



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2005

**L'hôpital organisé en pôles médicaux,
l'apprentissage de la
« nouvelle gouvernance » :
L'expérience du
Centre Hospitalier Universitaire de Dijon**

Yann LEQUET

Remerciements

Mes remerciements iront d'abord à M. Daniel MARIE, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, pour son accueil, ses conseils et sa disponibilité tout au long du stage.

Tous les directeurs-adjoints m'ont aussi beaucoup apporté au cours de ma formation et je les en remercie.

Mme Annie SERVIER, Directeur des Travaux et maître de stage, a suivi jour après jour ma formation de Directeur d'Hôpital. Nos échanges quotidiens, souvent informels, sa connaissance de l'hôpital, son accompagnement au long de ces deux années m'ont permis de découvrir sereinement le terrain hospitalier et de confirmer pleinement mon choix professionnel initial ; qu'elle soit ici vivement remerciée.

Ma reconnaissance va également au corps médical du CHU et notamment au président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Professeur Jean FAIVRE : les échanges avec les praticiens, que ce soit pour ce travail ou pour les dossiers de stage, ont souvent été constructifs, parfois passionnés, mais constamment de qualité. Eux aussi ont contribué, à leur manière, à ma formation de Directeur d'Hôpital.

Je remercie de même tous les professionnels que j'ai rencontrés pour ce mémoire et qui, par leur témoignage, m'ont aidé à comprendre la perception qu'ils avaient de l'organisation en pôles au CHU de Dijon ou leur sentiment sur la « nouvelle gouvernance ».

Merci enfin à Bernard TIREL, enseignant-chercheur à l'École Nationale de la Santé Publique et encadrant mémoire, qui, au cours de nos entretiens, a toujours su me conseiller et répondre à mes questions.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIERE PARTIE : L'HÔPITAL A LA RECHERCHE DU DECLOISONNEMENT, LA PISTE DES PÔLES MEDICAUX.....	5
1.1 LE CŒUR DE L'HOPITAL : UN CLOISONNEMENT REEL, DIFFICILEMENT REMIS EN CAUSE	5
1.1.1 <i>La vie hospitalière : spécialisation et conflits de pouvoir</i>	<i>6</i>
A) L'héritage historique : médecins vs. gestionnaires ?.....	6
a) L'organisation par services : un héritage de la médecine moderne.....	6
b) La confrontation des pouvoirs : une réalité difficile à contourner	8
B) Une organisation qui rend difficile le management et la stratégie	12
a) La prééminence du centre opérationnel.....	12
b) Une prise de décision souvent complexe	13
1.1.2 <i>Des expériences mitigées du dépassement des services à l'idée des pôles médicaux..</i>	<i>14</i>
A) Les réformes de l'organisation interne des années 1980-1990 : des avancées	
difficiles	15
a) L'expérience inachevée des départements et des fédérations.....	15
b) Des outils peu explorés : l'amendement-liberté et la contractualisation interne	17
B) Redonner du souffle : comment décloisonner l'hôpital?	20
a) Quelles analyses théoriques ?.....	20
b) Le constat et les propositions des rapports publics	21
1.2 L'HOPITAL REPENSE POUR PLUS D'EFFICACITE : LA MISE EN PLACE DE POLES MEDICAUX .	
.....	23
1.2.1 <i>L'arme du décloisonnement : la transversalité attendue des pôles médicaux.....</i>	<i>24</i>
A) L'Europe à l'heure des pôles : des solutions diverses pour une efficacité renforcée	24
a) Les HUG : la déconcentration de la gestion	24

b)	Le CHU Rigshospitalet de Copenhague	26
B)	La France à l'heure des pôles : quelques expériences, premiers bilans	29
a)	Le plan « Hôpital 2007 », fer de lance de la nouvelle gouvernance.....	29
b)	Quel bilan pour les premiers pôles ?	31
1.2.2	<i>La mise en place des pôles médicaux au CHU de Dijon : une lente maturation.....</i>	34
A)	Des idées, des hommes, un contexte	34
a)	Du projet d'établissement 1994 à la fédération de biologie	35
b)	Le Projet d'établissement 2000-2004 : de nouveaux acteurs	36
B)	Tous derrière un projet : Bocage Central.....	38
a)	L'idée du regroupement physique des pôles	38
b)	Un premier travail efficace en pôles.....	39

2 DEUXIEME PARTIE : LES POLES DIJONNAIS, UN BILAN CONTRASTE QUI NECESSITE DES EVOLUTIONS DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE RENOVEE 41

2.1	UN BILAN AUJOURD'HUI CONTRASTE.....	41
2.1.1	<i>Une réorganisation interne inachevée ?.....</i>	41
A)	Une organisation « multiprofessionnelle ».....	41
a)	3 métiers pour un pôle : la collaboration médecin / Cadre Supérieur de Santé / Directeur.....	41
b)	Une rénovation du positionnement des acteurs	43
B)	Une organisation encore en maturation	46
a)	Une organisation entrée dans les mœurs.....	46
b)	Des modalités de pilotage encore confuses.....	48
2.1.2	<i>Des avancées réelles mais des critiques persistantes.....</i>	51
A)	Des avancées réelles dans des domaines variés.....	52
a)	Gestion du personnel et harmonisation des pratiques.....	52
b)	La mutualisation des équipements et des matériels : une rationalité renforcée.....	53

B)	Une organisation encore « entre-deux eaux ».....	54
a)	Un changement de management qui tarde à venir	54
b)	Pas encore de projets structurants	56
2.2	PROPOSITIONS POUR DES EVOLUTIONS DANS LE CADRE D'UNE LEGISLATION RENOVEE .	57
2.2.1	<i>Les dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 et ses conséquences sur l'organisation dijonnaise.....</i>	57
A)	La réorganisation de l'hôpital public dans l'ordonnance simplifiant le régime juridique des établissements de santé	57
a)	Un hôpital repensé sur la base des pôles d'activité	57
b)	Contractualisation et démocratie internes	59
B)	Les adaptations nécessaires des pôles médicaux dijonnais	62
a)	Regards croisés sur l'ordonnance.....	62
b)	Quelles évolutions prévisibles ?.....	64
2.2.2	<i>D'un changement nécessaire à un management rénové.....</i>	66
A)	Mener la déconcentration à son terme	67
a)	Quelles délégations de gestion ?	67
b)	Responsabiliser les coordonnateurs de pôles.....	69
B)	La nécessité d'axer le pôle davantage sur la stratégie	71
a)	Une réflexion nécessaire dans le cadre du nouveau projet d'établissement.....	71
b)	Un contrat de pôle stratégique	73
	CONCLUSION.....	77
	BIBLIOGRAPHIE.....	79
	LISTE DES ANNEXES.....	85

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA	Conseil d'Administration
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CR	Centre de Responsabilité
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DG	Directeur Général
DH	Directeur d'Hôpital
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
EPS	Etablissement Public de Santé
HU	Hospitalo-Universitaire
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
PH	Praticien Hospitalier
T2A	Tarifcation A l'Activité
UF	Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

« Nous considérons, en effet, qu'il existe peu d'organismes où l'exercice de l'autorité est aussi difficile qu'à l'hôpital public et où les règles hiérarchiques sont aussi indéfinissables. L'hôpital c'est un peu le lieu où tout le monde commande. Nous ne voudrions pas devoir ajouter, dans certains cas, le lieu où personne n'obéit »¹. Cette réflexion issue des Assises de l'Hospitalisation Publique de 1969 montre que la question de l'organisation des pouvoirs à l'hôpital n'est pas récente.

Et pourtant, malgré ces constats, le management hospitalier et les modalités qui fondent son emprise n'ont pas tellement évolué. Certes, les réformes législatives de la loi de 1991 aux ordonnances de 1996 ont cherché à donner plus de souplesse à l'institution hospitalière, à améliorer la démocratie interne et à faire partager plus largement les responsabilités. Dans les faits néanmoins, l'hôpital est resté pour une large part organisé sur un modèle ancien, basé sur le service, et ce malgré les contraintes économiques, budgétaires ou « sociétales » auxquelles il doit faire face.

Des rapports publics au début des années 2000² font néanmoins des nombreuses propositions pour mettre fin au « désenchantement » hospitalier qui ternit la réputation des établissements publics de santé. C'est dans cet esprit que le Ministre de la Santé Jean-François Mattéi propose dès 2002, au sein du plan « Hôpital 2007 », un ensemble de mesures devant poser les jalons d'une « nouvelle gouvernance » hospitalière : partage des pouvoirs, responsabilisation, collaboration des professionnels autour de projets partagés en sont les idées-clés.

Et si de nombreuses réformes doivent permettre de sortir l'hôpital de la crise morale qu'il traverse, la rénovation de l'organisation interne est sans doute une des mesures essentielles à mettre en œuvre. Si l'organisation traditionnelle en services est remplacée par des structures moins cloisonnées, qui mutualisent les moyens mais aussi les professionnels et leurs compétences en les faisant travailler ensemble, alors peut-être que l'hôpital trouvera un nouvel élan lui permettant d'affronter les défis contemporains et de se réorganiser dans l'optique d'un meilleur soin pour le patient.

¹ Dr. FORTESA aux 3^è Assises de l'Hospitalisation Publique, Revue Hospitalière de France n°225, novembre 1969, p.1287

² Notamment le rapport de la mission DEBROSSE D., PERRIN A. et VALLANCIEN G. sur la *Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, 2003, ainsi que le rapport COUANAU R., *Mission d'information sur l'organisation de l'hôpital. Le désenchantement hospitalier*. Paris : Le Kiosque de l'Assemblée, 2003.

C'est dans cette finalité que la piste des pôles médicaux mérite d'être étudiée, d'autant plus qu'elle est maintenant rendue obligatoire par l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Les pôles médicaux peuvent être définis comme un regroupement « *de services et/ou d'unités médicales (ou d'unité médico-technique) fondé sur un projet médical partagé et faisant l'objet d'une allocation de ressources communes* »³, ils doivent par ailleurs mettre à disposition « *directement ou indirectement, diverses compétences et ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin du patient* »⁴.

L'organisation en pôles d'activité doit pouvoir redonner plus d'efficacité stratégique aux établissements et permettre d'associer plus étroitement les praticiens hospitaliers à la gestion de l'hôpital. En ce sens, elle doit être le fer de lance d'une évolution voire d'une révolution « culturelle ». Un changement qui bénéficiera également aux patients.

Avant l'ordonnance du 2 mai 2005, certains établissements avaient déjà réfléchi à de nouvelles modalités d'organisation interne, afin de sortir du cadre figé et parfois inefficace offert par les services médicaux. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon a ainsi expérimenté depuis 2000 un fonctionnement en pôles médicaux et médico-techniques. L'établissement comporte 1600 lits et emploie 5200 personnels équivalent temps-plein. Il s'agit donc d'un CHU de taille moyenne. Cette taille convient à l'analyse d'une organisation en pôles car l'établissement n'est pas trop grand (et de ce fait les échelles, les réussites ou les difficultés rencontrées peuvent être celles de nombreux autres établissements, y compris des Centres Hospitaliers Généraux, CHG), ni trop petit (une organisation en pôles devant profiter d'abord aux établissements les plus importants⁵).

Le CHU de Dijon a du relever plusieurs défis qu'il convient d'étudier. Un défi gestionnaire d'abord : comment intéresser les médecins à la gestion et faire en sorte que les directeurs acceptent ce nouveau partage des « pouvoirs » ? Un défi stratégique ensuite : comment faire participer ces pôles à la politique générale de l'établissement tout en écartant les volontés « indépendantistes » de certains d'entre eux ? Un défi culturel, enfin : comment faire collaborer entre eux des services qui ne travaillaient pas ensemble

³ CAILLET R., CRIE D.. « Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007 ». *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004, n°439, pp. 596 à 602.

⁴ *ibid.*

⁵ LETEURTRE H., MALLEA P.. *Performance et gouvernance hospitalières*. Paris : Berger-Levrault, 2005, p.166.

auparavant et comment faire en sorte que les acteurs trouvent un intérêt dans la nouvelle organisation ?

L'enjeu est de savoir quel sera le premier défi à relever et quel chemin il convient de suivre en priorité pour que l'expérience réussisse. Autrement dit, la grande difficulté est de pouvoir garantir une organisation efficace, mais qui soit aussi porteuse de sens. La mise en place des pôles médicaux est-elle susceptible de répondre à un tel enjeu et quelles méthodes managériales faut-il mettre en œuvre pour y parvenir ?

Le travail mené dans ce mémoire tente de répondre à ces questions. Il s'est appuyé dans un premier temps sur une lecture de mémoires, d'articles ou d'ouvrages, récents le plus souvent, traitant de l'organisation interne de l'hôpital public. La lecture de rapports publics a aussi apporté des éléments intéressants. Les expériences menées par divers hôpitaux étrangers en matière de pôles d'activité (entendus dans un sens proche de la « philosophie » qu'en donne l'ordonnance du 2 mai), et notamment le CHU de Copenhague dans lequel j'ai effectué mon stage européen l'année dernière, ont également constitué une part importante de la réflexion, tout comme certaines expérimentations menées dans des CHU français.

Un second temps a consisté en des entretiens assez approfondis avec des professionnels du CHU de Dijon. Ces entretiens, d'une durée d'1h à 1h30 environ, ont été menés à partir de questionnaires semi-directifs dont les modèles sont fournis en annexes. Les entretiens réalisés ont été les suivants :

-Rencontres avec les responsables « institutionnels » : Direction Générale, Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), Coordonnateur Général des Soins

-Rencontres avec les acteurs médicaux des pôles : des entretiens avec 5 coordonnateurs médicaux ont été réalisés (sur 15 au total)

-Rencontres avec les acteurs administratifs des pôles : des entretiens avec 5 directeurs délégués ont été réalisés (sur 10 au total)

-Rencontres avec les acteurs soignants des pôles : des entretiens avec 4 cadres supérieurs de santé ont été réalisés (sur 15 au total)

Les choix des personnes rencontrées ont été fonction des disponibilités et des positions « connues » des uns et des autres sur l'organisation en pôles, la diversité des points de

vue ayant été privilégiée, afin de donner une « cartographie » assez précise des avis sur l'organisation polaire. Au final, indépendamment de la qualité professionnelle de l'interlocuteur, ce sont donc 9 pôles sur 15 dont l'un des acteurs (coordonnateur, directeur délégué ou cadre supérieur de santé) a été sollicité.

Afin de compléter ce travail, d'autres entretiens ont été réalisés avec des professionnels extérieurs au CHU de Dijon, avec pour objectif de recueillir des positions d'experts sur les textes de la nouvelle gouvernance. A ce titre, j'ai rencontré : Pierre VILLENEUVE, Directeur des Affaires Juridiques au Conseil Régional de Bretagne et ancien chef de service aux Affaires Juridiques à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; François-Xavier SCHWEYER, enseignant-chercheur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Ce mémoire est centré sur le fonctionnement des pôles médicaux. A ce titre, il ne développe pas d'autres aspects très importants de la « nouvelle gouvernance » et notamment le fonctionnement du Conseil Exécutif. Ce choix s'explique notamment par l'antériorité du CHU de Dijon sur les pôles médicaux, bien plus importante que celle du Conseil Exécutif.

Ce mémoire s'articule en deux parties. La première s'attachera à montrer comment le modèle des pôles médicaux apparaît comme une solution destinée à mettre fin au décloisonnement à l'hôpital et de quelle manière certains hôpitaux, notamment le CHU de Dijon, ont mis en place ces nouvelles structures. La seconde partie sera plus nettement centrée sur le CHU de Dijon et mettra en avant le fait que l'organisation en pôles est encore en pleine maturation et qu'elle doit être repensée sur certains aspects, mais dans le cadre de la nouvelle législation hospitalière organisée par l'ordonnance du 2 mai 2005.

1 PREMIERE PARTIE : L'HÔPITAL A LA RECHERCHE DU DECLOISONNEMENT, LA PISTE DES PÔLES MEDICAUX

Depuis la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943, l'hôpital est organisé sur la base du service médical, placé sous la responsabilité d'un médecin hospitalier. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, bien qu'elle prévoit d'autres modalités, ne change pas réellement l'organisation médicale. Pourtant, les années 1980 et 1990 sont propices aux critiques sur ce type de fonctionnement, qui fait de l'hôpital une institution complexe, « ingouvernable », dont l'organisation manque cruellement d'efficacité, tant sur le plan de la gestion que sur celui de la stratégie. Dès lors, les propositions visant à faire évoluer l'organisation interne de l'hôpital vont se développer. Le but ? Regrouper les services entre eux pour décroisonner les pratiques, mutualiser les ressources et les compétences afin d'aboutir à un management plus efficace qui responsabilise l'ensemble des acteurs, notamment en impliquant le corps médical dans la gestion de l'institution (1.1). Des établissements étrangers et français vont alors mettre en place des organisations médicales nouvelles, via la création notamment de pôles médicaux ; le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon va également innover en la matière (1.2).

1.1 Le cœur de l'hôpital : un cloisonnement réel, difficilement remis en cause

L'organisation hospitalière a souvent pu être associée à une bureaucratie professionnelle, c'est à dire une institution reposant d'après Mintzberg « *sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dûment formés et spécialisés – des professionnels- pour son centre opérationnel, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail* »⁶. Ce type d'organisation rend difficile la prise de décisions, la définition et le suivi d'une stratégie par tous les acteurs de terrain, le management de proximité étant quasi inexistant et l'autorité considérablement diluée. Certains rapports publics mettent d'ailleurs en avant le fait qu'« *il n'y a pas d'autorité à l'hôpital* »⁷. Cette spécialisation doublée d'un conflit des pouvoirs (1.1.1) a suscité des

⁶ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Editions d'Organisation, 1982.

⁷ COUANAU R., *op.cit.*

remises en cause aux résultats cependant limités (1.1.2). En effet, « *le plus difficile, c'est justement de savoir comment, à l'intérieur des hôpitaux, il est possible de passer d'un système bureaucratique à un système plus efficace* »⁸.

1.1.1 La vie hospitalière : spécialisation et conflits de pouvoir

L'organisation héritée de l'histoire de l'hôpital du second 20^e siècle fait apparaître les conflits qui peuvent opposer soignants et gestionnaires (A) et la difficulté dans ce contexte de faire émerger une ligne managériale et stratégique claire (B).

A) L'héritage historique : médecins vs. gestionnaires ?

a) *L'organisation par services : un héritage de la médecine moderne*

La loi du 21 décembre 1941 s'inscrit dans un contexte où la médecine hospitalière se modifie considérablement : d'artisanale au sein de l'hospice, les découvertes scientifiques et techniques la rendent technicienne, « *industrielle* »⁹ et de plus en plus spécialisée : les « *barbiers* » chirurgiens prennent leur revanche sur les médecins avec le développement de plateaux techniques de plus en plus performants. Devenant au cours des années 1970-1980 une véritable « *usine à soins* »¹⁰, du fait notamment de l'accroissement considérable du nombre de médecins, l'hôpital public est confronté à un partage des tâches de plus en plus précis et les services deviennent de plus en plus petits : 120 lits, puis 90, puis 30...

Une multiplication incitée par le développement des spécialités médicales et l'attachement à la chefferie de service, mais qui cloisonne de plus en plus l'hôpital et « *rend complexe l'utilisation des équipements et des personnels* »¹¹. En effet, l'organisation hospitalière issue de la loi du 31 juillet 1991 donne au chef de service la responsabilité d'assurer la conduite générale du service et d'organiser son

⁸ BRUNHES B. « Faut-il changer le management à l'hôpital ? ». *Décision Santé*, février 2003, n°192.

⁹ SAVATIER R. « Les métamorphoses de la médecine hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques ». *Droit Social*, septembre-octobre 1962, N°9 et 10, p.486 et suiv.

¹⁰ CLEMENT JM. *1900-2000 : La mutation de l'hôpital*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2001, p.110.

¹¹ Ecole Nationale d'Administration (ENA). *L'avenir de l'hôpital*. Séminaire sur les politiques de santé. Paris, 2003

fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle¹². Toutefois, les structures de mutualisation entre services ne sont pas réellement prévues et l'hôpital ne peut éviter une « balkanisation » croissante.

Surtout se développe au sein du personnel médical comme paramédical un fort sentiment d'appartenance au service : le chef de service, notamment dans les hôpitaux universitaires, prend la figure du mandarin, spécialiste de sa discipline, à la fois enseignant, chercheur et médecin. Nommé pour une durée de cinq ans par le ministre chargé de la santé, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (CSP), le chef de service voit en outre son mandat renouvelé de façon quasi-automatique, les chefferies étant reconduites dans 95 % des cas¹³. La territorialité se renforce alors dans un esprit de « féodalité médicale »¹⁴(« mes lits, mes malades, mes infirmières ») , au détriment de l'institution, de sa stratégie globale et de la gestion de l'établissement

En effet, et de manière paradoxale, les chefs de service, disposant d'une aura médicale certaine, n'ont pourtant pas de prise sur la gestion, restant cantonnés dans une fonction technique d'organisation d'une discipline : *« le chef de service voit ses prérogatives limitées : par le directeur, responsable légal de l'établissement et, à ce titre, garant de sa bonne marche dont il assume les responsabilités sans pouvoir déléguer ses compétences ; par les autres praticiens du service responsables ou non d'unités fonctionnelles, indépendants dans leurs disciplines en terme de stratégie thérapeutique et de plus nommés par le ministre »*¹⁵.

En outre, chaque service tente de garder jalousement son indépendance, sous l'autorité de son chef, aboutissant à des situations souvent préjudiciables au patient, situation dénoncée en 1983 dans ses aspects les plus caricaturaux : *« Il est [...] difficile d'admettre que de façon chronique certains services soient à moitié vides cependant que dans des services voisins les délais d'attente pour une hospitalisation soient de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est anormal qu'un malade puisse être envoyé de service en service sans que l'ensemble des données médicales soit immédiatement disponible pour le médecin qui le prend en charge, qu'il puisse être écartelé entre divers services*

¹² UF définies par la loi du 31 juillet 1991 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 ».

¹³ DE BATZ C., LALANDE F., LAURAND G. *La gestion des praticiens hospitaliers*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 2002.

¹⁴ HART J., LUCAS S. *Stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2002, p.70.

¹⁵ CLEMENT JM., *op.cit.*, p.114.

hyperspécialisés et non coordonnés, qu'il soit considéré davantage comme une maladie que comme un malade »¹⁶.

Quant au directeur d'hôpital (DH), l'article L.6143-7 du CSP dispose qu'il « *exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ». La liberté thérapeutique ne peut donc être contestée. Le DH se retrouve donc titulaire d'une autorité relativement limitée.

Un tel schéma s'avère largement inefficace, tant sont différenciés les objectifs et les attentes des différents acteurs. Avec un CSP qui « *présente un directeur sans prise sur la production et des médecins sans prise sur la gestion* »¹⁷, le DH administre alors « *un territoire et une population[...] divisés en baronnies dont les chefs sont en réalité cantonnés à donner des avis lorsqu'ils s'expriment en commission* »¹⁸.

On perçoit donc que l'organisation en services peut être source de dysfonctionnements préjudiciables au patient. Que ce soit sur le plan horizontal (la relation entre services) ou vertical (la relation des services avec l'équipe de direction), le travail en collaboration à l'hôpital n'est donc pas évident. D'autant qu'au sein d'une organisation si complexe, les conflits de pouvoir sont inévitables.

b) La confrontation des pouvoirs : une réalité difficile à contourner

L'organisation des pouvoirs à l'hôpital est pour une large part « *polyarchique* »¹⁹, chaque catégorie bénéficiant de « *prérogatives suffisantes pour être de fait quasiment autonome* »²⁰.

Indépendant dans sa pratique, l'art médical ne connaît que les règles émises par les sociétés savantes. Sur le plan déontologique, seul le Conseil de l'Ordre des Médecins

¹⁶ Rapport des médiateurs au ministre de la santé en 1983, cité dans Jean-Marie CLEMENT, *ibid.*, p.116

¹⁷ CLAVERANNE JP. « D'eau et de feu, un projet commun ». *Médecins, Directeurs : Un PACS pour l'hôpital ?* (Dir. CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET JJ.). Ramonville Sainte Agne, Erès, 2002, p.29.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ CLEMENT JM., *op.cit.*, p.107.

est habilité à sanctionner un praticien qui aurait failli à sa mission. Quant au champ disciplinaire, le Ministre de la Santé y joue un rôle important. Le pouvoir médical, sacralisé depuis l'époque du médecin-roi, rend la plupart des médecins rétif à une organisation pyramidale, d'où l'existence d'une structure hiérarchique assez plate. Dans cette optique, « *expliquer à un médecin qu'il va devoir infléchir son activité parce que des règlements l'ont prévu ne relève pas de l'évidence* »²¹.

