



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des Soins**

**Promotion 2004**

---

**Quelle stratégie managériale  
pour le directeur des soins  
dans une organisation en pôles  
d'activité ?**

---

**Frédérique DESPLAT CASTANIE**

Frédérique DESPLAT CASTANIE – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2004

---

# Remerciements

---

J'adresse mes plus vifs remerciements aux professionnels hospitaliers pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservée lors de mes entretiens ainsi que pour leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette démarche, Juliette, Bruno, Francine, Astrid, Françoise, Géraldine, Geneviève, Marie-Monique, Patrick, Georges...ainsi que l'équipe pédagogique.

Un grand merci à Séverine qui a fait preuve d'une grande disponibilité et d'une présence sans faille.

Toute ma gratitude pour Nicole qui m'a témoignée toute son attention.

Une pensée amicale pour Jackie qui a su trouver les mots justes dans les périodes de doute.

**A Michel et à Franck.**

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

<p><b>L'HOPITAL COMME SYSTEME COMPLEXE :</b> <b>Une approche contextuelle et conceptuelle</b></p>
---

<b>1 HISTOIRE ET EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Dimension humaine et qualitative.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Rupture conceptuelle .....	5
1.1.2 Statut du malade .....	6
1.1.3 Droits des patients.....	6
1.1.4 Exigence de qualité et de sécurité des soins.....	6
<b>1.2 Passage d'une mission hôtelière à une mission de production de soins .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Orientations stratégiques .....	7
1.2.2 Évolutions organisationnelles.....	7
1.2.3 Interventionnisme de l'État garant de l'intérêt général .....	8
<b>2 DECONCENTRATION DE GESTION : CONTRACTUALISATION INTERNE ET POLE D'ACTIVITE.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 La délégation de gestion.....</b>	<b>8</b>
2.1.1 La délégation .....	8
2.1.2 La délégation de signature .....	9
<b>2.2 La contractualisation interne.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Le dispositif réglementaire .....	9
2.2.2 Le contrat.....	10
2.2.3 Les principes du contrat .....	11
2.2.4 Les préalables à la contractualisation interne.....	12
<b>2.3 Les pôles d'activité .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 Un nouveau « <i>design organisationnel</i> » .....	13
2.3.2 Le défi organisationnel .....	14
2.3.3 Le management des pôles .....	15

2.3.4	La contribution des pôles à la gestion .....	17
2.3.5	Modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance dans les EPS.....	17
<b>3</b>	<b>DE LA THEORIE AU CONCEPT : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE L'ORGANISATION ET DU MANAGEMENT .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>L'hôpital : un modèle de bureaucratie professionnelle .....</b>	<b>18</b>
3.1.1	Le centre opérationnel .....	18
3.1.2	Le sommet stratégique .....	18
3.1.3	La ligne hiérarchique.....	18
3.1.4	La technostucture .....	19
3.1.5	La fonction support logistique .....	19
3.1.6	L'hôpital : lieu de coordination .....	19
<b>3.2</b>	<b>Des sciences sociales au service du management.....</b>	<b>20</b>
3.2.1	Stratégie, Management et Organisation : trois notions étroitement liées .....	20
3.2.2	L'hôpital : la question du pouvoir au sein de l'organisation .....	21
3.2.3	Stratégie, enjeu et changement : la question des acteurs.....	22
3.2.4	Management par projet.....	22
<b>4</b>	<b>LE SERVICE DE SOINS : PLACE ET ROLE DES ACTEURS DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Constat de réalité .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Évolution du service infirmier liée à la notion de soins.....</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>Évolution du service infirmier liée au décloisonnement des activités.....</b>	<b>24</b>
<b>4.4</b>	<b>De l'infirmier général au directeur des soins .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5</b>	<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>24</b>

<b>L' ETUDE DE TERRAIN</b>
----------------------------

<b>1</b>	<b>LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>25</b>
1.1	Le choix des établissements.....	25
1.2	Les outils de recueil .....	26
1.3	Les personnes interviewées.....	26
1.4	Les limites et points forts de l'enquête .....	27
1.5	Méthode de présentation des résultats.....	27

<b>2</b>	<b>PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>	<b>28</b>
2.1	L'hôpital structuré en pôles : opportunités et risques potentiels.....	29
2.2	La contractualisation interne : avantages et limites du système.....	34
2.3	Missions du directeur des soins : place et rôle.....	38
<b>3</b>	<b>SYNTHESE ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>39</b>
3.1	L'organisation en pôles : constat de réalité.....	40
3.2	Des pouvoirs réaffirmés et des rôles modifiés.....	41
3.3	Risques et opportunités pour le directeur des soins.....	42

<p><b>PROPOSITIONS D' ACTIONS : STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE</b></p>
--

<b>1</b>	<b>STRATEGIE - MANAGEMENT - INNOVATION : RECHERCHER, INITIER, INTEGRER, FEDERER.....</b>	<b>43</b>
1.1	<b>Le management : Des concepts au service d'une conception.....</b>	<b>44</b>
1.1.1	Rechercher la mobilisation.....	44
1.1.2	Initier l'engagement dans le sens du changement.....	44
1.1.3	Intégrer les différentes logiques professionnelles .....	45
1.2	<b>Fédérer et Coordonner les pôles.....</b>	<b>45</b>
1.2.1	Mettre en synergie et créer le lien entre les pôles .....	45
1.2.2	Clarifier la fonction de l'encadrement.....	46
1.2.3	Collaborer avec les acteurs du pôle.....	47
<b>2</b>	<b>CONDUIRE LE CHANGEMENT : UN MANAGEMENT CENTRE SUR LA NOTION DE PROJET.....</b>	<b>48</b>
2.1	<b>Caractérisation d'un management centré sur la notion de projet.....</b>	<b>48</b>
2.1.1	Des définitions pour préciser le sens des mots.....	49
2.2	<b>Apport méthodologique d'un management « flexible » .....</b>	<b>51</b>
2.2.1	L'organisation et ses composantes.....	51
2.2.2	La question des acteurs .....	52

<b>3 STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE : PLAN D' ACTIONS .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1 Le directeur des soins : membre de l'équipe de direction.....</b>	<b>54</b>
3.1.1 Le projet de soins dans une organisation en pôles : une articulation entre logique de projet, logique budgétaire et processus d'évaluation.....	54
<b>3.2 Le directeur des soins et le centre opérationnel.....</b>	<b>57</b>
3.2.1 Mise en œuvre d'un plan d'action.....	57
3.2.2 Quelques exemples de fiches projets actions.....	58
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>60</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFNOR	:	Association Française de Normalisation
ARH	:	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CDR	:	Centre de Responsabilité
CGS	:	Coordonnateur Général des Soins
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CI	:	Contractualisation Interne
CME	:	Commission Médicale d'Établissement
COM	:	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CSP	:	Code de la Santé Publique
CSS	:	Cadre Supérieur de Santé
CSSI	:	Commission du Service de Soins Infirmiers
CTE	:	Comité Technique d'Établissement
DAF	:	Direction des Affaires Financières
DASS	:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DCG	:	Direction du Contrôle de Gestion
DG	:	Directeur Général
DHOS	:	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DS	:	Direction des Soins
DSE	:	Direction des Services Économiques
EPS	:	Établissement Public de Santé
GPEC	:	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
PME	:	Petite et Moyenne Entreprise
PMSI	:	Projet de Médicalisation du Système d'Information
PSPH	:	Participant au Service Public Hospitalier
SPH	:	Service Public Hospitalier

## INTRODUCTION

Malgré l'effort financier fait par la communauté pour son système hospitalier, l'hôpital public apparaît en crise profonde. Le problème de fond est semble-t-il, celui de l'efficience du financement et de l'organisation des soins à l'hôpital.

**En trente ans**, deux lois hospitalières (1970 et 1991) et une ordonnance (1996) ont tenté de résoudre ce problème par diverses réformes structurelles. Ainsi la loi de 1991 établit une budgétisation globale pour chaque hôpital et un début de contractualisation d'objectifs avec les équipes soignantes. En 1996, l'ordonnance hospitalière n° 96-346 prolonge et amplifie les pistes de la contractualisation ébauchée en 1991. Elle régionalise le pilotage des orientations sanitaires de l'hospitalisation publique et privée en créant les agences régionales de l'hospitalisation. La loi institue la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre les ARH<sup>1</sup> et les établissements hospitaliers. Elle pose également le principe d'une contractualisation interne dans les hôpitaux publics entre les équipes soignantes et la direction. Subsidiarité, fongibilité, intéressement et organisation en sont les maîtres mots.

**Durant les huit années** qui suivent, cette ordonnance est progressivement appliquée. Un certain nombre d'établissements de santé modifient ainsi leur organisation en engageant une démarche de gestion déconcentrée. Néanmoins, dans un article sur l'état des lieux des pratiques de la contractualisation interne dans les EPS<sup>2</sup>, Julien Gottsmann précise qu'« *une très petite minorité d'établissements s'est engagée dans la démarche de contractualisation interne... seulement dans 6% des EPS (sur 216 EPS sélectionnés sur l'enquête de mars 2001) les responsables des CDR<sup>3</sup> bénéficient d'une délégation de signature de la part du directeur* ».

**Ceci s'explique** par : « *Des difficultés techniques liées à la faiblesse des outils actuels d'information hospitalière et de contrôle de gestion ; des ambiguïtés juridiques sur la nature des documents contractuels...; des barrières d'ordre culturel, qui sont souvent le reflet d'un manque de confiance entre les acteurs.* » De plus, « *la moitié des directeurs interrogés sont conscients...que le développement de la contractualisation interne impliquera une refonte de l'organisation...* »<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Lire partout Agence Régionale de l'Hospitalisation

<sup>2</sup> Lire partout Établissement Public de Santé

<sup>3</sup> Lire partout Centre De Responsabilité

<sup>4</sup> GOTTSMANN J. « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux ». *Gestions hospitalières*, Mai 2002, p.307



Par ailleurs, « *le grand écart des organisations modernes* »<sup>5</sup> tendrait vers un écrasement et un renversement de la pyramide hiérarchique avec le pouvoir donné à la base pour être plus proche du « client ».

**Quelles leçons** tirées de ces expériences ? Ce dispositif interne de gestion suppose de revoir les modalités d'organisation et de prise de décision. Ce qui est en jeu dépasse la notion d'engagement réciproque induite par le contrat. Il s'agit bien là, de la création d'une nouvelle « gouvernance » à l'hôpital, qui cherche à distancer les limites du modèle de la bureaucratie professionnelle. On sent poindre la nécessité de développer une vision managériale qui réponde aux enjeux face auxquels l'hôpital se trouve confronté : utilisation efficiente des ressources et qualité de prise en charge.

**Dans le cadre du plan** « Hôpital 2007 » (composé de trois volets), le ministère de la santé, entreprend une réflexion sur la nouvelle « gouvernance » des hôpitaux. Le premier volet publié avec l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé, réforme les compétences de l'ARH qui devient le principal acteur de la régulation de l'offre de soins. Le second porte sur la réforme de la dotation globale de financement avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité. Le troisième volet relatif à l'organisation et au fonctionnement des EPS, s'inspire du rapport Debrosse – Perrin – Vallancien sur la : « *Mission de modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale* »<sup>6</sup>.

**L'objectif de ce plan** est de développer des pôles, regroupant des services et des unités, disposant à l'intérieur de l'hôpital de COM<sup>7</sup> spécifiques. C'est à dire de véritables CDR avec médicalisation de la gestion et responsabilisation des professionnels.

Réformer la gouvernance à l'hôpital, voilà donc l'objectif, dont la mise en œuvre va voir le jour avec la circulaire DHOS/E1 du 13 février 2004<sup>8</sup> relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. L'objectif est « *de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution.* »<sup>9</sup> La réforme a pour objet d'une part de rénover les instances de l'hôpital et d'autre part de simplifier l'organisation interne et les procédures. « *Les EPS autres que locaux sont*

---

<sup>5</sup> CAUVIN C., CREMADEZ M., « Quelles structures pour les hôpitaux ? ». Gestions hospitalières, Août - Septembre 2001, n° 167, p. 595

<sup>6</sup> [www.sante.gouv.fr/hopital\\_2007/](http://www.sante.gouv.fr/hopital_2007/) fichen°II.5, Propositions pour la modernisation de la gouvernance des hôpitaux.

