départements respectifs, en considération d'un argument de complémentarité médicale, pour constituer des fédérations interhospitalières. L'hôpital est ainsi incité à une réorganisation interne encore plus rationnelle, c'est-à-dire qui tienne totalement compte de l'environnement sanitaire public externe.

D'autres textes, de moindre notoriété mais d'un contenu essentiel, apportent leur contribution à l'effort réformateur de la gestion hospitalière. Ainsi le décret du 6 août 1992<sup>7</sup> admet la possibilité d'une délégation de signature des directeurs d'établissement public de santé au profit de certaines catégories d'agents ; le décret du 18 avril 1997<sup>8</sup> en maximise la portée en étendant le champ des récipiendaires potentiels de la délégation. Le décret du 26

---

<sup>1</sup> Elle établit en effet explicitement et pour la première fois que la politique d'intéressement est définie par le Conseil d'Administration, qu'elle requiert l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement et la consultation du Comité technique d'Etablissement.

<sup>2</sup> Articles L.6414-21, L.6145-16 du Code de la Santé Publique.

<sup>3</sup> L'article 9 de l'ordonnance de 1996 décrit les principales étapes de vie d'un centre de responsabilité : initiative, création, nomination du responsable, délégation de gestion et contenu du contrat.

<sup>4</sup> Circulaire DH/AF/AF3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé. Texte non paru au Journal officiel ; In BO Affaires sociales, villes et intégration. Tome I, n° 97-18, p 117-124.

<sup>5</sup> MOURIER, Alain. *Du Budget de Service à la Contractualisation interne*, Gestions hospitalières, octobre 1999, p 571.

<sup>6</sup> Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, parue au JO du 28 juillet 1999, article 51.

<sup>7</sup> Décret n°92-783 du 6 août 1992 relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé, pris pour application de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

<sup>8</sup> Décret n°97-374 du 18 avril 1997, relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé.

mars 1992<sup>1</sup>, instaurant le conseil de service, associe, quant à lui, la contractualisation interne à l'impératif de participation des personnels. Enfin, la circulaire du 22 août 1995, du Ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, encourage à l'utilisation de l'outil PMSI sur un plan interne à l'hôpital et au développement de la comptabilité analytique.

Ces textes ouvrent aux établissements publics de santé le droit et la possibilité d'évoluer dans un sens plus managérial : désormais à leur portée, regroupement des services dans une optique de rationalité, structures de responsabilité, délégation de gestion, contractualisation, participation des personnels, intéressement, contrôle de gestion, plus qu'autorisés, leur sont préconisés. (Annexe 3 ; et parties « Options juridiques » des annexes 3.1 ; 3.2 ; 3.3 ; 3.4).

Ces textes, pour être nombreux, ne balisent pas forcément les procédures de mise en œuvre de l'organisation managériale de l'hôpital public comme d'aucun le souhaiterait : en effet le manque de précision des prescriptions légales et réglementaires est parfois déploré.

Mais y a-t-il vraiment là matière à regretter ? Pourquoi ne pas envisager au contraire le silence des textes comme un espace offert à l'imagination, à l'innovation et dans tous les cas comme une porte ouverte à l'extension des possibles ? D'autant que l'ensemble des options juridiquement proposées est par ailleurs déjà borné...

#### 2.1.2. Les bornes éprouvées à la traduction concrète des options juridiques

Les établissements publics de santé doivent composer au quotidien avec le corpus des contraintes qui leur sont imposées, de l'extérieur, par le droit hospitalier et par certaines des règles régissant les systèmes administratif et sanitaire français.

Ainsi, l'hôpital public doit faire siennes les règles consignées dans le Code des marchés publics. Il doit mettre en œuvre toutes les dispositions statutaires intéressant ses personnels, qu'ils relèvent de la Fonction publique hospitalière ou bien du corps des praticiens hospitaliers. Il lui revient de se conformer à l'exigence de continuité du service public. Aux plans budgétaire comme financier, il est tenu de respecter scrupuleusement l'enveloppe globale qui lui est allouée, les règles de la comptabilité publique, ainsi que tous leurs impératifs calendaires. Il ne connaît pas d'autre loi que celle, intangible, de l'unicité de sa personnalité juridique. Il est soumis à un régime de responsabilité qui tend à devenir toujours plus rigide et se pénalise toujours davantage. Et enfin, tant en termes de moyens,

---

<sup>1</sup> Décret n°92-272 du 26 mars 1992, relatifs aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé publique.

que d'objectifs et d'échéances, il se doit d'inscrire sa politique et sa gestion courante dans le champ défini par les clauses du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Cet ensemble de contraintes, régissant le fonctionnement de l'organisation hospitalière, bride de fait les potentialités d'exécution concrète et complète des options proposées en droit, au point de compromettre parfois la philosophie managériale qui les a portées. Il dessine ainsi les contours du véritable champ des possibles en matière réorganisationnelle à l'hôpital public (Annexe 3 ; et parties « Les obstacles à la mise en œuvre » des annexes 3.1 ; 3.2 ; 3.3 ; 3.4). La question de l'allègement ou de la rénovation de quelques-unes de ces règles est ainsi posée.

## **2.2. Une 2<sup>ème</sup> condition : construire le changement managérial**

La transposition effective - et dans un sens qui ne contrevienne pas aux limites juridiques - , à l'hôpital public, de la philosophie qui a sous-tendu la départementalisation ne saurait se décréter jamais. Parce que les établissements publics de santé sont soumis, comme toute organisation humaine et comme toute construction sociale, à des phénomènes de pouvoir<sup>1</sup>, de crispation des habitudes et de résistance au changement<sup>2</sup> (attachement des agents à l'entité du service, persistance des mandarinats médicaux, affrontement de logiques contradictoires inhérentes à des corps de métier différents mais obligés à la collaboration), elle ne peut procéder que d'une entreprise véritablement construite du changement.

### **2.2.1. Concevoir le projet organisationnel en toute cohérence**

La nécessité de cohérence interne du projet, tout d'abord, doit faire l'objet de toutes les vigilances. L'introduction à l'hôpital public d'un projet à visée managériale se révélerait hasardeuse si - en parallèle ou au préalable - n'était pas envisagée la mise en œuvre des outils nécessaires à son assise (un réseau informatique performant, des indicateurs, des tableaux de bord pertinents) ; si n'étaient prévus ni le développement des structures adéquates (une cellule de contrôle de gestion), ni l'acquisition indispensable de compétences gestionnaires (par formation ou recrutement) ; si étaient négligées les

---

<sup>1</sup> CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système* ; Paris, Seuil, 1977, 500 p.

<sup>2</sup> CREMADEZ, M. avec la collaboration de GRATEAU, F. *Le management stratégique hospitalier : 2<sup>ème</sup> édition revue et argumentée*, Paris, Inter-Éditions, Masson, 1997, 448 p. Cf aussi MINZBERG, H. et SAGER, P. *Le pouvoir dans les organisations* ; Paris, Les Éditions d'Organisation, 1986 ; 679 p.

potentialités d'extension d'un objectif initial à ses corollaires immédiats (un projet pouvant en cacher un autre, la déconcentration appelant la contractualisation et réciproquement, le tout requérant à terme des mécanismes d'intéressement). (Annexe 4).

Le projet organisationnel, ensuite, gagne à s'ouvrir à la dimension externe de l'établissement, qui est aussi un élément inséré dans un environnement actif. Loin de se centrer seulement sur lui-même, ce projet managérial doit intégrer les préoccupations inhérentes à l'actualité immédiate et aux perspectives d'avenir produites par cet environnement. Ainsi, ses objectifs, plutôt que de se déployer à contre-courant, rejoignent opportunément ceux d'autres projets et profitent, pour leur réalisation, des efforts fournis et des actions conduites par ailleurs.

La modernisation managériale mise en place, enfin, doit épouser dans sa configuration les singularités de l'établissement public de santé qu'elle a vocation à changer. Un projet organisationnel qui résulterait du placage d'un modèle inadéquat - car conçu à l'origine pour et par un autre établissement - se condamnerait à ne rencontrer qu'obstacles et difficultés, à toutes les étapes de son développement, jusqu'au stade ultime et très probable de son abandon.

#### 2.2.2. Préparer et accompagner le changement managérial

Pour exister autrement qu'à l'état du concept, aucun projet managérial, même solidement étayé, même élaboré en toute cohérence, ne peut faire l'économie d'une procédure bien conduite du changement.

Cette procédure prescrit les impératifs de la concertation et de la pratique consensuelle, donc les nécessités du travail de groupe et d'une politique de communication à destination de tous les personnels. Elle préconise la déclinaison chronologique du projet sur une période longue, ponctuée d'étapes, rythmée par des moments de réflexion, d'expérimentation, de validation. Elle s'inspire du mouvement perpétuel qui fonde la roue de Deming et prévoit les outils et les échéances de l'évaluation. Elle pose surtout un préalable - à entretenir toujours - : celui de la constante implication, tout au long de la vie du projet, de la part de la direction de l'hôpital candidat au changement.

C'est au prix de cet effort de construction du changement que le projet de la réorganisation managériale peut aboutir avec effectivité au sein des établissements publics de santé.

### **2.3. Une 3<sup>ème</sup> condition : oser la réorganisation managériale**

La volonté n'y suffit pas : le passage à l'action des équipes de direction demeure capital pour que trouvent à s'appliquer à l'hôpital public les principes de l'organisation managériale. Car c'est bien aux directions de ces établissements qu'il revient de franchir le pas du changement, d'oser finalement : oser faire le diagnostic d'un dysfonctionnement ou imaginer une solution meilleure ; oser dépasser le scepticisme d'autrui ou faire abstraction de ses propres réticences ; oser braver les résistances ou solliciter l'adhésion et l'assistance ; oser s'exposer à l'appréciation extérieure comme à la critique intérieure ; et parfois aussi oser encourir la notoriété quand le résultat organisationnel est présenté comme modèle d'innovation.

Oser est capital mais la démarche n'est pas toujours évidente. Certes, quelques directions hospitalières ont engagé déjà leur établissement sur la voie du changement managérial. Parmi elles, à titre d'exemple et sans exhaustivité, on dénombre celles des Centres hospitaliers universitaires de Nantes, de Lille, d'Angers, de Rennes, de Rouen, de Montpellier, de Strasbourg, de Dijon, des Centres hospitaliers d'Arles, de Béziers, de Blois, d'Argenteuil, de Beaumont sur Oise, de Metz-Thionville, de Montreuil, de Noyon, de Douai, d'Elbeuf et de quelques établissements de l'AP-HP comme l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis ou encore Georges Pompidou. Chacun de ces établissements a fait le choix particulier d'une avancée dans le champ managérial qui lui convient le mieux (Annexe 3 et parties « Solutions pragmatiques » des annexes 3.1 ; 3.2 ; 3.3 ; 3.4.)

Mais oser ne fait pas encore l'unanimité au sein de tous les établissements publics de santé : beaucoup de directions, absorbées par une autre actualité, diffèrent l'entreprise de la réorganisation managériale. Ces directions, en retrait du processus de modernisation organisationnelle interne des hôpitaux, demanderaient à être soutenues ou bien convaincues : soutenues quand, bien qu'accaparées par d'autres priorités ou bien gênées financièrement, elles prêtent malgré tout crédit favorable aux effets induits par la transposition des principes managériaux aux établissements publics de santé ; convaincues quand elles méconnaissent manifestement les possibilités existantes et les conséquences espérées d'une réorganisation managériale à l'hôpital public. Dans l'un et l'autre cas, des mesures de soutien actif et de persuasion opérantes gagneraient donc à être développées, au niveau gouvernemental comme au niveau politique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Le soutien de la DHOS s'est déjà manifesté à plusieurs reprises : elle a commandé en 1993 une étude conduite par la mission de Claudine ESPER (cf le rapport ESPER de 1994, formulant des « Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public ») ; elle a organisé en 1998 des groupes de réflexion visant à dégager les « conditions de réussite » de la contractualisation interne (la production du document de synthèse et de conclusions a été différée suite au changement du ministre en charge de la Santé) ; le Directeur de la DHOS, Edouard COUTY encourage régulièrement les hôpitaux à s'engager dans les processus de contractualisation interne et de gestion participative, et il invite les sénateurs et administrateurs à prendre position sur le terrain pour soutenir ces démarches constructives.

En définitive, « oser construire le changement dans le respect du possible juridique » se découvre comme l'axiome essentiel de la transposition à l'hôpital public des principes de l'organisation managériale. Axiome de toute utilité pour un futur directeur d'hôpital...

### **3. ELLE SERA DEMAIN DIRECTEUR D'HOPITAL**

Car l'étudiante-élève deviendra demain directeur d'hôpital. Dans cette perspective, elle tire les enseignements de ses expériences passées et présentes de recherche et d'analyse sur l'organisation hospitalière. Elle retient les leçons du premier travail d'évaluation, capitalise une connaissance renforcée du mode de fonctionnement des hôpitaux, et se forge quelques préceptes sur les modalités de gestion d'un établissement public de santé.

#### **3.1. Leçons tirées de l'expérience d'évaluation**

Le travail d'évaluation effectué pour le compte de la Clinique mutualiste des Eaux Claires, outre qu'il constitue le corps du mémoire initial, a permis d'approcher les méthodes employées notamment par les professionnels du conseil, et a inspiré, à l'occasion, quelques réflexions.

##### **3.1.1. L'initiation à la méthode**

Evaluer un projet suppose de comprendre une double arcanes méthodologique : celle de la conduite du projet et celle de l'évaluation. Ce sont autant de concepts, d'outils, de techniques, et toute la philosophie des procédés qu'il aura fallu s'approprier avant même de mener l'étude commandée au sein de la Clinique mutualiste.

##### **3.1.2. Réflexion sur le bon usage du consulting**

Pratiquer de fait les méthodes déployées ordinairement par les cabinets experts du conseil en management n'est pas sans susciter une réflexion sur les avantages et inconvénients et, finalement, sur la pertinence du recours au consulting professionnel pour un établissement public de santé.

Il revient en tout état de cause aux équipes de directions des organisations hospitalières de faire preuve de discernement quant à la décision de faire appel à un cabinet consultant, quant à la nature de la mission confiée, quant au choix du prestataire, quant aux résultats attendus et obtenus.

### **3.2. 1998-2001 : une compréhension personnelle renouvelée de l'univers hospitalier**

L'étudiante l'avait appréhendée une première fois en 1998 en s'attachant au projet de départementalisation de la Clinique mutualiste des Eaux Claires ; l'élève-directeur l'a redécouverte en 2001 en relisant son mémoire de DESS pour en dégager l'intérêt au regard de son futur métier. Il s'agit là de la complexité de l'organisation hospitalière soumise aux contraintes du service public hospitalier.

Cette complexité, ainsi revisitée et comme elle est aujourd'hui personnellement analysée, est double : au poids des contradictions s'ajoute celui des incertitudes organisationnelles.