Les médecins hospitaliers sont souvent étrangers aux principes de gestion, estimant qu'il revient à l' « Administration » de gérer les problèmes logistiques, financiers et organisationnels, et ce dans le but de permettre au corps médical de pratiquer des soins de qualité et de haute technicité auprès des patients. Le monde administratif est perçu essentiellement comme un service support, des « *directions fonctionnelles prestataires* »²², auquel on a recours en cas de problèmes ou pour obtenir des financements. Dans le cadre de leur pratique professionnelle, essentiellement individuelle, dans le contexte notamment de la relation au patient, les médecins n'ont pas nécessairement connaissance des contraintes de l'établissement dans lequel ils exercent et ne perçoivent pas toujours les enjeux institutionnels de l'hôpital, surtout s'ils ne participent à aucune instance. Il n'est donc pas évident pour le corps médical « *d'abandonner la grandeur et les servitudes de l'individualisme pour les satisfactions de l'action collective* »²³.

Il n'en demeure pas moins que les médecins ont un pouvoir important au sein de l'hôpital et « *qu'il est rare qu'un chef d'établissement prenne des décisions sans consulter le corps médical et sans chercher une solution consensuelle ; le DH ne peut échapper à cette réalité, d'autant plus que les médecins ont un pouvoir de blocage important* »²⁴. Réalité d'autant plus incontournable que les patients viennent avant tout à l'hôpital pour être soignés par ces médecins.

Le DH est quant à lui dans une situation parfois problématique : fonctionnaire représentant légal de son établissement, il est nommé par le Ministre de la Santé, mais responsable, pour le DH chef d'établissement, devant un Conseil d'Administration (CA) présidé par une autorité politique élue (le maire de la commune le plus souvent). Le DH

²⁰ *ibid.*, p.107.

²¹ COULOMB A. « Relations directeur-médecin dans l'hospitalisation privée ». *Médecins-Directeurs : un PACS pour l'hôpital, op.cit.*, p.112.

²² Séminaire relatif à l'évaluation polaire au CHU de Dijon organisé les 16 et 17 février 2004.

²³ CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Masson, 1997, p.240.

²⁴ Entretien avec François-Xavier SCHWEYER du 7 Septembre 2005.

doit souvent composer avec des autorités très diverses, bénéficiant chacune d'une légitimité qui leur est propre : Ministère de la Santé et notamment Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), préfet, Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), élus locaux, syndicats hospitaliers, corps médical, etc... Il revient également au DH de faire respecter l'intérêt général de l'institution, dans le cadre d'une bonne gestion des fonds publics.

Face aux nombreuses contraintes tant réglementaires que financières, le DH est confronté à la lourdeur de certaines procédures, ce qui lui vaut la critique, parfois acerbe, du corps médical. Critiques d'autant plus fortes que la légitimité même du DH est parfois contestée, ce dernier n'agissant pas directement sur le soin et donc auprès du patient. Les DH dirigent en outre des services administratifs et des directions fonctionnelles organisées sur un modèle hiérarchique et pyramidal « classique » dans l'administration : ils sont dans une culture de travail que ne connaissent pas les médecins et à laquelle ces derniers sont par ailleurs sociologiquement opposés.

Bref, ces deux autorités administratives et médicales ont des fonctionnements différents et peuvent se retrouver en conflit, surtout si l'institution ne parvient pas à dégager de projets structurants motivant l'ensemble des acteurs. Crozier et Friedberg²⁵ ont ainsi mis en avant le fait qu'au sein d'un système, un acteur qui dispose d'une autonomie et d'une liberté, mais qui n'est pas reconnu, sera rétif à toute injonction managériale autour de l'adhésion à des objectifs, à des politiques ou à une culture d'entreprise : l'adhésion ou la motivation ne se décrètent pas.

Autour de ces deux pouvoirs antagonistes, on retrouve certes le pouvoir politique, représenté par le maire-président. Ce dernier a toutefois, en ce qui concerne l'organisation interne, sans doute moins d'importance qu'un quatrième pouvoir qui n'a cessé de se conforter au cours de la dernière décennie du 20^e siècle : le pouvoir infirmier.

Avec la loi du 31 juillet 1991, le monde infirmier prend un rôle central grâce à la création d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général devenu depuis le décret de 2002 Directeur des soins, membre de l'équipe de direction. Cette affirmation des soignants, qui ont développé leur propre domaine de compétence, a rendu encore plus complexe le fonctionnement des services. En effet, le cadre de santé d'un service n'est pas sous la hiérarchie du médecin chef mais sous celle de la Direction des Soins, cette dernière étant par ailleurs fortement hiérarchisée (Coordonnateur

Général des Soins, Directeurs des Soins, Cadres Supérieurs de Santé, Cadres de Santé). Cette organisation est parfois mal vécue par les chefs de service qui souhaiteraient avoir plus de marges de manœuvre sur la gestion du personnel paramédical : « *Je trouve anormal de ne pas être informé du recrutement d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) dans mon service ou de ne pas avoir mon mot à dire sur le travail du cadre* »²⁶ regrette un praticien chef de service.

Mais le cadre de proximité est lui aussi dans une position délicate, à l'interface de plusieurs logiques : exerçant sous l'autorité d'un Directeur des Soins, et donc *in fine* du chef d'établissement, il ne peut pourtant s'affranchir de l'influence médicale d'une part pour des raisons de fonctionnement du service et d'autre part pour ne pas s'éloigner des soignants du terrain. Le positionnement s'avère difficile, du fait du tiraillement entre deux logiques et deux identités : « *Si le cadre montre des liens forts avec les médecins, il contrarie la direction et, s'il se rapproche de la direction, il contrarie les médecins et les soignants* »²⁷. Le rapport remis au Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville en 1994 avait déjà montré cette réalité de la vie hospitalière²⁸.

Chaque profession risque ainsi de se retrouver enfermée dans une sorte de « vase clos » qui nuit bien évidemment à l'efficacité.

Il est ainsi très difficile à tous ces acteurs de collaborer et de se retrouver autour de projets communs, tant les identités et les repères sont divergents. Plus que dans toute autre entreprise, le management et la stratégie sont difficiles à organiser à l'hôpital.

²⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'Acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977.

²⁶ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 16 août 2005.

²⁷ HART J., LUCAS S., *op.cit.*, p.77. Les auteurs ajoutent que les « *cadres sont soumis à une double contrainte qui les empêche de prendre des décisions tranchées car, quel que soit leur choix, ils mécontentent un de leur partenaire* ».

²⁸ CROZIER M., LASSERRE A., PAVY G.. *A l'écoute de l'hôpital, des pistes vers le décloisonnement* : « *Il y a une coupure dans la chaîne infirmière liée au compromis à faire par les cadres vis-à-vis de la direction et au détriment des IDE* », p.34.

B) Une organisation qui rend difficile le management et la stratégie

a) *La prééminence du centre opérationnel*

L'organisation en services médicaux renforce certaines faiblesses du milieu hospitalier. Tout d'abord, en terme de management, le chef d'établissement peut rencontrer de nombreuses difficultés.

Une des originalités du modèle organisationnel de l'hôpital tient en effet au fait que les services médicaux ont une place déterminante, notamment de par la relation directe qu'ils entretiennent avec le patient. Les analyses de Mintzberg ou Cremadez²⁹ montrent en effet que l'hôpital est caractérisé par la primauté du « centre opérationnel » que sont les services de soins. Or ces derniers, forts du sentiment d'appartenance qu'ils développent auprès de leur personnel, cherchent à prendre leur autonomie par rapport au « sommet stratégique », l'équipe de direction et le chef d'établissement. Ce dernier n'ayant par ailleurs pas véritablement de pouvoir hiérarchique sur les centres opérationnels, la ligne hiérarchique se retrouve très nettement brisée.

Dans ces conditions, difficile de faire aboutir une vision institutionnelle et transversale car la dimension humaine se retrouve extrêmement prégnante, et finalement, rien n'empêche un chef de service qui ne souhaite pas collaborer de ne pas le faire.

Sur le plan stratégique ensuite, il est quasi-impossible d'associer tous les chefs de service à la réflexion, du fait de leur nombre mais aussi de leurs désaccords en terme d'organisation médicale. Le projet d'établissement organisé autour du projet médical doit pourtant faire participer le corps médical à la définition des orientations stratégiques de l'établissement, mais tous les hôpitaux n'en sont pas dotés et la participation des médecins n'est pas toujours valorisée.

Dans le domaine de la gestion enfin, l'organisation en services ne donne aucun rôle en la matière aux chefs de service. Il est vrai que la taille du service est peu adaptée pour être une unité gestionnaire de mutualisation des ressources. Les chefs de service ne sont en outre pas forcément intéressés pour avoir un rôle de gestionnaire.

²⁹ On suit ici la synthèse effectuée par DE ROO H. *Vers un management de proximité au Centre Hospitalier de Roubaix : les directeurs de discipline, l'expérimentation de la nouvelle gouvernance*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur d'Hôpital, Rennes, Décembre 2004.

L'organisation hospitalière a souvent fait l'objet de critiques relatives à l'inefficacité en terme de gestion qu'elle procurait. Le rapport COUANAU dénonçait ainsi un hôpital souffrant « *d'une balkanisation excessive, marquée par la multiplication des services* »³⁰ : ce phénomène a pour effet de multiplier les centres de décisions, favorisant « *plus la concurrence que la complémentarité* »³¹. La mutualisation des lits ou des plateaux techniques permettant de pratiquer des économies d'échelle s'y avère quasi-impossible.

Les chefs de service n'ont en outre pas l'habitude de travailler ensemble sur des projets communs et l'organisation très cloisonnée ne les y incite guère. L'absence de transversalité constitue ainsi un des maux hospitaliers les plus sévères.

Ainsi, l'hôpital se retrouve à bien des égards en opposition par rapport au mode de fonctionnement de la plupart des entreprises privées : « *L'entreprise classique doit faire des efforts pour rapprocher ses centres de décision des clients, mais le souci organisationnel de l'hôpital n'est pas de faire éclater des cellules trop importantes et compactes, mais de les regrouper selon des modalités adaptées et évolutives à des fins stratégiques et gestionnaires* »³².

b) Une prise de décision souvent complexe

Dans cette organisation, la prise de décisions s'avère complexe et parfois inefficace. A bien des égards, la configuration hospitalière présente des acteurs qui cherchent tous à maximiser leur intérêt. Ce modèle du choix rationnel peut avoir des conséquences néfastes sur l'hôpital³³. Il existe en définitive peu de moyens de contraindre des individus autonomes d'appliquer des décisions qu'ils n'approuvent pas, d'autant plus que la ligne hiérarchique n'est pas toujours claire³⁴.

L'établissement apparaît alors comme une « *simple juxtaposition d'objectifs, des micro-décisions sans perspective d'ensemble* »³⁵. Les demandes effectuées par les services ne correspondent pas nécessairement à des objectifs institutionnels et, du fait des jeux de pouvoir et de la peur du blocage, la réponse apportée par la direction peut

³⁰ COUANAU R., *op.cit.*

³¹ *ibid.*

³² CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ? ». *Gestions Hospitalières*, Août/Septembre 2001, n°408, p.591 à 609.

³³ SEGADE JP. « Qui décide à l'hôpital ? Pour une réflexion sur la nouvelle gouvernance ». *Gestions Hospitalières*, Juin-Juillet 2004, n°434, p.420.

³⁴ CREMADEZ M., GRATEAU F., *op.cit.*, pp.245-246.

également contrevenir à la stratégie institutionnelle : l'administration répond souvent en gestion de « routine », au « coup par coup » sans toujours avoir en vue une perspective globale.

Autre complexité qui se pose aux décideurs hospitaliers : l'absence, le plus souvent, d'un sentiment d'appartenance à l'hôpital, la faiblesse de la « culture d'entreprise ». Une intégration insuffisante liée à la non appropriation de la stratégie d'ensemble. Il n'est alors pas évident de mobiliser les acteurs autour d'objectifs partagés si les personnels médicaux ou para-médicaux revendiquent avant tout une appartenance à un service spécialisé et ne perçoivent pas tous les enjeux hospitaliers.

Un autre écueil majeur de l'organisation interne de l'hôpital telle qu'elle s'est construite concerne la détention des informations propres à la rationalité du processus de décision. Avec des DH étrangers au processus de soins et des médecins non impliqués dans les tâches gestionnaires, les décisions prises peuvent paraître parfois ne pas correspondre aux attentes des professionnels ou à la réalité de l'offre de soins. Il apparaît donc nécessaire de donner aux acteurs du terrain « *une plus grande intelligence stratégique qui passe forcément par une meilleure information pour qu'ils évoluent dans leurs positions* »³⁵. Le management pourrait alors consister, afin d'avoir des décisions plus efficaces, à rendre les acteurs plus rationnels en leur confiant des informations qu'ils ne détiennent pas.

Au final, la situation hospitalière dépend beaucoup de la volonté des personnes. Des personnalités qui s'accordent pourront travailler ensemble. Mais aucun mécanisme n'existe réellement en cas de blocage.

Toutes ces difficultés vont être à l'origine de diverses propositions de réformes à partir des années 1980 et constituent aussi l'origine des réformes actuelles.

1.1.2 Des expériences mitigées du dépassement des services à l'idée des pôles médicaux

Puisque l'organisation hospitalière est largement critiquée pour son cloisonnement excessif et son manque d'efficacité, des idées de réformes, nombreuses, ont émergé

³⁵ *ibid.*, p.246.

³⁶ HART J., LUCAS S., *op.cit.*

depuis le début des années 1980. D'autant que l'hôpital, confronté à des contraintes de plus en plus nombreuses (budgétaires, concurrence avec le secteur privé, exigence grandissante sur la qualité des soins, etc...) doit pouvoir s'adapter aux exigences contemporaines. Les réformes de l'organisation interne des années 1980-1990 constituent des avancées difficiles et souvent peu suivies d'effet (A). L'idée de pouvoir dépasser le strict cadre des services reste pourtant dans l'ère du temps, d'autant que de nombreux rapports publics mettent en avant cette nécessité (B).

A) Les réformes de l'organisation interne des années 1980-1990 : des avancées difficiles

a) *L'expérience inachevée des départements et des fédérations*

Dans un contexte politique nouveau (l'alternance et l'arrivée de la gauche socialiste au pouvoir) et conformément à l'une des 110 propositions du candidat François Mitterrand, la loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier supprime les services et crée les départements médicaux. Ces derniers doivent regrouper les membres du personnel hospitalier qui participent 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 qui sont chargés de recueillir ou de traiter les informations de nature médicale de l'établissement* »³⁷. Un chef de département élu sera chargé de coordonner les activités. Pour respecter la « *culture organisationnelle* »³⁸ des praticiens hospitaliers, essentiellement fondée sur la reconnaissance entre pairs, l'organisation entre les départements n'est pas prévue, la volonté étant de laisser les acteurs s'organiser sur le mode pragmatique, de travailler ensemble en participant notamment à des conseils de départements. A bien des égards, le pouvoir des médecins n'est pas remis en question et le système décisionnel n'est pas simplifié puisque « *le chef est contrôlé par ses subordonnés, ce qui provoque inéluctablement un blocage du système de décision* »³⁹. Très nettement pourtant, « *la départementalisation vise à limiter les effets néfastes d'une*

³⁷ Loi n° du 3 janvier 1984, article 4.

³⁸ CREMADEZ M., GRATEAU F., *op.cit.*, p.289.

³⁹ *ibid.*, p.289.

différenciation organisationnelle toujours croissante par le renforcement de l'intégration par la voie hiérarchique »⁴⁰.

La loi sur les départements n'est cependant pas suivie d'effets. Essentiellement parce que les médecins, plutôt favorables au libéralisme, craignent l'arrivée de la gauche au pouvoir : l'élection d'un chef par les personnels est perçue par certains comme une possible « soviétisation »⁴¹.

La réforme échoue également peut-être parce que la spécialisation et la multiplication des services ont permis à de nombreux médecins d'exercer un pouvoir individuel au sein de l'institution hospitalière, pouvoir auquel ils se sont accrochés. Le cloisonnement est ainsi tacitement accepté⁴².

La loi du 24 juillet 1987 redonne la primauté aux services, en rendant le département optionnel, alors que la loi hospitalière du 31 juillet 1991 dispose qu'un établissement public de santé peut s'organiser en services ou en départements, ces derniers fonctionnant alors comme un service (chef de département, conseil de département) et regroupant au moins trois unités fonctionnelles (UF, également créées par la loi de 1991). Le caractère transversal du département doit être le fer de lance du décroisonnement.

En outre, sont créés également dans la loi de 1991 les fédérations de services ou de départements : avec l'accord des chefs de services ou de départements, ces structures peuvent se regrouper dans une fédération. La mise en commun de moyens ou le rapprochement d'activités médicales complémentaires y sont clairement mises en avant. Les activités de la fédération sont alors placées sous la responsabilité d'un médecin, coordonnateur, assisté par un cadre de santé et un cadre administratif. On retrouve ici les possibilités de faire travailler les différentes professions ensemble autour d'objectifs communs. Finalement, « *n'est-ce pas là un signe évident de la volonté du législateur de créer une dynamique de mise en cohérence, donc de simplification de l'organisation et de la gestion ?* »⁴³. Signe de cette évolution sont prévus des conseils de service ou de départements devant permettre l'expression des personnels et la proposition de projets.

⁴⁰ *ibid.*, p.291.

⁴¹ CLEMENT JM., *op.cit.*, p.118.

⁴² CREMAEZ M., GRATEAU F., *op.cit.*, p.289.

⁴³ DESTREM H. « Nouvelle gouvernance... Retour aux origines ». *Entreprise Santé*, juillet-août 2005, n°58, p.17 à 20.

Malgré ces outils, les expériences réussies de départements ou de fédérations restent relativement rares. Des départements vont parfois s'organiser dans les disciplines médico-techniques, dont les particularités permettent des rapprochements aux bénéfiques rapidement ressentis. Ce sera le cas au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon avec la création du département d'Imagerie regroupant des services éclatés sur plusieurs établissements et plusieurs sites : une création qui permettra d'organiser l'activité de manière plus efficace et de faire collaborer les personnels, notamment paramédicaux, de chacun des services. D'autres établissements profiteront également des possibilités offertes par la nouvelle architecture hospitalière, mais les succès restent mitigés.

Quant aux fédérations, outre le fait qu'elles procuraient des avantages essentiellement aux grands établissements, elles n'ont en outre pas réussi à se centrer sur la stratégie et à intéresser les acteurs à cette dernière. Or, seule la stratégie peut permettre aux médecins et aux soignants de s'impliquer dans une structure en y trouvant un intérêt⁴⁴.

b) Des outils peu explorés : l'amendement-liberté et la contractualisation interne

La réforme hospitalière de 1991 cherche à donner aux établissements de santé des marges de manœuvre encore plus larges, en leur laissant une grande initiative en matière d'organisation interne. Outre les possibilités de création de départements ou de fédérations, les débats législatifs, compte tenu de la diversité des hôpitaux, aboutissent au vote d'un amendement défendu par M. Durieux. Ce nouvel article du CSP devient rapidement connu sous le terme d'« amendement liberté ». Il prévoit en effet que « *par dérogation aux dispositions des articles L.6146-1 à L. 6146-6⁴⁵, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé* »⁴⁶. Possibilité est donc donnée à l'assemblée délibérante de choisir l'organisation qui convienne le mieux à sa taille, à l'histoire et à la géographie du site, bref à la « culture locale ».

⁴⁴ CREMADEZ M. « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ». *Revue Hospitalière de France*, Janvier-Février 2003, n° 490, pp.42 à 49.

⁴⁵ C'est à dire le fonctionnement en services ou départements, et les possibles fédérations, nouvelle numérotation utilisée

Voilà un outil législatif qui devrait permettre aux volontaires d'expérimenter des voies véritablement innovantes. Une expérimentation à laquelle est toutefois peu rompue l'administration hospitalière française. Cela explique en partie que peu d'établissements se soient lancés dans l'aventure. Quelques CHU ont cependant pu mener des expériences de ce type (Lille ou Dijon par exemple), cela a aussi été le cas de certains CHG soucieux de rénover leur management et de profiter de cette opportunité pour résoudre des difficultés ou préparer une restructuration architecturale. C'est ainsi, par exemple, que le Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne a mis en œuvre l'amendement liberté en 1999. L'expérience positive a permis de faire disparaître les « castes médicales »⁴⁷ (aboutissant parfois à la suppression de services) et d'aboutir à un réel partage de responsabilités. Une expérience globalement positive par conséquent⁴⁸, permettant un décloisonnement des pratiques.

Mais d'autres réformes marquent l'hôpital des années 1990 : les ordonnances de 1996, qui modifient considérablement l'environnement hospitalier⁴⁹, cherchent également à innover en matière d'organisation interne avec la « création » des Centres de Responsabilités (CR)⁵⁰ et la mise en place de la contractualisation interne.

Ces CR regroupent des services et, pour les CR médicaux, sont placés sous la responsabilité d'un médecin, nommé par le chef d'établissement mais proposé par ses pairs. Est offerte à ces CR la possibilité de bénéficier de délégations de signature de la part du directeur, dans le cadre de contrats internes de délégation de gestion⁵¹. Le but ? Déconcentrer, responsabiliser, permettre la prise de décisions au degré le plus proche des personnes concernées.

⁴⁶ Ancien article L.6146-8 du Code de la Santé Publique, modifié par l'ordonnance du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé

⁴⁷ HERNANDORENA X. « L'amendement liberté ». *Médecins, Directeurs : un PACS pour l'hôpital ?*, *op.cit*, p.86.

⁴⁸ *ibid.* p.87, et pour plus de précisions, cf PLAN E. *Les enjeux organisationnels et managériaux d'un projet de réorganisation interne en pôles par pathologies au Centre Hospitalier de la Côte Basque*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, filière Directeur d'Hôpital, Rennes, Décembre 2000

⁴⁹ création notamment des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (COM), et développement de la culture de la qualité et de l'évaluation avec la fondation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

⁵⁰ Ou plutôt la « réapparition » des CR, ceux-ci étant prévus dans une loi de 1983, mais dans une vision alors purement financière .

⁵¹ Dans un cadre précisé par la circulaire DH/AS/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne des établissements de santé.

Et puis, au cœur du dispositif, revient le décloisonnement des métiers : faire participer les équipes médicales et soignantes à la gestion et mettre fin aux clivages entre ceux qui soignent et ceux qui gèrent. Médicaliser la gestion en quelque sorte. On cherche alors à ce que les médecins, « ceux qui engagent l'institution sur le plan économique, par la nature de leurs décisions opérationnelles, le fassent en pleine conscience des conséquences de leurs décisions sur la gestion des ressources de l'institution »⁵². Une meilleure intégration entre les logiques médicales et gestionnaires peut sans doute conduire à nettement améliorer le processus de décision et à faire partager à tous les enjeux institutionnels et les contraintes d'un établissement public de santé.

Une telle mesure doit être l'occasion de responsabiliser l'ensemble des acteurs et d'inclure une forme de démocratie interne puisque le contrat que passe l'établissement avec le CR doit s'appuyer sur les projets des services qui composent le CR. On prévoit même des mécanismes d'intéressement pour les personnels. Si le contrat n'est pas la loi des parties au sens du Code Civil⁵³, il est pourtant une véritable base de la politique contractuelle, visant à faire coopérer des individus à des objectifs communs. « *Le contrat devient un outil de management de l'organisation hospitalière, une technique de gestion participative* »⁵⁴.

Mais, là aussi, peu d'établissements osent franchir le pas⁵⁵ et se lancer dans une politique active de contractualisation interne. Essentiellement car le contexte budgétaire et financier ne s'y prête pas : gérer de la pénurie n'intéresse personne. Le budget global n'est, de plus, pas forcément incitatif pour consentir des délégations budgétaires et impliquer les médecins. En outre, pour les DH, s'ouvrir aux médecins en raison de la reconnaissance de leur rôle gestionnaire n'a rien d'évident et provoque sans doute un changement dans les modalités de gouvernance. L'abandon de leur monopole en matière de gestion les amène à redéfinir leurs fonctions dans des domaines nécessitant des compétences de management plus larges (animation stratégique, organisation des

⁵² CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions Hospitalières*, novembre 2003, n°430, pp.726 à 731.

⁵³ Art.1134 : « Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites ».

⁵⁴ ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Paris, Berger-Levrault, 2001, p.54. Sur la contractualisation interne, voir notamment LAURENT G. *La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? Etat des lieux et perspectives au regard de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, filière Directeur d'Hôpital, Rennes, 2003.

⁵⁵ En 2002, une enquête de la DHOS montre que seulement 18 % des établissements se sont lancés activement dans cette politique, cf LAURENT G., *op.cit.* et BLAES D., GINESY E. « La contractualisation interne, 5 ans après ». *Gestions Hospitalières*, mai 2002, n°416, pp.325-327.

activités) qui modifient la pratique du métier⁵⁶. D'autant plus qu'il sera inévitable pour eux de se placer en position d'assistant des gestionnaires opérationnels du terrain. Il peut s'agir d'une véritable révolution culturelle.