<sup>7</sup> Lire partout Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

<sup>8</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE 2004. – Circulaire DHOS/E1 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. *Bulletin officiel de la République Française* ? n°204 - 11

<sup>9</sup> Op.cit.p.1

*organisés en pôles d'activité...qui peuvent être constitués d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles. Leur nombre, leur taille et leur composition sont laissés au choix de l'établissement. Chaque responsable de pôle contractualise avec le directeur et le président de la CME les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose à cet effet. Il élabore un projet de pôle avec un conseil de pôle, dont les membres seront élus... ».*<sup>10</sup>

**Deux constats** se dégagent : d'une part, on assiste à la création d'une organisation constituée de sous ensembles pertinents pour une gestion des ressources au plus près du terrain et d'autre part, à la passation d'un contrat ouvrant la possibilité au coordonnateur de pôle, d'affecter les ressources financières en fonction des besoins, en procédant si nécessaire, à des transferts entre groupes.

Cette nouvelle capacité d'autonomie de gestion, historiquement dévolue à l'équipe de direction, est l'origine d'une redistribution des rôles entre les membres des pôles et l'équipe de direction. « *La démarche de contractualisation ... s'appuie sur une démarche participative de type projet et vise à rapprocher la décision de gestion au plus près des patients, selon le principe de subsidiarité. En cela, elle est à l'origine d'une modification de la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital en même temps que d'une évolution des métiers.* »<sup>11</sup> Dans certaines expériences en cours, deux écueils majeurs sont mis en exergue : le risque de balkanisation de l'hôpital en entités autonomes entraînant une rupture dans la prise en charge globale du patient et un manque de lien entre les pôles.

**Ce mode d'organisation** innovant est, pour l'ensemble des professionnels hospitaliers, source de changement. L'enjeu est d'importance car cette évolution ne touche pas seulement l'organisation mais également les modes de management. Outre le fonctionnement de l'équipe opérationnelle du pôle, composée traditionnellement d'un médecin, d'un cadre et d'un gestionnaire, cette organisation remet en cause d'autres modes de fonctionnements comme ceux de l'équipe de direction et avec elle, ceux du directeur des soins. Pour ce dernier, les expériences en cours montrent que la place occupée et le mode de management dans cette organisation semblent assez variables voir flous. Ces différents éléments sous-tendent une question qui orientera notre recherche :

**« En quoi l'hôpital organisé en pôles, conduit-il à des changements dans le mode de management du directeur des soins? »**

---

<sup>10</sup> Op. cit. p.2

<sup>11</sup> **ROUSSEL A.** *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : Une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois.* Mémoire de directeur d'hôpital : École Nationale de la Santé publique, 2002. p.9

## Nos hypothèses d'étude :

- L'efficacité des pôles implique pour le directeur des soins de centrer son action sur un management par projet ;
- La cohérence de cette organisation nécessite pour le directeur des soins de développer son action sur un mode de gestion transversale dans le sens de collaborer et créer du lien entre les pôles.

Le souhait de réfléchir à cette question est guidé par notre intérêt à envisager la place et le rôle que peut occuper le directeur des soins et la façon dont il peut promouvoir cette nouvelle organisation. Par ailleurs, notre établissement d'affectation fait de l'organisation en pôles d'activité, un axe fort de son nouveau management. Tenant compte des débats actuels relatifs à ce type de dispositif et s'appuyant sur quelques expériences développées dans des hôpitaux, l'objet de ce mémoire tend à apporter un éclairage sur cette question. Il n'a pas la prétention d'apporter des réponses, mais d'ouvrir la réflexion à partir d'analyses d'expériences en s'appuyant sur les idées de différents auteurs.

**La première partie** abordera le contexte, les fondements et les caractéristiques du dispositif. A partir de recherches bibliographiques, nous mettrons en évidence le fonctionnement hospitalier dans ses composantes managériales et sociologiques. Nous prendrons également appui sur des données empiriques en lien avec notre expérience.

**La deuxième partie** propose l'analyse de deux expériences de terrain réalisées dans des CHU<sup>12</sup> qui ont fait le choix de cette nouvelle organisation. Cette enquête est réalisée au moyen d'entretiens auprès de directeurs, coordonnateurs de soins, directeurs des soins, médecins, président de CME<sup>13</sup> et cadres supérieurs de santé. Ce travail de recherche ne constitue pas une étude exhaustive, dont la mise en œuvre varie d'un établissement à un autre. Il donne une approche sur la traduction opérationnelle du management du directeur des soins dans le cadre de ce dispositif.

**La troisième partie** présente les axes d'une réflexion professionnelle visant à proposer des actions concrètes dans une perspective de prise de fonction. Cette partie tiendra compte des expériences développées dans les établissements de santé depuis la mise en place de ce dispositif.

---

<sup>12</sup> Lire partout Centre Hospitalier Universitaire

<sup>13</sup> Lire partout Commission Médicale d'Établissement

# L'HOPITAL COMME SYSTEME COMPLEXE :

## Une approche théorique et conceptuelle

### 1 HISTOIRE ET EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Ainsi que l'écrit J.M. Clément, « *Plus que toutes autres institutions, l'hôpital reflète l'état économique, scientifique, technique, social de la société dans lequel il est implanté* »<sup>14</sup>. Dès lors, l'étude de l'organisation d'hier constitue le préalable pour une meilleure compréhension d'une réflexion de cette nouvelle organisation.

#### 1.1 Dimension humaine et qualitative

Le développement sans précédent des techniques, les avancées du progrès médical, les évolutions sociales, ont fait de l'hôpital, naguère hospice pour les indigents et les exclus, le lieu de soins efficaces et performants que nous connaissons.

Or « *Des problèmes nouveaux sont apparus, inconnus de nos prédécesseurs, problèmes économiques et financiers, problèmes de responsabilité qui ne cessent de se développer avec les progrès de la connaissance, problèmes de gestion rassemblant ou opposant des intervenants très divers, problèmes humains, problèmes de société.* »<sup>15</sup>

##### 1.1.1 Rupture conceptuelle

À l'origine, l'hôpital était «*une maison d'hospitalité*»<sup>16</sup> que les chrétiens avaient mis à disposition des pauvres, des malheureux et des pèlerins.

Depuis la loi du 21 décembre 1941, cette institution rompt avec l'hospice et s'ouvre à l'ensemble des citoyens en faisant de l'action de soins sa mission première consacrant ainsi l'hôpital comme établissement sanitaire et social. Ce rôle s'achève avec la loi du 31 décembre 1970 qui affirme le caractère sanitaire de l'hôpital en rompant avec le social.

---

<sup>14</sup> CLEMENT J.M., 1900-2000 *La mutation de l'hôpital*. Les Études Hospitalières. Bordeaux : Les Études Hospitalières Éditions, 2001. Chapitre premier, p.19

<sup>15</sup> CLEMENT J.M.- Ibid p.5

<sup>16</sup> CLEMENT J.M.- Ibid p.6

### 1.1.2 Statut du malade

L'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la sécurité sociale qui se substitue à l'assistance médicale gratuite instituée par la loi du 15 juillet 1893. « *Intimement liée au développement économique et social, la protection sociale généralisée... a été l'élément essentiel de l'essor des techniques dans la mesure où elle a permis leur financement et leur amortissement par une extension du marché des soins* ». <sup>17</sup>

L'avènement de l'assurance maladie obligatoire à toute la population en activité ou ayant eu une activité professionnelle, complétée par la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture médicale universelle, permet le passage d'une population d'assistés à une population d'assurés. On assiste ainsi à une transformation juridique totale où, « *au malade du début du siècle objet de droits, se substituera, dans ces dernières décennies le malade sujet de droits.* » <sup>18</sup>

### 1.1.3 Droits des patients

« *Cette personne malade, fragilisée par sa maladie ou ses blessures, se doit de voir ses droits protégés plus encore que la personne en bonne santé...* » <sup>19</sup>.

De nombreuses lois concourent à légitimer ses droits. La plus « médiatisée » est celle dédiée à la charte du patient hospitalisé qui en 1976 proclame les droits des malades et permet leur information. Vingt ans plus tard, elle sera entièrement revue avec la circulaire n°22 du 6 mai 1995. C'est avec la loi du 4 mars 2002, que l'affirmation des droits du patient s'exprime dans un concept de démocratie sanitaire. Ce texte offre ainsi au patient la possibilité de se transformer en acteur de sa santé par la nécessité absolue : d'information, de consentement, pour une co-décision et une participation active du malade à son traitement.

### 1.1.4 Exigence de qualité et de sécurité des soins

L'exigence de qualité du service rendu au patient est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La mesure de la qualité passe par l'observation et la mesure régulière des pratiques. L'accréditation, instaurée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 « *doit permettre de contrôler la qualité de la production de soins, des pratiques professionnelles et donc de réfléchir sur un meilleur fonctionnement des établissements*

---

<sup>17</sup> CLEMENT J.M., *Lire la nouvelle loi hospitalière*. Manuel B. – L. Santé 19, Paris, Berger Levrault, 1994. Première partie, Commentaires sur la nouvelle loi hospitalière, p.9

<sup>18</sup> CLEMENT J.M., *1900 – 2000 la mutation de l'hôpital*. Op.cit. p. 17

<sup>19</sup> FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissements médico-social*. Éd F.H.F. Paris : Héral publicité, 2000. Le cadre juridique des droits des patients en France, p.117

de santé. » De plus, cette démarche « vise à assurer l'amélioration continue de la qualité (bonnes pratiques cliniques, satisfaction des patients) et la sécurité des soins »<sup>20</sup>.

## **1.2 Passage d'une mission hôtelière à une mission de production de soins**

Ce passage constitue une étape déterminante dans le sens où cela modifie le fondement même d'un hôpital qui se structure à partir du nombre de lits.

Malgré la pression du législateur pour que l'hôpital consacre sa priorité à la production de soins, reléguant ainsi sa mission hôtelière au second plan, le « lit » reste le critère essentiel, déterminant le niveau de fonctionnement.

C'est avec la loi du 19 janvier 1983, que les pouvoirs publics mettent un terme définitif au critère « lit », en instaurant la dotation globale de financement. « *Le mécanisme de la dotation globale induit plutôt une rétraction des lits pour permettre aux établissements d'équilibrer leur budget dont le taux directeur annuel s'avère inférieur au montant de l'inflation* »<sup>21</sup>. Le budget global contraint les hospitaliers à faire des choix les conduisant à replacer l'hôpital dans son environnement.

### **1.2.1 Orientations stratégiques**

L'instauration de la dotation globale de financement oblige les hospitaliers à se projeter affirmant ainsi la nécessité de décliner leurs orientations stratégiques.

C'est avec la loi du 31 juillet 1991, que cette obligation trouve sa traduction législative. Elle institue, notamment pour les établissements hospitaliers, d'anticiper et de construire pour une période de cinq ans un projet d'établissement, déclinant les orientations stratégiques et de gestion de l'hôpital. Cette réflexion commune des professionnels instituée par la loi, a peu à peu contribué à une évolution des mentalités, conduisant chacun à s'interroger sur l'évolution majeure de l'hôpital et la façon d'optimiser l'offre de soins et la réponse à la demande.

### **1.2.2 Évolutions organisationnelles**

Traditionnellement organisé en services, l'hôpital voit avec la loi du 3 janvier 1984, la notion de service disparaître au profit de département regroupant les activités des unités fonctionnelles d'une même discipline placée sous l'autorité d'un chef de département élu.

Du fait d'une forte opposition du corps médical, cette loi n'a pas été suivie d'effets.