#### **3.2.1. La mesure des contradictions**

L'hôpital est un espace habité de multiples contradictions intérieures : opposition de cultures d'abord, entre les divers corps de métier qu'il abrite - opposition qui génère à loisir les clivages et cloisonnements dénoncés par la sociologie des organisations - ; coexistence de dimensions paradoxales ensuite, l'une à l'échelle globale des intérêts publics, une autre à la taille communautaire des projets et des obligations de l'établissement, une dernière au niveau des préoccupations individuelles des agents et des patients ; superposition aussi de rythmes décalés de fonctionnement : celui du temps courant - susceptible d'anticipation et donc programmé -, celui du temps immédiat - imprévu et précipité, bref urgent - ; cohabitation malaisée, également, des logiques économiques et humanistes qui traversent l'hôpital, partagé entre le souci du meilleur soin et de la qualité, la nécessité de maîtrise budgétaire, une évidente mission sociale et une fonction importante d'employeur ; asynchronisme, enfin, des instruments juridiques dont il dispose, les uns promoteurs d'une politique d'évolution, les autres bornant de fait la mise en œuvre de la modernisation.

#### **3.2.2. L'inexistence de solutions organisationnelles atemporelles et universelles**

Trois années n'y auront pas suffi : en dépit des travaux d'évaluation et d'analyse initiaux, en dépit des recherches et des réflexions développées depuis, de nombreuses

questions intéressant la problématique managériale à l'hôpital demeurent invariablement en suspens. Ces questions se posent comme suit : Comment restructurer l'établissement, comment le redécouper sans encourir une nouvelle balkanisation ? Quels sont les domaines possibles et quel est le degré souhaitable de la décentralisation ? Quel serait le meilleur dépositaire de la délégation de gestion ? Sur quels outils budgétaires et comptables s'appuyer ? Comment gagner les agents à la cause de la nouvelle organisation et les encourager à se responsabiliser ? Comment intégrer des fonctions et des missions émergentes dans les conceptions et les vécus traditionnels des métiers ? (Annexe 5).

Aucune de ces questions n'avait trouvé complètement réponse en 1998. Et les solutions qui se dégagent en 2001 des expérimentations conduites par quelques hôpitaux français sont trop dissemblables, trop singulières, et surtout trop peu évaluées à ce jour, pour que l'une d'elles puisse être sérieusement érigée en réponse universelle. Il semble ainsi n'y avoir pas de vérité absolue, pas plus que de modèle intangible, s'agissant de réorganisation managériale hospitalière : la pertinence au regard de l'identité propre de chaque hôpital est aujourd'hui la seule réponse organisationnelle qui vaille pour les établissements publics de santé.

La conscience de cette double complexité inspire quelques uns des préceptes retenus pour gérer demain un hôpital.

### **3.3. Préceptes personnels sur les modalités de gestion d'un établissement public de santé**

De l'étude, initiale et actualisée, consacrée à la départementalisation de la Clinique des Eaux Claires, du complément de recherche afférant aux conditions de transposition des principes managériaux à l'hôpital public et, aussi, du filtre de l'analyse personnelle, ressort un certain nombre de préceptes.

Ces préceptes, conçus à titre individuel et avancés comme tels, visent une gestion optimale des établissements publics de santé, c'est-à-dire susceptible à terme de bénéficier à l'efficacité des organisations hospitalières.

#### **3.3.1. La gestion de la configuration architecturale de l'hôpital**

L'hôpital est un espace physique et un cadre de travail construit généralement pour un temps long. Son architecture n'est pas sans répercussion sur l'organisation humaine et

sur le fonctionnement de l'établissement : elle prédispose à des phénomènes de cloisonnement ou au contraire à des rapprochements de services ; elle commande aux flux de circulation ; agréable et fonctionnelle, elle attire les professionnels ; en cas contraire, elle peut nuire à leur motivation ; par incidence elle contribue au développement ou l'asphyxie de certains segments d'activités cliniques. L'architecture de l'établissement public de santé mérite par conséquent d'être regardée comme un véritable objet de gestion.

### 3.3.2. La gestion de la transparence

L'organisation hospitalière est souvent opaque pour les agents qui y officient. Parce que la méconnaissance engendre ordinairement l'inefficience, il convient de tout clarifier : encourager les professionnels à écrire et formaliser les évidences - réputées connues de tous, à ce titre trop peu répétées, trop peu enseignées et finalement mal maîtrisées - ; tout diffuser largement afin d'informer au mieux l'ensemble des personnels intéressés et pas seulement ceux promus au premier rang des responsables ; fluidifier la circulation - ascendante, horizontale, transversale ou descendante - des informations ; faire participer les agents de terrain à la préparation des décisions qui influent sur leur travail ou leur environnement professionnel. Et, en tout état de cause, la gestion de la transparence suppose d'entreprendre une politique active de communication.

### 3.3.3. La gestion du perfectible

Pour faire évoluer l'organisation hospitalière dans le sens d'un gain continu de qualité, la direction de l'établissement ne doit pas faillir aux missions qui lui reviennent en la matière, c'est-à-dire gérer d'une part l'évaluation et d'autre part le changement.

L'évaluation, d'abord, participe d'une démarche d'amélioration, en pointant les écarts entre le souhaité et l'accompli ; elle soutient la prise de décision et contribue à l'action. Le directeur d'hôpital gagnerait à s'approprier cette culture de l'évaluation pour l'insuffler à son établissement.

Le changement, ensuite, quel que soit son objet, n'est porteur d'amélioration que s'il est bien conduit. Le rôle de la direction de l'établissement public de santé est à cet égard capital : initiative, implication visible et constante, anticipation sur les aboutissants du projet et déduction des actions nouvelles à mener, en font partie intégrante. Par ailleurs, la direction ne saurait pas s'exonérer du mouvement d'évolution : elle doit envisager d'adapter, s'il le faut, son mode directionnel à la nouvelle donne du changement.

#### 3.3.4. La gestion de la responsabilisation

La responsabilisation des professionnels est le moteur d'une forte capacité de l'établissement à réagir sans retard aux modifications de son environnement : elle permet une adaptation sans délai de l'organisation, donc une absorption efficace des effets induits par une fluctuation imprévue.

Dans l'idéal, la direction d'un hôpital s'attache donc à mobiliser dans les personnels l'identité d'homme acteur plutôt que celle d'agent passif. Elle s'évertue à les intéresser à la vie et aux perspectives organisationnelles : en les informant, quand l'information est disponible, pertinente et significative pour eux ; en les associant à la préparation des décisions qui les concernent très concrètement ; en rendant opératoires les principes de décentralisation et de délégation de gestion, de contractualisation interne et de contrôle a posteriori ; en motivant, sinon financièrement au moins par la reconnaissance, les personnels les plus impliqués ; en fondant les relations entre la hiérarchie et le terrain sur un postulat de confiance dans la compétence professionnelle et humaine.

#### 3.3.5. La gestion de la stratégie

Parce qu'un hôpital n'est pas un acteur solitaire dans l'univers hospitalier et dans la société, il doit composer, pour dessiner son présent et son avenir, avec les perspectives d'évolution de son environnement : il doit se construire, pour exister sans complètement subir, une véritable stratégie.

Ce qui nécessite, de la part d'une équipe de direction, de développer des mécanismes de veille stratégique au sein de l'établissement, capables de déceler les évolutions perceptibles de l'environnement économique, juridique, technologique, démographique, épidémiologique, sanitaire et social. Cette veille conditionne l'efficacité du pilotage stratégique.

#### 3.3.6. La gestion de l'évolution du mode directionnel

Car la notion de pilotage stratégique imprimerait désormais les fonctions directionnelles et décisionnelles d'un hôpital : la décision doit découler d'une politique conçue en considération des intérêts de l'établissement au regard des perspectives environnementales anticipées par la veille stratégique. Le modèle du pilotage stratégique déplace également les missions de la direction d'un établissement public de santé du terrain de la simple décision à celui de la préparation et de l'accompagnement - au titre d'une capacité de conseil et d'expertise - des actions à entreprendre.

C'est finalement l'évolution de son propre métier, voire les modifications de l'organigramme de direction, que le directeur d'hôpital doit gérer (Annexe 6).

La mise en œuvre de ces préceptes n'intéresserait pas que la rénovation, dans un sens plus gestionnaire, des modes directionnels au sein des hôpitaux publics ; au final elle concerne aussi et surtout les premiers bénéficiaires d'un fonctionnement efficient des établissements publics de santé : les usagers.

## **CONCLUSIONS D'AUJOURD'HUI POUR DEMAIN**

Les acquis de l'étudiante, repensés, exploités, enrichis par l'élève-directeur en 2001, cumulés aux conditions, solutions, leçons, prises de conscience, préceptes dégagés dans ce document, ne resteront pas lettre morte. Tout sera mobilisé à l'heure d'entrer demain en fonction.

Et peut-être est-il à souhaiter, pour la modernisation de l'hôpital public et dans l'intérêt de ses patients, qu'au cours de la carrière du futur d'hôpital, beaucoup des derniers préceptes énoncés trouvent à être effectivement appliqués.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages, articles, colloques, mémoires et rapports d'étude

ABBAD, Jean-Luc ; DUSSOL, Alexis. *L'intéressement: Mettre en place une nouvelle gestion des personnels à l'hôpital - Colloque*. In *La réforme hospitalière*. Edition Formation Entreprise, Stratégie Santé, avril 1996.

AUDRY, Antoine. Le contrat d'objectifs et la pharmacie. *Technologies Santé*, décembre 1995, n°24, p 96.

BARRE, Stéphanie. Les fédérations médicales interhospitalières : de la coopération inter-établissements à la coopération inter-services ? *Bulletin juridique de la Santé Publique*, juillet 2001, n°42, p 19.

BARRET, Laurent. *Pour une participation des unités de soins à la gestion : la déconcentration budgétaire au CH de Lagny-Marne la Vallée*. Mémoire, ENSP, 1996.

BRANDON, Annie. La démarche du contrat d'objectifs dans le cadre de projet de soins : une articulation entre logique de projet, une logique budgétaire et un processus d'évaluation. *Technologies Santé*, décembre 1995, n°24, p 87.

BRAS, Jean-Christophe. *L'organisation interne de l'hôpital en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes*. Mémoire, ENSP, 1998.

CAILLET, René ; CARON, Delphine ; HACHE Marie-Christine ; ALBERTONE Matthias. Contrats internes : l'expérience du CHRU de Lille ; *Gestions hospitalières*, octobre 1999, Cahier n°156, p 599.

CALMON, Michel. Contractualisation interne et délégation de gestion. *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 1997, n°6, p 832.

CATELAND, Renaud. *L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration de fonctionnement*. Mémoire, ENSP, 1999.

CLEMENT, Jean-Marie. *Essai sur l'hôpital*. Paris, Berger Levrault, août 1994.

CREMADEZ, M ; avec la collaboration de GRATEAU, F. *Le management stratégique hospitalier : 2<sup>ème</sup> édition revue et argumentée*. Paris, Inter-Editions, Masson, 1997 ; 448 p.

CROZIER, M ; FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système* ; Paris, Seuil, 1977 ; 500 p.

DUCROCQ, Charles. *Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers*. Paris 1990, Berger-Levrault. Chapitre 2 : Les centres de responsabilité identifiables en milieu hospitalier ; p 51.

DUPONT, Marc ; ESPER, Claudine ; MUZZIN, Louise ; PAIRE, Christian. *Droit hospitalier*. Paris, 1997, Editions Dalloz ; 479 p.

FAUJOUR, Véronique ; BIRON, Noëlle. Les outils du pilotage stratégique ; L'ère de la gestion partagée. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1998, n°377, p 439.

FORCIOLI, P. Modernisation de la gestion : davantage de responsabilité médicale ; et Les Centres de responsabilité et les budgets de service In : *Management hospitalier pour le praticien*. LACHEZE-PASQUET, P. Paris, Masson, 1997, p 82, et p 115.

GILARDI, Hélène. *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques*. Mémoire, ENSP, 1999.

GREGOIRE, A ; FAUCONNIER, J . Adapter le PMSI à la gestion des services d'un CHU. *Journal d'économie médicale*, novembre-décembre 1998, Volume 16- n° 7-8, p 523-532.

GROSSIER, Etienne ; JANCOURT, Daniel ; NIZARD, Georges. Le déplacement de pouvoir à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, octobre 1996, n°359, p 615.

GUILLOCHON, Marc. Le CHU de Dijon : l'intérêt du malade avant tout. Bocage central et activités polaires. Reportage et entretiens. *DH Magazine*, février-mars 2000, n°70 ; p 47-51.

GUILLOCHON, Marc. Rien qu'un hôpital public...Un reportage à l'hôpital européen Georges Pompidou ; *DH Magazine*, juin-juillet 2001, n°77, p 27-41.

GUSCHING, Jean-Pierre ; EXPERT, Patrick. Une démarche de contractualisation interne. *Gestions hospitalières*, août-septembre 1998, supplément au n° 378, p 570.

GUSCHING, Jean-Pierre ; EXPERT, Patrick. Utilisation du PMSI en gestion interne. *Gestions hospitalières*, avril 1997, Cahier de Gestions hospitalières n° 137, p 238.

GUSCHING, Jean-Pierre ; EXPERT, Patrick ; HENNEQUIN, Claude ; CHATON, Paul. Coût d'un service de réanimation. Simulation de facturation interne dans le cadre des budgets de service. *Gestions hospitalières*, novembre 2000, n° 400, p 658.

GUSCHING, Jean-Pierre ; EXPERT, Patrick. Le PMSI dans le management des établissements publics de santé : PMSI et gestion financière. *Revue hospitalière de France* ; juillet-août 2001 ; n°481, p 24-27.

HARDY, Jacques. Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996. *Droit social*, novembre 1997, n°11, p 949.

HARDY, Jacques. Contractualisation interne et délégation de signature. *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 1997, n°6, p 844.

HAGENMULLER, Jean-Baptiste. Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger. *Gestions hospitalières*, avril 1999, n° 385, p 240-253.

HECKETSWEILER, Philippe. Un système d'information performant, moyen indispensable de mise en œuvre des ordonnances. *Technologies Santé*, septembre 1997, n°30, p 92.

HERREROS, Gilles. Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, décembre 1996, n° 361, p 752.

HUBERT, Jacqueline ; DUBOIS, Ronan. Culture de gestion plus que de redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes. *Gestions hospitalières*, novembre 2000, n° 400, p 671.

JAHAND, Philippe ; GUICHETEAU, Jean ; ZIANE, Gilles ; GOTTFRIED, Evelyne. Une expérience d'intéressement du personnel hospitalier. *Gestions hospitalières*, février 1997, n°363, p 123.

LAMY, Alain. *L'intéressement au CHU de Tours : quelles possibilités d'évolution ?* Mémoire, ENSP, 1996.

LESTEVEN, Pierre ; TARDIF, Laurent. Le PMSI dans le management des établissements publics de santé : PMSI et projet médical. *Revue hospitalière de France* ; juillet-août 2001 ; n°481 ; p 15-23.