Malgré les réformes et la multiplication des textes, l'hôpital du début du 21^e siècle n'a pas tellement évolué sur le plan de son organisation interne. D'autres idées vont alors surgir et des rapports publics vont mettre en avant la nécessité de redonner du souffle à l'hôpital et lui permettre de relever les défis d'une médecine qui doit répondre à des demandes citoyennes, et ce dans un contexte budgétaire difficile.

B) Redonner du souffle : comment décloisonner l'hôpital ?

a) *Quelles analyses théoriques ?*

Chercher à décloisonner l'hôpital, à mutualiser les ressources, à faire participer les médecins à la gestion ou simplement faire travailler plus étroitement les acteurs sur des objectifs communs peut se mettre en place par divers moyens. Avec pour objectif que les médecins prennent part à la gestion, mais aussi que les DH se rapprochent du terrain, intègrent mieux les aspects médicaux dans leurs décisions, et qu'ils « *fréquentent plus souvent les couloirs des unités de soins* »⁵⁷. L'idée avancée est de créer un management de proximité qui fait défaut à l'heure actuelle et que les réformes des années 1990 n'ont pas mis en place. En effet, la prise de décision efficace passe par une meilleure collaboration entre les médecins, les gestionnaires et les soignants. Et plus proche du terrain, cette décision pourra être plus rapide, correspondre plus aux attentes du patient. L'hôpital a ainsi à gagner d'une application du principe de subsidiarité. Ce dernier, s'il a connu des succès politiques, notamment au sein de l'Union Européenne, est également applicable au domaine de la gestion. Il postule en effet que le « centre opérationnel » sera plus apte à prendre certaines décisions car plus proche de la réalité du terrain. Et le « terrain » doit pouvoir justement agir de manière autonome lorsqu'on estime que ce lien de proximité garantit une décision plus efficace que si elle était prise à niveau central.

Puisque la division en unités réduites et victimes de combats corporatistes n'est pas efficiente et qu'elle n'apporte pas pleine satisfaction aux exigences de la médecine

⁵⁶ CREMADEZ M. «Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

⁵⁷ CREMADEZ M., GRATEAU F., *op.cit.*, p.280.

moderne, il faut parvenir à rassembler les individus. Cependant, les regrouper autour d'une pure logique de gestion ou de mutualisation ne fonctionnera sans doute pas. S'il est vrai que les médecins se sont familiarisés avec « *les budgets ou les groupes fonctionnels* », ils ne sont pas des gestionnaires rappelle le Pr.Guy, ancien Secrétaire Général de la Conférence des Présidents de CME de CHU⁵⁸. C'est surtout en associant les médecins aux grandes décisions stratégiques d'un établissement que la situation peut évoluer : faire percevoir aux acteurs du terrain qu'ils sont membres d'une même institution « hôpital ». C'est dans cette optique que les discours mettant le patient au centre des préoccupations peuvent reprendre force : que les différences entre les catégories et les personnalités soient rendues positives par le développement d'interactions entre tous ces professionnels qui font la richesse de l'hôpital. Que les acteurs puissent trouver un intérêt à travailler pour une institution plutôt que pour un service.

Reste que trouver des modalités qui permettent aux acteurs de se regrouper autour d'objectifs partagés n'est sans doute pas simple.

Quant à l'organisation médicale des activités, les possibilités sont nombreuses⁵⁹ : si la division territoriale semble inévitable, l'enjeu est de pouvoir trouver la taille optimale qui permette à ce « territoire médical » de bénéficier de délégations de gestion efficaces, d'organiser ses activités autour du patient, de mutualiser les ressources et les compétences. L'idée est aussi de mettre fin à la patrimonialité engendrée par la multiplication des disciplines hospitalières : « *L'idée n'est plus d'avoir des lieux pour médecins, mais des lits pour malades* »⁶⁰. Que le patient puisse bénéficier de ressources mutualisées venant à lui, afin de gagner en qualité dans le cadre de son séjour hospitalier.

Ces évolutions souvent réclamées dans la « littérature » hospitalière ont aussi été énoncées dans divers rapports publics récents.

b) Le constat et les propositions des rapports publics

Signe du certain « malaise » qui règne au sein des hôpitaux, les pouvoirs publics n'hésitent pas à se saisir de la question de la réforme de l'organisation interne de l'hôpital. Plusieurs rapports émergent ainsi en 2003, dans l'optique de fournir des propositions

⁵⁸ Décision Santé n°192, Février 2003, *op.cit.*

⁵⁹ CLEMENT JM., *op.cit.*, pp.126-130.

concrètes pour rendre à l'hôpital public toute son efficacité et le sortir du « désenchantement »⁶¹ qui le guette. Ces rapports doivent aussi préparer une réforme législative lancée par l'Avenue de Ségur, le plan «Hôpital 2007 », qui doit notamment rénover la gouvernance hospitalière.

Le diagnostic émis par les différentes missions est assez pessimiste : la mission d'information parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital relève que « *la dominante de la crise de l'hôpital public est d'ordre humain, moral et psychologique* »⁶². La cause des symptômes est essentiellement due à l'organisation interne : absence d'autorité, conflit des pouvoirs, cloisonnement excessif des services, médecins écartés des processus de décision de la direction. Le remède ? Accorder plus d'autonomie et de responsabilité aux établissements publics de santé et faire preuve d'une véritable « *volonté politique* »⁶³. L'idée d'une association des médecins au management hospitalier est notamment mise en avant ; l'autonomie des établissements doit quand à elle passer par la généralisation de l'amendement liberté, qui doit permettre aux dirigeants de laisser le pragmatisme s'exprimer : « *l'arsenal normatif est là, il reste à mobiliser les énergies* »⁶⁴.

Mandaté par le Ministre de la Santé Jean-François MATTEI, un autre groupe piloté par Guy VALLANCIEN, Antoine PERRIN et Denis DEBROSSE (2 médecins et un directeur d'hôpital) s'applique à faire des propositions sur la modernisation du fonctionnement de l'hôpital. Leur rapport⁶⁵ évoque également « *la crise morale, démographique, financière et managériale qui secoue les hôpitaux* ». L'organisation des hôpitaux y est vue comme « *conservatrice, obsolète* » ; il est donc nécessaire « *d'alléger le carcan administratif actuel, de redonner la confiance aux acteurs en les laissant s'organiser librement* ». En matière d'organisation interne, là aussi on préconise la liberté des acteurs et l'usage de l'article L.6146-8⁶⁶, devenu « *acte de courage, voire esprit d'aventure* ». De toute façon, « *vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative* ». Le trio préconise toutefois que l'hôpital puisse s'organiser en pôles d'activités : ces derniers, assimilables aux CR, doivent pouvoir regrouper des activités fonctionnelles, sous l'autorité d'un médecin. Ces pôles bénéficieront de délégations de gestion et leur responsable participera à un comité

⁶⁰ *Ibid.*, p.127.

⁶¹ Rapport COUANAU, *op.cit.*

⁶² DELMOTTE H. « Le désenchantement hospitalier ». *Hospimédia*, 1^{er} avril 2003.

⁶³ COUANAU R., *op.cit.*

⁶⁴ *ibid.*

⁶⁵ DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G. *Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, *op.cit.*

⁶⁶ Amendement liberté.

médico-administratif chargé de piloter le projet stratégique de l'hôpital. Le médecin responsable du pôle aura des fonctions médicales et managériales ; la gestion administrative et financière du pôle sera assurée au quotidien par un cadre administratif et la gestion des soins paramédicaux par un cadre de santé. Les rapporteurs estiment que les services doivent être supprimés en tant qu'entité juridique et territoriale. Les innovations proposées sont donc nombreuses et assez audacieuses.

Pour l'Académie Nationale de Médecine, l'organisation interne de l'hôpital et la répartition des pouvoirs en son sein sont également une préoccupation. Une enquête menée en 2003, « Hôpitaux généraux en crise »⁶⁷, aboutit à une dizaine de propositions, dont une d'entre elles met en avant la nécessité de partager le pouvoir à l'hôpital entre l'administration et les médecins. « *Il n'est pas possible que l'on continue à n'avoir qu'une direction administrative dans les hôpitaux* » explique notamment le Pr. Jean-Louis Hollender, Président de l'Académie.

L'ensemble des rapports met donc avant l'obligation de transformer l'organisation interne de l'hôpital public en lui redonnant plus d'efficacité dans son fonctionnement

1.2 L'hôpital repensé pour plus d'efficacité : la mise en place de pôles médicaux

Rénover le management hospitalier passe donc par une rénovation de son organisation interne. Le but est connu : parvenir à faire participer l'ensemble des professionnels hospitaliers à la stratégie institutionnelle, déconcentrer la gestion afin que les décisions soient prises au plus près du terrain, mutualiser les ressources et décloisonner les activités et les pratiques pour se réorganiser autour du patient.

Pour atteindre ces objectifs, certains établissements se sont lancés dans des actions concrètes en réorganisant le découpage de leurs activités médicales. Tous ont créé des pôles d'activité médicale⁶⁸. Une nouvelle organisation qui doit renforcer la transversalité et responsabiliser davantage le corps médical en les faisant participer à la gestion. Ce type d'organisation présent dans certains pays européens constitue l'un des

⁶⁷ GABILLAT C. « Hôpitaux : les médecins veulent plus de pouvoir ». *Décision Santé*, Février 2003 n°192.

⁶⁸ Au sens qui est en est donné dans l'introduction de ce mémoire.

points-clés du Plan Hôpital 2007 et a été expérimentée dans certains établissements français (1.2.1). Le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon a également souhaité adopter cette organisation depuis 2001 (1.2.2)

1.2.1 L'arme du décloisonnement : la transversalité attendue des pôles médicaux

Quelques établissements étrangers ont cherché à transformer leur management en créant des pôles d'activité médicale (A). Des hôpitaux français ont également initié une telle démarche, encouragée dès 2002 par les projets du plan Hôpital 2007 (B).

- A) L'Europe à l'heure des pôles : des solutions diverses pour une efficacité renforcée

Les expériences présentées ci-après sont issues de rapports présentés à la suite des stages européens des élèves-directeurs d'hôpital.

Parmi les expériences rapportées, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en Suisse⁶⁹ et le Centre Hospitalier Universitaire de Copenhague au Danemark⁷⁰ présentent des organisations intéressantes, tant les nouvelles structures mises en place ont modifié le fonctionnement quotidien de l'hôpital

- a) *Les HUG : la déconcentration de la gestion*

Les HUG sont l'un des cinq hôpitaux universitaires suisses. Seul hôpital public du canton de Genève, ils regroupent plus de 2000 lits pour 8500 agents. Les HUG ont décidé de regrouper leurs 70 services en départements médicaux (douze) couvrant l'ensemble des spécialités. Obéissant à une logique de population (pédiatrie) ou de discipline (chirurgie), ces structures ont la particularité de pouvoir évoluer en fonction des avancées de la science médicale ou des besoins des patients ; l'organisation n'est donc pas figée et certaines activités peuvent être transférées d'un département à l'autre.

⁶⁹ Les propos rapportés sur les HUG sont issus du rapport de stage et de la restitution réalisés par Marie-Odile MORIGAULT, Elève-Directeur d'Hôpital, en stage aux HUG en décembre 2004 et janvier 2005.

Si la définition de la politique générale de l'établissement reste centralisée au sommet, les départements médicaux bénéficient d'importantes délégations de gestion. Chaque département est piloté par un comité de gestion chargé notamment d'adopter le budget du département et des services et de s'assurer de la bonne exécution des recettes et des dépenses. 80 % des moyens sont ainsi délégués directement au département par le CA.

Le comité de gestion d'un département est dirigé par un médecin, chef de service nommé par le CA, responsable de la bonne marche médicale, administrative et financière des services de son département, ainsi que des activités d'enseignement, d'évaluation et de recherche. Prennent aussi part à ce comité de gestion :

- un responsable des soins, infirmier, chargé de coordonner les activités de soins de son département et de gérer les personnels paramédicaux
- un responsable administratif qui assure la gestion administrative et les fonctions de contrôle de gestion. Il a également pour rôle de faire le lien entre le département et la direction de l'hôpital
- un membre du Conseil d'Administration est également présent dans le comité de gestion : l'assemblée délibérante est ainsi confrontée aux problématiques du terrain et peut prendre des décisions, notamment financières, de manière plus éclairée.

Au final, quel bilan ? Les avantages d'une gestion déconcentrée font apparaître d'abord des progrès dans la démocratie interne : les discussions au sein des comités de gestion permettent les échanges d'idées entre les logiques médicales, soignantes et gestionnaires. Ensuite, les décisions, prises plus près du terrain semblent mieux correspondre aux attentes des professionnels et des patients ; elles sont surtout plus rapides, d'autant plus que les interlocuteurs sont désormais très clairement identifiés (un seul et unique référent médical, administratif ou soignant par département). Sur le plan gestionnaire enfin, les apports sont également perceptibles : mutualisation des infrastructures, meilleure organisation des remplacements.

Toutefois, quelques interrogations subsistent. Ainsi, le danger de « balkanisation » est souvent mis en avant : ce « syndrome de la clinique privée » constitue une menace

⁷⁰ Les éléments décrivant l'organisation du CHU de Copenhague sont issus de mon stage européen dans cet établissement en décembre 2004 et janvier 2005.

réelle aux yeux des responsables genevois. En effet, s'il y a une bonne collaboration entre services d'un même département, rares sont les échanges de personnels entre les départements ou les propositions de solidarité budgétaire lorsqu'un département est en difficulté financière. La « territorialité » décriée dans le modèle français n'a ainsi pas disparu dans l'expérience menée par Genève. Autre regret : le degré limité d'autonomie budgétaire. Le mode d'allocation des ressources est resté trop historique et l'approbation des budgets de département n'est en fait le plus souvent qu'une simple formalité. Enfin, il apparaît également difficile pour l'établissement d'inventer un mode d'intéressement collectif aux résultats de gestion réellement incitatif.

b) Le CHU Rigshospitalet de Copenhague

Le CHU Rigshospitalet de Copenhague est un établissement qui fait partie de la « Hovedstadens Sygehusfællesskab », la communauté hospitalière de la capitale danoise. Il comprend 1200 lits et emploie 6200 personnes. Il s'agit du plus grand hôpital du Danemark et constitue un centre de référence national pour de nombreuses spécialités médicales.

Au niveau institutionnel, l'hôpital est dirigé par un triumvirat associant un Directeur Général au profil administratif, un Directeur Médical médecin et un Directeur Infirmier. Ces trois autorités prennent la plupart des décisions ensemble.

Le CHU a mis en place des pôles médicaux et médico-techniques en 1994 afin d'améliorer l'efficacité médico-économique, de décloisonner les activités, de diminuer le nombre d'interlocuteurs directs de la Direction Générale (auparavant 60 services de soins dirigés par un binôme médecin / cadre infirmier existaient). 6 pôles médicaux équilibrés (environ 200 lits chacun) ont été créés, respectant une logique médicale centrée sur un organe, une pathologie ou une population (on retrouve un pôle mère-enfant, un pôle des pathologies digestives ou un pôle du cœur par exemple). Au sein de chaque pôle sont présents 8 à 10 services médicaux. Un pôle centré sur les investigations diagnostiques (laboratoires, imagerie) et un autre regroupant les services (stérilisation, services hôteliers, transport, etc...) viennent compléter le dispositif.

Le pôle est managé par un directeur de pôle. Ce dernier est la plupart du temps un médecin. Chaque directeur de pôle est assisté par un vice-directeur, qui est toujours un cadre infirmier.

Le directeur et le vice-directeur du pôle prennent les décisions ensemble, ce qui signifie que le cadre infirmier a une compétence générale dans le pôle : il n'est pas uniquement compétent pour les questions infirmières ou d'organisation des soins. Le cadre infirmier supplée le directeur de pôle lors de son absence. En cas de désaccord entre le directeur et le vice-directeur, le directeur a toutefois le dernier mot.

Le directeur et le vice-directeur du pôle sont nommés par la Direction Générale du CHU pour une durée de 6 ans, mais peuvent être révoqués en cas de difficultés (ce qui arrivait au début, mais est beaucoup moins fréquent aujourd'hui). Il n'y a pas d'élection au sein du pôle. Au sein de chaque pôle, une cellule administrative composée de 3 ou 4 personnes apporte une aide en matière de ressources humaines ou de contrôle de gestion.

Le Directeur de pôle a une compétence hiérarchique sur l'ensemble du personnel (médical, soignant, administratif) qui travaille au sein du pôle. A ce titre notamment, il recrute et nomme, en association avec le vice-directeur, l'ensemble des chefs de services et des cadres de santé de son pôle. La liaison hiérarchique est donc clairement établie, les chefs de service pouvant d'ailleurs être révoqués de leurs fonctions à tout moment sur décision du Directeur de pôle.

Les pôles ont reçu comme mission de participer à la définition des orientations stratégiques et à les faire respecter aux services. Ces derniers ont donc été maintenus, mais leur rôle a été limité à l'organisation d'une discipline particulière dans le domaine des soins et de l'enseignement.

Tous les ans, chaque pôle négocie avec la Direction Générale un contrat de pôle dans lequel figure des objectifs d'activité, de qualité, de bonne gestion, etc... Un budget est ensuite alloué au pôle pour mener à bien les objectifs fixés.

Le pôle doit ensuite décliner par services les objectifs du pôle. Un second contrat est donc passé, cette fois entre la direction du pôle et les services : le pôle attribue un budget au service pour qu'il mène à bien ses missions. L'activité des services est contrôlée régulièrement par le pôle, qui fait un rapport mensuel à chaque service sur les résultats obtenus par ce dernier.

Un service qui est bénéficiaire sur le plan budgétaire peut éventuellement « aider » un autre service du pôle qui serait déficitaire. Cette décision est négociée entre les chefs

de services concernés et la direction du pôle. Toutefois, les chefs de service qui ont des difficultés récurrentes pour remplir leurs objectifs peuvent être révoqués.

La Direction Générale rencontre les directeurs de pôle chaque semaine pour faire le point sur les difficultés. Mais elle s'oppose rarement à la stratégie des pôles. Tant que le pôle respecte l'enveloppe budgétaire qui lui a été allouée, il peut faire beaucoup de choses : ainsi, si ses ressources financières lui permettent, le pôle peut recruter le personnel médical ou soignant qu'il souhaite (via l'aide du bureau ressources humaines présent dans chaque pôle). La Direction Générale ne donne son accord préalable que pour les activités nouvelles ou les dépenses très importantes.

Un intéressement financier est prévu pour les pôles qui remplissent leurs objectifs. Le Danemark fonctionnant sous tarification à la pathologie, un surcroît d'activité entraîne un surcroît de recette. L'hôpital récompense donc les pôles qui ont accru leur activité, en leur donnant une partie des recettes supplémentaires perçues. L'autre partie est conservée par le CHU pour être reversée aux pôles ayant amélioré leur démarche qualité (amélioration qui n'est pas directement visible dans les statistiques d'activité, mais qui justifie une reconnaissance) ou pour les pôles qui connaissent des difficultés afin d'équilibrer leur budget. Cette solidarité inter-pôles est négociée entre la Direction Générale et l'ensemble des directeurs de pôles ; elle permet de maintenir une logique institutionnelle forte.

Dans la pratique, très peu de conflits opposent la Direction Générale et les directeurs de pôle. La plupart des questions se résolvent de manière consensuelle. Depuis 2000, on constate une très grande stabilité au sein des directeurs et des vice-directeurs de pôle : pas de révocation, peu de démissions. Preuve que le système a trouvé son rythme de croisière. Aux yeux des responsables, il aura fallu près de 10 ans pour que les personnels intègrent la culture polaire et le nouveau mode de fonctionnement.

Que ce soit sur les bords du Lac Léman ou sur les rives de la Baltique, la déconcentration de la gestion par la création de structures regroupant des services et bénéficiant de délégations a montré de nombreux avantages. Ces réformes ont toutefois mis du temps pour être appropriées par les acteurs, preuve que le changement attendu est avant tout d'ordre culturel.

Ces exemples étrangers ont pour ambition de montrer que l'organisation en pôles peut fonctionner au sein d'un hôpital. C'est cette piste que tente de suivre le plan Hôpital 2007 et dans laquelle se sont engagés certains établissements français.

B) La France à l'heure des pôles : quelques expériences, premiers bilans

a) *Le plan « Hôpital 2007 », fer de lance de la nouvelle gouvernance*

Le premier ministre Jean-Pierre RAFFARIN avait fait de la « nouvelle gouvernance » le credo de la réforme de l'Etat⁷¹. Jean-François MATTEI, ministre de la santé du 1^{er} gouvernement RAFFARIN va mettre en application ces principes dans le monde hospitalier. On peut certes estimer que ces dernières années, les rapports professionnels à l'hôpital se sont modifiés et, comme le note Michel CREMADEZ « *qu'à la vision conflictuelle s'est substituée une vision plus consensuelle* »⁷². Toutefois, « *une telle évolution ne peut être que chimérique si les établissements de soins ne mettent pas en place les éléments indispensables au changement de mentalité espéré* »⁷³. D'où la nécessité de réformes nouvelles.

Le plan « Hôpital 2007 » est présenté comme un « pacte de modernité avec l'hospitalisation ». Il vise à « *redonner aux établissements hospitaliers publics [...] confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française* »⁷⁴. « Confiance et responsabilité partagée » doivent être les principes de base de la nouvelle architecture organisationnelle de l'hôpital ; le fonctionnement de ce dernier doit être revu en allégeant les contraintes et en donnant plus de souplesse.

Les mesures proposées sont alors nombreuses : assouplissement des règles de la planification sanitaire (suppression de la carte sanitaire notamment), soutien important à l'investissement hospitalier, simplification des règles de la collaboration public / privé. Le fonctionnement interne de l'hôpital doit quant à lui être modernisé et les contraintes

⁷¹ RAFFARIN JP. *Pour une nouvelle gouvernance*. Paris : L'Archipel, 2002

⁷² CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance. Un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

⁷³ *ibid.*

⁷⁴ Discours de Jean-François MATTEI, « Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation », 20 novembre 2002, site du Ministère de la Santé.

desserrées. Le groupe de MM. PERRIN, VALLANCIEN et DEBROSSE est chargé de faire des propositions, qui aboutiront à leur rapport. Toutefois, d'ores et déjà, le ministre MATTEI ambitionne de lancer les hôpitaux publics dans la « *voie de la contractualisation interne [...] à l'échelon de pôles d'activité dépassant le cadre strict du service* »⁷⁵. Les contrats internes doivent pouvoir donner lieu à un intéressement des personnels en cas de réalisation des objectifs fixés préalablement.

Un changement certain de mentalité est donc attendu : non seulement l'idée des services doit être dépassée, mais en plus les pôles d'activité pourront être intéressés aux résultats de leur gestion. Le lien avec une autre réforme prévue dans le plan « Hôpital 2007) peut être ici clairement établi : la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A) va ainsi inciter les établissements à repenser leur organisation interne et à mettre en place des dispositifs de contractualisation interne.

En effet, avec la T2A, les recettes suivent l'activité qui est réalisée. Les hôpitaux doivent donc mettre en place des organisations qui leur permettent de s'organiser de manière efficace : le regroupement d'activités et la mutualisation des moyens et des compétences semble donc être nécessaire afin de répondre aux enjeux de la réforme budgétaire. Et constitue un argument supplémentaire pour inciter les établissements à créer des pôles d'activité, à leur confier des délégations de gestion, à les intéresser aux résultats et à parvenir à un décloisonnement des pratiques et des professions.

Mais l'intérêt des pôles se retrouve également sur le plan médical et doit aussi profiter au patient. L'hyperspécialisation des services et leur cloisonnement ne paraissent plus adaptés au traitement des pathologies contemporaines. D'abord, « *la nature et la diversité des activités impliquent une relation facile, immédiate, intime avec les patients et rendent peu opérant un management centralisé laissant les soignants en marge du processus gestionnaire* »⁷⁶. Que les médecins ne soient pas associés à la gestion, bien que le service soit au centre de l'organisation hospitalière, est donc un manque cruel. En outre, les services regroupant des unités fonctionnelles « *adaptées à un mode artisanal et fragmenté, ne sont plus de nature à répondre à la nécessité d'adapter les prises en charge aux différents types de patients soignés* »⁷⁷. Le rapport COUANAU avait ainsi mis en avant le fait que le cloisonnement des services avait rendu difficile le développement de la chirurgie ambulatoire en France, activité qui nécessite une mise en commun de

⁷⁵ *ibid.*

⁷⁶ CAUVIN C., CREMADEZ M. «Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

moyens mais qui s'est heurtée à la difficulté de réduire le nombre de lits d'hospitalisation dans tel ou tel service. De plus, les services ont eu tendance à se couper du sommet stratégique, mais également des acteurs et partenaires externes, médecine de ville notamment

L'idée est donc mise en avant que le territoire médical traditionnel du service de soins n'est plus forcément adapté à l'acte médical contemporain, notamment pour la prise en charge des cas lourds. Le médecin est en outre de plus en plus incité à considérer l'individu dans son environnement, l'efficacité de son action dépendant désormais de « *sa capacité à associer des compétences non médicales dans ses schémas d'action* »⁷⁸. Il paraît nécessaire pour le médecin, dans l'intérêt du patient, d'adhérer à « *la construction d'une solidarité entre les différents acteurs, soignants ou non, qui composent l'organisation* »⁷⁹.