Ainsi, la loi du 24 juillet 1987 réintroduit le service comme organisation de base des hôpitaux, en rendant optionnelle la constitution en département. « *Depuis, la loi du 31*

---

<sup>20</sup> FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Op.cit. p.131

<sup>21</sup> CLEMENT J.M. *Essai sur l'hôpital*. Les cahiers hospitaliers. Paris. Berger Levrault, 1994. Chapitre premier, p. 13

*juillet 1991, qui est pour l'heure le fondement légal du fonctionnement hospitalier, n'est pas revenue sur le service tout en s'efforçant d'offrir des options de dépassement de celui-ci en proposant des structures comme les départements, les fédérations... »<sup>22</sup>*

### **1.2.3 Interventionnisme de l'État garant de l'intérêt général**

C'est par la loi du 21 décembre 1941, que l'état inscrit son intervention dans le système hospitalier en créant la fonction de directeur. A partir de 1958, le directeur d'établissement est nommé par le ministre, le plaçant ainsi hiérarchiquement sous l'autorité de l'État. C'est ainsi que l'interventionnisme de l'État dans le fonctionnement de l'hôpital, va progressivement s'étendre sur fond de maîtrise de dépenses de santé.

Qu'il s'agisse des lois du 31 décembre 1970, du 31 juillet 1991 ou encore des ordonnances du 24 avril 1996, « *Toutes visent à la mise en place de nouveaux outils de gestion afin de moderniser la régulation du système : le programme médical du système d'information, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les agences régionales d'hospitalisations, le projet d'établissement, la contractualisation interne, l'accréditation en sont les figures emblématiques...* »<sup>23</sup>

## **2 DECONCENTRATION DE GESTION : CONTRACTUALISATION INTERNE ET POLE D'ACTIVITE**

Dans son propos introductif, lors du colloque sur la contractualisation interne organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en novembre 2000 à Montpellier sur le thème : « *Quelle fonction pour le management dans l'hôpital réorganisé ?* » Édouard Couty soulignait l'intérêt de la contractualisation interne « *comme outil d'accompagnement du changement* »<sup>24</sup>. Cet outil dans sa conception tend à modifier la structure interne des hôpitaux et propose une approche globale de l'organisation hospitalière. Elle introduit la notion de délégation de gestion.

### **2.1 La délégation de gestion**

#### **2.1.1 La délégation**

Elle est en droit administratif, la décision par laquelle une autorité se dessaisit d'une partie des pouvoirs qui lui sont attribués et les transmet à un subordonné. Dans le cadre

---

<sup>22</sup> CLEMENT J.M., 1900 - 2000 *La mutation de l'hôpital*. Op.cit. p. 118

<sup>23</sup> CLAVERANNE J.P. « L'hôpital en chantier : du ménagement au management ».Revue française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, p.126

<sup>24</sup> COUTY E., BUDETJ.M, SEGADE J.P., «Contractualisation interne ». Cahier de Gestions hospitalières, Août - Septembre 2001, n° 167, p.586

de la délégation, deux conditions doivent être remplies : être en accord avec la loi et ne concerner qu'une partie des pouvoirs de l'autorité délégante. Dans son article L.6414-21 le Code de la Santé Public dispose : « *les EPS peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne* » et « *les CDR bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur.*»<sup>25</sup> La délégation de gestion apparaît comme une expression nouvelle : « *Les juristes connaissaient jusqu'alors les délégations de compétences et les délégations de signatures....a priori la délégation de gestion ressemble fort à une délégation de compétences susceptible – au terme du décret du 18 avril 1997 – d'être assortie d'une délégation de signature* »<sup>26</sup>.

### **2.1.2 La délégation de signature**

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996-Art.-9-II, prévoit que la délégation de gestion intervient dans le cadre d'un contrat négocié entre le responsable du CDR et le directeur. Si l'on considère la lettre du texte, le contrat intervient pour la mise en œuvre de la délégation de gestion. Cette délégation peut prendre la forme d'une délégation de signature. Le législateur a fixé le cadre juridique de la délégation de signature. Une annexe de la circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997, précise les conditions de délégation de signature au praticien hospitalier responsable du centre de responsabilité. Elle considère que la délégation de signature est l'une des formes que peut revêtir la contractualisation interne. Elle met l'accent sur l'association des équipes hospitalières à la gestion et sur la déconcentration des procédures internes.

## **2.2 La contractualisation interne**

### **2.2.1 Le dispositif réglementaire**

Alliant démarche d'organisation médicale et démarche économique de responsabilisation, la contractualisation interne constitue une innovation importante qui doit permettre un rapprochement entre les organisations médicales et la gestion.

**La loi du 31 juillet 1991** dispose des motifs suivants : « *il s'agit de passer d'une logique budgétaire stricte à une logique de projet, d'une logique exclusivement comptable à une logique d'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution des besoins. La nouvelle logique de fonctionnement basée sur la notion de projet pluriannuel, de contrat d'objectifs, d'évaluation, suppose que les relations internes évoluent de manière sensible et réservent une large place à la concertation et à la richesse du dialogue social* ».

---

<sup>25</sup> **REPUBLIQUE FRANCAISE** 2002. - Ordonnance n° 2002 - 411 du 27 mars 2002 art. 4 III *Journal Officiel de la République Française*, 28 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003, n° 74

<sup>26</sup> **HARDY J.** « Contractualisation interne et délégation de signature » *Revue Hospitalière de France*, Novembre – Décembre 1997, n° 6, p.845



**L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation introduit un des points essentiels de la réforme : la contractualisation des rapports entre l'État, représenté par les ARH, et les établissements de santé. A la contractualisation externe obligatoire, l'ordonnance ajoute une incitation à la contractualisation interne non obligatoire dans chaque établissement.

**La circulaire du 21 avril 1997** relative à la contractualisation interne dans les EPS précise explicitement la volonté de moderniser la gestion de l'hôpital. La réforme s'appuie sur la participation des équipes médicales et paramédicales : « *La possibilité pour elles de conclure des contrats avec la direction est l'instrument de cette responsabilisation ( rapport de présentation au Président de la République)* »<sup>27</sup>. Dans ses articles L 6414 –21 et L 6145 – 16 <sup>28</sup> le CSP dispose du principe de contractualisation interne favorisant ainsi la culture du résultat. Par ces dispositifs réglementaires, on assiste à l'émergence d'une :

➤ **Délégation de gestion** qui sous-tend l'objectif « *d'adapter un mode de gestion orientée vers les résultats faisant de la définition et de la mesure des résultats le pivot de la délégation des pouvoirs de décision et de gestion des ressources à des acteurs déconcentrés* ».<sup>29</sup>

➤ **Responsabilisation** comme principe de base de la démarche de modernisation de l'organisation. Néanmoins se pose la question de sa traduction d'un point de vue opérationnel. Au-delà de l'introduction de méthodes financières pour optimiser la gestion économique, le rapprochement des décisions vers le niveau opérationnel pour conjuguer qualité des soins et efficacité budgétaire, nécessitent des modalités clairement définies. Le contrat constitue l'outil de mise en œuvre du dispositif.

## 2.2.2 Le contrat

Ce type de contrat est particulier dans le sens où il n'engage pas deux partenaires libres de ne pas contracter. « *L'État impose les termes du contrat et les sanctions positives et négatives liées à son exécution où à son inexécution, la sphère de décision reste faible* ». « *Il serait plus exact de parler de délégation de responsabilité par fixation négociée d'objectifs et de moyens...* »<sup>30</sup>. La référence au contrat suppose le consensus

---

<sup>27</sup> COUTY E., BUDETJ.M, SEGADE J.P. Op.cit p.587

<sup>28</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Ordonnance n° 2002 - 411 du 27 mars 2002 art. 4 III *Journal Officiel de la République Française*, 28 mars 2002 en vigueur le 1 janvier 2003, n° 74

<sup>29</sup> ABATE B., *La nouvelle gestion publique, finances publiques LGDJ*. Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence, E.J.A., 2000, Introduction p.1

<sup>30</sup> DE POURVILLE G., TEDESCO J. « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ». *Revue française de gestion*, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, p.207

des participants et donc, la volonté commune et concertée d'agir ensemble. Le contrat négocié entre le responsable du CDR et le directeur définit la délégation de gestion. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dispose que « *La nouvelle logique de fonctionnement basée sur la notion de projet pluriannuel, de contrat d'objectifs, d'évaluation, suppose que les relations internes évoluent de manière sensible et réservent une large place à la concertation et à la richesse du dialogue social* » mais également « *Le contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences de l'inexécution du contrat.* »<sup>31</sup>

### 2.2.3 Les principes du contrat

#### a) **Subsidiarité**

« *Il s'agit de déconcentrer la gestion selon le principe de « management de subsidiarité » selon lequel toute décision pouvant être prise efficacement à l'échelon local ou opérationnel doit l'être. Cela implique un renouveau du mode de gestion et une réflexion sur le dispositif d'intéressement à privilégier* »<sup>32</sup>. C'est donc sur la base d'une gestion au plus près du terrain que les hôpitaux doivent revoir leur organisation interne.

#### b) **Fongibilité et opportunité**

➤ **Fongibilité** : Ce principe « *se définit comme la possibilité d'utiliser globalement les crédits alloués au CDR dans le cadre du contrat signé sans tenir compte de leur rattachement à un groupe de dépenses.* »<sup>33</sup> La seule obligation qui prévaut est le respect du budget contractualisé. Le gestionnaire du CDR décide de l'utilisation des crédits alloués. Néanmoins, lorsqu'il s'agit de dépenses de personnels, la fongibilité est soumise à autorisation du directeur dès qu'elle touche au tableau des emplois.

➤ **Opportunité** : Ce principe « *se traduit par le transfert au profit du CDR de l'initiative d'engager la dépense dans le respect de la limite globale du budget délégué.* »<sup>34</sup>

Ceci modifie les relations classiques : une direction qui choisit en fonction des critères économiques, laisse la place à une relation client/fournisseur.

---

<sup>31</sup> HUBERT J., DUBOIS R « Culture de gestion plus que redressement budgétaire », Gestions hospitalières, Novembre 2000, p.675

<sup>32</sup> HUBERT J., DUBOIS R. Ibid. p.675

<sup>33</sup> HUBERT J., DUBOIS R. Ibid. p.675

<sup>34</sup> HUBERT J., DUBOIS R Ibid. p.675

## 2.2.4 Les préalables à la contractualisation interne

Ainsi la réorganisation des structures et ses corollaires « *taille optimale des CDR, approche centrée sur le patient, relations clients - fournisseurs,* » introduisent la nécessité de préalables pour une opérationnalité effective de la gestion avec « *un système d'information performant et l'émergence de nouveaux outils de gestion.* »<sup>35</sup>

### a) **Le Projet de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)**

Après une mise en place progressive par différentes incitations ministérielles, le PMSI a pour objectif de mesurer la production de l'hôpital en se rapprochant de l'activité médicale tout en confrontant cette activité à la consommation des ressources. La connaissance du niveau de coût de chaque établissement « *ouvre la porte à une nouvelle réforme avec la mise en place des COM* » passés entre l'établissement et l'ARH, on parle alors de contractualisation externe. « *En effet c'est parce que l'État acquiert une plus grande connaissance des processus de production dans l'hôpital, par le biais du PMSI, de l'accréditation, qu'il est à même de demander aux établissements de s'engager sur des objectifs contrôlables.* »<sup>36</sup> La contractualisation interne est étroitement liée à la mise en place des COM. Les interférences entre externe et interne sont nombreuses et les engagements apparaissent difficiles sans un mode de gestion basé sur un contrôle de gestion opérationnel.

### b) **Le Centre De Responsabilité (CDR)**

L'ordonnance du 24 avril 1996, reprend un concept ancien : le centre de responsabilité instauré par le décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif aux dispositions budgétaires des hôpitaux publics. Cette ordonnance hospitalière prévoit la création de CDR dans le cadre de la contractualisation interne. Les CDR regroupent les moyens qui servent à mettre en œuvre les objectifs fixés par un service. La création d'un CDR découle de l'article 714-26-1 du CSP. Le CDR peut bénéficier d'une délégation de gestion de la part du directeur en référence aux articles : L 714-13 (1991), L 714-26-1 (1996) du CSP, décret 97-347 du 18 avril 1997 et circulaire de la direction des hôpitaux du 21 avril 1997.