LUGON, Myriam. Des contrats de soins : l'expérience anglaise. *Technologies Santé*, septembre 1997, n° 30, p 54.

MARIN, Philippe. Hôpital public : à l'aube d'une nouvelle gestion. *Gestions hospitalières*, octobre 1996, n° 359, p 598.

MARTINEZ, Eric. La contractualisation interne au CH de Béziers. *Techniques hospitalières*, novembre 1999, n° 641, p 13.

MAURY, François. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation hospitalière. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1997, n°367, p 414.

MEYZONNIER, Catherine. La délégation de gestion : mode d'emploi. *Gestions hospitalières*, octobre 1996, n° 359, p 612.

MINZBERG, Henry ; SAGER, P. *Le pouvoir dans les organisations*. Paris, les Editions d'Organisation, 1986 ; 679 p.

MOURIER, Alain. Du budget de service à la contractualisation interne. *Gestions hospitalières*, octobre 1999, n° 389, p 571.

MOUSILLAT, Véronique. *Opportunité et faisabilité d'une déconcentration de la gestion budgétaire au CH de Dax*. Mémoire, ENSP, 1999.

PELJAK, Dominique. Le management de subsidiarité au service des hôpitaux. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1997, n° 367, p 422.

PENAUD, Marc ; NISAND, Gabriel ; SCHOTT, Laurent. L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1998, n° 377, p 408.

POINDRON, Pierre-Yves. L'hôpital se frotte à la délégation de gestion (CHU de Nantes). *Espace social européen*, 6-12 novembre 1998, n° 439, p 23.

POURCELOT, Jean-Marie ; LEONARD, Jean Louis. De l'évaluation comme système d'intéressement. *Gestions hospitalières*, février 1999, n° 383, Cahier de Gestions hospitalières n° 152, p 131.

de POURVILLE, Gérard. Hôpitaux : la double contrainte. *Revue française de Gestion*, juin-juillet-août 1996, n°109, p 77.

de POURVILLE, Gérard ; JEUNEMAITRE, Alain ; CONDAMINE, Florence. *L'hôpital en chantier : les réformes hospitalières entre 1981 et 1986*. Rapport de recherche Ecole nationale Polytechnique, 1988, p 9-23.

POUTOUT, G. Les outils de la réforme, les nouveaux modes de gestion. In : *Management hospitalier pour le praticien*. LACHEZE-PASQUET, P. Paris 1997, Masson ; p 174.

PREVOTEAU, Vincent. *Vers un nouveau mode de management de l'hôpital public ? Réflexions à partir de l'expérience des contrats de services au CHU d'Angers*. Mémoire, ENSP, décembre 1999.

Dr RAIKOVIC, Monique. Les dirigeants hospitaliers et les espaces de liberté de la réforme de 1991. *Décision Santé* ; décembre 2000 ; n°169, p 19.

Dr RAIKOVIC, Monique. L'hôpital de demain devra sortir d'une situation irrationnelle pour viser l'efficacité. *Décision Santé*, février 2001, n°171, p 28.

ROMAN, Nathalie. Contrôle de gestion et budget de service. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1997, n° 367, Cahier de gestions hospitalières, n°139, p 449.

ROSSETTI, Bruno. La réforme des métiers. *Gestions hospitalières*, octobre 1996, n°359, p 610.

RYMER, P. ; LACHEZE-PASQUET, P. ; ROULEAU, Philippe. *La formation des médecins à la gestion*. In : *Management hospitalier pour le praticien*. LACHEZE-PASQUET, P. Paris 1997, Masson, p 224.

SCHEFFER, Pierre. *Le praticien hospitalier chef de service : mythes d'hier-réalités d'aujourd'hui. Pour un mandarinat du troisième type*. Thèse professionnelle : MS ESCP Management médical, 1992, p 116.

SEGADE, J-P. Le contrat d'objectif : un moyen de recomposition du paysage hospitalier. *Gestions hospitalières*, décembre 1997, n°372 , p 817.

SEGADE, J-P. *Contractualisation- Dix questions sur les contrats d'objectifs en interne*. La réforme de l'hospitalisation, décembre 1998, n° 18, p 2.

SICARD, Jean-Marie. Bâtir un contrat : d'une âpre réalité à une culture nouvelle. *Technologies Santé*, septembre 1997, n°30, p 52.

THUAL, Régis. *L'élaboration d'une politique d'intéressement : l'exemple du CHI de Montreuil*. Mémoire ENSP, 1997.

VINOT, Catherine ; BOSSELER, Jean-Jacques. Le centre de responsabilité : pour quoi, pour qui, comment ? *Objectifs Soins*, juillet-août 1998, n° 66, Le cahier du management p IV.

VINOT, Didier. De l'usage interne des points isa : pertinence locale ou cohérence globale. *Gestions hospitalières*, octobre 1998, n° 379, p 634.

YOU, Vincent. *La subsidiarité à l'hôpital ? Réflexion pour la mise en œuvre des procédures de contractualisation interne au CH Guillaume Régnier*. Mémoire, ENSP, 1998.

ZIANE, Gilles. *L'intéressement. Un outil pour faire évoluer les pratiques des acteurs hospitaliers autour de l'amélioration de la qualité des soins*. Mémoire, ENSP, 1995.

## **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984, portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

Loi n°87-574 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

Décret n°92-272 du 26 mars 1992, relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé publique.

Décret n°92-783 du 6 août 1992, relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé, pris pour application de la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant le Code de la Santé Publique.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme hospitalière.

Décret n°97-374 du 18 avril 1997, relatif à la délégation de signature des directeurs des établissements publics de santé.

Circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé. Texte non paru au Journal officiel ; In BO Affaires sociales, villes et intégration. Tome I, n° 97-18, p 117-124.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle, parue au Journal officiel du 28 juillet 1999.

## **Rapports publics**

ESPER, Claudine. *Proposition d'expérimentations pour l'hôpital public*. Rapport au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, 4 février 1994, 142 p.

DEVULDER, Bernard. *Réforme hospitalière : propositions du Haut Conseil de la Réforme hospitalière*. Rapport pour le Haut Conseil de la réforme hospitalière, 1994, Paris, 34 p.

GODFRAIN, Jacques. Rapport n°1083 au nom de la Commission des Affaires culturelles, sur le projet de loi relatif à l'amélioration de la participation des salariés dans l'entreprise (loi n°94-640 du 25 juillet 1994), Assemblée nationale, 1994.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1-** Ressemblances et différences d'une clinique mutualiste participant au service public hospitalier avec un établissement public de santé : une comparaison possible.

**Annexe 2-** Petit lexique de l'organisation médicale.

**Annexe 3-** La transposition des principes managériaux à l'hôpital public : panoptique du champ des possibles.

**Annexe 3.1-** La recomposition interne de l'établissement public de santé.

**Annexe 3.2-** La décentralisation dans les établissements publics de santé.

**Annexe 3.3-** La contractualisation au sein des établissements publics de santé.

**Annexe 3.4-** L'intéressement dans les hôpitaux publics.

**Annexe 4-** Les conditions de mise en œuvre du projet managérial : outils, moyens, structures, et autres corollaires nécessaires.

**Annexe 5-** Des questions toujours en suspens.

**Annexe 6-** Les perspectives d'évolution de l'équipe de direction et du métier de directeur d'hôpital.

## **ANNEXE 1-**

### **RESSEMBLANCES ET DIFFERENCES D'UNE CLINIQUE MUTUALISTE PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AVEC UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE : UNE COMPARAISON POSSIBLE.**

L'étude relative à la départementalisation consignée dans le mémoire de 1998 bénéficiait à la Clinique mutualiste des Eaux Claires, établissement de santé privé, participant à la réalisation du service public hospitalier. Ce régime juridique particulier nuance la validité d'une application intégrale de l'étude et de ses conclusions à un établissement de santé relevant du droit public, mais ne la compromet pas complètement.

Certes, l'identité de droit privé de la Clinique lui autorise une indéniable liberté organisationnelle et gestionnaire : l'établissement entretient avec ses agents des relations relevant ordinairement du droit privé et du Code du travail<sup>1</sup> ; il échappe par ailleurs à l'application des règles de la comptabilité publique. Cette liberté a en partie valu à la départementalisation, telle qu'elle s'est dessinée à la Clinique, son originalité.

Les qualités de mutualiste<sup>2</sup> et de participant à la réalisation du service public rapprochent cependant le fonctionnement de la clinique privée de celui d'un établissement public de santé.

Comme l'hôpital public, la Clinique des Eaux Claires est soumise aux contraintes financières du budget global et des tarifs de prestations.

Comme lui, elle se soustrait à toute logique de profit et de sélection de clientèle pour ne veiller qu'à la pérennité d'un accueil non discriminant des patients ainsi qu'au simple équilibre de ses comptes.

Comme lui, elle doit satisfaire aux exigences de continuité du service public.

Comme lui, elle doit répondre à des conditions d'organisation et de fonctionnement précises : elle est astreinte à présenter un rapport annuel sur ses objectifs et ses prévisions d'activité, et sur l'adéquation des moyens jugés nécessaires aux missions définies dans son projet d'établissement ; car elle doit en effet se doter d'un projet d'établissement compatible avec le SROS et soumis à l'approbation du représentant de l'Etat ; elle doit également constituer en son sein une Commission médicale élue par les praticiens exerçant dans l'établissement.

Comme l'établissement public de santé, enfin, elle connaît une certaine rigidité de gestion de son personnel : culturellement, dans ses revendications, ses habitudes et ses réactions, celui-ci semble éminemment proche des fonctionnaires ou praticiens hospitaliers<sup>3</sup> et il défend pareillement ses acquis.

Ce sont ces similarités qui, probablement, ont conduit la direction de la Clinique à s'inspirer, quand rien ne l'y obligeait, de la loi de 1984 visant à réformer l'hospitalisation publique en instituant le département.

Ce sont ces similarités qui permettent d'envisager comme transférable à l'hôpital public la majeure partie des conclusions et des propositions consignées dans le mémoire initial.

---

<sup>1</sup> La Clinique peut, par exemple, recruter des praticiens par voie de contrats à durée déterminée régis par les dispositions du Code du Travail.

<sup>2</sup> Article 111-1 du Code de la Mutualité.

<sup>3</sup> Ceci est d'autant plus vrai qu'à côté de ses recrutements propres, la Clinique peut faire appel aux praticiens hospitaliers dans le cadre des procédures statutaires d'affectation ou de détachement. Dans ce cas, ces médecins, tout en exerçant dans un établissement de santé privé, restent soumis à leurs statuts respectifs, notamment s'agissant de leur rémunération.

## **ANNEXE 2-**

### **PETIT LEXIQUE DE L'ORGANISATION MEDICALE DES HOPITAUX PUBLICS**

La loi du 31 juillet 1991, à la suite des lois n°84-5 du 3 janvier 1984 et n°87-57 du 24 juillet 1987, a donné un cadre précis aux possibilités d'organisation médicale des établissements publics de santé en instituant plusieurs entités structurantes. La loi de 1999, dite loi CMU, vient compléter l'éventail de ces possibilités.

Chacune de ces structures, quelle que soit sa nature, doit être introduite dans les hôpitaux publics sur une délibération du Conseil d'Administration, après avis de la CME et du CTE ; sa transformation ou sa suppression éventuelle obéit aux mêmes procédures.

Le choix de cette organisation médicale et de ses contours doit être fondé sur le projet d'établissement et répondre logiquement aux orientations stratégiques poursuivies par l'organisation.

#### **Les « unités fonctionnelles » (UF)<sup>1</sup>**

La loi du 31 juillet 1991 les définit comme les « structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées ».

Les responsables des UF ont qualité de praticiens titulaires ou hospitalo-universitaires temporaires ; ils sont désignés par le Conseil d'Administration pour un mandat de trois ans renouvelable, avec l'accord du chef de service ou de département (voir infra), après avis des praticiens titulaires et de la CME. Il peut être mis fin à leurs fonctions, dans l'intérêt du service, selon la même procédure.

#### **Le « service »**

Cette modalité d'organisation est née du décret du 17 avril 1943<sup>2</sup>. Elle ne fait l'objet d'aucune définition juridique précise, ni dans les textes, ni dans la Jurisprudence. Dans le langage courant, le service est compris comme le cadre dans lequel s'exercent les activités médicales ou médico-techniques qui concourent aux missions de l'établissement de santé.

L'article L.6146-4 du Code de la Santé publique dispose que les services se composent de plusieurs unités fonctionnelles de même discipline. Il est cependant admis qu'une UF, isolée dans son segment d'activité ou sans complémentarité immédiate avec d'autres UF, constitue à elle seule un service.

#### **Le « département »**

Il a été conçu par la loi n°84-5 du 3 janvier 1984 pour se substituer au service dans les hôpitaux publics (hormis les hôpitaux locaux). Placé sous la responsabilité d'un chef de département élu, il visait alors à regrouper des membres du personnel contribuant à « l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre » ou au recueil de l'information médicale<sup>3</sup>.

La loi n°87-57 du 24 juillet 1987, en rétablissant l'organisation en services, a donné caractère simplement facultatif aux départements : les services peuvent en effet comporter des pôles et être agglomérés, en tout ou partie, en départements.

---

<sup>1</sup> Articles L. 6146-1 et L. 6146-6 du Code de la Santé publique.

<sup>2</sup> Décret n°891, pris pour application de la loi du 21 décembre 1941.

<sup>3</sup> Loi n°84-5 du 3 janvier 1984, article 4.

La loi du 31 juillet 1991 rapproche l'acception du département de celle du service : le département se définit désormais comme constitué d'au moins trois unités fonctionnelles ; la seule différence notable entre le département et le service réside aujourd'hui dans leur mode de structuration interne en UF.

### **Département et service : un mode de fonctionnement commun**

Suite à une décision du Conseil Constitutionnel<sup>1</sup>, les modalités de fonctionnement du département et du service sont devenues parfaitement similaires.

Désormais, les chefs de service ou de département sont nommés, pour une période de cinq ans renouvelable, par le ministre chargé de la Santé, après avis de la CME et du CA ; leur renouvellement est par contre prononcé par le représentant de l'Etat dans la Région, après avis des mêmes instances<sup>2</sup>. Ces fonctions de chef de service ou de département sont exercées par des praticiens titulaires à temps plein ou à temps partiel.

Les attributions du chef de service ou de département recouvrent un vaste champ : conduite générale du service ou du département ; organisation du fonctionnement technique de la structure dans le respect de la responsabilité médicale des praticiens et des missions dévolues à chaque UF par le projet de service ou de département ; élaboration de ce projet avec le conseil de service ou de département ; détermination, dans ce cadre, de l'organisation générale, des orientations d'activité et des actions d'évaluation des soins ; rédaction et présentation, tous les deux ans, d'un rapport d'activité et d'évaluation précisant le degré de réalisation du projet.