L'organisation en pôles d'activités apparaît ainsi nécessaire. En 2004, cent établissements décident d'anticiper la réforme de la nouvelle gouvernance, conformément aux dispositions de la circulaire du 13 février 2004⁸⁰. Une réforme qui doit permettre de « *lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités* »⁸¹.

Mais certains établissements, volontaires de l'anticipation, n'avaient en réalité pas attendu la réforme « Hôpital 2007 » pour innover dans leur organisation interne, utilisant alors les possibilités offertes par les lois de 1991 et 1996.

b) *Quel bilan pour les premiers pôles ?*

Plusieurs CHU ont mis en place au cours des années 1990 des organisations sous forme de pôles ou de cliniques visant à favoriser la coopération entre médecins, soignants et directeurs, organisations qui s'inscrivent donc désormais dans le cadre de la « nouvelle

⁷⁷ *ibid.*

⁷⁸ CREMADEZ M., GRATEAU F., *op.cit.*, p.260.

⁷⁹ *ibid.*

⁸⁰ Circulaire DHOS/E1 n°2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

⁸¹ *ibid.*

gouvernance »⁸². Globalement, ces expériences « *révèlent sur le terrain, la difficulté de s'affranchir d'une vision hiérarchique de l'organisation et d'un centrage sur la gestion des moyens* »⁸³.

Le CHU de Nantes a été l'un des premiers établissements à expérimenter une telle démarche de regroupement des services en pôles d'activité. Dès 1997, le projet d'établissement fixe un regroupement des 70 services en 19 pôles cliniques et médico-techniques et des premiers pôles sont organisés en 1998. Un médecin est placé à la tête de chaque pôle et bénéficie d'une double légitimité : le pôle étant à la fois une fédération de services et un CR, le médecin directeur de pôle est élu par ses pairs en tant que coordonnateur de fédération, mais il est nommé par le Directeur Général comme responsable d'un CR. Le directeur de pôle est assisté par un cadre soignant et un cadre administratif. Existente également pour chaque pôle un DH référent et un Directeur des Soins (DS) référent, exerçant chacun une fonction de coordination afin de garantir le respect des priorités institutionnelles et de faciliter le travail inter-polaire sur des projets communs. DH et DS participent activement à l'exécution du contrat de pôle, élaboré annuellement à partir du projet médical de pôle et encadrant les délégations confiées (tableau des emplois, mensualités de remplacement, formation continue, crédits de petits matériels et mise à disposition de petits budgets d'entretien).

Pour l'établissement nantais, le bilan de cette gestion de proximité est positif sur le plan culturel, elle a incontestablement permis de rapprocher les logiques soignantes et gestionnaires, l'adhésion du corps soignant ayant renforcé cette tendance. La réflexion de proximité a en outre permis de faire aboutir de nouveaux projets et de garantir la qualité du projet médical. En revanche, d'autres domaines restent plus mitigés : la culture du contrôle de gestion et de connaissance des coûts ne se perçoit pas véritablement au sein des pôles, le réflexe est encore à la défense des moyens délégués et à la recherche d'enveloppes complémentaires. En outre, les directeurs de pôles estiment n'avoir pas eu suffisamment de formation au management. Enfin, le « territoire » n'a pas disparu, les responsables du CHU constatant même l'apparition d'un « *nationalisme* » de pôle.

Au CHU de Lille, depuis 1993, l'établissement a substitué aux services des « Cliniques » pour les activités médicales et des « Instituts » pour les activités médico-techniques. Les responsables nordistes ont souhaité privilégier les logiques de

⁸² Nous suivons ici essentiellement l'ouvrage publié par la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH). *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière*. Paris : 2004

mutualisation des ressources autour d'un projet médical partagé répondant aux missions du CHU. Cette organisation a également pour but de mettre en place de nouvelles modalités managériales en partageant davantage les responsabilités, en favorisant des prises de décision plus participatives et en simplifiant les procédures administratives. Les structures médicales sont rendues plus autonomes, les décisions de gestion sont rapprochées des patients, au sein de structures de taille humaine mais à « taille critique ». L'expression des personnels est assurée par la création de conseils de clinique, renforçant le dialogue de proximité.

Un coordonnateur de clinique élu anime l'équipe et est assisté par un cadre soignant et un cadre gestionnaire. Comme à Nantes, un DH et un DS référents sont porteurs de la stratégie et développent la logique de collaboration entre les cliniques afin d'éviter toute balkanisation. La clinique bénéficie de délégations de gestion dans la gestion des personnels non médicaux (gestion des remplacements ou de l'évaluation du personnel) ou la gestion budgétaire (travaux d'entretien ou équipement paramédical). L'expérience lilloise apparaît plutôt convaincante ; l'« *acte fondateur* » des cliniques semble bien être la mise en place du projet médical partagé qui fixe des objectifs concrets autour desquels les différents chefs de services peuvent se retrouver. Il apparaît également nécessaire de définir clairement les missions de chacun.

Au CHU de Poitiers enfin, l'activité gestionnaire du pôle est d'abord mise en avant ; elle doit permettre une « *rationalisation de la gestion du malade* ». Mais il apparaît très difficile de rompre le rapport filial du chef de service. Globalement, les soignants intègrent plus facilement la nouvelle organisation que les médecins. Ce qui semble important, c'est que le pragmatisme puisse s'exprimer. Là aussi le projet médical est central.

D'autres expériences mènent aux mêmes conclusions : les médecins ne s'impliqueront dans la vie du pôle que s'ils peuvent mettre en place un projet médical partagé et une réflexion autour de la prise en charge du patient. La gestion budgétaire n'est pas ce qui motive le plus d'autant plus que les formations sont parfois absentes. Surtout, les pôles s'avèrent efficaces s'ils ont des marges de manœuvre et de l'autonomie, si l'équipe du pôle bénéficie de « *capacités d'animation et de management* ».

⁸³ CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance : un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

afin d'éviter de rajouter un échelon hiérarchique »⁸⁴. Ce dernier élément constitue un point essentiel : dans bien des cas en effet, le pôle n'a pas remplacé l'existant ; devenu une strate supplémentaire, il peut aboutir à une complexité plus grande dans la prise de décision, à une incertitude sur les personnes compétentes et à une « *gestion plus compliquée de l'anecdotique* » (Nantes). Des inconvénients qu'une organisation en pôles doit en principe corriger.

Mais ces expérimentations ont aussi montré leurs apports indéniables : le rapprochement des cultures, l'expression des personnels, l'efficacité dans la stratégie. C'est en espérant aussi ces changements que le CHU de Dijon va décider de s'organiser en pôles médicaux.

1.2.2 La mise en place des pôles médicaux au CHU de Dijon : une lente maturation

Les responsables du CHU de Dijon ont pensé à la création de pôles cliniques et médico-techniques dès la rédaction du 1^{er} projet d'établissement, en 1994. Ce n'est pourtant qu'en 2001 que les premiers pôles verront le jour : preuve que les changements organisationnels prennent du temps et doivent aussi jouer avec les hommes, les opportunités, le contexte (A). Mais aux yeux des acteurs bourguignons, la mise en place de pôles médicaux doit aussi répondre à un autre défi qui, après de nombreuses années de tergiversations, s'affirme à la fin des années 1990 : la création d'un nouvel hôpital, le Bocage Central. Ce nouveau bâtiment doit regrouper l'ensemble des activités de court séjour en Médecine, Chirurgie et Obstétrique et les plateaux techniques et mettre fin à l'éclatement géographique actuel en plusieurs sites. Ce projet architectural va aussi être fondateur de l'organisation en pôles d'activité (B).

A) Des idées, des hommes, un contexte

Les informations livrées ici sont issues d'une part des projets d'établissements 1994-1998 et 2000-2004 et d'autre part des entretiens effectués avec le Directeur Général et le Secrétaire Général du CHU les 24 Juillet et 18 Août 2005.

⁸⁴ ULRICH MA. « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble ». *Gestions Hospitalières*, novembre 2003, pp.717-718.

a) *Du projet d'établissement 1994 à la fédération de biologie*

Le premier projet d'établissement (1994-1998) est l'occasion d'évoquer la constitution de pôles médicaux. Est alors évoquée la « *mise en place d'une synergie médico-chirurgicale qui se traduira par la création de pôles d'activité* ». 9 pôles sont ainsi prévus, obéissant à des logiques d'organes (pôle uro-néphrologie), de population (pôle mère-enfant) ou de pathologies (pôles digestif, thoracique et endocrinien). Cette nouvelle organisation médicale doit s'inscrire dans la notion de filière de soins. Elle est faite dans l'intérêt du malade, afin de permettre « *pour une pathologie donnée d'assurer la continuité des soins et d'assurer une prise en charge multi-disciplinaire* ». Déjà, l'idée de Bocage Central est dans les esprits : à terme, ces pôles devront connaître un rapprochement géographique ; seule la proximité physique des services composant le pôle favorisera le succès du décloisonnement. Cependant, aucun aspect concret n'est prévu, la forme juridique n'est pas vraiment déterminée. Surtout, l'idée d'un pôle gestionnaire ou d'un responsable médical participant à la gestion et bénéficiant de délégations n'est pas évoquée. Le pôle est avant tout destiné à faire travailler les gens ensemble et à assurer une prise en charge coordonnée du patient. Du côté des réactions, s'il n'y a pas d'opposition réelle, il n'a pas non plus de franche adhésion, la neutralité domine. « *La plupart des gens ne voyaient pas véritablement ce qu'était un pôle. On parlait un peu de certains projets comme celui de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, mais cela restait très flou* » rapporte le Secrétaire Général⁸⁵.

Mais en l'absence de vision concrète sur les finalités et les conséquences d'une organisation en pôles, les services demeurent dans leur organisation traditionnelle jusqu'en 1998, année pendant laquelle est expérimentée la mise en place d'une fédération de biologie. Les laboratoires du CHU ne mutualisent alors aucune compétence, générant un coût important dénoncé par plusieurs audits. Les praticiens chefs de service se rencontrent peu et se livrent à une « guerre des chefs ». Le Directeur Général (DG) leur impose alors de changer de mentalité et de méthodes de travail, afin de mutualiser les moyens et les compétences. La volonté d'un praticien de s'impliquer, l'existence d'un projet informatique commun permet de modifier les choses. Un cadre de direction sera placé auprès du médecin coordonnateur pour porter la politique institutionnelle, faciliter la concertation et s'occuper des problèmes administratifs.

⁸⁵ Entretien avec le Secrétaire Général du 18 Août 2005.

Un médecin et un directeur qui collaborent dans une structure commune ? Pourquoi pas ! « L'esprit polaire » de Dijon est né. Mais ce n'est qu'avec le 2nd projet d'établissement que l'idée des pôles va se développer.

b) *Le Projet d'établissement 2000-2004 : de nouveaux acteurs*

L'année 1999 voit l'arrivée d'un nouveau Directeur Général (DG), d'un nouveau Doyen de la Faculté de Médecine, ainsi que l'élection d'un nouveau Président de CME. L'élaboration du nouveau projet médical est alors l'occasion de rediscuter les questions d'organisation interne. « *La mise en place des pôles médicaux à Dijon a d'abord été permise par ces circonstances* » rappelle le DG, « *elle a aussi été influencée par la perspective de la construction de Bocage Central et l'organisation des études de médecine en pôles : tous ces facteurs ont permis de généraliser l'organisation par pôles* »⁸⁶.

L'organisation en pôles d'activité devient ainsi le premier objectif du projet médical 2000-2004⁸⁷. Elle est avant tout au service du patient, afin de le placer au centre du système et de lui faire bénéficier de ressources groupées venant à lui. Le pôle doit favoriser une prise en charge multidisciplinaire pour certaines pathologies, « *le concept de pôle représentant de ce point de vue un ensemble fonctionnel de compétences multiples et complémentaires* »⁸⁸. Il est prévu d'assurer la mise en commun de structures, d'équipements, de définir des zones de compétences déléguées. Le modèle de la fédération pourra être retenu.

« *La philosophie des pôles, c'était d'aller beaucoup plus loin qu'une simple nouvelle organisation administrative ou médicale : il fallait sortir de la parcellisation excessive qui touche les hôpitaux* »⁸⁹. Si le DG y voit aussi l'opportunité de créer des nouvelles règles de gestion, le Président de CME adhère lui aussi au principe, mais en espérant que cette nouvelle organisation permettra aux gens de plus s'impliquer⁹⁰. Aux yeux de ce dernier, les pôles médicaux doivent aussi permettre d'améliorer la démocratie interne et de mettre fin au mandarinat de la chefferie de service.

⁸⁶ Entretien avec le Directeur Général du 24 Juillet 2005.

⁸⁷ « *Cette logique [L'organisation en pôles d'activité] structure le projet médical et représente une clef de voûte pour la plupart des autres orientations de ce même projet* », Projet Médical 2000-2004.

⁸⁸ *ibid.*

⁸⁹ Entretien avec le Directeur Général du 24 Juillet 2005.

⁹⁰ Entretien avec le Président de la CME du 25 Juillet 2005.

La question du découpage polaire et donc du regroupement des services constitue l'un des premiers débats importants, suscitant de nombreuses discussions. Plusieurs logiques sont retenues pour regrouper les services : logique d'âge (ex. : le Pôle Personnes Âgées), logique d'organe (ex. : le Pôle Cœur-Poumon-Vaisseaux), de complémentarité (ex. : le Pôle Anesthésie-Réanimation Chirurgicale-Urgences) ou de pathologie (ex. : le Pôle des Pathologies Digestives, Endocriniennes et Métaboliques, pôle médico-chirurgicale)⁹¹. 15 pôles médicaux et médico-techniques sont ainsi créés. Mais il a fallu aussi tenir compte des « *affinités et des individualités. Cela signifie que ce cadre n'est pas figé et peut évoluer en fonction des problèmes rencontrés et de l'évolution des techniques* »⁹².

Face au changement, les résistances existent, bien qu'elles soient relativement faibles. Du côté du corps médical, le Président de la CME reconnaît qu'il y a eu au départ non pas une indifférence, mais plutôt une majorité silencieuse, peu impliquée dans la vie de l'établissement, pour laquelle la nouvelle organisation n'apportait pas forcément de choses nouvelles. Certains médecins craignent cependant la disparition des chefferies de service et un syndicat des chefs de service se constitue afin de défendre ses positions. Les responsables du CHU décident donc de maintenir les services tels qu'ils existent. Au terme du règlement intérieur-type des pôles « *le pôle assure une gestion commune des activités et des moyens des services et unités qui en sont membres, les services restent compétents pour l'organisation et le développement de leur discipline particulière (protocoles de soins, enseignement, recherche)* ».

Mais le scepticisme est aussi présent au sein des cadres de direction, craignant les difficultés engendrées par la mise en place d'une nouvelle structure ne remplaçant pas les services. L'idée de déconcentration de la gestion provoque également des inquiétudes. Quant aux organisations syndicales, elles ne sont pas favorables au projet.

Le CHU de Dijon crée également, en plus des pôles médicaux, cinq pôles administratifs regroupant des directions fonctionnelles entre elles. Un coordonnateur administratif est désigné, mais sans réel pouvoir. La direction du CHU souhaitait montrer l'exemple et réorganiser l'organigramme de direction. On retrouve par exemple un pôle Gestion des Personnels et des Relations Sociales regroupant la Direction des

⁹¹ Pour une liste exhaustive, cf Annexe n°3.

⁹² « CHU de Dijon : des pôles qui marchent », Propos de Daniel Marie recueillis par le Dr Gérard Gertner, site Internet du SNPHAR, Juin 2004.

Ressources Humaines, la Direction des Affaires Médicales et la Direction de la Formation ou un pôle des Services Economiques, Techniques et Logistiques associant la Direction des Travaux, la Direction des Achats, la Direction des Services Hôteliers et la Direction de la Logistique.⁹³

Malgré les imprécisions et les réticences, les pôles présentent un aspect plus concret que dans le précédent projet d'établissement. Et cette-fois ci, les pôles voient réellement le jour. D'autant que le projet architectural de Bocage Central va renforcer les convictions d'une nécessaire réorganisation des activités médicales.

B) Tous derrière un projet : Bocage Central

a) *L'idée du regroupement physique des pôles*

Le CHU de Dijon est organisé sur 3 sites : le site principal (« Hôpital du Bocage ») situé à la sortie de la ville, le site accueillant les personnes âgées (« Champmaillot ») et le site historique, pavillonnaire, situé au cœur de la ville (« Hôpital Général », fondé en 1204). Depuis de nombreuses années, la fermeture de l'Hôpital Général et le regroupement de toutes les activités de court séjour sur le site du Bocage, via la création d'un nouveau bâtiment, est évoqué, mais fait face à de nombreuses contraintes politiques ou financières notamment. Successivement baptisée « Bocage 2000 » puis « Bocage Central », la création du nouvel hôpital, déjà dimension structurante du projet d'établissement 1994-1998, devient plus concrète grâce un accord-cadre signé avec l'ARH de Bourgogne fin 1999 ; un cadre de direction est nommé comme chargé de mission à temps-plein sur ce projet. Le concours d'architecte, puis l'avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) signé en avril 2004 avec l'ARH précisent les choses : Bocage Central se fera. Un autre bâtiment, le Plateau Technique de Biologie (PTB) verra aussi le jour pour regrouper les laboratoires actuellement disséminés.

La réorganisation architecturale est l'occasion pour l'équipe de direction de prévoir un changement complet des modalités de travail au sein du nouvel hôpital. Il ne s'agit pas de déplacer un hôpital pour le reconstruire à l'identique ailleurs. Le nouveau bâtiment sera l'occasion de traduire sur le plan géographique les pôles construits sur le papier dans le

⁹³ La création de pôles administratifs n'est pas au centre de ce mémoire traitant des pôles médicaux. Leur existence est toutefois très intéressante, notamment dans le cadre de l'ordonnance du 2 mai qui les évoque explicitement.

projet d'établissement. Bocage central et l'organisation polaire sont intimement liés. Avec la conviction que la proximité géographique des services d'un même pôle facilitera la coopération entre les hommes. En effet, certains services d'un même pôle sont actuellement éclatés entre plusieurs sites et plusieurs étages, ce qui ne facilite pas le travail en commun et la mutualisation des moyens, notamment de matériel. C'est le cas, par exemple, pour le pôle des Pathologies Digestives, Endocriniennes et Métaboliques : chirurgie viscérale à l'Hôpital Général, Chirurgie digestive et thoracique au Bocage au 2^e étage, Endocrinologie au 1^{er} étage, Hépatogastro-Entérologie au rez-de-chaussée. Avec Bocage Central, l'ensemble du pôle sera présent au même étage. Un nouvel hôpital qui permettra aussi aux personnels de l'Hôpital Général de sortir de l'isolement géographique dans lequel ils se trouvent par rapport au lieu de « pouvoir » qu'est le Bocage (site sur lequel se trouve le bâtiment de la direction générale) : « *Je dois avouer que Bocage Central sera aussi un moyen de plus de s'investir dans la vie de l'établissement, de participer aux réunions de travail plus fréquemment sans perdre du temps dans les transports* » confie un coordonnateur médical⁹⁴.

Dans le nouveau bâtiment, le socle est constitué du plateau technique commun : imagerie centrale, blocs opératoires mutualisés, secteur d'anesthésie et salles de réveil, réanimation chirurgicales et urgences. Le 1^{er} étage rassemblera les services du pôle des neurosciences et de la chirurgie réparatrice. Au 2^e étage se trouvera le pôle des spécialités médicales, le 3^e étant quant à lui consacré au pôle Cœur-Poumon-Vaisseaux.

L'organisation physique de la disposition des pôles a fait avancer les réflexions car elle a permis de visualiser les proximités d'unités et les secteurs mis en commun de façon aussi centrale que possible. Elle a également fait émerger de nouvelles possibilités d'intégration polaire des activités. Le projet architectural est en outre accompagné par une réflexion sur les organisations et la possibilité de mutualiser le maximum de fonctions.

b) Un premier travail efficace en pôles

Très vite, début 2001, les pôles nouvellement constitués ont à débattre de leurs souhaits pour l'organisation du nouvel hôpital. De nombreuses réunions sont organisées dans chaque pôle pour connaître leur opinion, pour faire des choix sur l'hôpital dans lequel ils travailleront à l'avenir. « *C'est en discutant sur les projets d'architectes de Bocage Central qu'on a commencé à travailler ensemble entre services du pôle. On a du*

⁹⁴ Entretien avec un coordonnateur médical du 16 Août 2005.

faire des concessions, avoir des débats, et surtout on a commencé à entrevoir la réalité concrète du travail en pôles » note un coordonnateur médical⁹⁵. Au sein des pôles médico-chirurgicaux (pôle des neurosciences et pôle des pathologies digestives), la collaboration entre médecins et chirurgiens, pas évidente au départ, a aussi été permise par les discussions sur le projet de Bocage Central. Le pôle des Pathologies Digestives, Endocriniennes et Métaboliques a ainsi monté un projet concerté sur la création, au sein de Bocage Central, d'une unité médico-chirurgicale pour la prise en charge des urgences digestives. « *Un vrai progrès polaire, qui correspond véritablement aux attentes des patients* » rapporte le Président de la CME, par ailleurs spécialiste en gastro-entérologie⁹⁶. Et un projet qui mutualise des moyens et des compétences diverses.

Que ce soit pour les directeurs, les médecins ou les soignants, Bocage Central est extrêmement important pour l'avenir des pôles. « *Incontestablement, les pôles ne fonctionneront complètement qu'avec Bocage Central. Sans doute les personnels n'ont-ils pas encore pris toute la mesure du changement que cela opérera* » témoigne un coordonnateur médical⁹⁷.

Il n'en demeure pas moins qu'avant la construction de Bocage Central (dont la finition est estimée pour 2008 ou 2009), le fonctionnement polaire doit pouvoir avancer et gagner en maturité.

Si la solution des pôles d'activité peut-être le moyen de décroisonner l'hôpital et de redonner sa force à la stratégie, l'expérience dijonnaise présente toutefois aujourd'hui un bilan mitigé. Ce qui nécessite de réfléchir aux modalités d'évolution de l'organisation, évolution qui s'inscrit désormais dans un cadre normatif nouveau : l'ordonnance du 2 mai 2005.

⁹⁵ *ibid.*

⁹⁶ Entretien avec le Président de la CME du 25 Juillet 2005.

⁹⁷ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 26 Juillet 2005.

2 DEUXIEME PARTIE : LES POLES DIJONNAIS, UN BILAN CONTRASTE QUI NECESSITE DES EVOLUTIONS DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE RENOVEE

Cinq années après la mise en place des pôles et un an après une évaluation officielle, le bilan de l'organisation en pôles médicaux paraît contrasté ; il n'est ainsi pas sur que la « révolution » ait eu lieu ; si plusieurs aspects positifs ont donné plus d'efficacité à certaines décisions, beaucoup d'imprécisions ou d'incompréhensions subsistent encore (2.1). Des évolutions sont ainsi probablement nécessaires, mais elles se feront dans le cadre désormais d'une nouvelle législation relative à l'organisation interne de l'hôpital, l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, qui prévoit la constitution de pôles d'activité dans tous les hôpitaux publics (sauf hôpitaux locaux) (2.2).

2.1 Un bilan aujourd'hui contrasté

Le fonctionnement par pôles fait apparaître certains succès et certaines déceptions qu'il convient d'analyser, d'une part à l'aune de l'organisation interne nouvelle créée (2.1.1) et d'autre part à travers les aspects concrets et les faiblesses rencontrés (2.1.2).

2.1.1 Une réorganisation interne inachevée ?

L'organisation interne nouvelle du CHU a pour objet de faire collaborer ensemble plusieurs logiques et plusieurs métiers au sein du pôle (A). Les pôles restent toutefois une organisation encore largement en maturation (B).

A) Une organisation « multiprofessionnelle »

a) *3 métiers pour un pôle : la collaboration médecin / Cadre Supérieur de Santé / Directeur*

Le choix effectué par le CHU est de placer les pôles médicaux sous la responsabilité d'un Coordonnateur Médical, médecin titulaire justifiant d'une pratique

universitaire et d'une implication dans l'organisation des activités hospitalières concourant à la prise en charge des patients. Tous les coordonnateurs sont dans la réalité des chefs de service. Un Coordonnateur Adjoint seconde le Coordonnateur. L'un des deux médecins doit avoir un statut hospitalo-universitaire (HU). En pratique, les Coordonnateurs sont presque tous HU, phénomène qui suscite parfois la crainte des Praticiens Hospitaliers (PH), soucieux de ne pas être écartés de l'organisation. Le terme de coordonnateur traduit le rôle qui est attendu de lui : il doit être un animateur, un représentant du pôle dans toutes ses composantes. Elu par ses pairs au sein du pôle puis nommé pour 4 ans par le DG et le Président de la CME, le règlement intérieur n'en fait pas un « patron ». *« Il y a quand même eu de nombreux débats sur le rôle du coordonnateur, certains revendiquaient un rôle de patron et interprétaient le règlement intérieur à leur manière »*⁹⁸. Il est rappelé que le Coordonnateur ne possède pas de pouvoirs hiérarchiques sur les chefs de service. Aucune fiche de poste n'est produite. Certaines qualités essentielles sont toutefois attendues d'un coordonnateur de pôle : *« capacité à motiver les équipes, rigueur et sens de l'organisation, leadership »*⁹⁹.