### c) **Le contrôle de gestion**

« *Le contrôle de gestion a pour vocation de fournir à tout responsable, quel que soit son niveau de responsabilité, les éléments nécessaires lui permettant de juger de la*

---

<sup>35</sup> COUTY E., BUDETJ.M, SEGADE J.P. Op. cit. p.586

<sup>36</sup> LENAY O., MOISDON J.C., « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système d'information », Revue Française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 - n°146, p.133

*qualité de sa gestion.* »<sup>37</sup> Il suppose de disposer de regroupements d'activités en CDR, de moyens de traitement et de diffusion de l'information fiable, avec un langage commun. Avec le PMSI, il constitue l'outil indispensable dans le cadre de la mise en place de la T2A<sup>38</sup>.

Ainsi les contraintes budgétaires, associées à l'émergence d'une demande de reconnaissance et de participation des personnels, conduisent donc les pouvoirs publics à rechercher des organisations nouvelles.

## 2.3 Les pôles d'activité

La notion d'organisation renvoie à une double nécessité : « *Répondre aux besoins accrus de coordination, créer des sous-ensembles pertinents pour la gestion des ressources et permettant des économies d'échelles.* »<sup>39</sup> On constate ainsi l'émergence de structures qui selon les établissements sont appelées pôles, fédérations, cliniques...

### 2.3.1 Un nouveau « *design organisationnel* »<sup>40</sup>

On assiste au passage d'une micro - organisation structurée en services à une macro - organisation organisée en pôles qui sont à la fois un regroupement de services et de CDR. « *L'émergence des pôles vise à créer des ensembles qui disposent d'une taille critique suffisante pour que les notions d'économies d'échelle et de management trouvent un sens* »<sup>41</sup>. Ce défi organisationnel poursuit une double exigence avec d'une part, un management de proximité permettant de mieux répondre aux attentes des patients et d'autre part, une allocation plus pertinente des ressources. Les services traditionnels sont remplacés par des pôles dont la taille moyenne est d'environ 300 personnes. Les regroupements des services obéissent à différentes logiques qui peuvent tenir compte à la fois de réalités géographiques, de segments particuliers de prise en charge de patients, de regroupements de compétences médicales ou de plateaux techniques.

Lorsque l'on examine **les expériences existantes** : Nantes, Dijon, **ou en cours** : Bordeaux, Montpellier, on relève les logiques de regroupements suivantes :

---

<sup>37</sup> MERLIER Y., KIEFFER R., Contrôle de gestion de l'hôpital. Principes clés et outils nouveaux. Paris. Éditions Masson, 1999. p.56

<sup>38</sup> Lire partout Tarification à l'Activité

<sup>39</sup> DE POURVILLE G., TEDESCO J. « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ». Revue française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, p.211

<sup>40</sup> DE POURVILLE G., TEDESCO J., Ibid. p.212

<sup>41</sup> DE POURVILLE G., TEDESCO J, Ibid. p. 212

- **Logique d'organe** (cœur - poumon) ou logique de pathologie (cancérologie). L'objectif visé est celui d'un renforcement de la complémentarité et de la coordination ;
- **Logique de prise en charge des patients** sur des segments particuliers tels que pôle mère-enfant, pôle gériatrique. La logique de ce regroupement obéit à une optimisation de la qualité de prise en charge de ce type de population ;
- **Logique de prestation** (biologie, imagerie). La logique obéit à la concentration de moyens lourds qui sous-tend la notion d'économie de taille et d'expérience ;
- **Logique d'urgence vitale** (services d'urgences et de réanimation). L'objectif vise à mettre en place une gestion des flux en fonction du niveau de risque ;
- **Logique de compétences médicales** autour de maladies d'organes . L'effet recherché porte sur le renforcement et la complémentarité des spécialités médicales face à des pathologies identiques.

Cette diversité traduit la complexité que représente chaque regroupement.

### 2.3.2 Le défi organisationnel

Pour répondre à ce défi, les établissements se heurtent à diverses difficultés qui suscitent des questions dans la définition du contour des pôles. Comment regrouper les services ? Selon quelle logique ? Quelles conséquences ?

#### ➤ **Priorité :**

Quel que se soit le modèle institué au niveau national, ce qui paraît important c'est qu'il y ait une réelle appropriation et implication des équipes médicales dans les logiques de regroupement. Le président de la CME a un rôle prépondérant à jouer.

#### ➤ **Restructurations :**

Les réalités géographiques ou les doublons de services peuvent conduire à une nécessaire restructuration. La fusion d'équipe avec « *transferts de responsabilités et de positions hiérarchiques* »<sup>42</sup> est vécue parfois de façon douloureuse par les équipes.

#### ➤ **Équipes paramédicales :**

Les équipes paramédicales sont affectées au niveau du pôle et non plus au niveau d'un service. Cela entraîne nécessairement une approche plus large du domaine géographique d'exercice qui est parfois source de difficultés tant en terme de mobilité que de compétences.

#### ➤ **Climat social :**

L'organisation en pôles est l'origine de regroupement de services avec un cadre organisationnel différent et de nouvelles « règles du jeu. » Dès lors, la création de pôles

---

<sup>42</sup> DE POURVILLE G., TEDESCO J. Op. cit. p.213

peut être le révélateur du climat social et du niveau de coopération des professionnels (majoration des conflits ou a contrario développement de collaborations).

➤ **Facteur architectural :**

Peut être un atout ou une contrainte en fonction de la structure. Dans l'hypothèse d'un projet de restructuration interne, cela suppose une anticipation du COM sur les moyens financiers qui doivent être négociés avec l'ARH.

➤ **Évolution des pôles :**

L'évolution des techniques médicales et de la science nécessite une certaine souplesse dans le dimensionnement des pôles. Si l'organisation des pôles est à visée gestionnaire, elle est également clinique. Ceci sous-tend la possibilité d'évolution des pôles en offrant un espace de prise en charge adaptable aux évolutions des besoins des patients.

➤ **Relations multiples :**

« Sur le plan de l'organisation, pôles et unités ne sont pas placées dans une relation unique, mais dans une relation multiple, c'est - à - dire qu'une unité peut apporter sa contribution à plusieurs pôles, plusieurs unités pouvant apporter conjointement leur contribution à un même pôle »<sup>43</sup>.

➤ **Prise en charge des patients :**

Le risque majeur le plus souvent mis en avant est celui de la balkanisation de l'hôpital en entités autonomes sans lien entre elles entraînant de facto, une rupture dans la prise en charge globale des patients.

### 2.3.3 Le management des pôles

➤ **Trois principaux niveaux de régulation** , le plus souvent mis en place :

• **Organe décisionnel :**

- Un bureau de pôle, composé d'un responsable médical de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Cette instance a en charge la politique générale du pôle, la gestion des moyens délégués et la mise en œuvre du projet médical.

Le responsable médical du pôle signe le contrat passé entre le pôle et le directeur de l'établissement.

• **Organes consultatifs :**

- Un conseil de pôle, composé de professionnels du pôle, il assume les fonctions d'un conseil de service et il garantit la participation des professionnels à l'organisation.

---

<sup>43</sup> CAUVIN C., CREMADEZ M., « Quelles structures pour les hôpitaux ? ». Cahier de Gestions Hospitalières, Août - Septembre 2001, n° 167, p. 605

- Un comité médical de pôle, il regroupe les médecins du pôle et le responsable médical du pôle. Il a pour objectif de garantir la coordination des services au sein du pôle, d'organiser l'activité médicale, de développer les bonnes pratiques médicales et d'évaluer l'activité médicale.

➤ **Trois acteurs les plus souvent** impliqués au niveau opérationnel du pôle :

- Le médecin responsable du pôle a en charge le management du pôle. Il signe le contrat interne. Il est responsable des moyens délégués et du respect des enveloppes allouées.
- Le cadre supérieur de santé et le cadre administratif assistent le responsable médical du pôle dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

➤ **Positionnement de l'encadrement soignant** :

- Le directeur des soins : Dans les **établissements avec mise en place de la gestion en pôles**, leur rôle est sensiblement identique. La liaison hiérarchique disparaît. Il devient alors référent de plusieurs pôles. Il exerce un rôle de conseil et d'expert auprès du coordonnateur des soins, des directeurs administratifs et des membres décisionnels du pôle. Il veille au maintien de la cohérence et joue le rôle d'interface entre les pôles. Il a un rôle de soutien au management et d'aide méthodologique à la conduite de projet.

**Pour les autres établissements**, le directeur des soins conserve les liaisons hiérarchiques auxquelles est réaffirmée une fonction transversale de coordination des pôles dans le sens : établir du lien pour avoir une vision globale d'ensemble donnant une cohérence dans la gestion des pôles et dans la prise en charge des patients.

- Cadre soignant responsable de pôle : les modifications des rôles de l'encadrement sont identiques pour les cadres référents de pôles. Il ressort de façon quasi unanime que c'est un « *nouveau métier* ». La modification essentielle semble porter sur la nécessité de penser les projets en fonction des objectifs et de l'enveloppe budgétaire allouée au pôle. C'est cette fonction qui doit le plus évoluer. Elle se trouve confrontée à la nécessité de se former aux nouvelles exigences et d'acquérir des compétences en gestion budgétaire, élaboration et suivi des contrats, élaboration et suivi des projets et des objectifs du pôle.

### **2.3.4 La contribution des pôles à la gestion**

Elle s'exprime à travers deux dimensions : d'une part la stratégie et d'autre part l'organisation des ressources.

➤ **La stratégie** au niveau du pôle, vise à élaborer un projet médical de pôle qui ne soit pas une addition des projets médicaux de services. C'est à partir de cette démarche que le pôle se structure réellement. Cette stratégie médicale vise à anticiper les évolutions scientifiques et à évaluer de façon précise les incidences sur le domaine opérationnel (organisation, coûts, évolution des contours des pôles etc.)

➤ **L'organisation des ressources** tend vers une utilisation optimale des moyens mis à disposition afin de maîtriser les coûts de production en tenant compte des contraintes sécuritaires et de qualité. Il s'agit de repenser la prise en charge globale des patients en harmonisant les pratiques et les procédures. Enfin, il existe une volonté de faire évoluer les modes de prise en charge : poids relatif des soins externes, de l'hospitalisation de jour, de semaine, ou traditionnelle.

### **2.3.5 Modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance dans les EPS**

Dans le cadre du projet de nouvelle gouvernance, on assiste à une rénovation importante des instances de l'établissement. Ce projet comporte cinq axes (annexe 1). Cette nouvelle gouvernance mobilise plusieurs facettes de l'organisation, du management et de la conduite de projet. Dans une organisation hospitalière en pleine mutation, il nous a paru intéressant de poursuivre notre recherche sur le champ des trois domaines précités afin de mieux appréhender l'impact du dispositif.

## **3 DE LA THEORIE AU CONCEPT : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE L'ORGANISATION ET DU MANAGEMENT**

Pour appréhender l'organisation hospitalière et analyser les changements qu'induit ce dispositif, dans un premier temps nous aborderons l'approche des organisations que propose Henry Mintzberg, complétée par la transposition dans le milieu hospitalier par Michel Crémadez. Ensuite pour une meilleure appréhension de ce nouveau mode d'organisation, est associée l'étude des aspects humains et organisationnels du management. Ce paragraphe sera complété par une approche du management par projet afin de mesurer la responsabilité effective par les différents acteurs, du rôle dans la conduite de projet à venir et la création progressive d'une identité de groupe projet.



### 3.1 L'hôpital : un modèle de bureaucratie professionnelle

Dans son ouvrage *Structures et dynamique des organisations*, Henri Mintzberg<sup>44</sup> décrit l'organisation de l'hôpital selon le modèle bureaucratique en distinguant cinq fonctions. Nous les compléterons par l'approche de Michel Crémadez tirée de son ouvrage *le management stratégique hospitalier*. « L'anatomie » d'une organisation comprend cinq parties.