### **La « fédération de services ou de départements ou d'unités fonctionnelles »**

Instaurée par la loi du 31 juillet 1991, elle repose sur le volontariat. Une fédération s'analyse ainsi comme un regroupement de services, de départements ou d'UF, décidé avec l'accord des chefs de service ou de département intéressés, en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits ou d'équipements, d'un regroupement de moyens en personnel ou en vue de la réalisation de plusieurs de ces objectifs<sup>3</sup>.

L'organisation, le fonctionnement, et même l'intitulé de la fédération sont arrêtés par un règlement intérieur particulier approuvé par le CA, après avis de la CME et du CTE.

La responsabilité de la fédération est confiée à un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier. Les attributions et les modalités de désignation de celui-ci sont arrêtées par le règlement intérieur de cette fédération.

### **La « structure libre »**

La loi du 31 juillet 1991 a prévu, pour les établissements publics de santé, la faculté inédite d'adopter un schéma organisationnel en parfaite adéquation avec leurs objectifs médicaux et avec leurs orientations stratégiques consignés dans leur projet d'établissement. Elle les autorise ainsi à décider de la constitution de structures libres, par dérogation aux traditions d'organisation en services ou en départements. Cette décision relève de l'initiative du Président du CA, du Président de la CME ou du Directeur de l'établissement, après avis conforme de la CME siégeant en formation restreinte et après consultation du CTE.

Les responsables de ces structures sont désignés par le CA, après avis de la CME.

Après consultation de la CME et du CTE, le CA détermine également les modes de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures.

---

<sup>1</sup> Décision du 29 juillet 1991, censurant la disposition de la loi du 31 juillet 1991, prévoyant des procédures de nomination différentes pour les chefs de service (nommés par le ministre) et pour les chefs de département (désignés par le CA).

<sup>2</sup> Article L. 6146-3 du Code de la Santé Publique.

<sup>3</sup> Article L. 6146-4 du Code de la Santé publique.

## La « fédération médicale interhospitalière»<sup>1</sup>

Instituée par la loi de 1999, la fédération médicale interhospitalière est, aux termes de l'article L. 6135-1 du Code de la Santé publique, un nouvel outil de coopération permettant à deux ou plusieurs établissements publics de santé de regrouper certains de leurs services ou départements. Créée selon la même procédure que les autres structures<sup>2</sup>, elle doit recueillir l'accord des chefs de services ou de départements intéressés.

Visant au rapprochement d'activités médicales complémentaires, elle est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier coordonnateur, lequel ne dispose ni des prérogatives d'un chef de service en termes d'activités de soins, ni d'un responsable de centre de responsabilité : il ne peut pas bénéficier d'une délégation de signature. La fédération médicale inter-hospitalière n'est donc pas une structure indépendante dotée d'une personnalité morale, pouvant bénéficier de moyens propres et d'un budget différencié, à l'instar des syndicats inter-hospitaliers. Elle est bien plutôt un instrument de liaison d'entités déconcentrées, permettant d'organiser des prises en charge coordonnées de patients, de soutenir des démarches communes de formation, de favoriser l'émergence de pôles de compétence et d'activité partagée des praticiens.

Elle reproduit finalement quasi à l'identique mais *hors des murs de l'hôpital* un mode de fonctionnement interne aux établissements publics de santé, celui des fédérations de services ou de départements. Elle se comprend ainsi comme un premier degré de coopération entre services ou départements relevant de différents centres hospitaliers et elle peut servir de fondement au *développement de systèmes en réseau*.

---

<sup>1</sup> Cf BARRE, Stéphanie. Les fédérations médicales inter-hospitalières : de la coopération inter-établissements à la coopération inter-services ? *Bulletin juridique de la Santé Publique* ; juillet 2001, n°42, p 19.

<sup>2</sup> Article L. 6135-1 du CSP : elle est créée par délibération du CA, définissant l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération, précisant la nature et l'étendue des activités, les modalités d'association des personnels, les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur.

**ANNEXE 3-****LA TRANSPOSITION DES PRINCIPES MANAGERIAUX A L'HOPITAL PUBLIC :  
PANOPTIQUE DU CHAMP DES POSSIBLES**

<b>ANNEXE 3</b>	<b>Les options juridiques</b>	<b>Les bornes à l'application</b>	<b>Des exemples de solutions pragmatiques</b>
<b>Annexe 3.1- Recomposition interne</b>	<p>Logique médicale : département (loi de 1984) fédération (loi de 1991) fédération interhospitalière (loi de 1999)</p> <p>Logique comptable : centre de responsabilité (décret de 1983)</p> <p>Hybridation : centre de responsabilité rénové (circulaire de 1997) ; structure libre (loi de 1991)</p>	<p>⇒ La taille de l'établissement</p> <p>⇒ Les particularismes professionnels</p> <p>⇒ Le régime de responsabilité</p> <p>⇒ Une solution non organisationnelle</p> <p>⇒ Des imprécisions juridiques</p> <p>⇒ L'imputation budgétaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le <i>CHU de Nantes</i> : des pôles - fédérations - centres de responsabilité</li> <li>Le <i>CHU de Lille</i> : des structures en négation du service territorialisé</li> <li>Avenir ou utopie ? L'hôpital hors de ses murs ; fédération médicale interhospitalière ; centre de responsabilité inter-établissements</li> </ul>
<b>Annexe 3.2- Décentralisation, délégation de gestion</b>	<p>Délégation de signature (décrets de 1992 et 1997)</p> <p>Délégation de gestion</p>	<p>⇒ La réticence des directeurs des EPS</p> <p>⇒ L'identité du récipiendaire</p> <p>⇒ Le régime de l'enveloppe globale</p> <p>⇒ Les règles de droit (Code des Marchés publics, Statut de la Fonction publique hospitalière...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune délégation de signature, seulement des projets</li> <li>Des associations de professionnels</li> <li>Gestion du personnel</li> <li>Gestion des achats</li> <li>Libre disposition des moyens</li> <li>Gestion de l'accueil et des prestations hôtelières</li> </ul> <p>(<i>CHU de Nantes, Rennes, Lille ; CH Georges Pompidou, d'Arles, de Blois, d'Argenteuil</i>)</p>
<b>Annexe 3.3- Contractualisation interne</b>	<p>Démarche facultative Contrats verticaux Contrats horizontaux Multiples objets</p> <p>(Ordonnance de 1996, articles L. 6414-21, L. 6145-16 du CSP)</p>	<p>⇒ La valeur juridique du contrat</p> <p>⇒ Des injonctions temporelles paradoxales</p> <p>⇒ Le poids de la contrainte externe</p> <p>⇒ Des fonctionnements tiers inadéquats</p> <p>⇒ Le défaut d'information significative</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les objets du contrat : l'internalisation d'objectifs externes le mandat de gestion le contrat cible la régulation des relations horizontales</li> <li>Les solutions méthodologiques</li> </ul> <p>(<i>CHU de Lille, Nantes, Rennes, Angers, CH de Béziers, de Dax</i>)</p>
<b>Annexe 3.4- Intéressement</b>	<p>Extension à l'hôpital public (loi du 31 juillet 1991)</p> <p>Démarche facultative</p> <p>Caractère nécessairement collectif (Avis du Conseil d'Etat, 1995)</p>	<p>⇒ Un caractère faiblement incitatif</p> <p>⇒ Le défaut de crédibilité budgétaire</p> <p>⇒ La nécessité du préalable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assiette</li> <li>Le critère déclenchant</li> <li>L'aléatoire ou le systématique</li> <li>Les bénéficiaires</li> <li>L'utilisation</li> <li>L'intéressement négatif</li> </ul> <p>(<i>CHU de Tours, Poitiers, Montpellier, Lille ; CH de Blois, d'Argenteuil, de Clermond-Ferrand...</i>)</p>

## ANNEXE 3.1-

### LA RECOMPOSITION INTERNE DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

#### 1- Les options juridiques

Les options offertes par le droit aux établissements publics de santé pour se recomposer en interne se fondent sur deux types de logiques, originellement différentes mais qui tendent aujourd'hui à se confondre.

##### 1.1- Les recompositions fondées sur une logique médicale

La logique médicale veut rapprocher des services opérant dans des champs disciplinaires semblables ou bien complémentaires. Elle est matrice des « *départements* », conçus par la loi de 1984 ; des « *fédérations* », nées de la loi de 1991, qui agglomèrent des services ou des départements au sein d'un même établissement ; et des « *fédérations médicales interhospitalières* », introduites par la loi de 1999, qui rapprochent les services ou départements de plusieurs hôpitaux publics ( Annexe 2).

##### 1.2- Les recompositions fondées sur une logique comptable

La logique comptable, issue du décret du 11 août 1983, impose le découpage exhaustif de l'établissement public de santé en « *centres de responsabilité* », en centres d'activité puis en unités fonctionnelles, lesquels reproduisent et déclinent dans les faits le fichier commun de structure usuel en comptabilité publique hospitalière. Le centre de responsabilité se définit comme un ensemble coordonné de moyens humains et matériels, placés sous une même autorité. Comme il a été rénové par la loi de 1991 et l'ordonnance de 1996, le centre de responsabilité est le niveau récipiendaire de la délégation de gestion et il fonctionne sur un principe de participation par projets : les personnels à même d'influer sur l'évolution de l'activité et des coûts de production sont invités à s'impliquer dans la détermination et la mise en œuvre des objectifs stratégiques, du budget et des ressources autres de leur centre de responsabilité.

##### 1.3- Hybridation des logiques médicale et comptable

La tendance juridique récente est à l'hybridation des deux logiques.

Explicitement en effet, une circulaire du 21 avril 1997 précise que la vocation du centre de responsabilité n'est pas de s'écarter de l'organisation en services ou départements, mais bien plutôt de regrouper les structures existantes de manière à constituer des entités de taille suffisante. La logique comptable entend ainsi recouvrir la logique médicale.

Implicitement, la possibilité de création de « *structures libres* », aménagée par la loi de 1991, est également une porte ouverte à l'innovation organisationnelle et au mixage des deux logiques.

#### 2- Les obstacles à la mise en œuvre

Qu'elles soient fondées sur une logique médicale et/ou une logique comptable, les options de recombinaison interne proposées par le droit rencontrent des obstacles à l'heure de leur mise en œuvre.

##### 2.1- Trois obstacles à la réalisation des départements et des fédérations

❖ *La taille de l'établissement*: quand, du fait de la petitesse de l'établissement, l'exercice d'une discipline est réservé à un seul service, le regroupement en interne sur la base de la similarité est naturellement impossible ; la fédération inter-hospitalière prend ici tout son intérêt .

❖ *Les particularismes professionnels* : difficile est le rapprochement des services quand leurs responsables médicaux se prévalent d'une identité disciplinaire inassimilable ; complexe est le rattachement à un autre service de certaines activités indéniablement transversales (kinésithérapeutes, assistantes sociales, diététiciens...).

❖ *Le régime de responsabilité* : les traditions fortes de protocolisation ou de soumission à un régime de responsabilité particulièrement drastique de quelques spécialités (l'anesthésie-réanimation, par exemple) freinent leur intégration dans un ensemble globalement moins structuré ou moins contraint.

## 2.2- Deux obstacles à l'instauration des centres de responsabilité

❖ *Une solution comptable mais pas organisationnelle* : il est reproché au centre de responsabilité d'avoir été conçu en contestation du service<sup>1</sup>, et de ne rien résoudre des questions organisationnelles qu'il soulève, notamment au sujet des rapports d'autorité entre médecins.

❖ *Une imprécision juridique* : le droit prévoit certes les modalités de constitution des centres de responsabilité, mais il reste muet sur les règles de fonctionnement dont il faut ensuite les doter<sup>2</sup>. Ce qui génère hésitations et difficultés en pratique.

## 2.3- Un obstacle à la constitution de structures hybridées

❖ *L'imputation budgétaire* : parce que la logique médicale promue dans l'agrégation des services s'accommode parfois difficilement de la distinction budget annexe/ budget général opérante en comptabilité hospitalière<sup>3</sup>, la constitution de structures hybridées peut être compliquée.

## **3- Les solutions pragmatiques**

Des établissements publics de santé ont surmonté les obstacles recensés pour produire des solutions pragmatiques de recomposition interne.

Il est à noter que des signifiants semblables d'un hôpital à l'autre peuvent désigner des réalités fort différentes.

### 3.1- Le CHU de Nantes : des « pôles » - fédérations érigés en centres de responsabilité

Le centre hospitalier universitaire de Nantes s'est doté dès 1998 d'une organisation originale reposant sur le « pôle ». Ce concept nantais de pôle renvoie à la notion de *fédération*, qui vise à réunir plusieurs services. Cette fédération est *érigée en centre de responsabilité* : elle bénéficie d'une délégation de gestion et d'un budget définis par le biais du contrat interne. Le tracé des frontières de ces nouvelles fédérations est produit par une *conciliation des logiques gestionnaire et médicale* : il répond au mouvement amorcé de déconcentration et de simplification administrative, ainsi qu'au souci d'une prise en charge intégrée du patient.

Quasiment toutes les activités du CHU sont rattachées à un pôle, en considération de plusieurs arguments : l'argument de l'organe qui a abouti à la création de douze pôles ; l'argument de la pathologie qui a inspiré la constitution de deux pôles ; l'argument de la population-cible qui intéresse trois pôles ; l'argument des « facilities », qui fédère en deux pôles des services médico-techniques prestataires et éléments de liaison auprès des autres

---

<sup>1</sup> MOURIER, A. Du budget de service à la contractualisation interne, *Gestions hospitalières*, octobre 1999, p 571.

<sup>2</sup> L. 6145.16 du Code de la Santé Publique ne fait que mentionner les modalités de constitution des centres de responsabilité ; il reste muet quant aux modalités de fonctionnement de ces entités une fois créées.

<sup>3</sup> Le CHU de Nantes présente un exemple intéressant : les soins délivrés aux personnes âgées sont rattachés au pôle gériatrie, ce qui en définitive fait cohabiter deux logiques de financement différentes (dotation globale et prix de journée) ; cette différence n'autorise pas la fongibilité des crédits. D'où les difficultés de gestion qu'on imagine. Voir à ce propos le mémoire de BRAS, J.C. *L'organisation interne de l'hôpital en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes*. ENSP, décembre 1998.

services cliniques ; l'argument logistique et administratif qui a étayé la construction de six pôles ; et enfin l'argument de la taille critique qui concerne l'ensemble de ces pôles.

### 3.2- Le CHU de Lille : des structures en négation du service territorialisé

Au CHU de Lille s'élabore depuis 1995 une organisation originale articulée sur les principes de stabilité spatiale des moyens et d'hospitalisation intégrée du patient. Dissociant la gestion de l'activité médicale et la gestion des moyens disponibles, elle repose sur trois types d'entités inédites :

❖ *La « clinique »* : elle s'analyse comme le conglomérat d'anciens services médicaux ou médico-techniques, qui se retrouvent, après les avoir communément élaborés, autour d'un projet médical unique et de priorités communes. Structure collégiale et de coordination, elle vise à gérer un budget propre et des moyens communs, à organiser et évaluer l'activité médicale, à définir les postes et choisir les candidats médicaux. Elle est en outre dotée d'une taille suffisamment significative pour être opérante dans son environnement. La clinique est désignée comme niveau récipiendaire de la délégation de gestion et signataire des contrats internes. Structure fédérative, la clinique est traversée par des logiques de « spécialités », et abrite plusieurs « pôles ».