Un Cadre Supérieur de Santé (CSS) est placé dans le pôle pour assister le coordonnateur du pôle dans la gestion. Nommé par le DG sur proposition du Coordonnateur Général des Soins et recruté sur profil de poste, placé à temps plein dans le pôle, il doit faire preuve d'autonomie et de responsabilité. Si ses attributions sont nombreuses (conception de l'organisation des soins, gestion des ressources humaines, élaboration et contrôle de la gestion économique du pôle), beaucoup de CSS regrettent d'avoir à traiter essentiellement des questions touchant à la gestion du personnel et de l'absentéisme. *« Je souhaiterais pouvoir passer plus de temps sur la qualité des soins ou l'harmonisation des pratiques infirmières dans le pôle, mais la gestion du personnel ou des tâches de secrétariat prennent trop de temps »*¹⁰⁰ rapporte un CSS. La présence du CSS est cependant reconnue comme très positive par tous les coordonnateurs.

Troisième acteur du pôle, le directeur délégué. Ce dernier est un directeur adjoint nommé par le DG, un directeur pouvant se voir confier jusqu'à deux pôles. Son instauration et son rôle ont suscité plusieurs débats au sein de l'équipe de direction. Son utilité était parfois contestée et son positionnement par rapport au coordonnateur problématique : si le DH ne devenait pas le « directeur de pôle », il ne pouvait non plus être l'adjoint du médecin.

⁹⁸ Entretien avec un Directeur Délégué le 18 Août 2005.

⁹⁹ CAILLET R., CRIE D. «Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007 ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

Pour certains, le directeur délégué devrait être « dans le pôle » et défendre les intérêts du pôle ; pour d'autres, il devrait avoir un rôle plus extérieur. Le règlement intérieur lui donne alors pour rôle de représenter le DG au sein du pôle, d'accompagner le coordonnateur dans ses missions, d'assurer un rôle d'interface entre le pôle et les directions fonctionnelles et de défendre les intérêts stratégiques de l'établissement. Pour certains directeurs, un tel schéma risque à terme de provoquer des conflits entre DH, du fait de positionnement dans des pôles aux stratégies opposées¹⁰¹. Certaines analyses sont aussi sceptiques sur le fait de déléguer un cadre de direction dans un pôle, estimant que : « *l'équipe managériale [...] intervient comme ressource globale auprès de l'ensemble des pôles[...]. C'est le principe, bien connu, de l'unicité de commandement cher à Napoléon Bonaparte !* »¹⁰².

Mais la démocratie interne n'est pas non plus oubliée dans la réforme polaire : un Conseil de Pôle, présidé par le coordonnateur, doit permettre d'assurer une information régulière, de favoriser le dialogue entre les différents corps de métiers mais surtout d'exprimer la volonté du pôle sur les grands projets internes au pôle. Le conseil de pôle comprend, outre les 3 acteurs principaux, l'ensemble des médecins titulaires et les cadres. Il se réunit au moins quatre fois par an. Le conseil de pôle renforce l'idée d'avoir des décisions plus collégiales, plus consensuelles, « *un coordonnateur élu, qui exprime la décision de son conseil de pôle, voilà une idée qui me plaisait et qui faisait s'impliquer les professionnels* » indique le Président de la CME¹⁰³.

b) *Une rénovation du positionnement des acteurs*

Tout d'abord, la mise en place d'un Directeur Délégué semble avoir rapproché les DH du terrain hospitalier, rapprochement plus perçu par les médecins que par les directeurs d'ailleurs. Aux yeux de plusieurs directeurs délégués, il ne s'agit pas d'une révolution, estimant que les liens avec les services de soins existaient avant, mais de façon sans doute moins visible au quotidien. « *Il y sans doute un intérêt plus important*

¹⁰⁰ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Juillet 2005.

¹⁰¹ Entretien avec un Directeur Délégué en date du 25 Juillet 2005 : « *le risque principal d'une organisation en pôles avec des directeurs délégués, c'est le conflit au sein-même de l'équipe de direction pour défendre des intérêts propres à son pôle mais pas à l'institution* ».

¹⁰² CAILLET R., CRIE D. « Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007 ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

¹⁰³ Entretien avec le Président de la CME du 25 Juillet 2005.

*pour les questions générales de fonctionnement des services hospitaliers »*¹⁰⁴ rapporte néanmoins un directeur délégué. La fonction de directeur délégué n'est toutefois pas une fonction à plein temps¹⁰⁵. Et par conséquent, un directeur délégué n'est pas toujours disponible pour son pôle, ce que regrettent certains coordonnateurs ou CSS, certains directeurs étant délégués auprès de deux pôles et donc très sollicités.

Aux yeux de certains médecins, si l'accès aux directeurs paraît plus facile dans l'organisation en pôles, il y a « *parfois une meilleure perception des problématiques du terrain, mais pas forcément une meilleure compréhension de ces dernières »*¹⁰⁶. Surtout, les personnalités semblent très importantes dans cette organisation, certains coordonnateurs médicaux évoquant un véritable « ticket » directeur / coordonnateur : un équilibre précaire qui peut très bien fonctionner, mais qui peut se rompre en cas de changement de personne. Et dans les cas de conflits, il est très difficile de trouver des arbitrages. « *Personne n'a vraiment les moyens d'imposer ses décisions aux autres, le pôle est avant tout collégial ; il faut que le dialogue puisse passer, sinon tout peut se bloquer rapidement »* témoigne un directeur délégué¹⁰⁷. La plupart des coordonnateurs ou CSS témoignent cependant d'une bonne entente avec leur directeur délégué respectifs pour faire avancer les dossiers : « *Le directeur délégué est essentiel : il donne une vision institutionnelle nécessaire, une aide, il dit la loi et nous rapporte ce qu'il est impossible de faire »*¹⁰⁸

Les CSS semblent quant à eux avoir pris une place très importante au sein des pôles et trouvé une légitimité dans l'institution qui leur manquait auparavant, une « *reconnaissance, notamment par le corps médical, qui nous ignorait auparavant lorsque les CSS étaient rattachés à des secteurs d'activité sans véritable lien avec les médecins ; désormais, avec notre permanence sur le pôle, nous sommes devenus des interlocuteurs essentiels »* estime un CSS¹⁰⁹. Fréquemment sollicités par le coordonnateur médical, notamment sur les questions d'effectifs, ils font bénéficier aux pôles d'une expertise essentielle en matière d'organisation des soins. Globalement, les cadres estiment qu'ils ont mieux intégré la logique polaire que le corps médical. La concertation et la mutualisation entre les cadres des unités d'un même pôle ne pose pas de difficultés particulières et les entraides sont fréquentes. Signe du sentiment d'appartenance au pôle, la participation des cadres au conseil de pôle est massive, elle leur permet de prendre

¹⁰⁴ Entretien avec un directeur délégué du 29 Juillet 2005.

¹⁰⁵ Les directeurs délégués de pôles conservent tous en effet une direction fonctionnelle.

¹⁰⁶ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 26 Juillet 2005.

¹⁰⁷ Entretien avec un Directeur Délégué du 28 Juillet 2005.

¹⁰⁸ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 15 Juillet 2005.

part à de nombreuses décisions et de donner leur avis sur les projets. « *Certains médecins estiment que nous avons pris trop de pouvoir ; mais c'est aussi parce que nous nous sommes intéressés à la problématique polaire, nous nous sommes investis et cela s'est traduit par des projets concrets* » confie un CSS¹¹⁰. Tous les CSS reconnaissent néanmoins qu'ils sont les assistants du coordonnateur médical et que la philosophie du fonctionnement polaire n'est pas de faire un triumvirat, « *nous représentons l'interface soignante entre le coordonnateur, le terrain et le directeur délégué* »¹¹¹

Quant aux coordonnateurs médicaux, leur degré d'implication est variable, tout comme leur vision du rôle d'un pôle. Pour certains, le pôle est avant tout un lieu de réflexion et pas de gestion ; pour d'autres, la gestion est partie intégrante du fonctionnement polaire. Le rôle donné par le règlement intérieur leur convient : facilitateur, relais, coordination des activités ; l'aspect « super chef » n'est pas revendiqué. Mais les coordonnateurs ont accepté leurs fonctions pour des raisons très diverses : pour certains, il s'agissait de travailler avec plusieurs services sur l'organisation du circuit du patient ; pour d'autres, la fonction de coordonnateur répondait à une envie de participer à la stratégie voire à la gestion et de pouvoir peser sur les décisions.

On a pu constater toutefois chez les médecins coordonnateurs un certain désinvestissement dans leurs fonctions, reproche adressé par les CSS essentiellement, ainsi que par certains directeurs délégués : « *le coordonnateur n'est pas du tout intéressé par les tâches de gestion, il s'implique assez peu et est peu disponible, pris par ses fonctions hospitalières ou universitaires* »¹¹².

D'autres coordonnateurs cherchent à plus s'impliquer dans la vie du pôle, mais n'en ont pas toujours le temps, sollicités par leurs activités qu'ils ne souhaitent pas abandonner au profit du pôle. Beaucoup de coordonnateurs avouent d'ailleurs qu'ils ne sont pas nécessairement intéressés par les tâches de gestion, préférant les laisser au CSS ou au directeur délégué. Plus globalement, c'est au sein du corps médical que la culture polaire a plus de mal à passer. Le travail autour du service médical est encore très prégnant dans les organisations et les coordonnateurs refusent d'avoir à arbitrer les éventuels conflits entre praticiens : « *Je n'impose jamais de décisions aux chefs de*

¹⁰⁹ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 18 Août 2005.

¹¹⁰ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 15 Juillet 2005.

¹¹¹ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Août 2005.

¹¹² Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 15 Juillet 2005.

service, il y a toujours une discussion, une collaboration, mais les relations sont bonnes de toute façon » rapporte un coordonnateur¹¹³.

Certains pôles sont toutefois victimes de guerres de chefs et ont des difficultés à progresser ; c'est ainsi qu'un pôle créé en 2001 va se scinder en deux en 2004, compte tenu de l'impossibilité d'accorder certaines personnalités. Il semble par ailleurs difficile que les médecins s'impliquent dans certains pôles ; la participation aux conseils de pôle est ainsi parfois aléatoire : « *Le conseil de pôle, je le vis assez mal ; certains médecins me demandent s'ils doivent venir, alors qu'ils ne devraient même pas poser la question* » confie un coordonnateur¹¹⁴, « *les PH viennent au Conseil de Pôle par politesse, mais beaucoup s'y ennuiant. Le Coordonnateur ne les motive pas trop non plus !* » rapporte un CSS¹¹⁵. En définitive, beaucoup de praticiens ont des difficultés pour trouver leur place dans l'organisation et le pôle n'a pas réellement changé leur manière de travailler ou leur vie professionnelle au quotidien. Et leur implication dans le fonctionnement institutionnel ne semble, de toute façon, pas apporter beaucoup de satisfaction personnelle.

L'organisation en pôles à Dijon est donc encore en pleine maturation ; d'autant que si sa pertinence ne semble pas être remise en cause, beaucoup d'imprécisions ou de difficultés de fonctionnement subsistent.

B) Une organisation encore en maturation

a) *Une organisation entrée dans les mœurs*

Signe d'un fort encouragement de la démarche engagée en 2000, personne ne remet en cause l'organisation en pôles d'activité ou ne plaide pour un retour aux services. Un séminaire de bilan sur l'organisation polaire organisé en février 2004 est l'occasion de démontrer l'acceptation par tous les acteurs du CHU du changement. « *Nous avons été surpris par l'adhésion complète des gens, malgré les critiques formulées sur le fonctionnement. Cela n'était pas forcément gagné d'avance ; le changement culturel attendu est bien présent désormais* »¹¹⁶. D'ailleurs, les médecins mettent en avant le fait que les pôles ont permis de décloisonner l'hôpital tel qu'il existait. Avant de travailler

¹¹³ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 20 Juillet 2005.

¹¹⁴ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 26 Juillet 2005.

¹¹⁵ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 15 Juillet 2005.

¹¹⁶ Entretien avec le Secrétaire Général du 18 Août 2005.

ensemble, les services ont appris à se connaître, ce qui est déjà un pas important. Les pôles ont permis une ouverture entre des professionnels médicaux et non-médicaux qui ne se côtoyaient pas avant. « *Incontestablement, avec les pôles, on a commencé à regarder ce qui se passait dans le couloir d'en face, à comprendre les problèmes des autres et à percevoir un peu mieux les contraintes de l'institution* »¹¹⁷. Le conseil de pôle a pu constituer un élément de démocratie, de débats et d'échanges qui manquait cruellement au fonctionnement hospitalier.

Pour les soignants, le progrès culturel est essentiel. L'appartenance polaire remplace ainsi progressivement la culture du service longtemps prédominante. Les infirmières appartiennent désormais à un pôle, un « esprit polaire » se développe largement. Mais le décloisonnement est aussi celui des métiers. « *Il n'y jamais eu autant de collaboration entre les médecins et les soignants* »¹¹⁸ s'enthousiasme un CSS. En effet, la relation de confiance qui peut s'instaurer entre un coordonnateur et un CSS pousse à la collaboration. Sollicité pour de nombreuses questions, le CSS est véritablement l'interlocuteur direct du coordonnateur. La collaboration est sans doute bien plus importante qu'auparavant entre médecins et soignants. Le rôle des CSS est d'ailleurs salué par l'ensemble des médecins coordonnateurs.

Les coordonnateurs tiennent toutefois à conserver leur domaine de compétence en matière d'organisation des activités médicales ou de projets médicaux. Le CSS est parfois informé, parfois pas tenu au courant. D'où à ce niveau certaines frustrations des CSS. Le défi à venir, lors de la rédaction du prochain projet d'établissement, va être de pouvoir articuler projet médical et projet de soins ; peut-être que la culture polaire y aidera.

La logique administrative et les contraintes des directeurs sont également mieux perçues, mais de manière moins franche. Il y a encore beaucoup d'incompréhensions sur la lourdeur des procédures ou sur le délai pour prendre des décisions. Le rôle du directeur délégué est notamment d'expliquer les contraintes réglementaires ou statutaires, mais les informations données sont parfois insuffisantes.

Il n'en demeure pas moins que la constitution des pôles a permis l'apparition de méthodes de travail nouvelles : « *Dans mon pôle, nous avons travaillé sur des projets de rénovation architecturale avec le coordonnateur, le CSS et le conseil de pôle. Au final,*

¹¹⁷ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 28 Juillet 2005.

¹¹⁸ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Août 2005.

nous co-signons un projet à 3, chose qui était impensable avant. Et cela renforce notre crédibilité auprès de la Direction Générale et des organismes de tutelle » explique un Directeur Délégué¹¹⁹.

Une collaboration qui se retrouve dans les « bureaux de pôle » rassemblant le coordonnateur et son adjoint, le directeur délégué et le CSS. C'est dans cette instance informelle, bien plus qu'en Conseil de Pôle, que se prennent les décisions et que les discussions avancent. Les réunions peuvent se faire tous les mois, parfois tous les 15 jours dans certains pôles. Les travaux, les problèmes budgétaires, les projets de nouvelles activités y sont discutés en collaboration. Cette expérience, souvent positive, est appréciée des acteurs ; les « bureaux de pôle » permettent aussi de travailler sur des dossiers avant de les soumettre aux conseils de pôles, aux réunions moins fréquentes et à la participation aléatoire. Un « bureau de pôle » non prévu dans le règlement intérieur des pôles, mais dont la nécessité est mise en avant par tous.

Réussie pour une large part sur le plan de la culture et sur le travail commun, l'organisation polaire se cherche en revanche plus sur les modalités de pilotage des pôles.

b) Des modalités de pilotage encore confuses

Tout d'abord, le rôle du directeur délégué n'est pas toujours bien perçu. Aux yeux de nombreux coordonnateurs ou CSS, le directeur délégué dispose d'une autonomie insuffisante. Et le positionnement de ce dernier n'est pas toujours très clair. En fait, le directeur délégué reste largement dépendant des directions fonctionnelles. De ce point de vue, la gestion n'est pas réellement décentralisée et les tiraillements peuvent être importants pour un directeur délégué soucieux de travailler pour son pôle, mais aussi de se plier aux décisions institutionnelles. D'où l'intérêt ressenti par les coordonnateurs d'avoir un directeur qui a « du pouvoir », ces derniers estimant *« qu'on sait très bien que certains directeurs ont plus de poids que d'autres auprès de la DG et peuvent obtenir plus facilement ce que nous souhaitons. De ce point de vue, il y a une certaine inégalité entre les pôles »*¹²⁰. Une coordination par la hiérarchie qui n'a donc pas disparu des esprits

¹¹⁹ Entretien avec un Directeur Délégué du 28 Juillet 2005.

¹²⁰ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 27 Juillet 2005.

malgré l'organisation en pôles et qui démontre le maintien d'une centralisation assez forte. « *Il est difficile de savoir de quelle autonomie dispose le directeur délégué ; mais on ressent clairement qu'il doit sans cesse solliciter ses collègues sans être sûr du résultat* » confie un CSS¹²¹. Le directeur délégué est parfois placé dans une position schizophrène, car « *il cumule les fonctions de directeur fonctionnel et de directeur délégué, ce qui n'est pas évident dans le fonctionnement quotidien ; de plus, il est représentant de la Direction Générale, et à ce titre il doit défendre une vision institutionnelle qui ne correspond pas toujours aux attentes du pôle* »¹²². Des directeurs délégués pas trop à l'aise non plus lorsqu'il s'agit de co-signer des courriers de revendication au DG avec les membres de leur pôle...

Dès le départ, la fonction de Directeur Délégué n'est pas clairement identifiée ; le CHU sortant d'une organisation en directeurs d'établissements, beaucoup assimilent le directeur délégué aux anciens directeurs de sites. Mais la philosophie du système n'est plus la même, puisque le fonctionnement intègre cette fois un coordonnateur médical responsable des activités. Cet éclatement des directions de sites au profit des directions déléguées a par ailleurs laissé un vide dans certains domaines. « *Il y a des questions pour lesquelles le flou prédomine, la question de recherche de locaux pour une nouvelle activité par exemple. Cela ressort maintenant de longues discussions entre directeurs délégués, sans savoir qui a la légitimité d'attribuer de nouveaux locaux, alors que cette fonction était dévolue au directeur de site auparavant* » explique un directeur délégué¹²³. Le manque d'autonomie paraît toutefois normal pour certains directeurs délégués : « *notre rôle est de servir d'interface entre le pôle et la direction, de les conseiller, de leur dire la loi et leur faire comprendre pourquoi tel ou tel projet n'est pas possible. A ce titre, je vois plus le directeur délégué comme un directeur référent, en dehors du pôle, mais interlocuteur privilégié d'une équipe médicale et soignante représentée par son coordonnateur* »¹²⁴.

Autre inquiétude qui guette les directeurs délégués de pôle, celle d'être sollicité pour toute question dès lors qu'elle a une connotation administrative. Certains coordonnateurs ou cadres de santé saisissent ainsi leur directeur délégué pour des points de détail, car ce dernier est le seul représentant de l'administration¹²⁵ : certains directeurs sont ainsi appelés pour régler des problèmes de lettres de mission, de frais de

¹²¹ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Juillet 2005.

¹²² Entretien avec un Directeur Délégué du 25 Juillet 2005.

¹²³ Entretien avec un Directeur Délégué du 18 Août 2005.

¹²⁴ Entretien avec un Directeur Délégué du 25 Juillet 2005.

déplacement ou de sténorettes. Les abus sont importants, mais ils traduisent la confusion qui existe sur le rôle du directeur délégué : dans certains cas son profil administratif est perçu avant son rôle de directeur, il est sollicité parce qu'on estime que ses relations feront avancer les choses plus rapidement. Certains coordonnateurs constatent d'ailleurs que les dossiers avancent moins vite dès que le directeur délégué s'implique moins. « *Le rôle stratégique du directeur délégué ne sera pas mis en avant tant que les pôles ne seront pas plus associés à la définition de la stratégie de l'établissement* » rapporte un directeur délégué¹²⁶. Le risque principal est que les coordonnateurs se dessaisissent des questions administratives en recourant systématiquement aux directeurs délégués par facilité. D'où un cadrage qui s'avère parfois nécessaire sur la fonction du directeur délégué.

Un autre point d'achoppement concerne le rôle du CSS. Son positionnement apparaît parfois problématique. Nommé dans un pôle, mais sous la responsabilité hiérarchique de la Direction des Soins, les CSS sont parfois placés dans des situations délicates, ayant parfois à mettre en place des mesures, relatives notamment au personnel, qui ne correspondent pas aux attentes du pôle mais qui répondent aux souhaits de la Direction des Soins. Certains coordonnateurs estiment ainsi que le CSS devrait être placé sous leur autorité et celle du directeur délégué afin de servir uniquement les intérêts du pôle. Du côté de la Direction des Soins, on estime cependant que l'autonomie du CSS est grande dans son pôle : en effet, il peut par exemple décider, en collaboration avec le coordonnateur, d'affecter le personnel entre les différents services. Ce qui n'empêche pas parfois des difficultés, rapportées par certains CSS. Ainsi, il n'est pas toujours évident de transformer des postes, de recruter par exemple des brancardiers plutôt que des aides-soignants même si cela est conforme à la volonté du pôle¹²⁷. La Direction des Soins n'hésite toutefois pas à saisir les coordonnateurs et les directeurs délégués en cas de problèmes ; les conflits sont cependant souvent plus importants avec les chefs de service qu'avec les coordonnateurs. Mais les CSS ne remettent pas en cause leur rattachement à la Direction des Soins, estimant que ce lien est nécessaire pour permettre l'harmonisation institutionnelle entre les pôles sur le plan de l'organisation des activités de soins.

C'est également le processus de décision qui s'est semble-t-il alourdi, alors qu'une organisation en pôles est censée donner plus d'efficacité à la prise de décision. Les

¹²⁵ Le CHU a toutefois placé au cours de l'été 2005 des agents administratifs affectés aux pôles pour effectuer des tâches de secrétariat.

¹²⁶ Entretien avec un Directeur Délégué du 29 Juillet 2005.

critiques les plus virulentes mettent souvent en avant ce point. Il est parfois difficile de savoir qui prend les décisions puisque le pôle est conçu de manière avant tout collégiale. « *Il y beaucoup de question sans réponses : sur la qualité des soins, sur les équipements, sur les restrictions budgétaires, on ne sait jamais qui doit décider et cela prend plus de temps* »¹²⁸. « *On assiste à une complexification croissante du processus de décision : on a en effet maintenu un système vertical et on a rajouté un système horizontal ; il faut plus de courriers ou rencontrer plus de personnes pour faire aboutir un projet* » témoigne un coordonnateur¹²⁹. Le management polaire n'a en effet pas totalement intégré la transversalité et le modèle hiérarchique reste présent. Un reproche que comprennent également les DH qui sont conscients des difficultés que peut rencontrer le terrain. « *Coordonnateur, CSS, directeur délégué, direction fonctionnelle, direction des soins : on n'est pas toujours sur de s'adresser au bon interlocuteur ou alors il faut s'adresser à tout le monde avec des réponses qui tardent à arriver, chacun devant donner un avis* » témoigne un Coordonnateur Médical¹³⁰. Une confusion due à un manque de cadrage sur les compétences qui appartiennent au niveau central et sur celles qui sont de la compétence du pôle, malgré le règlement intérieur.

En dépit de modalités de pilotage pas toujours très claires, le fonctionnement par pôles permet néanmoins du travail concret et efficace dans certains domaines, ce qui n'empêche pas les critiques persistantes sur une organisation encore « entre deux eaux »

2.1.2 Des avancées réelles mais des critiques persistantes

Les pôles, outre le changement culturel qu'ils ont permis, ont également permis d'avancer sur quelques sujets concrets. Essentiellement dans le domaine des ressources humaines ou démarche qualité, mais aussi en matière d'acquisition des équipements (A). Ces progrès ne doivent toutefois pas masquer le certain malaise qui règne parfois aujourd'hui face à l'organisation (B).

¹²⁷ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 18 Juillet 2005.

¹²⁸ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Juillet 2005.

¹²⁹ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 26 Juillet 2005.

¹³⁰ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 19 Juillet 2005.