#### 3.1.1 Le centre opérationnel

Il est représenté par les unités de soins et de diagnostic ; lieux de production composés de l'ensemble des personnels soignants médicaux ou non médicaux, où s'effectue la prise en charge du patient. L'organisation de l'hôpital se caractérise par l'hypertrophie du centre opérationnel. Composé d'un nombre important de services, assez indépendants les uns des autres, il fonctionne de manière pratiquement autonome. Le service « *s'organise, s'équipe s'il le peut, pour faire face de manière indépendante aux missions qui lui sont imparties.* »<sup>45</sup>

#### 3.1.2 Le sommet stratégique

Il se compose du directeur et de l'équipe de direction dont le directeur des soins, des différentes structures tutélaires ARH, DDASS<sup>46</sup>, Conseil Général...où se prennent les décisions. Le sommet stratégique tient son rôle de régulation des relations de l'organisation avec son environnement réglementaire et financier.

#### 3.1.3 La ligne hiérarchique

Elle est composée de l'encadrement qui joue le rôle d'intermédiaire entre le sommet et la base opérationnelle. Transposée à l'encadrement soignant, elle permet de repérer l'organisation hiérarchique de la direction des soins : cadre de santé (premier niveau), les cadres supérieurs de santé (deuxième niveau) et au sommet pyramidal le directeur des soins et le coordonnateur général des soins. Cette ligne joue le rôle d'intermédiaire entre le sommet et la base opérationnelle. En ce qui concerne le directeur et les chefs de services, la ligne hiérarchique est interrompue. « *L'action du directeur sur les services passe d'une part, par l'administration directe des services fonctionnels et de la*

---

<sup>44</sup> MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris. Éditions des organisations. 1982, p. 430

<sup>45</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Inter Éditions. 1992. Troisième partie : La conduite du changement, chapitre 1, p. 21

<sup>46</sup> Lire partout Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

*technostructure et d'autre part, à travers une instance de concertation : la CME pour les relations avec le centre opérationnel »<sup>47</sup>.*

### **3.1.4 La technostructure**

Nous y trouvons les acteurs qui analysent les situations de travail, conçoivent et planifient les améliorations, assurent la formation des opérateurs afin de rendre le travail plus efficace. L'encadrement de second niveau, en retrait de la production immédiate, participe à cette fonction. Appliquée aux soignants, seraient concernés les cadres supérieurs de santé, collaborateurs directs du directeur des soins. Le directeur des soins et le DRH agiraient plus sur la standardisation des qualifications par la formation et le recrutement. La technostructure se consacre uniquement à la dimension économique de l'organisation, la dimension technique étant représentée par le directeur des soins.

### **3.1.5 La fonction support logistique**

Elle rassemble les prestataires de services internes à l'hôpital. La direction des services économiques ou la direction des admissions en est une illustration. La complexité des technologies hospitalières est l'origine de nouvelles fonctions logistiques (maintenance biomédicale, informatique...). L'appartenance du logistique et du médical à deux univers différents est source d'insuffisances sur la coordination des prestations (hôtelières, livraisons). Elle constitue un terrain de lutte d'influences source de dissensions entre administrateurs et médecins et au sein même de la communauté médicale.

Pour comprendre la dynamique de cette organisation, il semble important d'explicitier un élément fondamental : la coordination des activités.

### **3.1.6 L'hôpital : lieu de coordination**

Qu'entend-t-on par coordination ? Elle désigne selon Michel Crémadez et François Grateau dans leur ouvrage « *le management stratégique hospitalier* » l'ensemble de règles, conventions et routines, qui permettent d'assurer une coopération entre les membres de l'organisation. Néanmoins, ceci n'est pas forcément synonyme de décloisonnement et de connaissance voire de reconnaissance des différents métiers. Selon les deux auteurs précédemment cités, deux mécanismes de coordination ont la primauté à l'hôpital : l'ajustement mutuel entre individus et la standardisation des qualifications.

➤ **L'ajustement mutuel** : « *Permet la coordination du travail par simple communication informelle... c'est un mode de coordination fragile* »<sup>48</sup>. Dans l'hôpital cette communication

---

<sup>47</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F. Op. cit. p. 21

est fortement dépendante de la qualité de la relation établie entre les différents acteurs et peut être remise en cause au seul changement d'interlocuteur.

➤ **La standardisation des qualifications** : « Autorise une coordination spontanée grâce à l'homogénéisation des comportements individuels<sup>49</sup> ». Obtenue essentiellement à partir de la formation et de la socialisation, la standardisation permet aux professionnels de savoir ce qu'ils peuvent espérer les uns des autres. Dans le cadre du quotidien, ces modes de coordination sont assez efficaces. En revanche, ces mécanismes renforcent la latitude de liberté des professionnels rendant plus difficile la participation au projet collectif et favorisant ainsi une forme de corporatisme. Ainsi l'aspect théorique de l'organisation et sa dynamique apporte un éclairage conceptuel sur la structure hospitalière. Cette approche prescriptive constitue le préalable à la compréhension du monde hospitalier et introduit les concepts fondamentaux relevant des aspects humains et organisationnels du management.

### **3.2 Des sciences sociales au service du management<sup>50</sup>**

Selon Sylvie Lucas et Josette Hart dans leur ouvrage *Management hospitalier, stratégie nouvelle des cadres*, le monde hospitalier présente des particularités qui font que l'on ne peut lui appliquer à la lettre les préceptes du management.

Nous proposons de parcourir une approche du management qui couvre les différentes dimensions du management hospitalier en situant les acteurs au cœur du processus mettant en évidence leur positionnement par rapport aux projets.

#### **3.2.1 Stratégie, Management et Organisation : trois notions étroitement liées**

L'organisation regroupe un certain nombre de personnes interdépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs. Le management en est le moteur, la stratégie en donne le sens. Nous retiendrons la définition simple proposée par Luc Boyer et Noël Equilbey dans leur ouvrage *Histoire du management* « *Le management est l'art de mettre l'organisation au service de la stratégie.* »

Tout manager a pour mission de mettre en œuvre les moyens dont il dispose pour atteindre ses objectifs. Diriger, planifier, organiser et contrôler sont les bases du management. Cependant, ces activités nécessaires à la gestion ne suffisent pas à définir

---

<sup>48</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F. Op. cit. p.19

<sup>49</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F., Op. cit. p.19

<sup>50</sup> HARTJ., LUCAS S., *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Reuil-Malmaison. Éditions Lamarre, 2002. Les éclairages conceptuels, p.2

le management. Pour compléter cette approche, le management doit prendre en compte la spécificité de l'organisation et les orientations stratégiques de l'institution.

De la qualité et du type de management vont dépendre le degré de réalisation des objectifs de l'organisation et son adaptation au monde extérieur. Le support bien identifié est le projet d'établissement et les projets de services, qui sont élaborés au niveau des systèmes qui structurent l'organisation de l'hôpital. C'est donc à partir de la stratégie que le processus de management va pouvoir être mis en œuvre et fonctionner.

Néanmoins, avoir une démarche stratégique ne signifie pas d'en rester uniquement à l'approche managériale classique qui permet de finaliser le projet d'établissement. *« Aborder la stratégie essentiellement par la formalisation des projets, comme le propose la littérature managériale, est insuffisant dans le monde hospitalier »*<sup>51</sup>.

Dans le cadre de la mise en place des pôles, si l'hôpital ne veut pas être un lieu de corporatisme et de cloisonnement, chaque filière doit développer ses capacités stratégiques pour mettre en œuvre de meilleures collaborations au service d'un projet collectif. *« Nous appellerons cette aptitude, l'intelligence stratégique des acteurs »*<sup>52</sup>.

Ces formes émergentes d'organisation et de gestion qui se rapprochent au plus près des lieux de production sont à l'origine d'une redistribution des pouvoirs. Ceci amène à réfléchir sur cette notion et sur les stratégies qu'elle sous-tend.

### **3.2.2 L'hôpital : la question du pouvoir au sein de l'organisation**

Les sociologues des organisations, tels que Michel Crozier et Erhard Friedberg, nous ont démontré que le pouvoir était diffus dans l'organisation et présent à tous les niveaux de la hiérarchie. Dès lors que la notion d'expertise constitue une source de pouvoir, on peut facilement imaginer que l'institution hospitalière ne peut être analysée qu'en termes d'enjeux et de négociations entre les acteurs autour de leurs zones de pouvoir. Par ses nouvelles règles d'organisation et de gestion portées par ses différents projets, l'hôpital rend les équilibres des structures internes extrêmement fragiles.

Quels que soient les changements, ils sont source de doute, de remise en cause des alliances et des intérêts des acteurs. Ce type de comportement n'est-il pas tout simplement la crainte pour les acteurs hospitaliers de perdre leur pouvoir ?

Dans le cadre de ce nouveau dispositif organisationnel, il semble nécessaire de ramener l'analyse des jeux de pouvoir, qui font partie des moteurs d'une organisation, aux stratégies des acteurs et aux enjeux portés par l'organisation.

---

<sup>51</sup> HARTJ., LUCAS S. Op. cit. p.4

<sup>52</sup> HARTJ., LUCAS S. Op. cit. p.4

### 3.2.3 Stratégie, enjeu et changement : la question des acteurs

Dans l'acteur et le système, Michel Crozier et Ehrard Friedberg démontrent que l'on ne naît pas acteur. En effet, pour les sociologues, on devient acteur par le fait d'être dans un système et de contribuer à son émergence et à sa régulation.

Par les changements organisationnels induits par le dispositif de gestion en pôles d'activité, l'hôpital paraît offrir de plus grandes marges de manœuvre aux professionnels. Malgré cela, les acteurs savent « *qu'au niveau d'une organisation, ces limites inhérentes à toute relation de pouvoir trouvent leur correspondant dans les limites et contraintes qu'impose la nécessité de survie de celle-ci. C'est pourquoi les règles du jeu organisationnelle deviennent contraignantes pour tous les participants : elles s'appuient sur une source d'incertitude qui s'impose à tous, à savoir la possibilité de survie de l'organisation ...* »<sup>53</sup>

Les principes de type hiérarchique sont encore très fortement ancrés dans les esprits. Les corporatismes et les conflits identitaires neutralisent les capacités des professionnels à conduire les changements. Ces pesanteurs viennent alimenter les jeux construits par les acteurs pour résister au changement.

Placer ainsi les acteurs dans une nouvelle dynamique, incite ces derniers à définir le périmètre de leur nouvelle fonction en développant ainsi une véritable « *intelligence stratégique* ». Dans ce nouveau contexte, la collaboration avec ses modes et ses supports alliant la notion de projet en vue d'une mise en cohérence des actions, peut être considérée comme le ciment de cette nouvelle dynamique.

### 3.2.4 Management par projet

De même que de nouvelles organisations amènent de nouvelles définitions de fonctions, nous imaginons que de nouvelles mises en perspective du travail des acteurs conduisent à centrer le management des hommes autour de forme d'interactions entre eux. La démarche projet offre une ouverture sur l'environnement, une anticipation dans l'analyse prospective, le sens de la réactivité structurelle : conception globale, moyens de communication et de comportement : professionnels formés, volonté politique. Le management par projet est un mode de management qui tend à organiser l'ensemble des activités d'une institution selon une approche projet. Il vise à atteindre l'efficacité en généralisant la planification et l'évaluation des actions en s'appuyant sur les compétences plutôt que sur les statuts. Conduit sur un mode participatif, ce type de management affiche une volonté de s'appuyer sur la mobilisation du plus grand nombre de personnels

---

<sup>53</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil, 1992. Deuxième partie, L'organisation et l'environnement, p. 91

à partir d'un fonctionnement transversal. Il vise à rapprocher les logiques des différents métiers source d'amélioration et de décloisonnement de l'organisation.

## 4 LE SERVICE DE SOINS : PLACE ET ROLE DES ACTEURS DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE

Le directeur des soins est l'interlocuteur privilégié entre le directeur et les professionnels soignants. Les récentes évolutions réglementaires méritent que l'on s'attarde sur le parcours et la place du directeur des soins dans l'organisation.

### 4.1 Constat de réalité

Le décret du 11 avril 1975 et les circulaires qui en découlent, instituent le corps des infirmiers généraux et infirmiers généraux adjoints. La création de ce grade répond à des carences d'ordre structurel qui concernent essentiellement les éléments suivant :

**Le malade :** Le groupe des infirmiers est le premier groupe professionnel à s'interroger sur la place du malade dans l'hôpital, alors que ce dernier n'est essentiellement qu'objet de soins.