❖ *Les « spécialités »* : elles agrègent des équipes multidisciplinaires autour de projets de spécialités et de la gestion finalisée de l'activité médicale. Elles sont en charge du suivi médical des patients, du choix des protocoles de soins, de la mise en œuvre d'une déclinaison du projet médical, de l'enseignement et de la recherche.

❖ *Le « pôle »* : à Lille, il se définit à la fois comme entité territoriale de moyens et comme unité polyvalente de production de soins. Le pôle est en effet une structure géographiquement localisée - au sein de la clinique -, qui gère et met à disposition des moyens : locaux, budget, équipements, plateau technique et personnels non médicaux. Il est ouvert à toutes les équipes médicales de spécialité qui en ont besoin. Il ne saurait faire l'objet d'aucune captation, par aucune équipe médicale : son principe d'utilisation est le partage. Il est en revanche le lieu permanent d'accueil médical et administratif du patient : celui-ci ne subit plus les désagréments du transfert vers une autre unité de soins, l'hospitalisation devient complètement intégrée.

Ce mode d'organisation procède de fait à une déterritorialisation, voire une dilution complète, du service. Quelques autres établissements, notamment le CHU de Montpellier<sup>1</sup>, s'engagent également dans cette voie qui entérine la caducité du service en tant qu'unité organisationnelle de base de l'hôpital public.

### 3.3- Solution d'avenir ou utopie ?

Poussée à ses extrêmes, la logique de structuration coupée des repères spatiaux coutumiers, pourrait conduire un hôpital à sortir de ses murs pour se recomposer, dans une optique parfaitement stratégique, en considération des activités médicales de son environnement externe. La fédération médicale interhospitalière, dont la constitution est désormais autorisée par la loi de 1999 (Annexe 2), s'inscrit déjà dans ce courant d'évolution.

Et pourquoi ne pas aller plus loin ? Pourquoi ne pas envisager, dans le cadre d'une coopération inter-hospitalière, la constitution de pôles de gestion, de centres managériaux ou d'autres entités (selon une appellation à déterminer localement) qui coordonnent rationnellement les moyens, les ressources et les objectifs des unités particulières de plusieurs établissements publics de santé<sup>2</sup> ? Le concept de « centre de responsabilité multi-établissements » promouvrait ainsi les regroupements externalisés de gestion, dans un esprit de « facility management »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Témoignage de G. VERGNES, directeur général du CHU de Montpellier, à l'occasion d'une conférence d'actualité organisée à l'ENSP.

<sup>2</sup> L'idée est émise par J.P. SEGADE, directeur du CHS du Vinatier-Lyon, dans son article Le contrat d'objectifs : un moyen de recomposition du paysage hospitalier, *Gestions hospitalières*, décembre 1997, p 817.

<sup>3</sup> MARIN, Ph. Hôpital public : à l'aube d'une nouvelle gestion, *Gestions hospitalières*, octobre 1996, p 598.

## **ANNEXE 3.2-**

### **LA DECENTRALISATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

La décentralisation, application du principe de subsidiarité, s'entend comme un transfert de l'exercice quotidien de gestion, du sommet de la pyramide hiérarchique vers la base opérationnelle. La délégation est son premier ressort.

#### **1- Les options juridiques**

Les textes autorisent à l'hôpital public tant la délégation de gestion que la délégation de signature.

##### **1.1- La délégation de gestion<sup>1</sup>**

La délégation de gestion, dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, réactive le centre de responsabilité en lui associant le principe de subsidiarité : le centre de responsabilité est récipiendaire désigné de la délégation de gestion éventuellement<sup>2</sup> consentie par le directeur de l'établissement.

##### **1.2- La délégation de signature**

Le décret du 6 août 1992 prévoit la possibilité pour le directeur d'hôpital de déléguer sa signature ; celui du 18 avril 1997 élargit le champ des bénéficiaires de la délégation de signature aux praticiens responsables des centres de responsabilité<sup>3</sup>.

#### **2- Les obstacles à la mise en œuvre de la décentralisation**

##### **1.1- La réticence des directeurs à la délégation de signature**

Bien que les décrets précités garantissent que la délégation de signature ne saurait priver le délégant de son autorité hiérarchique sur les mandatés dans l'accomplissement de leurs activités de gestion, les directeurs des établissements publics de santé opposent à cette pratique une résistance motivée autant par des considérations de responsabilité juridique que par des préoccupations de « pouvoir ».

##### **1.2- Les trois freins à la délégation de gestion**

❖ *L'identité du récipiendaire de la délégation de gestion* : les responsables des centres de responsabilité, structures habilitées à recevoir la délégation de gestion, sont désignés par l'article L.6145.16 du Code de la santé publique comme ayant qualité de praticiens hospitaliers. Or ceux-ci sont justement réputés pour être faiblement motivés à la

---

<sup>1</sup> La délégation de gestion fait débat parmi les juristes qui s'interrogent sur la signification du concept et sur sa réalité. Jusqu'à aujourd'hui, le droit public ne reconnaissait effectivement que la délégation de pouvoir et la délégation de signature. Cf à ce sujet les Notes bleues de Bercy n° 56, du 1<sup>er</sup> au 15 février 1995 ; et cf YOU, Vincent. *La subsidiarité à l'Hôpital ? Réflexion pour la mise en œuvre des procédures de contractualisation interne au CH Guillaume Régnier*. Mémoire ENSP, décembre 1998.

<sup>2</sup> Cf l'article L.6145.16 du Code de la Santé publique, qui précise : « Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur ». On ne rentrera pas ici dans le débat consistant à savoir si l'obligation de délégation est liée ou non à l'existence du centre de responsabilité. Il convient à ce propos d'en référer aux interprétations de J. HARDY : l'existence du centre de responsabilité est une condition nécessaire mais pas suffisante à la délégation. La délégation relève d'une décision du directeur, elle n'est jamais de droit.

<sup>3</sup> Décret 92-783 du 6 août 1992, relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissement public de santé, pris pour application de la loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière et modifiant le Code de la Santé Publique ; et Décret 97-374 du 18 avril 1997, relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissement public de santé.

responsabilisation gestionnaire<sup>1</sup> : une certaine méconnaissance des arcanes budgétaires et des perspectives d'évolution de carrière déconnectées de l'activité gestionnaire ne les y disposeraient pas. La possibilité d'associer à ces médecins, au simple titre de l'assistance, des agents traditionnellement plus rompus aux missions de gestion ne résout pas tout ; les personnels administratifs et les cadres soignants peuvent pareillement souffrir d'un manque de motivation à l'implication gestionnaire : le système de notation et d'attribution des primes en vigueur dans la fonction publique hospitalière démobilise naturellement les premiers ; la difficulté de leur positionnement par rapport aux médecins en général peut décourager les seconds.

❖ *Le régime de l'enveloppe globale* : les restrictions imposées à la dotation allouée globalement à l'établissement gênent en interne la détermination des budgets délégués, exigent des arbitrages difficiles à opérer entre les services et entre leurs priorités, et invitent au choix malaisé d'une clé de répartition vouée à être toujours contestée.

❖ *Des domaines de gestion impossibles à déléguer* : pour se conformer à certaines des règles de droit qui lui sont applicables (Code des Marchés publics, statut de la Fonction publique hospitalière, normes de sécurité et de qualité...) et pour préserver la cohérence de sa politique globale, l'établissement public de santé se doit parfois d'agir institutionnellement, au titre de personne juridique unique. Ce sont là autant de domaines dont la gestion, réservée au niveau central, échappe à la délégation.

### **3- Les solutions pragmatiques**

#### 3.1- La délégation de signature : un projet plus qu'une réalité

La délégation de signature n'aurait cours, pour l'heure actuelle, dans aucun des hôpitaux publics français. Quelques directions d'établissements, notamment celle du CHU de Nantes<sup>2</sup> et celle de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, ambitionneraient cependant de la pratiquer bientôt.

#### 3.2- Des associations bénéficiaires de la délégation de gestion

Les réponses apportées par différents hôpitaux publics aux incertitudes relatives à l'identité du récipiendaire de la délégation de gestion diffèrent, non pas sur le principe d'une association de professionnels - toujours retenu - mais plutôt sur les composantes et la géométrie de cette association. Au praticien hospitalier, élément invariant de la formule, les CH d'Arles et de Blois ont choisi d'adjoindre simplement un cadre-soignant ; les CHU de Lille, Nantes, et Rennes ont préféré lui attacher en plus l'assistance d'un cadre administratif (chef de bureau ou adjoint des cadres)<sup>3</sup>.

#### 3.3- Contenus étendus et contours repoussés de la délégation de gestion

Les délégations de gestion ordinairement pratiquées par les établissements publics de santé recouvrent partiellement le champ des dépenses de groupes 1, 2 et 3. Elles vont parfois au-delà.

#### ❖ *La gestion du personnel*

Sans contre-indication juridique sont couramment confiés aux responsables des niveaux déconcentrés : l'organisation du travail, la définition et la répartition des tâches au

---

<sup>1</sup> Sur la question de la motivation à assumer des missions de responsables gestionnaires de centres de responsabilité, lire DUCROCQ, C. *Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers*, Berger-Levrault, 1990, chapitre 2, p 51.

<sup>2</sup> BRAS, J.C. *L'organisation interne de l'hôpital en pôles, à partir de l'expérience de contractualisation interne du CHU de Nantes*, mémoire ENSP, décembre 1998.

<sup>3</sup> La question de l'association d'un directeur d'hôpital au binôme cadre soignant/médecin est posée en annexe 6.

sein de l'entité de gestion ; l'évaluation et les propositions de notation des agents ; la répartition des éléments variables de la paye relevant d'une politique définie par l'établissement (notamment la prime de service) ; le contrôle de présence, la gestion des heures supplémentaires, la gestion des congés annuels ou exceptionnels ; la gestion des crédits de formation continue ; voire la gestion des crédits d'intérim et des mensualités de remplacement<sup>1</sup> ; voire la gestion des vacances médicales<sup>2</sup>.

Pour les quelques domaines qui, réglementairement, ne sauraient faire l'objet d'aucune délégation (pouvoir disciplinaire, recrutement, avancement), des hôpitaux ont progressé dans la voie de la participation : si les décisions sont certes maintenues au niveau central, la concertation aboutit dans les faits au partage de gestion. S'agissant des recrutements, le centre hospitalier d'Argenteuil pousse d'ailleurs cette logique de participation à son maximum<sup>3</sup>.

#### ❖ *La gestion des achats (groupes 2 et 3)*

Contraints au respect des procédures et des seuils prescrits par le Code des Marchés publics et attaché à la cohérence globale de leur politique, les hôpitaux publics introduisent habituellement un filtrage, plus ou moins sophistiqué, dans la délégation des achats : si les entités de gestion déconcentrées se voient reconnaître la faculté de décider de l'opportunité de l'achat, elles ne peuvent y procéder que dans les limites de l'enveloppe qui leur est allouée, qu'auprès du pôle logistique, et quelquefois uniquement sur une liste prédéfinie<sup>4</sup>. Dans tous les cas, le choix de l'attributaire du marché est une décision qui relève du niveau central.

#### ❖ *La libre disposition des moyens*

A un degré avancé de délégation de gestion, quelques établissements laissent à leurs unités de gestion décentralisées toute latitude pour disposer, comme elles l'entendent, des moyens - physiques ou financiers - qui leur sont affectés. Au CHU de Rennes, par exemple, les centres de responsabilité bénéficient de l'application d'un principe dit de fongibilité, qui leur permet d'utiliser intégralement les crédits qui leur sont alloués, sans tenir compte de leur rattachement initial à un groupe de dépenses<sup>5</sup> ; la seule obligation demeure dans le respect de l'enveloppe globale<sup>6</sup>. Les pôles nantais et les cliniques lilloises s'orienteraient vers une semblable autonomisation qui, cette fois-ci, intéresse des moyens physiques<sup>7</sup> : capacité de décider du redéploiement et du mode d'hospitalisation des lits pour

---

<sup>1</sup> A titre d'illustration, les centres de responsabilité de l'hôpital d'Argenteuil supportent sur leur budget propre les éventuelles allocations de perte d'emploi versées aux agents du service à l'issue d'une période de remplacement. Cf CATELAND, R. *L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement*. Mémoire ENSP, décembre 1999.

<sup>2</sup> Les pôles nantais, comme les centres de responsabilité rennais, se voient attribuer un budget correspondant à l'intégralité des dépenses de personnels médical et non médical, titulaires et contractuels, indiqués au tableau des emplois et officiant dans leur périmètre. S'agissant du personnel non médical, ces dépenses sont évaluées sur la base d'un coût moyen et harmonisé par grade sur tout le CHU ; le personnel médical, quant à lui, est budgétisé à hauteur de sa valeur réelle, modulée pour tenir compte des éventuelles bi-appartenances PU-PH.

<sup>3</sup> Les responsables des centres de responsabilité de cet établissement, intronisés gestionnaires complets de leurs effectifs, décident seuls de l'opportunité du recrutement ou du remplacement. Le directeur des ressources humaines est investi, quant à lui, d'un double rôle : celui d'expert conseiller en remplacements et recrutements ; celui de contrôleur du respect de l'équilibre financier des centres de responsabilité demandeurs. Il conserve en outre la dimension administrative de sa fonction : il lui revient de passer les annonces de recrutement, de réceptionner et analyser les lettres de candidature, de recevoir les candidats - reçus également par les centres de responsabilité. Au final le directeur recrute, mais ce ne sera pas sans avoir associé les gestionnaires délégués jusqu'aux frontières réglementaires du possible.

<sup>4</sup> Pour les produits à caractère médical (surtout les produits dérivés du sang), les pôles nantais sont astreints à passer commande uniquement sur une liste validée par des comités internes à l'établissement (Comité du Médicament, Comité des Produits sanguins).

<sup>5</sup> HUBERT, J. ; DUBOIS, R. Culture de gestion plus que de redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes. *Gestions hospitalières*, novembre 2000, n° 400, p 671.

<sup>6</sup> Une réserve cependant concerne les dépenses de personnel et particulièrement les crédits de remplacement : les gestionnaires délégataires peuvent certainement décider de leur fongibilité, mais ils doivent solliciter l'autorisation préalable du directeur de l'établissement au cas où cette décision empiéterait sur les dispositions du tableau des emplois ou sur les projets de création/suppression de vacances médicales.