A) Des avancées réelles dans des domaines variés

a) *Gestion du personnel et harmonisation des pratiques*

Un avantage reconnu par tous concerne les possibilités de mutualiser les personnels au sein d'un même pôle. Une compétence exercée par le CSS du pôle. La possibilité pour le personnel soignant de passer d'un service à un autre ou d'aider un service temporairement une unité en difficulté est un progrès impensable auparavant. Outre le fait qu'un sentiment d'appartenance à un pôle se crée, cela permet aussi de donner plus de souplesse à l'organisation. Certains CSS ou coordonnateurs évoquent un développement d'une solidarité entre services d'un même pôle qui n'existait pas avant. « *Lors de la fermeture d'un bloc opératoire, nous avons pu nous en sortir grâce à une entraide entre services du pôle : c'était un fait nouveau, empêché avant par des conflits entre chefs de service* » témoigne un Coordonnateur¹³¹. Une autre nouveauté a été de constituer des équipes de suppléance de soignants par pôles sous l'autorité du CSS. Cela permet d'avoir une équipe de remplacement dédiée, ce qui a l'avantage de permettre une réactivité importante et d'avoir en permanence du personnel spécialisé dans les pathologies du pôle. D'où la pertinence médicale nécessaire qui s'impose au pôle d'activité. Cette mutualisation du personnel a permis de travailler sur d'autres domaines. Ainsi, un pôle a pu mettre en place un système d'accueil polaire pour les nouveaux arrivants, permettant d'éviter les redondances sur les conseils donnés et de se familiariser tout de suite avec la structure polaire. Dans un autre pôle, on travaille sur des projets de formation des soignants nouveaux embauchés au sein du pôle.

Mais l'organisation en pôles a aussi permis pour les soignants de travailler sur l'harmonisation des pratiques soignantes et des protocoles infirmiers entre services d'un pôle. Les médecins ont accepté ces changements sans problème et se sont adaptés, constatant les effets bénéfiques pour le patient. Là aussi les progrès ont été importants, même si beaucoup reste à faire selon les témoignages. Ce domaine constitue un travail très motivant pour les CSS, soucieux d'être les responsables de l'amélioration de la qualité des soins. Une démarche qualité qui a aussi intégré la logique polaire : au sein de chaque pôle sont désignés des Responsables Assurance Qualité chargés de coordonner les propositions d'amélioration continue de la qualité. Des changements qui bénéficient directement au patient.

¹³¹ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 16 Août 2005.

Autre domaine délégué au pôle : la priorisation des actions de formation continue. Chaque pôle doit en effet déterminer les formations qui l'intéressent avant la Commission Formation qui garde un pilotage institutionnel. La réponse aux demandes du terrain est ainsi plus précise et les discussions sur les formations permettent un vrai dialogue au sein du pôle, même si les coordonnateurs ne s'impliquent pas toujours. « *Voilà un domaine où le rôle du directeur délégué peut être important pour conseiller et apporter son expertise* » explique un directeur¹³².

Reste que tous ces domaines ont concerné essentiellement le personnel paramédical. Il y a en effet beaucoup moins d'actions concrètes dans les pôles relatives au personnel médical. Les pôles ont toutefois reçu pour mission de prioriser le recrutement de postes hospitaliers et hospitalo-universitaires, ce qui constitue un début de travail en commun. « *Mais au delà, pas grand chose sur l'harmonisation des pratiques et sur l'organisation du travail médical dont personne ne veut s'occuper, et surtout pas le coordonnateur* » témoigne un CSS¹³³. Il est vrai qu'en la matière les marges de progrès sont encore importantes.

b) La mutualisation des équipements et des matériels : une rationalité renforcée

Les pôles ont aussi pour mission de déterminer leurs priorités en matière d'équipement mobilier, avant qu'une commission ne détermine un budget maximum par pôle compte tenu des crédits disponibles. Les bénéfices sont également importants en ce domaine puisque l'effet-masse permet d'accélérer la rénovation de l'équipement d'un service. Un pôle peut décider ainsi de favoriser un service qui a des équipements vétustes et qui aurait mis beaucoup plus de temps auparavant à acquérir des équipements neufs. L'achat d'équipement est aussi rationalisé, du fait de la mutualisation possible au sein du pôle. Il revient également au pôle de faire ses demandes en matière de travaux et d'entretiens et de prioriser les choix qui seront faits pour la rénovation de locaux. Tous les services d'un même pôle discutent ainsi entre eux pour assurer une équité. La procédure est ainsi rendue plus transparente et des petits services, qui avaient auparavant des difficultés à exister sur le plan institutionnel, peuvent bénéficier d'enveloppes plus larges si le pôle en décide.

¹³² Entretien avec un Directeur Délégué du 25 Juillet 2005.

¹³³ Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé du 15 Juillet 2005.

Les pôles travaillent ensemble également en matière d'équipement médical. Et là aussi les choses sont bien plus efficaces et rationnelles qu'avec une organisation en services où les demandes n'étaient pas concertées. « *C'est ainsi qu'un service a pu être totalement favorisé avec son pôle qui lui a permis de bénéficier d'un budget conséquent. Sans doute que, seul, ce service ne serait pas parvenu à un tel résultat* » témoigne le président de la CME ¹³⁴.

Malgré ces succès indéniables, le fonctionnement par pôles n'est pas exempt de critiques faisant part notamment d'une certaine frustration face à une organisation qui peine à sortir du rodage et qui n'a pas avancé sur les délégations budgétaires.

B) Une organisation encore « entre-deux eaux »

a) *Un changement de management qui tarde à venir*

Aux yeux de beaucoup d'acteurs des pôles, l'établissement reste encore dans un fonctionnement largement centré sur les services et fondé sur les procédures hiérarchiques. Ainsi, il est parfois reproché à la direction de ne pas saisir les coordonnateurs de pôle sur les questions importantes et de continuer à traiter avec les chefs de service, comme auparavant. Un comportement que dénoncent la plupart des coordonnateurs de pôles et que regrette le président de la CME, estimant que « *passer par les coordonnateurs de pôle pour les questions touchant à la politique institutionnelle permettrait de les responsabiliser et de leur montrer qu'ils sont des interlocuteurs indispensables* »¹³⁵. Par exemple, le CHU a connu récemment un plan de retour à l'équilibre des comptes négocié avec l'ARH, plan qui prévoyait notamment un gel de postes. S'il a été décidé de demander aux pôles de faire des propositions pour économiser des emplois, les coordonnateurs n'ont pas été réunis pour discuter des modalités pratiques, alors que les CSS l'ont été. Beaucoup de coordonnateurs ont désapprouvé cette attitude et la direction l'a également regretté après coup.

Il apparaît parfois difficile de faire coexister les services et les pôles. Des services que personne ne remet cependant en cause tant ils apparaissent pertinent sur le plan de

¹³⁴ Entretien avec le Président de la CME du 25 Juillet 2005.

¹³⁵ *ibid.*

l'organisation d'une discipline et sur la responsabilité médicale. Une situation pour le moins paradoxale.

Pour beaucoup, le pôle est en outre devenu un échelon hiérarchique de plus, puisqu'il y a toujours nécessité de passer par les directions fonctionnelles pour la plupart des décisions, ce qui alourdit le processus. Il n'y a pas eu de véritables délégations de gestion et la prééminence du niveau central se fait encore largement ressentir. Il existe finalement assez peu de domaines dans lesquels le coordonnateur ou le directeur délégué peuvent agir sans avoir l'aval de l'échelon central. Pour de nombreux interlocuteurs rencontrés, quel que soient leurs responsabilités, les pôles devraient avoir plus d'autonomie, l'organisation y gagnerait en efficacité d'après eux.

Certains acteurs estiment que le pôle a une conception pyramidale. On se retrouve alors dans un schéma d'intégration par la voie hiérarchique : « *chaque pôle[...] est doté d'un échelon propre de technostucture[...] qui s'articule avec les directions fonctionnelles centrales[...] chargées de satisfaire les besoins de management[...]. L'inconvénient majeur de cette piste d'évolution, c'est qu'elle risque de figer le regroupement des services en pôles selon une logique qui ne présente qu'une des nombreuses nécessités d'articulation que l'organisation hospitalière doit mettre en œuvre* »¹³⁶. Un schéma qui peut s'avérer d'autant plus inefficace que la sociologie hospitalière, et particulièrement médicale, n'est pas motivée par une structure hiérarchique classique. Mais faire du pôle un lieu « *permettant à la fois l'animation stratégique et la rationalisation budgétaire, sans alourdir le dispositif hiérarchique* »¹³⁷ n'est pas évident.

En outre, les pôles n'ont pas reçu encore de délégation budgétaire, pourtant réclamée par les coordonnateurs depuis le bilan élaboré début 2004 ; les contrats de pôle n'ont pas non plus été mis en place. L'équipe de direction avait pourtant prévu d'accélérer la réflexion dans ce domaine, mais les actions concrètes n'ont pas été réalisées. Ces insuffisances sont fréquemment soulignées par les coordonnateurs essentiellement, et dans une moindre mesure par les CSS. Les directeurs délégués, de leur côté, évoquent moins le sujet, estimant que les délégations budgétaires sont difficiles à mettre en place et que les pôles ne sont pas réellement prêts à se lancer dans cette nouvelle compétence. Pourtant, pour beaucoup de coordonnateurs, l'absence d'avancées dans le

¹³⁶ CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

¹³⁷ *ibid.*

domaine est le signe que la direction n'a pas encore accompli sa révolution culturelle et qu'elle est réticente à accorder des responsabilités aux pôles. « *La direction traîne les pieds et n'écoute pas notre volonté d'avoir de vraies responsabilités ; aujourd'hui on se retrouve avec des pôles sur le papier mais qui n'ont aucune réalité concrète* » explique un Coordonnateur¹³⁸.

Le DG reconnaît qu'il « *y a eu des retards dans certains domaines, nous n'avons pas toujours avancé comme nous aurions du le faire, mais la réflexion est bien présente* »¹³⁹. La mise en place de délégations budgétaires doit s'accompagner d'un travail important sur les dépenses qui peuvent être déléguées et sur le suivi qui devra être opéré. Mais les obstacles proviennent aussi de certains DH relativement centralisateurs et qui sont sceptiques sur les réussites de la délégation budgétaire.

Compte tenu de ces difficultés, le management de proximité attendu de l'expérience polaire n'a pas totalement réussi. Ne bénéficiant pas d'une autonomie suffisante, le pôle apparaît à certains comme une « coquille vide » et qui manque d'aspects concrets. « *On manque parfois de grains à moudre* » regrette un coordonnateur, « *c'est aussi pour cela que les conseils de pôle ont un succès mitigé, on pourrait se réunir plus souvent, mais pour parler de quoi ?* »¹⁴⁰.

b) Pas encore de projets structurants

Beaucoup d'acteurs, notamment médecins et CSS, estiment que l'organisation polaire donne une trop grande part au relationnel. Du fait de l'absence d'un cadrage suffisant, le quotidien du travail en pôle dépend essentiellement de la volonté de collaboration de ses membres. Un tel système est donc susceptible de subir rapidement une perte de sens et d'efficacité, notamment si les pôles n'ont pas plus de projets concrets autour desquels ils peuvent travailler ensemble.

Les pôles n'ont en effet pour le moment pas mis en place de projets structurants. Or ces derniers seraient susceptibles de créer une véritable dynamique de pôle, qui permettrait d'évacuer en partie la problématique relationnelle. Alors que le règlement intérieur des pôles prévoit explicitement de faire participer les pôles à la définition et à la mise en œuvre des orientations stratégiques du CHU, les pôles n'ont pour le moment pas

¹³⁸ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 27 Juillet 2005.

¹³⁹ Entretien avec le Directeur Général du 25 Juillet 2005

été sollicités dans ce domaine. D'où la difficulté de mobiliser les énergies des membres, notamment médicaux, des pôles. L'expérience d'autres établissements a démontré que le véritable projet fondateur d'un pôle était son projet médical. Certes, le précédent projet médical a développé la consistance du découpage polaire, mais les pôles, alors non constitués, n'ont pas pu participer à la définition de la stratégie institutionnelle. Le futur projet d'établissement devra faire en sorte de les associer étroitement.

2.2 Propositions pour des évolutions dans le cadre d'une législation rénovée

L'organisation polaire est donc dans une phase de rodage, de maturation. Et si des changements se dessinent et s'imposent, ils doivent se faire désormais dans le cadre d'une nouvelle réglementation sur l'organisation interne de l'hôpital, réglementation dont il convient d'étudier les conséquences directes sur l'organisation dijonnaise (2.2.1). Mais au-delà des aménagements guidés par la loi, c'est à un véritable management rénové que doit se préparer le CHU de Dijon (2.2.2)

2.2.1 Les dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 et ses conséquences sur l'organisation dijonnaise

Il convient tout d'abord d'exposer et d'analyser l'organisation interne de l'hôpital telle qu'elle résulte du nouveau texte (A) avant d'en étudier les conséquences sur le fonctionnement des pôles du CHU de Dijon (B)

A) La réorganisation de l'hôpital public dans l'ordonnance simplifiant le régime juridique des établissements de santé

a) *Un hôpital repensé sur la base des pôles d'activité*

Dans son rapport au Président de la République accompagnant la nouvelle ordonnance¹⁴¹, le Ministre de la Santé, M.Philippe DOUSTE-BLAZY, rappelle le « *désenchantement* » qui touche tous les membres de l'institution hospitalière et les freins

¹⁴⁰ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 16 Août 2005

¹⁴¹ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel du 3 mai 2005.

qui pèsent sur les établissements, dus en partie aux nombreuses « *dispositions de nature à diluer les responsabilités* ». La réforme entreprise doit permettre de « *donner aux acteurs des établissements les moyens de leur réorganisation* » autour de trois principes fondateurs : « *souplesse, reconnaissance et responsabilisation* ». Ce dernier terme est d'ailleurs central dans l'organisation en pôles médicaux, car ces derniers constituent un « *véritable chantier de la responsabilité* »¹⁴².

Le rapport au Président de la République précise que l'organisation en pôles répond avant tout à « *une logique de simplification et de responsabilisation de la gestion* ». Les pôles doivent regrouper des services ayant des activités médicales « *communes ou complémentaires* » d'abord pour décloisonner l'hôpital et ainsi « *améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire* », mais aussi pour obtenir des structures de « *taille critique* » constituant le « *support de la gestion déconcentrée* ». Il reviendra alors au chef d'établissement de contractualiser avec les pôles, qui pourront alors, dans ce cadre, gérer librement leurs moyens.

Dans son article 6, l'ordonnance¹⁴³ modifie les articles L. 6146-1 à L. 6146-8 du CSP, c'est à dire tous ceux qui depuis 1991 organisaient le fonctionnement interne des services médicaux hospitaliers.

Tout d'abord, l'organisation en pôles d'activité sur la base du projet médical est rendue obligatoire pour tous les CH et CHU, l'amendement liberté étant par ailleurs supprimé. En ce sens, « *et pour des motifs finalement assez similaires, l'ordonnance du 2 mai rappelle la loi de 1984 sur la départementalisation défendue par les socialistes et tant décriée par les médecins* »¹⁴⁴. Le CA devra définir l'organisation en pôles sur proposition du conseil exécutif, nouvelle instance créée, et qui rassemblera sur le principe paritaire des médecins et des directeurs et ce « *afin de mieux associer les praticiens à la gestion* »¹⁴⁵. Ce conseil exécutif¹⁴⁶ aura à préparer, à mettre en œuvre et à suivre l'exécution du projet d'établissement et du contrat pluriannuel.

¹⁴² Entretien avec François-Xavier SCHWEYER, enseignant-chercheur à l'École Nationale de la Santé Publique, du 7 septembre 2005.

¹⁴³ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel n°102 du 3 Mai 2005.

¹⁴⁴ Entretien avec François-Xavier SCHWEYER du 7 Septembre 2005.

¹⁴⁵ Rapport au Président de la République, *op.cit.*

¹⁴⁶ Le conseil exécutif constitue un point également essentiel de la nouvelle gouvernance et de la réorganisation interne, mais seuls les pôles font l'objet d'une analyse approfondie dans ce mémoire, notamment parce que l'antériorité de Dijon est plus importante en matière de pôles que pour le conseil exécutif.

Ensuite, et de manière très claire, la responsabilité du pôle médical est confiée à un médecin, praticien titulaire, inscrit sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle établie par le Ministre de la Santé, mais nommé au niveau local par le chef d'établissement et le Président de la CME (et le cas échéant le Doyen de la Faculté de Médecine dans les CHU). Il revient à ce responsable de pôle de mettre en œuvre la politique générale de l'établissement et les moyens définis par un contrat de pôle afin d'atteindre les objectifs fixés. Le responsable de pôle dispose par ailleurs d'une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle avec lesquelles il doit organiser, dans le « *respect de la déontologie de chaque praticien* », le fonctionnement technique du pôle.

Il est enfin précisé que les services médicaux et les unités fonctionnelles peuvent être maintenus en tant que structure interne d'un pôle. Il ne s'agit donc pas d'une obligation, mais plusieurs observateurs regrettent que le législateur n'ait pas mis fin aux services médicaux : « *ce sont les syndicats de PH qui ont poussé au maintien des services et de la chefferie, par peur d'une perte de pouvoir. On aboutit à un système mixte et pas vraiment satisfaisant, qui peut être source de confusion, d'autant que le chef de service continue à être désigné par le ministre, sous la forme d'une liste d'habilitation* »¹⁴⁷. Mais les services médicaux assureront leurs missions uniquement sur délégation du pôle d'activité clinique, et dans les domaines relatifs à la prise en charge médicale des patients, à la « *mise au point de protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche* ».

b) *Contractualisation et démocratie internes*

L'un des enjeux essentiels de la réforme est donc non seulement de décloisonner les activités, mais aussi de déconcentrer la gestion au profit des responsables de pôles, afin de responsabiliser les acteurs de terrain et de permettre une prise de décision plus proche du terrain et plus efficace sur le plan médico-économique, en appliquant le principe de subsidiarité. L'instrument juridique retenu est celui de la contractualisation interne telle que prévue dans l'ordonnance du 24 avril 1996 et la circulaire du 21 avril 1997. Le nouvel article L. 6145-16 du CSP introduit par l'ordonnance du 2 mai 2005 dispose en effet que les Etablissements Publics de Santé (EPS) « *mettent en place des*

¹⁴⁷ Entretien avec Pierre VILLENEUVE, ancien chef de service à la direction des affaires juridiques de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, du 25 Août 2005.

procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur ». Un contrat qui sera signé par le chef d'établissement, le président de la CME et le responsable de pôle, et qui définira des « *objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles[...], les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat* ».

L'exécution du contrat devra faire l'objet d'une évaluation annuelle selon des critères définis par le CA après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif. Sont ainsi posés les jalons d'une nouvelle organisation hospitalière fondée sur la déconcentration des moyens et la responsabilisation des acteurs. Si le terme de contrat peut paraître impropre sur le plan juridique, il traduit néanmoins « *l'attachement à un accord négocié entre le pôle d'activités et le conseil exécutif. Le contrat devient un outil de régulation et d'organisation hospitalières* »¹⁴⁸. Un contrat qui, pour être efficace, doit pouvoir être le reflet du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) passé entre l'établissement et l'ARH¹⁴⁹, ce qui suppose une concordance de temps entre les mandats des responsables de pôles et les COM.

Les délégations de gestion proposées par le directeur, sont sur le plan juridique, des délégations de signature et non des délégations de compétence, ce qui signifie *in fine* que le chef d'établissement est toujours le seul et unique représentant légal de l'hôpital, ce que traduit d'ailleurs la possibilité qui lui est offerte d'ester en justice sans demander de délibération du CA¹⁵⁰. Le champ des délégations concédées aux pôles est laissé à la libre appréciation du chef d'établissement, ce qui laisse entendre que les hôpitaux auront sans doute des politiques très différentes, plus ou moins déconcentrées.

Mais l'une des inconnues de la réforme concerne aussi les politiques d'intéressement qui seront mises en place pour les pôles d'activité. En effet, les choix qui seront faits auront probablement une grande importance dans le degré d'implication des responsables de pôles. Il y aura également un changement culturel à attendre, puisqu'il faudra « *rendre des comptes, prévoir des sanctions positives mais aussi négatives. Et pour ces dernières, ce n'est pas véritablement la culture hospitalière. Elles sont pourtant nécessaires si on souhaite responsabiliser les acteurs* »¹⁵¹. Des sanctions négatives qui

¹⁴⁸ Pierre VILLENEUVE, « Le projet d'ordonnance portant nouvelle gouvernance hospitalière » in *Fascicule de cours Ecole Nationale de la Santé Publique*, Rennes, 12 mai 2004.

¹⁴⁹ Entretien avec Pierre VILLENEUVE du 25 Août 2005.

¹⁵⁰ *ibid.*

¹⁵¹ Entretien avec François-Xavier SCHWEYER du 7 Septembre 2005.

posent aussi la question de l'interprétation du contrat et les éventuels recours. Il reviendra probablement au Conseil Exécutif d'analyser les données et de prendre des décisions ; il est toutefois improbable que les contrats de pôles puissent proposer des sanctions allant jusqu'à la destitution du responsable de pôle, la durée de son mandat relevant du règlement intérieur¹⁵².

Au delà de l'association des médecins à la gestion, la nouvelle ordonnance crée les bases d'une nouvelle démocratie interne à travers la mise en place des conseils de pôles, qui devraient être ouverts à l'ensemble des cadres et des praticiens du pôle¹⁵³. Un conseil de pôle qui devra notamment avoir pour rôle d'élaborer avec le responsable de pôle un projet de pôle définissant l'organisation du pôle, les orientations d'activité et les actions nécessaires au développement de la qualité et de l'évaluation des soins. Un tel projet devrait pouvoir rassembler les individus autour de valeurs identiques et d'objectifs partagés et permettre à ces acteurs de construire un « référentiel d'action partagé »¹⁵⁴. Le fonctionnement du conseil de pôle et son efficacité dépendra toutefois vraisemblablement de la capacité du responsable à manager son équipe, à faire travailler réellement les gens ensemble de « manière intelligente et protectrice »¹⁵⁵. Un véritable chantier de formation s'avère donc nécessaire.

L'implication du responsable de pôle sera aussi une des clés de la réussite de la réforme et, dans ce domaine aussi les progrès sont attendus. En effet, et contrairement à de nombreux pays européens, les responsabilités institutionnelles offertes aux médecins sont limitées dans le temps, sans réel dispositif. La présidence de la CME en est un exemple. Cela sera aussi le cas pour la fonction de responsable de pôle. « *Et dans ces conditions* » rappelle François-Xavier SCHWEYER, « *les médecins ne vont pas se désinvestir de leur pratique médicale ou de leurs activités universitaires qui fondent essentiellement leur notoriété. Alors, par manque de temps, ils feront des priorités et s'impliqueront peut-être moins dans la fonction très temporaire de responsable de pôle* »¹⁵⁶.

Les nouvelles règles introduites par l'ordonnance du 2 mai imposent des changements organisationnels au CHU de Dijon

¹⁵² Entretien avec Pierre VILLENEUVE du 25 Août 2005.

¹⁵³ Le décret relatif au fonctionnement des conseils de pôle n'est pas encore paru au Journal Officiel au moment où ce mémoire est rédigé.

¹⁵⁴ Entretien avec François-Xavier SCHWEYER du 7 Septembre 2005.

¹⁵⁵ *ibid.*

B) Les adaptations nécessaires des pôles médicaux dijonnais

a) *Regards croisés sur l'ordonnance*

L'ordonnance du 2 mai suscite de nombreuses réactions au CHU de Dijon. Aux yeux du corps médical, elle ne correspond pas véritablement aux attentes que certains pouvaient en avoir ; bien plus, elle suscite même des inquiétudes. « *L'ordonnance du 2 mai fait des médecins des nouveaux responsables administratifs* » témoigne un coordonnateur médical, « *il s'agit d'un changement complet des règles du jeu* »¹⁵⁷. 2 écueils principaux sont en réalité perçus par les coordonnateurs rencontrés.

Tout d'abord, assez peu se sentent à l'aise dans le rôle de responsable de pôle qu'évoque l'ordonnance : l'autorité fonctionnelle sur les membres du pôle fait craindre l'institution de relations hiérarchiques auxquelles est plutôt rétive le corps médical dans son ensemble. Certes, il peut être admis que « *l'autorité fonctionnelle est essentiellement liée au métier, elle doit permettre au responsable de pôle de faire aboutir le contrat* » alors que « *l'autorité hiérarchique est avant tout administrative, disciplinaire, évaluative* »¹⁵⁸. Il s'agit donc bien de notions différentes, mais les pouvoirs conférés au chef de pôle ne correspondent pas réellement aux attentes des praticiens ayant accepté ce poste. De « *coordonnateur* », ils deviennent « *responsable* » et ce dernier terme apparaît éloigné de la fonction d'animateur et de représentant du pôle vers laquelle les médecins se sont orientés.