**Les unités de soins :** Situées au cœur de l'hôpital, elles disposent d'une grande autonomie. Ceci constitue des zones d'influences prépondérantes, chacune à la limite pouvant définir sa politique et ses objectifs en recherchant individuellement des moyens pour les atteindre au mépris d'une politique d'ensemble. Ce fonctionnement de « chapelles », plus ou moins anarchiques doit s'insérer dans un ensemble plus cohérent.

**Le personnel d'encadrement :** De surveillant à cadre de santé, cet acteur placé sous l'autorité du directeur des soins se consacre au bon fonctionnement du service et prend part aux projets institutionnels.

De surveillant chef à cadre supérieur de santé, ce professionnel passe d'un rôle hiérarchique de contrôle à un rôle de manager et d'animateur d'une équipe de cadres. Ces professionnels sont pour le directeur des soins de précieux collaborateurs. Il semble essentiel qu'ils soient accompagnés par un mode de management du service de soins qui facilite leur positionnement.

**Le personnel :** « *Les fonctions sont peu personnalisées. Les soins sont en général dispensés en série, ce qui dilue les responsabilités et développe des tendances à l'absentéisme* »<sup>54</sup>. La charge d'établir un équilibre, de rechercher des moyens pour parvenir à une unité d'action a été confiée à l'infirmière générale.

---

<sup>54</sup> MIRLO J. « Infirmière Générale, pourquoi, pour qui ? ». Cahier de Gestions Hospitalières, octobre 1979, n° 189, p. 737

## 4.2 Évolution du service infirmier liée à la notion de soins

Le développement des soins d'entretien courant est à l'origine de modifications importantes dans le champ de compétences des infirmières. « Cette évolution se traduit dans la réalité par l'apparition de la notion de service infirmier et par la définition d'un rôle propre »<sup>55</sup>.

## 4.3 Évolution du service infirmier liée au décloisonnement des activités

Les structures hospitalières ont de moins en moins de lits et de plus en plus de plateaux techniques. Ces évolutions sont à l'origine de nouveaux modes de prise en charge avec les alternatives à l'hospitalisation tels que : hôpital de jour, de semaine, hospitalisation à domicile. Ces aspects structurels associés aux facteurs politiques, sociaux et culturels, vont progressivement conduire à une évolution de la fonction.

## 4.4 De l'infirmier général au directeur des soins

Le décret du 19 avril 2002, introduit cette évolution. Il est à l'origine d'un changement de statut non négligeable. La coordination générale des paramédicaux constitue un acte important dans l'évolution de la fonction. A cette nouveauté s'ajoute l'ouverture du corps à des cadres provenant de filières médico-technique et de rééducation fonctionnelle. « L'objectif de ce texte est de promouvoir une coordination générale des soins, de décloisonner les activités, de valoriser les complémentarités pour dégager une plus-value en terme de qualité, qu'ils s'agissent des soins, de l'imagerie, de la pharmacie... »<sup>56</sup>. Cette évolution va dans le sens d'une pluridisciplinarité des soins avec un management plus ouvert. Elle apparaît en totale adéquation avec la mise en place des pôles qui visent à repenser la prise en charge globale des patients en harmonisant les pratiques et les procédures par une utilisation optimale des moyens.

## 4.5 Problématique et hypothèses

Le cadre théorique et conceptuel a permis d'analyser les limites et les intérêts d'une organisation en pôles ainsi que son retentissement sur le jeu des acteurs. Cette analyse va dans le sens d'une réaffirmation de notre question de départ et de nos hypothèses.

---

<sup>55</sup> BRUN A., LAFIN R., MICHON R., « et al » « Infirmier Général Mythe ou réalité ». Gestions Hospitalières, Mars 1983, n°224, p. 188

<sup>56</sup> FELMANN A. « Annoncés le 19 avril, Les directeurs de soins sont arrivés ». Revue de l'infirmière, Juin 2002, n° 82, p.6

# L'ETUDE DE TERRAIN

Le travail de recherche sur le terrain va s'attacher à vérifier si les éléments du cadre théorique et conceptuel correspondent aux appréciations des professionnels en ce qui concerne :

- Les avantages et les limites du dispositif ;
- Les changements intervenus dans les rôles et les missions des professionnels ;
- La validité des hypothèses.

## 1 LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Seront successivement abordés : le choix des établissements pour l'enquête, la population interviewée, les outils de recueil d'informations, les limites et les points forts de l'enquête.

### 1.1 Le choix des établissements

Afin d'éclairer de façon optimale les différents aspects du problème étudié et de tirer profit de l'enquête de terrain, tant en matière d'organisation, de changement, de résultats et de perspectives, nous avons fait le choix de recueillir la majorité des informations dans deux centres hospitaliers universitaires :

**Un CHU** dont l'organisation en pôles avec gestion déconcentrée est en place depuis plusieurs années. Cette approche permet de recueillir l'analyse par les professionnels, des effets du dispositif.

**Un CHU** qui débute une réflexion sur l'hôpital organisé en pôles (avec deux pôles tests) et qui pratique la contractualisation interne. Cette étude permet de recueillir l'approche de professionnels se trouvant dans une phase de questionnements par rapport à la mise en place des pôles.

Par ailleurs, des entretiens ont été également réalisés auprès de professionnels d'établissements qui se sont portés volontaires dans le cadre de l'expérimentation lancée par la DHOS<sup>57</sup> relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

---

<sup>57</sup> Lire partout Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins



Cette approche permet de respecter l'anonymat et apporte un éclairage différent sur les démarches stratégiques de chaque direction quant à la mise en place du dispositif.

## 1.2 Les outils de recueil

- **Méthode de recueil d'informations :**

L'étude s'est déroulée de février à avril à partir d'un guide d'entretien semi directif unique (annexe 2). Les entretiens ont été réalisés soit par téléphone (9) soit face à face (11), avec une durée moyenne d'environ quarante minutes. Nous nous sommes attachées à instaurer une relation de confiance, une écoute active et à rester neutre.

Le recueil d'informations a été réalisé soit par prise de notes (5), soit par enregistrements (15), après accord des personnes interviewées et engagement de notre part de maintenir une totale confidentialité tant sur l'origine que sur la catégorie professionnelle concernée. Dans le cadre du questionnement, nous avons fait le choix de ne pas reprendre le contenu de nos hypothèses afin de ne pas orienter les réponses.

- **Objectif :**

Il est de favoriser la production d'un discours sur un ensemble de thèmes au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention. Il ne s'agit donc pas d'obtenir des réponses à des questions mais de recueillir :

- l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, de leur système de valeurs et de leurs repères normatifs ;
- l'analyse des points de vue en présence et des enjeux du dispositif ;
- le recueil d'expériences et/ou de réflexions.

## 1.3 Les personnes interviewées

- **Critère de choix :**

Il se justifie par le recueil d'expériences et de réflexions auprès d'acteurs ayant un rôle à des niveaux différents dans la gestion et le management de ce nouveau dispositif. Eu égard au rôle assez variable du directeur des soins, il nous a paru intéressant de croiser le point de vue de ces derniers avec le regard porté par les professionnels administratifs, médicaux et soignants sur son management.

- **Les catégories professionnelles enquêtées**, au nombre de 20, sont :

- Un directeur général dont l'établissement pratique la contractualisation interne et prend part à l'expérimentation ;

- Trois directeurs fonctionnels (DRH, DAF, DCG <sup>58</sup> chargé de la mise en place des pôles) ;
- Un président de CME dont l'établissement contractualise et prend part à l'expérimentation ;
- Deux médecins responsables de pôle avec contractualisation interne ;
- Un médecin dont l'hôpital pratique la contractualisation interne ;
- Deux coordonnateurs généraux des soins : un dans un établissement organisé en pôles avec contractualisation interne et l'autre dont l'établissement contractualise et prend part à l'expérimentation ;
- Cinq directeurs des soins : deux affectés dans un établissement qui fonctionne en pôles. Deux dont l'établissement pratique la contractualisation interne. Un dont l'établissement est volontaire pour l'expérimentation ;
- Quatre cadres supérieurs, dont deux affectés à des pôles et deux dont les services des secteurs pratiquent la contractualisation interne ;
- Un assistant de gestion chargé de la gestion déconcentrée avec contractualisation interne au niveau d'un pôle.

#### 1.4 Les limites et points forts de l'enquête

Cette démarche ne constitue en rien une recherche exhaustive. Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et mettent en évidence les points les plus marquants du dispositif vus par les vingt personnes interviewées, avec les limites et la subjectivité du discours propre à chacun. Les établissements sont engagés dans la démarche de gestion déconcentrée à des degrés très différents ce qui ne permet pas la comparaison. Les entretiens ont permis un recueil d'informations riches et diversifiées.

#### 1.5 Méthode de présentation des résultats

La méthode retenue est la suivante :

- **De chaque entretien**, ont été retenues les idées forces en lien avec le cadre conceptuel et notre problématique. Le choix d'une étude qualitative nous a conduit à employer régulièrement des citations des personnes rencontrées plutôt que de résumer leurs interventions. A ceci ont été rajoutés les mots clefs employés par les personnes interviewées regroupant une catégorie d'idées homogènes, ainsi que des citations ;
- **L'anonymat** est préservé et chaque phrase citée est notée en italique et placée entre guillemets ;

---

<sup>58</sup> Lire partout Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Financières, Direction du Contrôle de Gestion

➤ **Les aspects quantitatifs** ne sont abordés uniquement que lorsqu'ils apparaissent significatifs.

## 2 PRESENTATION DES RESULTATS

Pour une meilleure appréhension des résultats, il nous a paru opportun d'aborder succinctement l'organisation des pôles des deux CHU où s'est déroulée la majorité des entretiens.

Les objectifs, les logiques de regroupements, les organes décisionnels et les instances du pôle sont sensiblement identiques d'un établissement à l'autre.

Néanmoins une différence est à noter qui peut avoir une influence sur les réponses apportées.

- Un établissement a constitué sa direction en quatre pôles administratifs composés de directions fonctionnelles. Ces pôles sont sous la responsabilité d'un directeur - coordonnateur, membre du comité de direction stratégique. Les directeurs fonctionnels sont également chargés de pôles médicaux. Les directeurs de soins sont chacun référents de plusieurs pôles. Ils ont pour mission de relayer l'information ascendante et descendante entre les pôles et la direction générale. Ils veillent au développement des projets de la direction de soins et constituent l'interface entre les pôles.
- Le second établissement conserve les directions de site. Il envisage une coordination des pôles par l'équipe de direction de chaque site. L'aspect hiérarchique vertical est maintenu et chaque direction conserve sa spécificité. En revanche chaque direction (DRH, DSE, DS) assure la coordination transversale d'un certain nombre de pôles. Le « staff » de direction a pour mission de veiller au respect du règlement intérieur de chaque pôle. Afin d'assurer la cohérence de gestion, un staff de directions transversal au CHU est mis en place. Il se compose des équipes de direction des sites.