<sup>7</sup> Voir à ce propos l'article de MAURY, F. Médecins et gestionnaires autour d'une nouvelle organisation. *Gestions hospitalières* n°367, juin-juillet 1997, p 414.

les premiers ; faculté d'opérer en interne des ajustements d'activité, d'équipements et d'effectifs pour les seconds.

❖ *Gestion de l'accueil des patients et des prestations hôtelières*

Dégagée par la réflexion, sur la voie de l'expérimentation dans quelques établissements publics de santé, la délégation aux niveaux déconcentrés des missions d'accueil, des prestations hôtelières et de service en général, pourrait bien intéresser l'hôpital de demain. Cette délégation pourrait aller jusqu'à intégrer la gestion de l'admission (et de ses problèmes afférents et corollaires : le service social, le forfait d'hospitalisation, la sortie)<sup>1</sup>, de la qualité et de l'évaluation. Elle pourrait également recouvrir, de façon évidemment partielle, des missions décentralisées de l'hôtellerie comprise dans son acception globale, à savoir le bio-nettoyage, la restauration, la fonction linge, la filière de gestion des déchets<sup>2</sup>. Cette évolution bénéficierait opportunément aux patients.

---

<sup>1</sup> Ce qui permettrait un meilleur recouvrement des recettes ; ce qui supposerait par ailleurs l'éclatement du bureau des entrées.  
<sup>2</sup> CALMON, M. Contractualisation interne et délégation de gestion. *Revue hospitalière de France* ; novembre et décembre 1997, n°6, p 832.

## **ANNEXE 3.3-**

### **LA CONTRACTUALISATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

#### **1- Les options juridiques**

L'article L. 6414-21 du Code de la Santé publique dispose que les directeurs des établissements publics de santé ont la possibilité de recourir à la contractualisation interne. Contrairement aux conclusions d'une première interprétation de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, il s'avère que le contrat interne peut recouvrir bien d'autres objets que la délégation de gestion<sup>1</sup>, notamment - et entre autres - la transposition à l'intérieur de l'établissement des objectifs fixés au contrat externe conclu avec l'ARH.

Démarche parfaitement facultative, la contractualisation interne est aussi un procédé applicable aux relations verticales (entre services et la direction) comme aux relations horizontales (des services entre eux). Elle se conçoit ainsi comme un outil de management et de gestion devant contribuer à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux publics.

#### **2- Les obstacles à la mise en œuvre de la contractualisation interne**

##### **2.1- La valeur juridique du contrat interne**

Le contrat, produit en interne, n'est pas reconnu comme tel par la doctrine et la jurisprudence. Issu de parties relevant d'une personnalité juridique unique, il est plutôt compris comme « un acte unilatéral négocié »<sup>2</sup>. Ce qui pose les questions de la valeur des engagements pris, de la sanction en cas de non réalisation des objectifs<sup>3</sup>, finalement de l'opérationnalité du contrat.

##### **2.2- Une connexion difficile avec l'environnement externe**

❖ *Des injonctions temporelles paradoxales* : le contrat interne doit impérativement se plier au rythme de l'annualité budgétaire<sup>4</sup> tout en déclinant parfois les objectifs du contrat externe d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH pour un horizon de cinq ans. Ce qui nécessite l'intégration des contrats internes dans une programmation pluriannuelle établie pour tout l'établissement ; ce qui, d'une part, exclura de fait les services non concernés par les priorités de l'ARH ; ce qui, d'autre part, suppose un phasage annuel dénué de sens pour les services intéressés par le contenu du projet quinquennal de la tutelle régionale. Dans les deux cas, le paradoxe temporel est démobilisant<sup>5</sup>.

❖ *Le poids de la contrainte externe dans l'équilibre du contrat interne* : dans la réalisation des engagements qu'elle prend en termes de moyens vis-à-vis des centres de responsabilité, la direction contractante est tributaire d'une part du caractère restreint de l'enveloppe budgétaire allouée à l'établissement, et d'autre part de l'exécution du contrat

---

<sup>1</sup> L'article 9 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière a pu laisser croire un temps que la contractualisation interne avait pour objet essentiel, sinon exclusif, la délégation de gestion : les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur après signature d'un contrat négocié. Mais une lecture plus attentive de cette même ordonnance, du décret du 26 mars 1992 (qui, en instituant le conseil de service, lie la contractualisation interne à l'impératif de participation des personnels), complétée d'une analyse de la circulaire du 21 avril 1997 (qui renforce l'attractivité du procédé contractuel en réactivant le centre de responsabilité) corrige vite cette première interprétation : la délégation n'est qu'une « des formes que peut revêtir la contractualisation interne » ; la contractualisation interne peut donc avoir un tout autre objet.

<sup>2</sup> Voir à ce sujet l'analyse de J. HARDY dans Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996, *Droit Social*, novembre 1997, n° 11, p 949.

<sup>3</sup> Comment conférer un autre poids à ce « contrat » que celui - encore discutable - d'engagement moral, sachant que sa non réalisation ne peut que fort difficilement être sanctionnée ? Le juge, en effet, refuse en tout état de cause d'intervenir pour garantir l'effectivité des dispositions du contrat interne, quelle que soit la partie défaillante - l'unité opérationnelle ou la direction de l'établissement -, au motif qu'on ne peut requérir une sanction contre soi-même.

<sup>4</sup> La circulaire du 13 janvier 1997 rappelle en effet que les contrats internes aux établissements publics de santé ne peuvent remettre en cause le principe juridique essentiel de l'annualité budgétaire.

<sup>5</sup> CALMON, M. Contractualisation interne et délégation de gestion, *Revue hospitalière de France*, novembre et décembre 1997, n°6, p 832.

d'objectifs et de moyens passé avec l'ARH : elle contracte sans pouvoir garantir, compromettant ainsi la crédibilité du contrat, donc son efficacité.

### 2.3- Une maîtrise déficiente de l'environnement interne

❖ *Des fonctionnements tiers inadéquats* : la bonne volonté des cocontractants ne suffirait pas à la réalisation de leurs engagements réciproques si, d'aventure, elle devait se heurter, dans l'établissement, au fonctionnement parasite d'un service, certes tiers au contrat, mais inférant au quotidien dans les champs d'activité concernés par le contrat<sup>1</sup>.

❖ *Le défaut d'information significative* : le réalisme des objectifs consignés au contrat interne, ainsi que la pertinence de leur évaluation, reposent sur la production et l'exploitation d'une information fiable sur l'activité des services<sup>2</sup>. Or, faute de système informatique performant, et/ou faute de capacité suffisante d'analyse de gestion, les établissements publics de santé ne disposent pas toujours des indispensables données, ni n'en tirent parti comme il conviendrait.

## **3- Les solutions pragmatiques**

La contractualisation interne, comme elle est développée par quelques établissements publics de santé, recouvre différents objets et repose sur trois résolutions méthodologiques.

### 3.1- Les quatre objets des contrats internes à l'hôpital public

Loin d'être étanches et exclusifs les uns des autres, ces objets peuvent se cumuler au sein d'un seul contrat. Le CHU de Lille illustre parfaitement cette possibilité de cumul.

❖ *L'internalisation d'objectifs externes* : outil de transposition, le contrat interne peut viser à la déclinaison et à la réalisation, au sein de l'organisation, des objectifs assignés en externe à l'établissement par le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH. Ce type de contractualisation se rencontre fréquemment dans les hôpitaux, par exemple dans les CHU de Lille, Nantes, Rennes et Angers.

❖ *Le « mandat de gestion »*<sup>3</sup> : conformément à sa vocation supposée première, le contrat interne peut avoir pour objet les délégations de gestion consenties par le directeur de l'établissement au responsable d'une entité déconcentrée. Dans ce cas, ce contrat définit, parfois de façon très sophistiquée - comme au CHU de Lille<sup>4</sup> -, les engagements réciproques du délégant et du délégataire en termes d'objectifs et de moyens ; il détermine aussi les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats de la gestion et les conséquences en cas d'inexécution du contrat<sup>5</sup>.

❖ *Le contrat cible ou d'expression d'objectifs libres* : quelques contrats sont signés au sein des établissements pour engager les équipes opérationnelles, vis-à-vis de la direction, sur des objectifs qu'elles auront librement déterminés. Ces objectifs sont issus des perspectives d'évolution et des projets d'activité mûris par toute une communauté d'agents pour leur service, leur pôle, leur clinique, leur centre de responsabilité ou autre. Les hôpitaux

---

<sup>1</sup> Un service tiers au contrat mais prestataire d'un des contractants pourrait, par exemple, ne pas rentrer dans le schéma de relations client/fournisseur adéquat et nécessaire à la réalisation d'un objectif du contrat.

<sup>2</sup>BRAS, J.C. La Double dimension de la contractualisation interne, *Gestions Hospitalières*, avril 1999, page 253.

<sup>3</sup> PELJAK, D. Le management de subsidiarité au service des hôpitaux, *Gestions hospitalières* ; juin-juillet 1997, n°367, p 422.

<sup>4</sup> Voir à ce propos le contenu particulièrement précis des contrats mis en œuvre par le CHU de Lille, dans l'article de CAILLET, R. ; CARON, D. ; HACHE, M.C. ; ALBERTONE, M. Contrats internes : l'expérience du CHRU de Lille. *Gestions hospitalières*, octobre 1999. Cahier de gestions hospitalières n°156, p 599.

<sup>5</sup> Dispositions prescrites par l'article L. 6414-21 du Code de la Santé publique, s'agissant des centres de responsabilité et des délégations de gestion dont ils peuvent bénéficier.

de Lille et de Béziers offrent ainsi un espace conséquent à l'initiative des équipes, à l'autonomisation de leur réflexion et, partant, encouragent leur responsabilisation.

❖ *La régulation des relations entre services* : la formalisation, dans la tonalité d'un rapport client/fournisseur, des modes de coordination entre services et d'articulation de leurs activités sur des segments complémentaires, peut être aussi au cœur de la contractualisation interne<sup>1</sup>. Ainsi les « conventions de prestation » du CHU de Lille lient les services logistiques (restauration, lingerie, maintenance) et médico-technique (laboratoire, imagerie, explorations fonctionnelles) aux services cliniques, dans une procédure formalisée et sur la base d'un prix de cession interne, destiné à traduire sur un plan économique et comptable les flux de prestations. Le CHU de Nantes, également, contractualise les relations de ses pôles cliniques avec ses pôles médico-techniques. La formalisation opérée au CH de Béziers concerne, quant à elle, tous les services de l'établissement (cliniques, logistiques, administratifs)<sup>2</sup>.

### 3.2- Les résolutions méthodologiques

❖ *La résolution temporelle* : pour donner du sens au contrat interne borné à une durée de vie annuelle, les hôpitaux (notamment le CHU de Nantes et le CH de Dax<sup>3</sup>) érigent clairement le bilan effectué du contrat échu en base de négociation pour l'élaboration du contrat suivant.

❖ *La résolution de persuasion* : pour favoriser l'adhésion des personnels aux objectifs d'un contrat qui s'analyse finalement comme « un acte unilatéral négocié », les établissements publics de santé activent tous les ressorts connus de la motivation : participation active à la détermination desdits objectifs et moyens – et si possible du budget<sup>4</sup> – du centre de responsabilité, mécanismes d'incitation financière (cf Annexe 3.4), formation à la gestion (présentée opportunément comme occasion d'enrichissement professionnel et personnel), sensibilisation à la finalité ultime et philanthropique de la contractualisation interne (c'est-à-dire une prise en charge efficace et respectueuse du patient).

❖ *La résolution informatique et cognitive* : pour assurer un pilotage effectif des contrats internes, beaucoup d'hôpitaux publics veillent au perfectionnement de leur outil informatique (acquisition des logiciels adéquats), à l'exploitation améliorée des informations produites (construction d'indicateurs pertinents et diffusion de tableaux de bord lisibles et significatifs) et au renforcement de leur contrôle de gestion (Annexe 4).

---

<sup>1</sup> Selon les contrats et les habitudes des établissements, les cas de recours aux prestations des uns et des autres services sont déterminés, les modes d'adressage des patients sont explicités, la veille technologique est annoncée comme obligation partagée, les canaux d'information et de communication sont dessinés, le niveau attendu de qualité, de sécurité et de fiabilité est défini...

<sup>2</sup> MARTINEZ, E. La contractualisation interne au CH de Béziers. *Techniques hospitalières*, novembre 1999 ; n° 641, p 13.

<sup>3</sup> MOUSILLAT, V.. *Opportunité et faisabilité d'une déconcentration de la gestion budgétaire au centre hospitalier de Dax*. Mémoire ENSP, décembre 1999.

<sup>4</sup> MOUZILLAT, V. Ibidem. Dans tous les établissements constitutifs du CHU de Toulouse, les budgets sont répartis entre centres de responsabilité à la suite d'un dialogue organisé entre, d'une part, la direction de l'établissement et, d'autre part, chaque coordonnateur de centre de responsabilité.

## **ANNEXE 3.4-**

### **L'INTERESSEMENT DANS LES HOPITAUX PUBLICS**

#### **1- Les options juridiques**

A la suite du rapport ARTHUIS de 1987, préconisant l'extension au secteur public des possibilités d'intéressement autorisées depuis 1986 dans le secteur privé, la loi du 31 juillet 1991 intronise officiellement la démarche facultative d'intéressement dans les hôpitaux publics.

Le Code de la Santé publique<sup>1</sup> dispose en conséquence que les services peuvent profiter des résultats de leur gestion aux conditions qu'une délibération du Conseil d'Administration ait au préalable effectivement tranché des modalités d'une politique d'intéressement, et qu'à ce sujet l'avis de la Commission médicale d'Etablissement ait été sollicité, que le Comité technique d'Etablissement ait été consulté.

Interrogé par la Ministre délégué à la Santé, le Conseil d'Etat a rendu le 21 mars 1995 un avis qui restreint la portée de la loi de 1991 : l'intéressement dans les établissements publics de santé ne peut bénéficier qu'au collectif<sup>2</sup>.

#### **2- Les obstacles à la mise en œuvre de l'intéressement**

Bien qu'encouragée<sup>3</sup> par les conclusions de la mission ESPER<sup>4</sup>, des rapports GODFRAIN, PIQUET et DEVULDER<sup>5</sup>, la mise en œuvre de l'intéressement dans les établissements publics de santé se heurte à plusieurs obstacles.

##### **2.1- Un caractère faiblement incitatif**

L'intéressement à l'hôpital public est une récompense collective apportée à des résultats produits par la somme d'efforts individuels<sup>6</sup>. Parce que la solidarité entre professionnels n'est pas garantie, parce que les comportements clandestins ne sont pas à exclure, la perspective de l'intéressement collectif ne motive pas les agents à s'investir complètement.

##### **2.2- Le défaut de crédibilité budgétaire du dispositif**

Le contexte de maîtrise budgétaire, qui resserre chaque année les dotations des établissements publics de santé, ne permet pas aux agents d'espérer que l'enveloppe dégagée une année pour l'intéressement le soit pareillement, à efforts et montant constants, l'année suivante. La pérennité douteuse du mécanisme peut contribuer à les démobiliser.