Cette remarque traduit aussi une inquiétude sur un possible retour du mandarinate. « *Ce que nous voulions faire à Dijon, c'était créer du dialogue et de la démocratie interne et combattre le système mandarin. Avec l'ordonnance du 2 mai, j'ai l'impression qu'on va se retrouver avec des supers mandarins, plus puissants encore que des chefs de services* » témoigne le Président de la CME¹⁵⁹. Un risque déjà évoqué par Christian CAUVIN et Michel CREMADEZ pour qui « *le pôle ne doit pas constituer une structure hiérarchique supplémentaire par rapport aux services : le rôle du pôle est un rôle d'animation, d'impulsion, de coordination, non un rôle hiérarchique de*

¹⁵⁶ *ibid.*

¹⁵⁷ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 26 Juillet 2005.

¹⁵⁸ Entretien avec le Coordonnateur Général des Soins du 19 Août 2005.

¹⁵⁹ Entretien avec le Président de la CME du 25 Juillet 2005.

commandement »¹⁶⁰. Il faut toutefois préciser que le contexte n'est plus le même et « *que surtout, le médecin n'est pas seul dans le pôle comme il pouvait l'être dans son service* » rappelle Pierre Villeneuve, « *il sera assisté par un cadre soignant et un cadre administratif et il aura un contrat à respecter, document qui peut poser des limites à ses prérogatives et prévenir ce retour au mandarinat* »¹⁶¹.

En outre, un autre risque est souvent mis en avant : celui de la balkanisation à laquelle peut conduire la nouvelle ordonnance, en conférant ainsi de tels pouvoirs au responsable de pôle, sans que les gardes-fous soient très clairs. Une organisation qui pourrait aboutir à un « *éclatement des hôpitaux en super-services, dont les responsables négocieraient directement avec la tutelle leurs moyens humains et financiers* »¹⁶² La plupart des coordonnateurs rencontrés estiment que la stratégie doit venir d'en haut, du « *sommet stratégique* », et que le pôle doit la décliner ensuite dans son domaine¹⁶³. Mais un cadre général est nécessaire afin d'éviter que des « *murs ne se créent entre les pôles* »¹⁶⁴. Une opinion que partagent les directeurs qui estiment que des projets sans liens entre eux ne seraient de toute façon pas viables au sein du projet d'établissement. D'autant plus qu'un trop fort éclatement serait préjudiciable financièrement à l'établissement car « *si la direction générale n'exerce pas un contrôle strict sur les dépenses, en incitant à la mutualisation des moyens disponibles à l'ensemble des [pôles], [cette organisation] génère des doublons, chaque [pôle] ayant tendance à ne compter que sur ses propres ressources, sans chercher à les partager avec les autres* »¹⁶⁵.

Les CSS, s'ils rejoignent les inquiétudes des médecins et des directeurs, sont également sceptiques sur l'investissement personnel du « *coordonnateur-responsable* », même après la parution de l'ordonnance.

Au final, le risque est « *de faire jouer au pôle le rôle d'un super service en mettant l'accent sur la définition du territoire, les moyens propres, les chefferies* »¹⁶⁶, perspective qui renforcerait la structure divisionnelle et hiérarchique de l'hôpital, sans donner la

¹⁶⁰ CAUVIN C., CREMADEZ M. « *Quelles structures pour les hôpitaux* ». *Gestions Hospitalières, op.cit.*

¹⁶¹ Entretien avec Pierre VILLENEUVE du 25 Août 2005.

¹⁶² Rapport de l'École Nationale d'Administration, *op.cit.*

¹⁶³ Un coordonnateur rencontré estime, *a contrario*, que le pôle est un mini-hôpital qui doit définir sa stratégie et être très indépendant. Mais ces réflexions ne sont pas prééminentes dans l'institution.

¹⁶⁴ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 24 Août 2005.

¹⁶⁵ LETEURTRE H., MALLEA P., *op.cit.*, p.166.

réactivité et l'anticipation attendues d'une telle réforme. Une réforme qui doit de plus surmonter deux obstacles : « *l'attachement des médecins à leur fief et l'habitude des gestionnaires à fonctionner selon un mode strictement hiérarchique* »¹⁶⁷.

b) *Quelles évolutions prévisibles ?*

A bien des égards, le fonctionnement des pôles du CHU de Dijon apparaît éloigné de celui que propose l'ordonnance du 2 mai 2005. « *A la lecture du nouveau texte de loi, il est vrai qu'on peut avoir des doutes : le CHU de Dijon est-il organisé en pôles au sens de l'ordonnance ?* » s'interroge un directeur délégué¹⁶⁸. De nombreuses dispositions sont en effet différentes de l'organisation de Dijon.

Tout d'abord, les coordonnateurs n'ont pas le rôle que peut avoir le responsable de pôle dont parle désormais le CSP. Il n'a pas d'autorité fonctionnelle sur les membres de son pôle puisqu'il est avant tout un représentant de son Conseil de Pôle, élu par les membres médicaux de ce dernier. Il n'a pas véritablement reçu pour mission de mettre en œuvre la « *politique générale de l'établissement* » au sein de son pôle, comme le prévoit l'ordonnance. Avec le nouveau texte, le coordonnateur devra assumer un rôle de chef.

Ensuite, les structures internes des pôles, services ou unités fonctionnelles, n'agissent pas actuellement par délégation du pôle.

Autre interrogation qui subsiste : qui doit être le cadre administratif qui doit assister le coordonnateur ? Peut-il s'agir du directeur délégué actuellement au sein des pôles ? L'ordonnance n'évoque pas les cadres de direction ou les DH dans l'organisation polaire et le directeur délégué est avant tout le représentant du Directeur Général dans le pôle, il n'est pas sous l'autorité fonctionnelle du médecin coordonnateur et n'a pas non plus reçu pour mission de l'assister. Il paraît problématique à de nombreux membres de l'équipe de direction que le cadre administratif puisse être un DH. En effet, « *d'une part nos statuts ne prévoient pas que nous soyons l'assistant d'un médecin ; d'autre part les DH ne doivent pas être cantonnés à un rôle de pur gestionnaire qu'aura le cadre administratif de pôle* » témoigne un directeur délégué¹⁶⁹. D'autres analyses estiment toutefois que la place d'un

¹⁶⁶ CAUVIN C., CREMADEZ M. « *Quelles structures pour les hôpitaux* ». *Gestions Hospitalières*, *op.cit.*

¹⁶⁷ *ibid.*

¹⁶⁸ Entretien avec un Directeur Délégué du 17 Août 2005.

¹⁶⁹ Entretien avec un Directeur Délégué du 29 Juillet 2005.

DH au sein du pôle se justifie pleinement. Ainsi, d'après Pierre VILLENEUVE, « *le cadre administratif de pôle aura un poids important auprès du responsable. Que ce soit un DH pourrait permettre d'avoir une autorité administrative non contestable, qui pourra atténuer les volontés dominatrices ou autonomistes d'un chef de pôle ; le poids du DH dans la contractualisation pourrait ainsi être important* »¹⁷⁰. Aux yeux de François-Xavier SCHWEYER, « *pour que les pôles fonctionnent, le cadre administratif doit être un cadre de direction qui tutoie ses collègues directeurs fonctionnels et qui a du poids dans l'institution. Il n'y a que de cette manière que la prise de décision sera efficace* »¹⁷¹.

Il semble toutefois que l'ordonnance du 2 mai privilégie un rôle de gestionnaire pour ce cadre administratif qui agira sous l'impulsion du médecin, ce dernier risquant par ailleurs de lui déléguer de nombreuses tâches administratives. Il pourrait alors paraître judicieux de placer dans les pôles un cadre administratif avec un grade d'attaché d'administration hospitalière, ayant plutôt une spécialisation en finances ou contrôle de gestion. Un cadre, qui, présent au quotidien dans le pôle, sous la responsabilité du responsable du pôle, pourra s'investir dans des tâches gestionnaires, notamment lorsque les pôles bénéficieront de délégations de gestion importantes.

Le système de directeur délégué doit pouvoir subsister, mais ce dernier interviendrait en tant que directeur référent pour traiter ce qui ne relève pas de la « routine » mais de la stratégie du pôle, notamment l'exécution du contrat de pôle. Son rôle serait aussi primordial pour garantir le respect des priorités de l'institution et faciliter la coordination de projets transversaux concernant plusieurs pôles. Un directeur référent qui resterait le représentant du DG et pourrait apporter son expertise, comme le font actuellement les directeurs délégués, mais sans être sollicité pour les moindres problèmes administratifs. Le positionnement du directeur délégué serait ainsi clarifié par rapport à la situation actuelle : il « sortirait » du pôle pour devenir l'interlocuteur unique de la direction vis-à-vis d'une équipe polaire. Un tel rôle serait en outre intéressant pour des DH qui retrouveraient un rôle d'animation, de pilotage de projet, de défenseur de la stratégie, sortant ainsi de la gestion de « routine » dans laquelle peuvent se cantonner certains services administratifs.

Beaucoup de directeurs délégués sont favorables à ce que les pôles puissent avoir des moyens humains supplémentaires, éventuellement par redéploiement de postes

¹⁷⁰ Entretien avec Pierre VILLENEUVE du 25 Août 2005

¹⁷¹ Entretien avec François-Xavier SCHWEYER du 7 Septembre 2005

existants. La mise en place dans les pôles d'agents administratifs, qui pourront assurer des tâches de secrétariat, relève déjà de cette logique.

Le poste de CSS pourrait également connaître une évolution. L'ordonnance prévoit que le cadre de santé sera un assistant du responsable de pôle. Dans ces conditions, les CSS doivent pouvoir élargir leur sphère de compétence dans le domaine de la gestion opérationnelle du personnel, en encadrant l'ensemble des personnels non médicaux du pôle, quels que soient leur grade et leur statut. La mission d'assistance au coordonnateur doit également se traduire dans une diversification des domaines d'intervention, qu'il s'agisse du management stratégique ou des domaines de gestion délégués (notamment dans le suivi des dépenses du groupe 1). Le lien hiérarchique avec la Direction des Soins n'a pas à être remis en cause, mais il doit être clarifié : le CSS est bien un membre du pôle, chargé d'assister le coordonnateur-responsable et, à ce titre, ce dernier est bien le référent principal du CSS. La Direction des Soins pourrait alors intervenir moins dans le domaine opérationnel, mais plus dans celui de l'expertise, du conseil ou de la définition de la politique de soins à l'échelle de l'établissement. Une Direction des Soins qui doit donc laisser une certaine autonomie à ses CSS.

Il est en effet nécessaire que le responsable de pôle soit « *entouré de personnes compétentes dont les fonctions nouvelles vont lui permettre de disposer des outils d'un véritable manager* »¹⁷².

Plus que l'adaptation prévisible des acteurs internes des pôles, c'est avec une véritable rénovation du management que l'organisation polaire du CHU de Dijon pourra sortir de sa période de « rodage ».

2.2.2 D'un changement nécessaire à un management rénové

Deux axes complémentaires doivent permettre un changement du mode de management dans le sens souhaité par la « nouvelle gouvernance » : d'une part poursuivre la déconcentration, tant au niveau de la délégation de gestion que de la responsabilisation des responsables de pôle (A), et d'autre part fournir aux pôles la possibilité de participer étroitement à la définition de la stratégie de l'établissement et de mettre en oeuvre un véritable projet unissant les acteurs (B).

¹⁷² Rapport du Conseil Economique et Social (CES). *L'Hôpital public en France : bilan et perspectives*. Paris, 2005

A) Mener la déconcentration à son terme

a) *Quelles délégations de gestion ?*

La délégation de gestion, quel que soit son champ, doit faire l'objet d'une réflexion importante. A ce titre, un groupe de travail placé sous l'autorité du Directeur Général pourrait établir un guide fixant les principes et le champ des domaines délégués. Ce groupe devrait être composé de la Direction des Affaires Financières, de la Direction du Contrôle de Gestion et de représentants des Coordonnateurs Médicaux, des Cadres Supérieurs de Santé et des Directeurs Délégués. Ce groupe aura notamment pour mission de définir les domaines qui gagneraient à être gérés au niveau local en terme d'efficacité stratégique ou financière. Il ne s'agit pas en effet de tout déléguer, certains aspects devant de toute façon rester au niveau institutionnel (il est ainsi inenvisageable de déconcentrer la Personne Responsable du Marché évoquée dans le Code des Marchés Publics, ainsi que toutes les mesures à portée « stratégique »). Ce comité de pilotage devra avoir une vraie réflexion sur le principe de subsidiarité et faire des propositions en matière de déconcentration.

Il apparaît d'abord nécessaire de poursuivre les délégations de « décision » existantes par exemple dans les choix des équipements ou des actions de formation. Ainsi, en gestion des ressources humaines, le pôle pourrait se voir délégué la gestion du tableau des emplois et répartir les grades et emplois dans les différents services. Une plus grande association aux procédures de recrutement s'avère également nécessaire. Dans le domaine des achats, la délégation pourrait être totale et aller jusqu'à la décision de commande dans certains domaines (petit matériel, mobilier et fourniture de bureau notamment). En matière de travaux d'entretien, il pourrait être envisagé d'associer plus étroitement les pôles à la définition du plan annuel et des priorités ainsi qu'à l'élaboration et au suivi des programmes retenus.

Mais afin de donner aux pôles une vraie responsabilité dans leur action et de garantir une plus grande efficacité dans leurs dépenses, les pôles doivent se voir également confiés de véritables budgets dont la responsabilité de l'exécution reviendrait au pôle. Il peut être utile de respecter trois préalables conditionnant la réussite d'un tel projet : d'une part la nécessaire formation des coordonnateurs à leur nouvelles responsabilités (voir b) ; d'autre part, il ne s'agit pas de tout déléguer, certaines dépenses devant nécessairement rester au niveau central de l'établissement ; enfin, la mise en place de la délégation budgétaire doit d'abord être expérimentée avec 2 ou 3 pôles

volontaires avant d'être généralisée, afin d'évaluer les atouts et les faiblesses des choix opérés.

Le domaine des délégations budgétaires pourrait dans un premier temps se limiter à quelques comptes afin d'initier les responsables de pôle à une activité totalement nouvelle pour eux. C'est vers la délégation de crédits au suivi relativement aisé qu'il convient de s'orienter. Par exemple, pour les dépenses de personnel (groupe 1), les mensualités de remplacement ou les vacances médicales peuvent être proposées. Au sein des dépenses médicales (groupe 2), l'enjeu est sans doute très important, tant leur poids peut peser dans le budget hospitalier. La délégation budgétaire doit permettre de responsabiliser les prescripteurs médicaux. Les produits sanguins ou les dispositifs médicaux pourraient ainsi être sous la responsabilité du coordonnateur. Il convient également en ce domaine de contractualiser des objectifs de dépenses et de prestations entre les pôles cliniques et les pôles médico-techniques, Imagerie et Biologie notamment. Enfin, dans le domaine des dépenses hôtelières et générales du groupe 3, les comptes relatifs aux fournitures de bureau ou à l'équipement non médical pourraient aussi être gérés au niveau polaire. Il serait également intéressant de favoriser la fongibilité des enveloppes au sein d'un même groupe de dépenses.

Il n'apparaît en revanche pas pertinent de déléguer des crédits d'investissement ou de recherche, dépenses trop stratégiques et qui doivent garder un pilotage centralisé.

Pour garantir l'efficacité du système, les pôles devront avoir à leur disposition des tableaux de suivi précis de leurs dépenses dans le champ délégué, afin qu'ils puissent rationaliser leur utilisation.

Au delà de la délégation budgétaire, les pôles doivent pouvoir avoir accès à plus d'informations sur leur situation financière : connaître leur coût et savoir ce qu'ils rapportent. Beaucoup de coordonnateurs semblent en tout cas intéressés par des tableaux financiers sur leurs recettes et leurs dépenses. Un travail en concertation avec le Département d'Information Médicale (DIM), la Direction des Affaires Financières et la Direction du Contrôle de Gestion pourrait aboutir à la mise en place de tableaux financiers par pôles, donnant d'une part les recettes (T2A en hospitalisation et consultations, ainsi que MIGAC) et d'autre part les dépenses constatées (dépenses directes et dépenses indirectes imputées selon les règles de la comptabilité analytique). Compte tenu de la perfectibilité du système d'information et de l'imputation de certaines dépenses (les actes de laboratoire notamment), ainsi que d'un effort pédagogique nécessaire (notamment en comptabilité analytique) avant d'entrevoir d'éventuelles mesures de « redressement

budgétaire », ces budgets de pôles existeraient d'abord à titre informatif. D'autant que les données financières ne sont pas les seules à prendre à compte.

En effet, les tableaux de bord prospectifs défendus par Kaplan et Norton en économie préconisent d'associer aux données financières des informations en matière d'organisation, de ressources humaines et matérielles et de démarche qualité. Ces tableaux de bord « équilibrés »¹⁷³ permettent de comprendre des résultats budgétaires à partir de données non financières. Ces dernières ne fournissent d'ailleurs pas, la plupart du temps, les explications à un déficit ou à un excédent constaté ou elles fournissent une information essentiellement comptable : on sait de quel domaine vient le déficit, mais on ne sait pas pourquoi. C'est à partir de la combinaison d'indicateurs dans chacun de ces 4 domaines que des décisions peuvent être utilement prises. D'autant qu'avec la T2A, organisation, activité, ressources et dépenses seront intimement liées. Ces tableaux devront rassembler des informations disséminées entre les mains de plusieurs responsables, il faudra alors peut-être passer par « *la contrainte, c'est à dire par une obligation de renseignements émanant du directeur général* »¹⁷⁴. Ces tableaux de bord auront ensuite à être analysés par un comité multiprofessionnel associant médecins, soignants et gestionnaires.

A terme, les pôles doivent pouvoir bénéficier de délégations de plus en plus importantes, qui leur confèrent une plus grande autonomie. Dans les champs délégués, ils devront être capables d'agir sans demander l'aval de directions fonctionnelles. Afin de clarifier les compétences qui appartiennent aux pôles et ce qui reste au niveau central, un guide de la gestion polaire pourra être établi à l'attention des acteurs principaux du pôle, afin qu'ils sachent précisément les tâches qui leur incombent.

b) *Responsabiliser les coordonnateurs de pôles*

La réussite et la crédibilité de l'organisation en pôles doit également passer par une plus grande responsabilisation et implication des responsables de pôles que sont les coordonnateurs médicaux.

Il conviendrait tout d'abord que les coordonnateurs puissent être consultés fréquemment sur les choix institutionnels. Il y a en effet actuellement une sous-

¹⁷³ EXPERT P. « Le tableau de bord idéal, arlésienne et phénix ». *Gestions Hospitalières*, Mai-Juin 2005, n°504, pp. 48-51.

représentation des pôles au sein des instances officielles : deux des plus grands pôles de l'établissement ne sont en effet pas représentés au sein de la CME, aucun de leurs membres médicaux n'ayant été élu au sein de cette dernière. Une telle situation est problématique, notamment si les pôles sont amenés à avoir plus de pouvoirs en terme de gestion ou de stratégie. La mise en œuvre du protocole de retour à l'équilibre des comptes en 2005 a démontré que les coordonnateurs devaient être plus impliqués et associés aux décisions. Certains se sont plaints de ne pas avoir été assez informés des mesures du protocole qui comportait pourtant un volet relatif à des gels d'emploi que devaient proposer les pôles.

Plusieurs solutions sont envisageables. Il pourrait tout d'abord être proposé aux coordonnateurs non-élus à la CME d'assister à cette dernière avec voix consultative. L'influence réelle de certains coordonnateurs pourrait ainsi leur permettre d'avoir du poids dans les décisions institutionnelles. Si cette solution évite de créer une « instance » supplémentaire, elle a cependant plusieurs inconvénients : elle alourdit une CME déjà nombreuse, elle n'est pas nécessairement motivante pour des coordonnateurs placés dans ce schéma à égalité avec les autres praticiens (voire dans un rôle inférieur puisque les invités non-élus ne disposeraient pas du droit de vote). Cette absence de traitement particulier irait à l'encontre du rôle que leur confère l'ordonnance du 2 mai et elle risquerait de les déresponsabiliser.

Une autre alternative consisterait à réunir les coordonnateurs médicaux tous les mois, ou plus fréquemment en cas de besoin, pour une séance de travail pilotée par le DG et le Président de la CME. Dans ce « Comité Supérieur des Pôles » pourraient être étudiés, selon un ordre du jour précis, les problèmes rencontrés par les pôles dans la définition de leur stratégie ou dans leur gestion. Le DG pourrait donner, lors de ces rencontres, des informations générales mais aussi consulter les coordonnateurs sur les questions institutionnelles et rappeler les règles et principes de l'établissement pour les pôles qui sortiraient de la « feuille de route » qui leur a été assignée. De telles réunions montreraient que l'organisation polaire a été complètement intégrée par les directeurs contrairement au reproche adressé. Elles permettraient aussi aux coordonnateurs d'avoir une vraie place dans l'institution et leur donnerait la possibilité d'appréhender l'importance de leur rôle, notamment pour ceux d'entre eux qui ne participeront pas aux travaux du Conseil Exécutif (c'est à dire la majorité d'entre eux).

¹⁷⁴ *ibid.*

Mais l'implication des coordonnateurs passe aussi par une formation adaptée à leur nouveau rôle de gestionnaire et de manager. Le DG estime d'ailleurs « *qu'il reste un problème en suspens, celui de la formation à ce type d'activité qui n'est pas enseignée dans le cadre hospitalo-universitaire* »¹⁷⁵. Deux domaines sont en effet à découvrir par les responsables de pôle : d'une part celui du management largement inconnu des praticiens, qu'ils soient universitaires ou non, et d'autre part les règles budgétaires, juridiques et administratives dont la maîtrise est nécessaire pour que la délégation de gestion soit une réussite. « *Je n'ai jamais eu de formation de gestionnaire, et j'aurais besoin en tant que responsable de pôle de connaître les règles précises de la T2A, de savoir ce qu'est un budget ou une section d'investissement* » témoigne un coordonnateur médical¹⁷⁶. Une formation courte pourrait être envisagée afin de présenter les règles essentielles relatives aux budgets hospitaliers, à l'environnement extérieur et aux relations avec les organismes de tutelle, au contexte de la contractualisation interne et de la gestion déléguée. Des enseignements sur le management ou la conduite de projets et du changement pourrait également renforcer ce dispositif. Le CHU de Poitiers a mis en œuvre en 2002 une formation à la déconcentration de gestion et estime satisfaisant l'apport de cette démarche pour l'ensemble des acteurs¹⁷⁷. Les CSS devraient être associés à ces formations et recevoir peut-être des enseignements complémentaires en matière de gestion et de management des ressources humaines. Les formations pourront être organisées en interne, ce qui permettra un échange facile et une certaine convivialité. L'aide d'organismes extérieurs pourra cependant être utile pour certains thèmes.

Outre le fait de mener la déconcentration du pouvoir jusqu'à son terme, il convient également de davantage axer les pôles sur une de leur mission première : la participation à la définition de la stratégie.

B) La nécessité d'axer le pôle davantage sur la stratégie

a) *Une réflexion nécessaire dans le cadre du nouveau projet d'établissement*

La discussion des axes du prochain projet d'établissement pourra être l'occasion d'associer plus étroitement les pôles médicaux à la définition du projet médical de l'établissement et de la stratégie institutionnelle. En effet, les coordonnateurs de pôles

¹⁷⁵ Daniel MARIE, propos recueillis par le Dr. Gertner, *op.cit.*

¹⁷⁶ Entretien avec un Coordonnateur Médical du 16 Août 2005.

¹⁷⁷ MEAH. « CHU de Poitiers, Dispositif de déconcentration de gestion ». *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière, op.cit.*

avaient mis en avant la nécessité, lors du séminaire de bilan sur l'organisation polaire, de participer à l'élaboration du projet d'établissement.

Il ne s'agit toutefois pas que le projet d'établissement soit une simple addition de projets de pôles sans liens entre eux, solution qui provoquerait un éclatement de la cohérence de l'hôpital et créerait une véritable « balkanisation ». Un cadrage général, en liaison avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^e génération, devrait permettre d'établir les priorités du CHU en terme d'accès aux soins et de développement de certaines disciplines. Les grandes lignes du projet prendraient également en compte la construction du Bocage Central. Ce n'est qu'après la définition de ces enjeux intéressant l'ensemble des professionnels de l'hôpital que les pôles pourraient alors élaborer leur projet de pôle, projet qui respecterait ce cadre général. Le conseil de pôle aurait la possibilité de se prononcer sur les choix institués. En effet, si le projet médical de pôle doit être l'acte « fondateur » qui guidera le travail du responsable, l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit que le projet de pôle doit décrire « *l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* »¹⁷⁸. C'est donc à un véritable travail pluridisciplinaire qu'est appelé le pôle, un travail qui permettra une prise en charge optimale des problématiques des patients. Un projet de pôle qui doit pouvoir faire progresser la démocratie interne puisque tous les acteurs du pôle ont vocation à proposer des éléments constitutifs du projet au sein du Conseil de Pôle. L'implication des professionnels dans la vie du pôle sera ainsi renforcée. De tels débats en Conseil de pôle permettront de répondre à l' « *urgence de réintroduire des mécanismes de dialogue interne* »¹⁷⁹.