### ➤ **Les entretiens**

Afin de construire notre propre opinion, il nous a paru intéressant d'associer les points de vue positifs ou négatifs des professionnels ayant une expérience avec ceux qui démarrent le dispositif. Ils sont déclinés selon le plan suivant :

- Les intérêts d'une organisation en pôle d'activité ;  
Les risques potentiels constatés ;
- L'engagement de l'établissement dans la contractualisation interne ;  
Les avantages et les limites constatés ;
- La place et le rôle du directeur des soins dans ce dispositif ;

## 2.1 L'hôpital structuré en pôles : opportunités et risques potentiels

### a) *Opportunités :*

- **Organisation renouvelée**

Pour permettre à l'hôpital d'évoluer et d'optimiser la gestion, le renouvellement de l'organisation constitue une étape incontournable. Ainsi selon un DG, « *pour relancer sa dynamique et la motivation des professionnels, l'hôpital a besoin de renouveler son organisation. Ce dispositif, même imparfait constitue une opportunité qu'il faut saisir.* » Ceci constitue une révolution culturelle suffisamment importante « *pour que l'on prenne le temps de la faire adopter et non de l'imposer.* » L'adhésion des professionnels doit être recherchée en priorité et « *au-delà du discours, il faut que cela soit réellement suivi d'effets.* » L'institution et les professionnels qui la composent ont besoin de reconnaissance mutuelle pour entretenir la part d'optimisme indispensable au changement. La nouvelle gouvernance « *doit permettre de mieux assumer les missions de l'hôpital en clarifiant les responsabilités et en simplifiant les organisations, je ne demande qu'à y croire et je m'investirai.* » [ un médecin]

- **Cohérence stratégique et anticipation**

L'intérêt stratégique mis en exergue est que « *les structures actuelles ne répondent plus aux besoins. Ce dispositif permet donc de développer au niveau opérationnel du pôle un projet global cohérent avec le projet d'établissement, regroupant les projets de l'ensemble des services alliant ainsi cohérence médicale et gestion économique.* » De plus, la planification stratégique de l'établissement « *s'appuie sur le projet médical du pôle et les contrats passés entre le responsable de pôle et le directeur servent à l'élaboration du COM.* » [un DG<sup>59</sup>]. Toujours sous le même angle, un président de CME précise que « *ce dispositif éminemment stratégique, permet une prise en charge cohérente des patients par la prise en compte de leur trajectoire grâce aux filières et aux réseaux de soins.* » La réactivité à terme s'en trouve améliorée « *puisque la décision se prend au plus près du terrain en fonction de priorités concertées au niveau d'un groupement de services dans l'intérêt du patient.* »

- **Nouvelle gouvernance**

Dans le cadre de l'expérimentation relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière, « *les missions des instances institutionnelles sont redéfinies et vont dans le sens d'une simplification des circuits et une rapidité d'action.* »

---

<sup>59</sup> Lire partout Directeur Général

Par ailleurs, « *la gouvernance de l'hôpital doit permettre de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui sclérosent et freinent considérablement le fonctionnement de l'institution.* » Pour une réelle efficacité, cette nouvelle organisation doit s'appuyer sur la logique interdisciplinaire et l'efficacité du parcours clinique du patient pour une prise en charge globale. Ainsi un CGS précise « *qu'il faut adapter la direction des soins pour développer une transversalité cassant ainsi le cloisonnement et l'étanchéité des structures.* » Pour relever cet enjeu organisationnel, la modification des structures passe par un mode de management par projet qui en fonction du thème, intègre tous les acteurs concernés dans le processus de soins traité. « *Car au-delà de discussions parfois oiseuses sur l'autorité du directeur sur les médecins ou inversement, sur la disparition de la ligne hiérarchique, c'est l'approche globale de l'organisation hospitalière interne qui doit être revue et avec elle, son mode de management.* »

[ un DS et un CSS<sup>60</sup> ]

- **Facteur d'adhésion et de cohésion**

La notion de projet associée au réseau de soins qui sous-tend l'aspect transversal, prend donc là toute sa dimension, car elle met en jeu les compétences transversales des différentes fonctions de l'organisation « *facteur d'adhésion et de cohésion.* » [ CGS ]

« *Elle permet de dynamiser un système qui se sclérose et s'englué dans une inefficacité et une déperdition d'énergie qui risque de lui être fatale.* » Le projet d'organisation en pôles d'activité « *implique pour le directeur d'être soutenu par ses collaborateurs dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet.* » [ un DG et un CGS<sup>61</sup> ]

Dans des établissements tels que les CHU, cette organisation apparaît comme très positive. En effet un certain nombre de services peuvent être ainsi regroupés à partir de logiques de prises en charges cohérentes.

- **Ouverture et compréhension des discours**

Néanmoins, comme il est très souvent évoqué, « *la notion de pôle ne doit pas être réduite au seul aspect économique* ». Pour que le pôle puisse définir une véritable stratégie concertée avec la direction, il s'agit d'allier objectifs de soins et objectifs économiques. Les dissocier constituerait « *une véritable erreur stratégique en totale rupture avec la mission de l'hôpital public.* » « *Ce dispositif implique également une appropriation des domaines propres aux différents professionnels tout au moins dans le discours.* » [ un DG et un CGS ]. Ceci a nécessité de la part des professionnels, de

---

<sup>60</sup> Lire partout **C**adre **S**upérieur de **S**anté

<sup>61</sup> Lire partout **C**oordonnateur **G**énéral des **S**oins

s'approprier le discours de chaque catégorie professionnelle avec « *la conformité réglementaire et l'optimisation des ressources pour l'équipe administrative ; la qualité, la sécurité et l'indépendance médicale dans l'exercice de leur art pour le personnel médical et enfin la prise en charge spécifique des patients pour les paramédicaux.* » Ce nouveau dialogue instauré entre ces trois sphères, a permis de partager la culture de chacun améliorant ainsi le mode de coopération.

- **Adhésion et participation**

La gestion en pôles avec une masse critique suffisante doit permettre de dégager des économies d'échelles « *à condition que tout le monde joue le jeu et que les outils de gestion soient efficaces.* » précise un DCG. Une gestion à partir d'un langage et de préoccupations communes ne peut être qu'en faveur d'une efficacité des moyens alloués. « *Tous les acteurs ont un rôle à jouer et l'organisation en pôles au lieu de les séparer doit bien au contraire les unir dans la concrétisation d'une finalité clairement énoncée et partagée.* » Impliquer les acteurs, « *permet de valoriser l'expression des personnels sur des projets et de réaliser un meilleur arbitrage des décisions qui les concernent puisqu'ils sont parties prenantes dans leur élaboration.* » [ un DAF ]

L'aspect positif prédominant est la remise en cause d'une organisation établie, « *avec ses propres règles du jeu.* »

- **Amélioration des pratiques**

Contrairement aux idées reçues, selon un responsable de pôle et un cadre supérieur « *la constitution en pôles d'activité est en faveur d'une harmonisation des pratiques à l'intérieur des pôles. Aujourd'hui chaque fois qu'une décision est prise, elle est pensée par rapport au pôle. On ne pense plus service mais unité de services.* » Le directeur des soins joue un rôle prépondérant dans la dynamique, le management et la stratégie des acteurs. « *Responsable de l'organisation des soins avec son corollaire de qualité et de sécurité, il se positionne dans une logique de projet et œuvre pour leur réussite. Il joue un rôle politique, stratégique et de lien à l'intérieur et entre les pôles.* » [ un responsable médical de pôle ] La gestion en pôles d'activité nécessite un repositionnement de la direction, des médecins et de l'encadrement. « *C'est une évolution du métier de cadre, les missions premières restent identiques mais elles sont à adapter non plus à l'échelle du service mais à l'échelle du pôle.* » [ un DS et un CSS ]

## **b) Risques et limites potentiels**

### • **Indépendance et cloisonnement**

Sont exprimés, de la part des responsables de pôles « *la crainte d'une tendance à une forme d'indépendance, avec un risque de cloisonnement et une division des pôles à partir d'une logique de territoire.* » Le risque déclare un DG, c'est « *l'amalgame par une construction d'empires avec à leur tête un médecin coordonnateur souverain. Nous ne pouvons imaginer une division du CHU en PME<sup>62</sup> avec un système de production concurrentiel.* » Les pôles construits sur une logique territoriale peuvent développer des stratégies d'autonomisation. « *C'est sans aucun doute le risque le plus important d'échec de l'articulation entre la gestion opérationnelle des pôles et la gestion stratégique de l'établissement.* » L'objectif du dispositif est de simplifier l'organisation et d'avoir une cohérence de prise en charge des patients, « *il ne s'agit pas de rajouter des entités supplémentaires qui viendraient alourdir une organisation déjà suffisamment complexe.* »

Un autre risque se profile, celui de la difficulté de gestion des interfaces, c'est à dire le lien entre les pôles. « *Il faut créer une cohérence institutionnelle et une régulation entre les pôles. Sous quelle forme ? Avec quels acteurs ? A partir de quelle logique ? Autant de questions auxquelles je n'ai pas de réponse* » précise un médecin de CME.

Véritable « *révolution culturelle* », cette organisation doit être mise en place de façon progressive précise un DG « *Différemment d'autres CHU qui ont supprimé leurs directions de sites, j'ai souhaité privilégier une évolution toute en douceur afin que les professionnels s'approprient la démarche. Afin de conserver les repères existants, les liaisons hiérarchiques verticales existantes sont maintenues. Pour coordonner les pôles, y seront associées des liaisons fonctionnelles transversales assurées par l'ensemble des directions fonctionnelles de sites.* »

### • **Agrégation des services**

Alors que la communauté médicale reste très attachée à la notion de service se posent les questions de comment regrouper les services ? A partir de quelle logique ? Selon un médecin responsable de pôle « *il est nécessaire que chaque équipe médicale s'approprie cette organisation et y apporte sa touche personnelle.* » Il faut éviter « *le syndrome du territoire* », car le danger est grand que les pôles deviennent des entités indépendantes avec un retour au mandarinat. » Ce risque est proportionnel à la reconnaissance du pôle. « *Plus le pôle bénéficie d'une reconnaissance et d'une notoriété, plus le risque est grand qu'il devienne une structure indépendante.* » Dans ce

---

<sup>62</sup> Lire partout Petite et Moyenne Entreprise

contexte le rôle fédérateur et d'animation du président de la CME est primordial. Selon les établissements les regroupements nécessitent des suppressions de services (doublons) qui sont vécues de façon très douloureuse par les équipes « *puisque'il y a par définition disparition d'équipes existantes et transferts de responsabilités.* » Enfin l'architecture peut être un facteur facilitant ou au contraire contraignant dans les restructurations. Comme le précise un directeur « *Le COM doit être anticipé sur une restructuration interne à venir, afin d'inclure dans la négociation les travaux immobiliers nécessaires.* »

- **Expérimentation**

Dans le cadre de l'expérimentation de la nouvelle gouvernance, un président de CME fait le commentaire suivant : « *Quelle légitimité et quel pouvoir de cohésion le responsable de pôle aura t - il auprès de ses collègues ? Quand on sait que le responsable de pôle est nommé par une instance locale alors que les médecins chefs de services sont nommés par le ministère de la santé. L'entité service a été maintenue, à quoi cela rime t il, si ce n'est pas pour préserver le pré - carré des chefs de services. Cela laisse à penser que la gestion en pôles d'activité ne sera pas aisée à mettre en œuvre.* » La rénovation des instances de l'hôpital introduit un certain nombre de changements « *mais cela n'est il pas une fois de plus un effet d'annonce doublé d'un effet de mode, qui passera avec les hommes qui l'ont initiée.* » [ un CSS ]

- **Révéléateur de dysfonctionnements**

La création de pôle est le révéléateur du climat social. En effet, créer des pôles, c'est rapprocher des services donc unir des moyens, « *mais c'est surtout faire évoluer ensemble des professionnels dans un cadre organisationnel différent avec de nouvelles règles du jeu.* » L'exercice s'avère plus au moins délicat en fonction des affinités professionnelles. Dès lors, plus il existe de situations conflictuelles fortes, plus le dispositif mettra en exergue les difficultés d'ordre professionnel et les dysfonctionnements relatifs à l'état des coopérations.

- **Position des acteurs**

Les équipes médicales ont le sentiment que de tels projets, cherchent à faire prendre aux médecins les décisions de gestion, souvent difficiles qui ne peuvent être prises par l'équipe de direction. « *Je ne me considère pas comme un gestionnaire, à chacun son métier.* » La coexistence d'un ancien système très hiérarchisé et centralisé avec un système organisationnel déconcentré, constitue une réelle limite à l'efficacité du dispositif. « *On veut que ça change mais sans vraiment rien changer. Les enjeux de pouvoirs sont trop importants pour que les différentes sphères professionnelles adhèrent au dispositif*



*sans qu'elles n'y trouvent un quelconque avantage. Mais dans ce « remue-ménage » organisationnel, le malade est-il vraiment placé au centre de la réflexion ?*

*N'est-ce pas une fois de plus un alibi au service de la maîtrise des dépenses?» [un CGS]*

Pour l'équipe de direction, l'écrasement de la pyramide hiérarchique revient assez fréquemment. L'équipe de direction doit-elle être considérée comme une simple exécutante du trinôme du pôle ? On constate parfois : « *Une tension relationnelle entre les équipes de direction et les gestionnaires de pôles liée à la sensation d'une forme de prise de pouvoir du corps médical sur les « administratifs. » « Un positionnement assez ambigu de certain cadre supérieur tantôt bouc émissaire du pôle ou a contrario comme personne prépondérante dans le processus de décision. » [un CGS]*

- **Complexité croissante de l'organisation :**

La coexistence de différents modes de gestion (centralisée et déconcentrée), tend à aboutir à une complexité croissante de l'organisation interne de l'établissement.