---

<sup>1</sup> Articles combinés L. 6143-1, L. 6144-1 et L. 6144-3 du Code de la Santé publique.

<sup>2</sup> Cet avis réfute en effet toute possibilité d'application de l'ordonnance de 1986 aux établissements publics de santé au motif que ces derniers sont obligés au respect du statut particulier de la Fonction publique hospitalière : or la rémunération du fonctionnaire ne peut résulter que d'un texte réglementaire ou être issue d'une autorisation liée au cumul d'emplois (article 20 de la loi du 13 juillet 1983 et article 3.2 du décret-loi du 29 octobre 1936). Le principe d'intéressement individuel, qui abonderait de fait la rémunération de l'agent hospitalier, contreviendrait à ce statut.

<sup>3</sup> Voir à ce sujet l'exposé d'Alexis DUSSOL et Jean ABBAD, Mettre en place une nouvelle gestion des personnels à l'hôpital : l'intéressement, Colloque sur la réforme hospitalière, in l'*EFE*, avril 1996.

<sup>4</sup> Le rapport de Claudine ESPER, en date de 1994, formulait des « Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public », prises en considération dans l'ordonnance de 1996.

<sup>5</sup> Les rapports dits PIQUET (de la Commission pour la modernisation de la gestion hospitalière) et DEVULDER (du Haut Conseil sur la réforme hospitalière) se penchaient sur les possibilités d'une gestion rénovée des hôpitaux et notamment sur les modalités d'intéressement.

<sup>6</sup> « Les performances individuelles doivent être agglomérées pour aboutir à un retour ». THUAL, R. *L'élaboration d'une politique d'intéressement : l'exemple du CHI de Montreuil*. Mémoire, ENSP, décembre 1997.

### 2.3- La nécessité du préalable

Une politique d'intéressement ne peut être introduite au sein d'un hôpital public qu'à la condition de quelques aménagements préalables<sup>1</sup> :

❖ *la définition de budgets déconcentrés en lien avec l'activité* respective des services, sauf à risquer de récompenser injustement la rente (produite par la reconduction historique d'un budget initialement confortable) plutôt que l'effort (consistant à dégager des économies réelles sur un budget déjà ajusté) ;

❖ *l'existence d'un système efficace de recueil, d'exploitation et d'analyse de l'information comptable*, qui permette au bout du compte d'apprécier et de chiffrer avec fiabilité les résultats nets de l'effort ;

❖ *une déconcentration de gestion effective*, laissant aux responsables des marges d'action et d'innovation suffisantes pour corriger des dérapages et/ou générer des économies ;

❖ *une pratique de concertation solide entre la direction et les services* qui nivelle les risques de blocage au moment de la définition des budgets et des modalités de redistribution entre services.

## **3- Les solutions pragmatiques**

Mettre en place une politique d'intéressement a supposé, de la part des équipes de direction qui y recourent aujourd'hui, qu'elles opèrent des choix sur plusieurs points.

### 3.1- Le choix de l'assiette

La plupart des hôpitaux pratiquant l'intéressement fonde celui-ci sur une des trois assiettes réputées classiques : sur les dépenses directes, comme par exemple le CH de Clermont-Ferrand<sup>2</sup> ; sur les recettes subsidiaires, à l'instar notamment du CHU de Nantes<sup>3</sup> ; sur les excédents d'exploitation, choix plus rare car d'une pertinence plus contestable<sup>4</sup>.

Plus marginalement, quelques établissements publics de santé se basent sur une assiette, non plus de résultats quantitatifs, mais d'amélioration qualitative (qualité du service rendu aux patients ou relative à la gestion hospitalière ; amélioration de la prescription ; études des coûts de la non qualité...). Le CH d'Argenteuil<sup>5</sup> compte au nombre de ces établissements novateurs.

### 3.2- le choix du critère déclenchant

Que l'économie réalisée par le centre de responsabilité atteigne le montant-seuil préalablement défini n'est pas condition suffisante pour beaucoup d'établissements. La majorité d'entre eux subordonne en effet le déclenchement du mécanisme d'intéressement au caractère net du gain constaté : le résultat comptable brut est écarté, le gain supposé est réévalué au regard de son impact réel sur d'autres charges de l'établissement et sur les

---

<sup>1</sup> De fait, la logique de construction d'une organisation managériale semble inciter à renvoyer la question de l'intéressement en fin de démarche. Cf à ce propos GUSCHING, J.P. et EXPERT, P. Une démarche de contractualisation interne au CH de Blois, *Gestions hospitalières*, supplément au n° 378, août-septembre 1998, p 570.

<sup>2</sup> ZIANE, G. *L'intéressement : un outil pour faire évoluer les pratiques des acteurs hospitaliers autour de l'amélioration de la qualité des soins*, mémoire, ENSP, 1996.

<sup>3</sup> Les pôles du CHU de Nantes perçoivent un pourcentage des augmentations de produit qu'ils enregistrent sur des postes de groupe 3, notamment les essais cliniques et les actions de formation.

<sup>4</sup> Les résultats d'exploitation ne sont en effet plus garantis dans un contexte de maîtrise budgétaire et de dotation globale ; ils ne sont par ailleurs pas toujours indice d'une gestion rigoureuse, l'excédent pouvant être dégagé sur le groupe 4 plutôt que sur un effort de rationalisation des dépenses de groupe 1, 2 et 3. Le CHU de Montpellier y a par conséquent renoncé.

<sup>5</sup> CATELAND, R. *L'expérience d'une contractualisation interne à l'hôpital d'Argenteuil : de la contrainte budgétaire à l'amélioration du fonctionnement*. Mémoire, ENSP décembre 1999. Le centre hospitalier d'Argenteuil base en partie sa politique d'intéressement sur des objectifs d'amélioration qualitative définis par contrat. Dès lors que, sur la foi d'une évaluation, les objectifs sont atteints, une somme forfaitaire de 5000 francs est accordée au service méritant.

indicateurs de qualité. A titre d'illustration, le CH de Blois et le CHU de Tours<sup>1</sup> ne procèdent pas autrement.

### 3.3- Le choix de l'aléatoire ou de la systématique

Presque tous les hôpitaux conditionnent le déclenchement à une situation financière globalement excédentaire et soumettent finalement l'effectivité de l'intéressement aux aléas budgétaires et comptables de l'établissement. Plus rares sont ceux qui, systématiquement, comme le font les CHU de Tours et Poitiers<sup>2</sup>, réservent dans leur budget une enveloppe qui sera distribuée aux services en fin d'exercice, quel que soit le résultat, au titre de l'intéressement.

### 3.4- Le choix des bénéficiaires

A la formule « libérale individualiste »<sup>3</sup> - qui répartit l'enveloppe affectée à l'intéressement entre les services au prorata de leurs efforts respectifs<sup>4</sup> - et à la formule « collectiviste » - qui fiscalise tous les excédents de gestion pour les mettre à la disposition exclusive de l'institution -, les hôpitaux publics ont bien souvent opté pour une solution hybride. Le CHU de Lille et le CH de Clermond-Ferrand, par exemple, partagent ainsi en deux les crédits d'intéressement : une moitié est distribuée entre services ; l'autre moitié revient à l'établissement.

### 3.5- Le choix de l'utilisation des crédits d'intéressement

Les crédits qui reviennent à l'institution sont généralement utilisés par les hôpitaux publics pour financer des actions transversales, symboliques et qui, en définitive, profitent à tous dans l'organisation (arbre de Noël, signalisation,...).

L'utilisation des sommes d'intéressement par les centres de responsabilité - reconnus bénéficiaires - s'avère plus problématique. En tout état de cause, ces crédits ne doivent pas servir à des acquisitions malvenues, c'est-à-dire générant un supplément de coûts de fonctionnement ou de charges indirectes que l'entité gestionnaire déconcentrée ne pourrait pas assumer seule et qui incomberait de fait à l'établissement. La plupart des hôpitaux y veillent et posent pour principe que les sommes dégagées doivent être consacrées, par les centres de responsabilité, à la réalisation des objectifs fixés à leur contrat. Ils trouvent parfois des utilisations plus originales : l'établissement Roger Salengro, constitutif du CHU de Lille, a choisi de recycler les gains d'intéressement en mensualités de remplacement mises à disposition des services économes l'année suivante.

### 3.6- Le choix de l'intéressement négatif

Dans la majeure partie des hôpitaux, la question de l'intéressement négatif est neutralisée, faute de consensus<sup>5</sup>. Le CH d'Argenteuil a quant à lui osé : en cas de résultat comptable négatif constaté une année, le budget du centre de responsabilité défaillant est diminué l'année suivante du montant du dépassement ; en cas d'un second dépassement, consécutif et injustifié, c'est-à-dire ne résultant pas des circonstances exceptionnelles mentionnées au contrat, le contrat est résilié de plein droit. Le résultat comptable est apprécié hors considération d'activité ; les évolutions de l'activité ne fondent pas la circonstance exceptionnelle.

---

<sup>1</sup> Pour appréhender plus précisément les modes de calcul adoptés par le CHU de Tours, cf LAMY, A. *L'intéressement au CHRU de Tours : quelles possibilités d'évolution ?* Mémoire, ENSP, décembre 1996.

<sup>2</sup> ZIANE, G. *L'intéressement : un outil pour faire évoluer les pratiques des acteurs hospitaliers autour de l'amélioration de la qualité des soins*, déjà cité.

<sup>3</sup> YOU, V. *La subsidiarité à l'Hôpital ? Réflexion pour la mise en œuvre des procédures de contractualisation interne au CH Guillaume Régnier*, déjà cité.

<sup>4</sup> La nécessité d'une clé ou d'une instance légitime de répartition se fait ici sentir ; le CHU de Montpellier a pris le parti de confier à la Commission Médicale d'Etablissement la mission de partager les crédits entre équipes opérationnelles, en fonction de leurs résultats. J-P. SEGADE émet quant à lui l'idée qu'un collègue médico-administratif effectue la redistribution entre services sur des critères de qualité (taux d'infections nosocomiales, délais d'attente ...).

<sup>5</sup> GUSCHING, J.P ; EXPERT, P. Une démarche de contractualisation interne au CH de Blois. *Gestions hospitalières*, supplément au n° 378, août-septembre 1998, p 570.

## **ANNEXE 4 –**

### **LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET MANAGERIAL : OUTILS, MOYENS, STRUCTURES ET AUTRES COROLLAIRES NECESSAIRES**

#### **1- Un système informatique performant**

La performance du système informatique est un préalable indispensable aux opérations de déconcentration et délégalation de gestion<sup>1</sup>.

Dans le cadre de la réorganisation managériale, la performance informatique s'apprécie au regard de l'unicité et l'homogénéité du réseau et des applications utilisées dans tout l'établissement ; à l'aune de la clarté, la convivialité et l'intelligibilité des logiciels, seules armes connues contre les erreurs de codage et de saisie dommageables à la validité des données ; au potentiel de réactivité du système, à sa capacité à traiter et diffuser rapidement les informations ; et enfin à la pertinence du contenu des applications, qui doivent être susceptibles de donner assez de signification à des bases de données médico-économiques pour les rendre exploitables dans une perspective de gestion.

#### **2- Les instruments, outils et structures de gestion interne**

Pour réussir dans son entreprise de déconcentration managériale, un établissement public de santé a plus qu'avantage à renforcer, sinon perfectionner, sa pratique du contrôle de gestion, c'est-à-dire à lui conférer la dimension de maîtrise plutôt que de suivi.

Ce qui implique premièrement que l'établissement développe des indicateurs pertinents, autant indispensables à la lisibilité des évolutions d'activité qu'à leur évaluation, et qu'il consigne ensuite ces indicateurs dans des tableaux de bord conçus pour être clairs et intelligibles.

Ce qui nécessite peut-être aussi que l'établissement travaille, comme l'hôpital de Blois<sup>2</sup> notamment, à l'exploration des possibilités offertes par l'utilisation des données du PMSI en gestion interne<sup>3</sup> ou, à l'instar du Centre hospitalier d'Argenteuil, à l'appropriation des méthodes ABM et ABC<sup>4</sup>.

Ce qui suppose également que la direction de l'établissement sache insuffler à ses personnels, sinon le goût, du moins la conscience d'avoir à accomplir l'évaluation, l'analyse et la correction des écarts. A cet effet, les hôpitaux de Lille et de Rennes, exemples parmi beaucoup d'autres, organisent régulièrement des réunions entre les responsables de l'entité gestionnaire et la direction : les évolutions observées y sont débattues, les facteurs de dérive éventuelle analysés et les mesures correctives à entreprendre déterminées.

Ce qui l'invite enfin à réviser le positionnement du contrôle de gestion dans l'organigramme<sup>5</sup> et aussi à enrichir l'établissement de nouvelles compétences en la matière : le recrutement et/ou la formation de contrôleurs de gestion au sein de l'hôpital public s'imposent en effet...

---

<sup>1</sup> HECKETSWEILER, Ph. Un système d'information performant, moyen indispensable de mise en œuvre des ordonnances , *Technologies Santé*, septembre 1997, n° 30, p 92.

<sup>2</sup> Voir sur ces questions de l'outil PMSI utilisé en interne : MOURIER, A. Du budget de service à la contractualisation interne, *Gestions hospitalières*, octobre 1999, p 571. Et encore GUSCHING, J.P et EXPERT, P. Le PMSI et le management des établissements publics de santé : PMSI et gestion financière, *Revue hospitalière de France*, juillet-août 2001, n°481, p24. Voir aussi VINOT, D., chercheur au GRAPHOS : De l'usage interne des points ISA : pertinence locale ou cohérence globale, *Gestions hospitalières*, octobre 1998, n° 379, p 634. Voir également LESTEVEN, P. et TARDIF, L. : Le PMSI dans la gestion des établissements publics de santé : PMSI et projet médical ; *Revue hospitalière de France*, juillet-août 2001, n°481, p15-27.

<sup>3</sup> La circulaire du 22 mai 1995, du Ministère de la Santé, encourage d'ailleurs à l'utilisation de l'outil PMSI sur un plan interne à l'hôpital public, et au développement de la comptabilité analytique.

<sup>4</sup> ABC, soit Activity Based Costing, autrement dit analyse des coûts par activité ; et ABM, Activity Based Management, c'est-à-dire management par activité.

<sup>5</sup> A propos du perfectionnement nécessaire du contrôle de gestion : ROMAN, N. Contrôle de gestion et budget de service *Gestions hospitalières* juin/juillet 1997, cahier n° 139, p 449 ; et encore MARIN, Ph. Hôpital public : à l'aube d'une nouvelle gestion, *Gestions hospitalières*, octobre 1996, p 598.

### 3- Les moyens humains : la compétence gestionnaire

Etre gestionnaire ne s'improvise pas. Les personnels, médecins ou soignants, promus responsables d'une entité de gestion déconcentrée, s'acquitteront difficilement des missions déléguées s'ils ne sont pas munis des compétences nécessaires en la matière.