Pour que les conseils de pôle soient efficaces et ne rendent pas vain l'idéal de démocratie interne, les débats auront à être préparés et les dossiers « digérés » par un bureau de pôle. Ce dernier, qui pourrait garder la composition actuelle, en y ajoutant le cadre administratif s'il ne s'agit pas du directeur délégué, devrait se réunir au moins tous les 15 jours

Afin d'assurer une grande légitimité à ces projets, il convient de laisser une grande autonomie aux pôles dans leur élaboration, sans fixer nécessairement de schéma-type, la seule condition devant être le respect des orientations générales du projet d'établissement. Une expertise pourra être apportée par le directeur délégué, qui sera garant de ce respect ; une telle méthode permettra également au directeur délégué d'être

¹⁷⁸ Article L.6146-6, alinéa 2, Code de la Santé Publique.

¹⁷⁹ Rapport du CES, *op.cit.*

associé à la stratégie et de renforcer le management de proximité. En effet, « *l'appropriation de la dimension stratégique par les hospitaliers rend possible l'institution d'un management de proximité au plus proche des activités, permettant de remédier à l'éclatement et l'atomisation traditionnels de celles-ci* »¹⁸⁰. Le directeur délégué pourra alors fédérer les volontés autour d'un seul et même projet. Le projet de pôle confèrera par ailleurs aux médecins la possibilité de participer de manière plus franche au processus de décision à l'hôpital.

b) *Un contrat de pôle stratégique*

Le contrat de pôle, outre les délégations de gestion qu'il détaillera nécessairement (voir 1), aura également un rôle stratégique éminent, notamment parce que « *la référence au contrat suppose le consensus des participants et donc, la volonté commune et concertée d'agir ensemble* »¹⁸¹. Le contrat de pôle devra être en mesure de fixer les priorités institutionnelles telles qu'elles découlent du projet d'établissement. Les directeurs délégués auront sans doute un rôle important à jouer dans la négociation des objectifs du pôle. Ces derniers auront pour rôle de construire avec le pôle des objectifs qui correspondent à la stratégie de l'établissement. Ce document fixera également les objectifs qualité du pôle, ainsi que les engagements de ce dernier dans l'implication en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette notion vise à renforcer la dimension médicale de la démarche d'accréditation pilotée par la Haute Autorité de Santé, et notamment d'évaluer le service médical rendu au patient. Elle sera au centre de la « V2 » dans laquelle se sont lancés certains établissements. Les engagements des praticiens dans la démarche profitera à l'ensemble de l'institution et y faire référence au sein du contrat de pôle permettra de lier les professionnels de santé à cet objectif.

La politique contractuelle, dont les objectifs seront déterminés par les instances de l'hôpital, devra être audacieuse, notamment dans sa partie intéressement, afin d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la nouvelle démarche.

Un Comité de Pilotage à la représentation assez large (Conseil Exécutif + plusieurs cadres de direction + représentants des coordonnateurs + représentants des CSS + représentants du CTE) devra élaborer un contrat-type fixant les informations

¹⁸⁰ CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions Hospitalières*, *op.cit.*

¹⁸¹ SEGADE JP. « L'hôpital contractualisé ». *Gestions Hospitalières*, Août-Septembre 2001, n°408, pp.589-590

impératives qui devront y figurer et proposer des indicateurs de suivi sur les objectifs contractualisés. Ce Comité aura également pour rôle de fixer les modalités de la politique d'intéressement avant de soumettre le projet aux instances.

En matière d'intéressement, la démarche devra permettre à la fois de répondre à la logique financière, mais aussi aux enjeux qualitatifs. On peut ainsi envisager que le pôle puisse être intéressé à plusieurs niveaux, selon des critères précis qui seront proposés aux instances par le Comité de Pilotage. Tout d'abord, dans la logique de la T2A, un pôle qui accroît son activité et donc apporte des ressources à l'établissement doit pouvoir en bénéficier en partie. En partie seulement parce que la logique institutionnelle doit permettre à ces ressources supplémentaires de bénéficier également à l'établissement. En matière de démarche économique, il pourrait être intéressant de rémunérer le pôle au coût marginal de l'activité supplémentaire produite et donc couvrir les coûts variables. Sans doute est-il difficile d'évaluer exactement un taux exact. 30 % des ressources supplémentaires procurées pourraient être redistribuées aux pôles à titre d'expérimentation. Le reste serait conservé par l'établissement afin d'agir dans 3 domaines différents :

-d'abord, une partie serait conservée pour récompenser les pôles qui ont amélioré leur démarche qualité entendue au sens large. Des indicateurs précis doivent toutefois permettre d'évaluer correctement ce domaine ; on peut penser ainsi au nombre d'événements indésirables, aux infections nosocomiales, à la DMS, à l'analyse des questionnaires de sortie, etc...

-ensuite, une autre partie devrait être conservée par l'établissement pour rétablir une situation budgétaire délicate ou aider les pôles qui seraient en difficulté. Cette dernière solution, si elle a l'avantage de favoriser la solidarité a également comme inconvénient de déresponsabiliser les responsables de pôles en difficulté. Une telle décision serait à prendre en concertation avec l'ensemble des coordonnateurs.

-enfin, des crédits pourraient servir à constituer des réserves pour un fond d'innovation ou de recherche.

Les pôles bénéficiaires des crédits d'intéressement, ou ceux qui ont réalisé des économies sur les domaines budgétaires délégués, doivent pouvoir utiliser ces ressources de manière relativement libre, dans le respect des règles budgétaires et comptables, mais selon le choix du conseil de pôle.

Mais l'intéressement doit pouvoir également avoir son pendant « sanctions » si on souhaite que les acteurs prennent conscience de leur responsabilité. Ce champ s'avère sans doute plus délicat et les critères devront être affinés au fur et à mesure. Des sanctions pourraient consister en un gel de crédits d'équipement ou d'entretien par exemple au moins lorsque le contrat n'est pas respecté en matière de délégation budgétaire. Des sanctions pourraient également être prises pour les pôles qui manquent d'exhaustivité dans le recueil de leur activité en hospitalisation ou en consultation. Toutes ces mesures doivent cependant être prises avec prudence et pédagogie ; elles feront nécessairement l'objet d'une discussion en Conseil Exécutif avec audition éventuelle des responsables du pôle concerné. Toutes ces mesures visent à responsabiliser les acteurs autour d'objectifs qui profitent à l'institution et à ce titre « *la contractualisation des pôles peut être un formidable catalyseur de renouveau du dialogue social et de partage d'objectifs clairement définis* »¹⁸².

¹⁸² Rapport du CES, *op.cit.*

CONCLUSION

L'expérience menée par le CHU de Dijon démontre que la mise en place d'une organisation en pôles d'activité ne constitue pas un simple remaniement de l'organigramme interne ou une redéfinition des compétences des uns et des autres. Bien au-delà, il s'agit de véritables changements dans les méthodes de travail qui sont attendus, tant du point de vue des médecins que des directeurs ou des soignants. Associer plus étroitement des métiers et des professions aux habitudes et aux repères parfois si divergents représente en effet un défi permanent. Il semblerait toutefois que l'hôpital a beaucoup à y gagner ; au CHU de Dijon, en tout cas, personne ne remet en cause l'actuelle organisation. Comme toute organisation nouvelle cependant, les dysfonctionnements et les incompréhensions méritent d'être analysés et corrigés. Face aux enjeux contemporains et à la crise morale et économique que traverse l'hôpital public, une organisation qui favorise la gestion de proximité, le décroisement des pratiques et la mutualisation des moyens et des personnes au profit du patient doit pouvoir présenter des effets nécessairement bénéfiques.

L'essentiel est finalement de pouvoir trouver des objectifs communs qui suscitent l'intérêt de tous et l'implication des acteurs, quel que soit leur secteur professionnel. Les médecins mettent souvent en avant le fait que l'investissement personnel dans le fonctionnement institutionnel n'est pas toujours valorisant. Cet état d'esprit doit pouvoir changer. La participation active dans un pôle, la mise en place de projets, la définition d'une stratégie médicale doivent permettre d'intéresser tout le monde à la vie hospitalière. Il s'agit cependant de ne pas privilégier le côté « gestionnaire » du pôle, au moins au début de la mise en place de pôles médicaux. La première phase doit pouvoir être celle de la constitution d'un projet médical et d'un projet de soins infirmiers partagés entre des équipes qui ne se côtoyaient pas nécessairement auparavant.

L'expérience menée au CHU de Dijon montre également que les règles de pilotage doivent être clairement définies et qu'il convient de laisser une certaine autonomie au pôle, afin de ne pas créer un échelon hiérarchique supplémentaire qui ne ferait qu'alourdir la structure hospitalière et atténuerait la réussite d'une organisation en pôles médicaux. Les équipes administratives et les directeurs doivent mettre de côté leur tendance à la centralisation.

Les premières discussions autour du futur projet d'établissement vont être l'occasion d'associer plus étroitement les pôles à la définition de la stratégie institutionnelle et de montrer que ceux-ci ont véritablement un rôle important à jouer au

sein du CHU. La participation des médecins coordonnateurs à la gestion budgétaire sera aussi probablement un défi majeur à relever, qui nécessitera la mobilisation des énergies, tant elle constitue un pari en terme de formation, de définition de règles innovantes et d'habitudes de travail nouvelles au sein des services administratifs.

Il apparaît ainsi que « *si les espaces de liberté sont d'abord à conquérir à l'intérieur de l'hôpital, la gestion de proximité ne peut à elle seule être la réponse à tous les problèmes hospitaliers ; elle ne peut non plus être la chose de quelques-uns, ce qui implique de donner à tous et à chacun d'y participer, pour fédérer des groupes sur des projets et des investissements collectifs* »¹⁸³. L'enjeu est donc entier. Et le système mis en place au CHU de Dijon reste encore en pleine maturation. Les défis à venir n'en sont que plus passionnants pour les Directeurs d'Hôpital.

¹⁸³ MEAH, *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière, op.cit.*

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Circulaire DH/AS/AF3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne des établissements de santé.

Circulaire DHOS/E1 n°2004-61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005.

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

OUVRAGES ET RAPPORTS PUBLICS

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001.

CAVALIER M., DALMASSO R., ROMATET JJ. (Dir.) *Médecins, Directeurs : Un PACS pour l'hôpital ?* Ramonville Sainte-Agne : Erès, 2002.

CLEMENT JM. *1900-2000 : La mutation de l'hôpital*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2001, p.110.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France, bilan et perspectives*. Paris : 2005

COUANAU R. *Mission d'information sur l'organisation de l'hôpital. Le désenchantement hospitalier*. Paris : Le Kiosque de l'Assemblée, 2003.

CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Masson, 1997.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'Acteur et le Système*. Paris : Seuil, 1977.

CROZIER M., LASSERRE A., PAVY G. *A l'écoute de l'hôpital, des pistes vers le décloisonnement*. Rapport au Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Paris : 1994.

DE BATZ C., LALANDE F., LAURAND G. *La gestion des praticiens hospitaliers*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris : 2002.

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

ECOLE NATIONALE d'ADMINISTRATION. *L'avenir de l'hôpital*. Séminaire sur les politiques de santé. Paris : 2003.

HART J., LUCAS S. *Stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2002.

LETEURTRE H., MALLEA P. *Performance et gouvernance hospitalières*. Paris : Berger-Levrault, 2005.

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

MISSION D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS. *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière*. Paris : 2004.

VILLENEUVE P. « Le projet d'ordonnance portant nouvelle gouvernance hospitalière ». *Fascicule de Cours de l'École Nationale de la Santé Publique*, Rennes, 12 mai 2004.

ARTICLES

BLAES D., GINESY E. « La contractualisation interne, 5 ans après ». *Gestions Hospitalières*, Mai 2002, n°416, pp.325-327.

BRUNHES B. «Faut-il changer le management à l'hôpital ». *Décision Santé*, Février 2003, n°192.

CAILLET R., CRIE D. « Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007 ». *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004, n°439 pp.596 à 602.

CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ? ». *Gestions Hospitalières*, Août-Septembre 2001, n°408, pp.561 à 609.

CREMADEZ M. « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ». *Revue Hospitalière de France*, Janvier-Février 2003, n°490, pp.42 à 49.

CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions Hospitalières*, Novembre 2003, n°430, pp.726 à 731.

DELMOTTE H. « Le désenchantement hospitalier », *Hospimédia*, 1^{er} Avril 2003.

DESTREM H. « Nouvelle gouvernance... Retour aux origines ». *Entreprise Santé*, Juillet-Août 2005, n°58, pp.17 à 20.

EXPERT P. «Le tableau de bord idéal, arlésienne et phénix ». *Gestions Hospitalières*, Mai-Juin 2005, n°504, pp.48 à 51.

FORTESA DR. « 3^e Assises de l'Hospitalisation Publique ». *Revue Hospitalière de France*, Novembre 1969, n°225, p.1287.

GABILLAT C. « Hôpitaux : les médecins veulent plus de pouvoir ». *Décision Santé*, Février 2003, n°192.

SAVATIER R. « Les métamorphoses de la médecine hospitalière dans leurs modernes expressions juridiques ». *Droit Social*, Septembre-Octobre 1962, n° 9 et 10, p.486 et suivantes.

SEGADE JP. « Qui décide à l'hôpital ? Pour une réflexion sur la nouvelle gouvernance ». *Gestions Hospitalières*, Juin-Juillet 2004, n°437, p.420.

SEGADE JP. « L'hôpital contractualisé ». *Gestions Hospitalières*, Août-Septembre 2001, n°408, pp.589-590.

ULRICH MA. « Pôles d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble ». *Gestions Hospitalières*, Novembre 2003, pp.717-718.

MEMOIRES

DE ROO H. *Vers un management de proximité au Centre Hospitalier de Roubaix : les directeurs de discipline, l'expérimentation de la nouvelle gouvernance*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur d'Hôpital, Rennes, Décembre 2004.

LAURENT G. *La contractualisation interne a-t-elle un avenir à l'hôpital public ? Etat des lieux et perspectives au regard de l'expérience du Centre Hospitalier de Blois*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur d'Hôpital, Rennes, Décembre 2003.

MORIGAUULT MO. *Rapport de stage aux Hôpitaux Universitaires de Genève*. Rennes, Février 2005 (non publié).

PLAN E. *Les enjeux organisationnels et managériaux d'un projet de réorganisation interne en pôle par pathologies au Centre Hospitalier de la Côte Basque*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur d'Hôpital, Rennes, Décembre 2000.

SITES INTERNET

<http://www.sante.gouv.fr> (Ministère de la Santé)

<http://www.snphar.com>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GRILLES D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DU CHU	I
ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN AVEC DES PROFESSIONNELS EXTERIEURS AU CHU	III
ANNEXE 3 : LES POLES MEDICAUX DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2000-2004.....	IV

ANNEXE 1 : Grilles d'entretien avec les acteurs du CHU

1) Questionnaire d'entretien avec le Directeur Général

- Pourquoi avoir voulu créer des pôles au CHU de Dijon ? Quel était l'objectif ?
- Quelles résistances au changement avez-vous du affronter ?
- Comment expliquer la relative lassitude observée aujourd'hui sur cette organisation ?
- Quels projet faut-il mettre en œuvre pour redonner confiance dans les pôles ?
- Le texte et l'esprit de l'ordonnance du 2 mai 2005 cadrent-ils avec l'organisation des pôles à Dijon ?

2) Questionnaire d'entretien avec les Directeurs Délégués

- La fonction de Directeur Délégué vous-a-t-elle rapproché du terrain ?
- Cette organisation facilite-t-elle la prise de décision au CHU ?
- Quel a été le cadrage de départ ? De quelle autonomie disposez-vous ?
- Pour quels motifs êtes-vous sollicités dans votre pôle ?
- Comment jugez-vous vos relations avec le coordonnateur ? Avez-vous des rencontres régulières avec lui ?
- Comment se déroule l'arbitrage des éventuels conflits dans votre pôle ?
- Quels sont les principaux changements (positifs ou négatifs) apportés par les pôles ?
- Quel est votre sentiment sur l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- Quelles évolutions seraient souhaitables dans l'organisation actuelle ?

3) Questionnaire d'entretien avec le Président de la CME

- Pourquoi étiez-vous favorable au projet des pôles médicaux ? Quelle a été la réaction du corps médical lors du lancement des pôles ?
- Les DH vous paraissent-ils plus impliqués dans les problématiques du terrain ?
- Quel bilan faites-vous de l'organisation en pôles 4 ans après sa mise en place ?
- Pourquoi les médecins semblent-ils moins s'impliquer que les soignants ?
- Quelles évolutions pourraient améliorer le fonctionnement polaire ?
- Quel est votre sentiment sur l'ordonnance du 2 mai 2005

4) Questionnaire d'entretien avec les Coordonnateurs Médicaux

- Quel était votre opinion sur la nouvelle organisation lorsqu'elle a été lancée ? Pour quelles raisons avez-vous souhaité être coordonnateur ?
- Quel bilan faites-vous aujourd'hui de cette organisation ?
- Vos fonctions actuelles de coordonnateur correspondent-elles à vos attentes ?
- Quelles relations entretenez-vous avec les autres praticiens, notamment les chefs de service ?
- Comment percevez-vous l'action de votre Directeur Délégué ? Les DH sont-ils désormais plus proches du « terrain » ?
- Quelles sont vos relations avec le Cadre Supérieur de Santé ? Comment jugez-vous son action ?
- Quel est votre sentiment sur l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- Quelles évolutions permettraient d'améliorer le fonctionnement polaire ?

5) Questionnaire d'entretien avec le Coordonnateur Général des Soins

- Quels étaient vos attentes au départ en positionnant des CSS à temps-plein dans les pôles ?
- Quel bilan faites-vous aujourd'hui de cette organisation ?
- Comment percevez-vous la relation CSS / coordonnateur / directeur délégué ?
- De quelle autonomie disposent les CSS par rapport à la Direction des Soins ?
- Quel rôle pour les CSS après la parution de l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- Quelles évolutions pourraient améliorer l'organisation actuelle ?

6) Questionnaire d'entretien avec les Cadres Supérieurs de Santé

- Depuis quand êtes-vous CSS de pôle ? Votre rôle est-il suffisamment clair ?
- Qu'ont changé les pôles dans le travail soignant à l'hôpital ?
- Quel bilan faites-vous de l'organisation polaire ?
- Comment jugez-vous l'action de votre directeur délégué ? Avez-vous des rencontres régulières avec lui ?
- Comment jugez-vous l'action du coordonnateur médical ? Est-il impliqué dans la vie du pôle ?
- Pour quelles questions êtes-vous le plus souvent sollicité ? Par qui ?
- Quel est votre sentiment sur l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- Quelles évolutions seraient nécessaires pour l'organisation polaire ?

ANNEXE 2 : Grilles d'entretien avec des professionnels extérieurs au CHU

1) Questionnaire d'entretien avec Pierre VILLENEUVE

- Quels sont les principaux changements apportés par l'ordonnance du 2 mai 2005 ?
- Pourquoi cette réforme aurait-elle plus de succès que les réformes des années 1990 ?
- Les médecins sont-ils prêts à s'impliquer dans le rôle de responsable de pôle ?
- Quelle est l'exacte portée juridique du contrat de pôle ?
- Que change ce texte pour les DH ?
- Pourquoi les services ont-ils été maintenus ?
- N'y a-t-il pas de risque de « balkanisation » ou de retour au mandarinat ?

2) Questionnaire d'entretien avec François-Xavier SCHWEYER

- Quelle est la philosophie de la réforme apportée par l'ordonnance du 2 mai ?
- Pourquoi fonctionnerait-elle mieux que les réformes des années 1990 ?
- Cette réforme change-t-elle les relations entre les médecins et les directeurs ?
- Que change ce texte pour les DH ?
- Comment éviter un retour au mandarinat avec les responsables de pôles ?
- Les médecins sont-ils prêts à s'impliquer dans ces nouvelles tâches gestionnaires ?

ANNEXE 3 : Les pôles médicaux dans le projet d'établissement 2000-2004

Les pages qui suivent sont extraites de la plaquette de présentation du projet d'établissement 2004-2004 réalisée par le CHU de Dijon.

2

L'organisation polaire des activités

Avec le regroupement sur un seul site de l'ensemble des activités de court séjour, l'organisation polaire est l'objectif essentiel du C.H.U. sur le plan de l'organisation des activités médicales et médico-techniques.

Cette logique structure le projet d'établissement et représente la clef de voûte des autres orientations de ce projet. Elle repose sur quatre principes de fonctionnement :

- placer le patient au centre de l'organisation
- mettre en commun des moyens
- déconcentrer la gestion
- réorganiser l'organigramme de Direction

Placer le patient au centre de l'organisation

L'organisation polaire des activités obéit avant tout à une logique médicale, plaçant le patient au centre de l'organisation, de manière à lui faire bénéficier de ressources regroupées venant à lui.

Cette orientation se décline essentiellement à deux niveaux :

- elle repose tout d'abord sur une organisation des flux de circulation et de prise en charge des patients privilégiant le déplacement des spécialistes plutôt que les mutations internes,
- elle repose ensuite sur une organisation favorisant la prise en charge multidisciplinaire de certaines pathologies, le concept de pôle représentant de ce point de vue un ensemble fonctionnel de compétences multiples et complémentaires.

Mettre en commun des moyens

L'organisation polaire repose pour une large part sur un principe général de mise en commun des moyens.

D'une manière générale, la traduction de ce principe concerne pour l'essentiel :

- la mise en commun de structures (locaux, unités d'hospitalisation, blocs opératoires, etc.)
- le partage d'équipements, notamment ceux du plateau technique (blocs, imagerie, biologie, explorations fonctionnelles, etc.)
- les ressources humaines (secrétariat, encadrement soignant, etc.)
- le partage d'informations, avec notamment la mise en place d'un dossier patient unique et partagé.

Déconcentrer la gestion

Sur la base du concept de "fédération", chaque pôle sera placé sous la responsabilité d'un coordonnateur médical assisté d'un cadre supérieur de santé. Un cadre de direction sera par ailleurs délégué auprès de chaque pôle.

Cette approche se situe en outre dans le cadre plus général de la contractualisation interne et de l'intéressement, portant à la fois sur des objectifs qualitatifs et quantitatifs d'activités et de résultat ainsi que sur la délimitation de zones de compétences déléguées.

Réorganiser l'organigramme de direction

L'importance et la multiplicité des actions à conduire au cours de ces prochaines années conduisent à la nécessité de repenser l'organigramme de direction, ce dernier devant être en parfaite adéquation avec les priorités de gestion de l'établissement. Il importe en outre de développer une plus grande transversalité dans la gestion des projets.

Un nouvel organigramme est ainsi mis en place depuis le premier semestre 2000, reposant lui aussi sur une logique polaire.

PROJET MÉDICAL

15 pôles médicaux et médico-techniques

- pôle cœur-poumons-vasseaux
- pôle des neurosciences et chirurgie réparatrice
- pôle des spécialités médicales
- pôle des pathologies digestives, endocriniennes et métaboliques
- pôle des pathologies lourdes
- pôle d'anesthésie réanimation chirurgicale, urgences
- pôle mère-enfant
- pôle de rééducation-réadaptation
- pôle des personnes âgées
- pôle de psychiatrie adulte
- pôle des vigilances
- pôle de biostatistique et information médicale
- pôle pharmacie
- pôle de biologie
- pôle d'imagerie

PROJET DE SOINS INFIRMIERS

Réorganisation du service de soins infirmiers avec la désignation d'un cadre supérieur pour chaque pôle médical

Réorganisation des équipes de nuit et des pools de remplacement

Adaptation du mode de management de la DSSI aux exigences de l'organisation polaire et de la déconcentration de certaines tâches de gestion (gestion du personnel notamment), tout en veillant à la cohérence des actions entreprises avec le projet de soins infirmiers



Organisation polaire des activités

PROJET SOCIAL

La mise en œuvre de la plupart des orientations du projet social s'effectuera non plus au niveau des services ou de l'établissement mais au niveau du pôle.

Tous les thèmes du projet social sont concernés, à des degrés divers :

- amélioration du dialogue social
- adaptation des compétences et des emplois
- étude des charges de travail et répartition des effectifs
- amélioration des conditions de travail

SCHÉMA DIRECTEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATION

La mise en commun d'informations est une nécessité, entre les disciplines et services qui constituent chaque pôle d'une part et dans les relations inter-polaires d'autre part. De ce point de vue, l'informatisation du dossier patient, du circuit du médicament, de la communication entre les laboratoires et les unités de soins, la mise en place d'un réseau intranet, ... donneront encore plus d'efficacité et d'efficience à ce nouveau mode d'organisation.

Le CHU est organisé en pôles :

Pôles de Direction



15

Pôles médicaux et médicaux techniques