A défaut de pouvoir déployer librement les compétences au sein de l'organisation, - la promotion aux postes de responsabilité résultant bien souvent à l'hôpital public d'une tradition de prime à l'ancienneté et au grade s'agissant des cadres soignants (l'âge coïncidant naturellement avec l'avancement), et de la déférence due au praticien ayant accompli une belle carrière médicale, s'agissant des médecins - ; à défaut de pouvoir complètement transposer aux établissements publics de santé français la logique mise en œuvre par les hôpitaux de Londres et d'Ottawa<sup>1</sup> - ceux-ci ont en effet pris le parti d'introniser gestionnaire d'une entité déconcentrée l'agent le plus compétent en matière de gestion, ce indifféremment de sa profession - ; il convient dans les hôpitaux décentralisateurs de conduire les actions susceptibles de faire évoluer les compétences dans le sens convenu : en recrutant ou bien en formant<sup>2</sup> ou encore en recourant en interne à la bourse des emplois vacants afin de développer une certaine forme de polyvalence et favoriser ainsi, et incidemment, l'acquisition d'une connaissance managériale et gestionnaire par quelques agents.

### 4- Les corollaires

Opérations de regroupement de services, de délégation de gestion, de contractualisation, d'intéressement participent toutes, en interaction, de l'organisation managériale. Dans les faits, même quand elles ne sont pas explicitement établies en droit, des connexions apparaissent toujours à terme entre ces quatre objectifs, les uns générant les autres et réciproquement.

A titre d'illustration, la corrélation contractualisation/délégation de gestion n'a à première vue aucun caractère systématique ; si la liaison est préconisée par les textes, elle n'est pas imposée : les processus de contractualisation et délégation de gestion peuvent être introduits indépendamment l'un de l'autre dans un établissement public de santé, le contrat interne pouvant avoir un tout autre objet que la délégation de gestion et la délégation pouvant s'organiser autrement que par contrat négocié. En réalité, il s'avère très vite que la pratique de l'une appelle l'introduction de l'autre : la délégation de gestion réclame rapidement une formalisation pour être plus efficace ; et surtout les contrats conçus dans une toute autre optique que la délégation aboutissent généralement à un mandat de gestion. Les expériences des CHU de Rennes et d'Angers sont à cet égard très probantes<sup>3</sup>.

En définitive, pour s'implanter efficacement, le projet managérial doit être prévoyant : au-delà des modalités de réalisation de l'objectif initial, il doit envisager aussi les possibles aboutissants de ce dernier afin de mieux anticiper les moyens nouveaux à déployer.

---

<sup>1</sup> Voir in *Gestions hospitalières*, avril 1999, p 240, les quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger

<sup>2</sup> RYMER, P. ; LACHEZE-PASQUET, P. et ROULEAU, Ph. *Le Management hospitalier pour le praticien* ; Masson, Paris 1997, chapitre relatif à La formation des médecins à la gestion, p 224.

<sup>3</sup> HUBERT, J. Culture de gestion plus que de redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes, *Gestions hospitalières*, novembre 2000, n° 400, p 671.

## **ANNEXE 5-**

### **DES QUESTIONS TOUJOURS EN SUSPENS**

Si l'analyse des expérimentations conduites par les établissements publics de santé dessine un éventail des solutions possibles en matière de gestion managériale, la complexité hospitalière est telle que de nombreuses questions restent encore aujourd'hui sans réponse certaine, définitive et universelle.

#### **1. Quel est le bon dépositaire d'une délégation de gestion ?**

Les difficultés rencontrées par les responsables des départements de la Clinique des Eaux Claires soulevaient déjà ces questions : peut-on confier la responsabilité de la gestion déléguée à un seul médecin ? A quel médecin ? Quelle mesure d'assistance faut-il prévoir pour que cette délégation se passe au mieux et avec efficacité ? Vaut-il mieux effectivement, comme le font les établissements publics expérimentateurs, introniser une association de professionnels doués de compétences complémentaires à la tête de la structure nouvelle de gestion ? Dans ce cas, comment assurer une collaboration réelle entre médecin-chef et cadre-soignant associés dans cette mission de cogestion ? Comment garantir une relation professionnelle sereine entre eux quand le schéma de partage officiel des rôles contrevient au schéma de répartition réelle des compétences (la responsabilité étant reconnue - par les textes et aussi par les contrats de délégation - au médecin ; la compétence gestionnaire se trouvant en vérité du côté du cadre-soignant).

Quels critères choisir pour la désignation des responsables ? La déférence due au grade ou au niveau de qualification doit-elle l'emporter sur l'exigence de compétences gestionnaires appropriées ? Les responsables peuvent-ils être exonérés de toute formation (effectuée ou à accomplir) en matière managériale et comptable ?

#### **2. Quels sont les domaines et le degré souhaitables de délégation de gestion ?**

Quels domaines de gestion gagneraient véritablement en efficience à être rapprochés du terrain ? Le budget, l'activité, les ressources humaines peuvent-ils être régulés de façon satisfaisante au niveau de la structure déconcentrée ? Plus exactement, jusqu'à quel point la décentralisation de gestion en ces domaines est-elle envisageable sans risquer de compromettre la cohérence d'ensemble et les exigences d'unicité de l'établissement public de santé ?

#### **3. Comment découper avec cohérence et sans balkaniser ?**

Quel découpage adopter de l'organisation hospitalière qui soit susceptible d'emporter l'adhésion des agents et de provoquer en eux un phénomène identitaire à l'égard de l'entité nouvelle ?

Comment redécouper sans générer de nouveaux cloisonnements ? Comment éviter la balkanisation de l'établissement de santé tout en instituant par ailleurs des départements (ou d'autres structures) encouragés à la responsabilisation, à l'autonomisation, à l'auto-gestion ? Les instances transversales et les groupes de travail internes à l'organisation suffisent-ils à annihiler le risque ?

#### **4. Sur quels outils budgétaires s'appuyer ?**

Comment procéder pour allouer un budget à chaque unité de gestion déconcentrée qui corresponde à ses perspectives d'activité ? Comment arbitrer entre les prétentions de ces unités ? Pour quelle clé de répartition opter afin d'assurer un partage efficace de l'enveloppe globale allouée à l'établissement ? Pour quelle clé se déterminer qui soit assez légitime pour ne susciter que peu de contestation de la part des responsables ? Le PMSI peut-il être utilisé en interne avec efficacité ? Auquel cas, quelle place accorder au Département d'Information Médicale (DIM) dans cette mission d'importance ?

Quels outils de suivi de gestion inventer ou développer pour que les responsables de la gestion déconcentrée puissent assurer un véritable suivi de leur budget ? Quels indicateurs définir qui soient les plus pertinents ?

#### **5. Comment gagner les agents à la cause de la nouvelle organisation managériale ?**

Quels moyens se donner pour que les agents acceptent de s'investir, sans jamais se décourager, dans une fonction de responsabilité renforcée ? L'implication peut-elle se passer de contrepartie ? Quelle serait la forme la plus probante de cette éventuelle contrepartie : parfaitement tangible ou simplement symbolique ? L'intéressement collectif peut-il suffire ? L'intéressement positif est-il opérant si ne lui sont pas adjoints des mécanismes de sanction en cas de non réalisation des objectifs ? Peut-on envisager sans dommage l'intéressement négatif ?

#### **6. Comment faire cohabiter des fonctions nouvelles avec des métiers traditionnels ?**

Existe-t-il une antinomie entre les fonctions praticiennes (soignantes et surtout médicales) et les fonctions de gestionnaire ? Un médecin peut-il et doit-il toujours exercer sa médecine quand il est intronisé responsable d'une structure de gestion déconcentrée ? Peut-on être cadre-manager sans se couper du terrain et de la pratique ? Est-il utile de pratiquer pour être un bon gestionnaire, c'est-à-dire conscient des contraintes rencontrées au quotidien sur le terrain ?

Quels espaces d'action laissent la déconcentration et la délégation de gestion à l'équipe de direction ? Où se situent désormais les fonctions d'un directeur d'établissement de santé ?

Convient-il de réorganiser, de « départementaliser », sans réviser et redéfinir parallèlement les missions de chacun ? Comment, généralement, préparer les personnels aux évolutions concernant leur métier ?

Les évaluations - attendues - des organisations managériales mises en place dans les divers établissements publics de santé, sauront-elles, à la lueur d'une comparaison des avantages et inconvénients respectifs des solutions expérimentées, faire émerger des réponses à ces questions qui soient définitives et valables en tout lieu ?

## **ANNEXE 6 -**

### **LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE L'EQUIPE DE DIRECTION ET DU METIER DE DIRECTEUR D'HOPITAL**

Le processus de réorganisation managériale, particulièrement dans son versant décentralisateur, altère la pertinence de la tradition hiérarchique et pyramidale de la distribution des pouvoirs à l'hôpital : les fonctions de la direction ne sauraient plus se situer ni au sommet ni dans la seule décision ; elles doivent être repensées pour correspondre au nouveau partage des missions de gestion.

#### **1- Deux pistes distinctes**

Ce travail de redéfinition peut s'engager sur deux pistes distinctes :

❖ *Une simple redéfinition des fonctions* - sans modification de la structure unitaire de l'équipe de direction -, de manière à y intégrer les missions d'assistance générale auprès des unités décentralisées, c'est-à-dire de production d'information, de conseil, d'expertise et de contrôle ; de négociation, d'initiative, d'impulsion, de détermination stratégique ; de mise en cohérence des orientations prises au sein de l'établissement et vis-à-vis de l'environnement sanitaire, financier et réglementaire.

❖ *Un éclatement de l'équipe de direction*, conséquemment à la redéfinition des missions, en autant de noyaux que l'établissement compte d'entités délégataires : concrètement, des directeurs sont installés au niveau décentralisé ; un échelon central est conservé pour garantir la cohésion et la logique d'ensemble.

#### **2- Les solutions pragmatiques**

Quelques établissements, optant pour l'une et/ou l'autre de ces deux voies, ont déjà amorcé semblable évolution.

##### **2.1- Le CHU de Nantes**

Le rôle des directeurs a été revisité à propos mais sans révision de l'architecture directionnelle. Les directions fonctionnelles se recentrent sur l'organisation du contrôle a posteriori, sur une fonction d'appel des décisions prises aux niveaux subsidiaires et qui contreviennent aux règles de droit ou génèrent des dysfonctionnements majeurs, sur les missions essentielles de conseil et d'expertise vis-à-vis des pôles, ainsi que celle de production d'information relativement aux activités des unités opérationnelles, sur la préservation de l'entité juridique de l'hôpital et de l'unité de mise en œuvre stratégique.

##### **2.2- Le CHU de Lille**

Une modification de l'organigramme est annoncée et ne devrait pas tarder à se traduire dans les faits, en dépit des réticences relevées parmi les partenaires sociaux et l'encadrement. L'équipe de direction est sur le point d'être dédoublée entre :

❖ *Les directeurs de groupe hospitalier* : ils assumeront deux types de fonctions non individualisées : celles de directeur délégué chargé d'assurer l'interface stratégique entre équipes cliniques et conseil de direction ; et celles de directeur hôtelier responsable de l'accueil de la clientèle et de la démarche qualité. Au final, cette direction générique de groupe hospitalier travaillerait en liaison permanente avec les coordinateurs médicaux, se poserait comme interlocuteur unique des cliniques pour les questions stratégiques, jouerait auprès d'elles le rôle d'assistance et de conseil, pratiquerait des audits et le contrôle de la mise en œuvre des contrats et cahiers des charges. Les directeurs de groupe hospitalier pourraient d'autant mieux se consacrer à leur nouveau rôle qu'ils seraient déchargés par

ailleurs des fonctions logistiques traditionnelles ; celles-ci seraient confiées à des « responsables de fonction ».

❖ *Les directeurs fonctionnels* : ils veilleraient à la production des prestations de services logistiques et gestionnaires, ainsi qu'à l'élaboration des procédures participant de la régulation institutionnelle. Ils interviendraient auprès des groupes hospitaliers, dans le cadre d'une démarche client/fournisseur, sur la base d'un cahier des charges négocié avec chaque clinique et intégré dans un contrat de services interne. Ils bénéficieraient de l'assistance de « responsables de fonction », rattachés à leur direction, lesquels seraient en charge des principales fonctions logistiques liées à un site (entretien, sécurité, maintenance, transport).

Parallèlement, au niveau de l'entité juridique du CHU, serait constitué un « conseil de direction ». Celui-ci comprendrait le directeur général, les membres du bureau de la Commission médicale d'Établissement, le Directeur du Service de Soins infirmiers, les directeurs délégués, ainsi que le doyen de la faculté de médecine au cas éventuel où des questions d'ordre universitaire seraient abordées. Ce conseil de direction devrait permettre de développer une vision partagée des choix stratégiques et de fonder des règles d'action et de pilotage communes.

### 2.3- Le CHU de Rennes

Quelques unes des *directions fonctionnelles*, comme elles sont traditionnellement identifiées, sont *fusionnées* (la Direction des Services économiques et la Direction de la Logistique, réunies en une Filière des Logistiques médicales et hôtelières ; la Direction des Affaires financières s'adjoignant la cellule de contrôle de gestion) ou sur le point de l'être (la Direction des Affaires médicales et la Direction du Personnel au sein d'une grande Direction des Ressources humaines). Ces nouvelles directions se voient assigner la mission modernisée de cohérence : conseil et expertise auprès des centres de responsabilité, production de normes et de procédures pour l'ensemble de l'établissement.

Par ailleurs les directeurs d'établissement sont devenus « *directeurs de coordination* », en charge auprès des unités décentralisées de représentation, d'arbitrage en cas de désaccord interne, de négociation et de suivi des contrats. Pour s'acquitter de leurs missions, ils sont assistés d'un *correspondant* (un chef de bureau ou un adjoint des cadres) et sont exonérés des charges logistiques et administratives traditionnelles (travaux, ateliers, bureau du personnel) recentralisées au niveau du CHU.

### 2.4- Le CH de Lagny-Marne la Vallée<sup>1</sup>

L'équipe de direction est complètement repositionnée par rapport aux unités de soins : une *codirection de pôle*, associant un directeur fonctionnel à un médecin responsable, est en effet expérimentée. La nouvelle mission du Directeur d'hôpital est ainsi située au niveau d'action des entités déconcentrées.

Des perspectives inédites s'ouvrent donc au métier de Directeur d'hôpital. Cette révolution accomplit la prédiction de Claudine ESPER, comme elle l'a consignée dans son rapport : « Une équipe de direction différente verra probablement le jour à l'avenir, amenée à se répartir dans les différents centres de responsabilité... ». Cette révolution est celle d'une profession enrichie par une liaison établie, resserrée et améliorée avec les professions médicales et soignantes.

---

<sup>1</sup> BARRET, L. *Pour une participation des unités de soins à la gestion : la déconcentration budgétaire au CH de Lagny-Marne la Vallée*. Mémoire ENSP, décembre 1996.