« *La mise en place des pôles se traduit davantage par un niveau de décision supplémentaire, que par une simplification de la structure interne de l'hôpital. » [ un médecin responsable de pôle]*

Une explication à cela : le positionnement défavorable des décideurs qui préexistaient à la contractualisation interne sur l'abandon de leurs prérogatives au profit des responsables de pôles. Ceci est l'origine d'importantes confusions dans les circuits de prise de décisions. « *La cohabitation de deux circuits décisionnels à l'intérieur d'un même pôle est source d'incompréhensions, d'oppositions qui ralentissent les décisions. Cela va à l'opposé du but recherché par la déconcentration de gestion. » [ un médecin responsable de pôle].* Le cadre supérieur est souvent utilisé comme médiateur ce qui « *le conduit à lancer régulièrement des appels au secours auprès de la direction des soins. » [ un DS]*

## **2.2 La contractualisation interne : avantages et limites du système**

### **a) Avantages**

- **Objectif mobilisateur**

L'objectif de modernisation de la gestion hospitalière découle de deux préoccupations. Selon un directeur des affaires financières « *L'une d'ordre éthique consiste à améliorer la qualité des soins dans un souci de prise en charge globale, dans le respect des objectifs de santé publique et des missions du service public. L'autre, d'ordre structurel consiste à maîtriser les dépenses de santé dans un contexte de restriction budgétaire. »*

Ces deux objectifs traduisent bien la notion économique d'efficacité du système de soins

qui exprime la préoccupation d'amélioration de la qualité des soins au moindre coût.

Ceci est en faveur d'une contractualisation interne mobilisatrice des professionnels autour de projets visant le rapprochement des trois sphères hospitalières. « *Cette mobilisation doit être source d'efficience au profit du patient.* » [ un cadre supérieur ]

De façon très pragmatique, la délégation de gestion avec le principe de subsidiarité permet « *aux équipes soignantes d'alléger le poids administratif du fonctionnement courant de l'hôpital. Il optimise la réactivité en raccourcissant les circuits de la prise de décision* ». [ un assistant de gestion et un DAF ]

- **Affirmation d'une démarche participative de type projet**

La démarche de contractualisation interne « *s'appuie sur une démarche participative de type projet avec comme objectif de rapprocher la décision de gestion au plus près du lieu de la prise de décision.* » [ un CGS ] . La philosophie et les concepts de la démarche projet généralisés à l'ensemble de l'institution hospitalière depuis la loi du 31 juillet 1991, se prêtent particulièrement bien à la mobilisation de professionnels d'origines différentes. L'hôpital peut avantageusement en tirer partie avec la diffusion d'une nouvelle logique managériale à partir d'un management de type participatif. En effet, le « *management par projet est un mode de management qui vise à atteindre l'efficacité en s'appuyant sur les compétences. A partir d'une réelle participation, il associe l'ensemble des professionnels hospitaliers dans la conception, la conduite et l'évaluation des projets. Elle intéresse l'aspect transversal de l'organisation* ». [ un CGS ]

- **Logique contractuelle plus qu'obligation contractuelle**

Selon un DCG « *la philosophie du contrat tel qu'il est mis en place à l'hôpital, relève davantage d'une démarche d'objectifs négociés sur une base budgétaire définie que du contrat de type privé (absence de pluralité de parties).* » Néanmoins, la formalisation d'un contrat entre les deux parties « *soude la confiance entre les interlocuteurs qui se renforce lorsque le contrat est respecté. La confiance est l'élément fondateur du contrat.* »

On note également une volonté de l'institution hospitalière d'aborder cette démarche par l'aspect pédagogique. « *Ceci apparaît d'autant plus essentiel que nombre de mes collègues médecins, considère ce dispositif comme une nouvelle lubie de la modernisation de la gestion hospitalière.* » Cette démarche ne constitue en rien un mécanisme formel de contrat passé entre la direction et les professionnels soignants. Un DG rappelle l'esprit de la réforme « *qui est de déconcentrer la gestion avec une prise de décision au plus prêt des personnes concernées et qui soit bien évidemment compatible avec la politique globale de l'établissement.* »

- **Intérêt stratégique**

Ainsi la démarche de contractualisation interne, réalisée de manière volontaire et non contrainte par l'établissement constitue pour l'ARH un gage de renforcement d'autonomie de gestion pour l'hôpital. « *Les autorités de tutelle apprécient la capacité des établissements à prendre des initiatives dans le changement de leur mode de gestion et de leur pratiques. Ceci constitue un avantage non négligeable lors de négociations de projets avec l'agence.* » [ un DG et DAF ]

**b) Limites du système**

- **Freins liés aux acteurs**

La majorité des freins constatés sont en grande partie liés à la représentation que les acteurs ont des fonctions des professionnels exerçant à l'hôpital ainsi que des informations dont ils disposent. « *Nombreux sont les médecins à penser que l'incompétence des administratifs conduit aujourd'hui le ministère à confier la gestion aux seuls professionnels capables d'être à même de juger de l'opportunité de la dépense.* »[un président de CME ]

En ce qui concerne l'aspect gestion, un directeur fonctionnel affirme « *que les médecins sont là pour exercer leur art. Même chose pour le personnel paramédical qui doit prendre en charge le patient dans des conditions de qualité et de sécurité optimale. Un médecin ne peut pas devenir un gestionnaire, sinon il n'est plus médecin. Il exerce un autre métier.* » Les cadres soignants, selon les interlocuteurs, sont soit un atout, soit un frein.

« *Nous sommes souvent considérés comme des cadres à la solde de l'administration.* »

Un président de CME « *ça sert à quoi un cadre supérieur, je ne le vois jamais, il est toujours à la direction.* » De son point de vue, le directeur des soins est positionné de la même manière, « *absent du terrain j'ignore précisément quelles sont ses missions.* » Les futurs cadres gestionnaires de pôles ont des craintes et des interrogations quant aux compétences nécessaires et au rôle requis dans ce nouveau dispositif.

- **Responsabilisation parfois difficile mais incontournable**

Bon gré mal gré, les professionnels de santé ont appris à subir des contraintes budgétaires. Mais cette responsabilisation reste souvent difficile car la raréfaction des ressources a majoré la concurrence interne entre les unités. « *Cet état de fait est l'origine de procédures de négociations bilatérales avec les équipes de direction pour obtenir des moyens.* » Si la contractualisation interne est quelque part synonyme de rationnement des ressources, elle implique nécessairement les soignants. En effet la conduite du processus de prise en charge reste un problème pour lequel l'expertise des soignants est

incontournable. « *C'est pour cette raison qu'elle nécessite l'invention de nouvelles pratiques de gestion.* » [ un responsable médical de pôle]

La contractualisation interne doit passer obligatoirement par les professionnels de soins « *d'autant que les personnels administratifs investissent peu dans la connaissance des pratiques médicales et de l'organisation des soins.* » [un assistant de gestion]

De plus, elle est perçue parfois comme un leurre de délégation de gestion. « *Responsabilisation des professionnels, d'accord, mais avec des systèmes de contrôle de gestion et d'évaluation des actes performants.* » [ un CSS et un assistant de gestion ]

- **Déconcentration et contractualisation interne**

Confusément ou clairement, l'équipe de direction sait que les règles et missions traditionnelles qui régissent les activités des différents métiers hospitaliers vont être remaniées. « *Le directeur ne peut rester seul gestionnaire face à l'émiettement de l'activité de soins. D'autant qu'il sera appelé à justifier très précisément de la qualité de ce que l'établissement a réalisé et va réaliser dans l'avenir.* » [ un DCG ]. Néanmoins, cette déconcentration si elle paraît être incontournable « *pour que la décision soit prise au plus près de son origine* » un DG pense que les décisions d'ordre politique et stratégique doivent rester au niveau de la direction.

« *Il ne faut pas tout déconcentrer. Le principe de fongibilité des dépenses peut laisser imaginer que les dépenses de personnel soient utilisées pour des dépenses médicales. Hors, ceci n'est pas envisageable, car c'est la porte ouverte à l'anarchie et à un risque de d'utilisation des ressources pour satisfaire la « secrétariat- médico- mania.»* » [ un DRH ]

En revanche, une réflexion sur les possibilités de déconcentrer la GRH<sup>63</sup> peut-être envisagée notamment sur la gestion de la formation et des mensualités de remplacements. La GRH est un sujet extrêmement sensible qui doit faire l'objet d'une réflexion éminemment stratégique afin qu'elle puisse être intégrée dans le dispositif organisationnel. Ce qui revient de façon récurrente quel que soit le groupe de professionnels, c'est la nécessité de déconcentrer la gestion en contractualisant. « *Si l'on ne veut pas que la déconcentration reste de l'ordre du discours, il faut qu'elle soit contractualisée. L'aspect primordial est la confiance gage de l'engagement et du respect du contrat.* » [ un responsable médical de pôle]

---

<sup>63</sup> Lire partout **G**estion des **R**essources **H**umaines

## 2.3 Missions du directeur des soins : place et rôle

- **Affirmation des missions**

Pour la plupart des personnes rencontrées, sa légitimité professionnelle, ne semble pas être remise en cause. « *Dans une organisation où le danger de cloisonnement est grand, il doit maintenir et affirmer sa mission de cohérence et de coordination des soins.* » [ un CGS]. Dans ce nouveau contexte, le rôle du coordonnateur des soins est à la fois politique et stratégique. Par sa connaissance du milieu, il contribue à garder une cohérence institutionnelle entre les différents projets. « *Il assure la passation de l'information pour que chacun à son niveau puisse prendre les meilleures orientations.* » [ un DG ] Ainsi un cadre supérieur responsable de pôle exprime « *la nécessité du rôle de coordination du DS ainsi que la plus value apportée par sa connaissance du terrain et des professionnels.* » L'aspect fédérateur du projet de soins est mis en avant par les cadres supérieurs « *car il assoit l'identité professionnelle des soignants et constitue le projet de référence dans le domaine des soins. Il est considéré comme un modèle.*»

- **Interface entre les pôles : garant de la cohérence**

A l'échelle d'un CHU, la contribution du DS est indispensable pour faire le lien entre les pôles et donner du sens dans le processus de prise en charge globale du patient. « *Pour se faire, il travaille en collaboration étroite avec les acteurs concernés. Il articule les différentes sphères professionnelles en activant les compétences et en portant les projets.* » [ un CGS ]. Il s'agit de repenser le positionnement du DS et de s'adapter aux innovations organisationnelles « *c'est une occasion unique de se poser la question de la stratégie d'évolution de la direction des soins pour que la notion de délégation avec son corollaire de responsabilisation au service du patient ne reste pas un vain discours. Comment moi directeur des soins, j'envisage un management qui réponde aux exigences de réorganisation en optimisant la qualité et la sécurité des soins ?* » « *La coopération interdisciplinaire réaffirmée par le décret du 19 avril 2002, dans une direction des soins renouvelée, ne peut être qu'en faveur du développement d'un mode de management centré sur une logique de projet et de processus.* » [un CGS]

- **Modification des pouvoirs et des rôles**

Le rôle du directeur des soins a posé de nombreuses interrogations dans le cadre de la mise en place des pôles principalement « *liées à la problématique de changement en particulier dans la disparition de la ligne hiérarchique.* » [un CGS ]Le passage d'une organisation selon une hiérarchie pyramidale à un fonctionnement basé sur le conseil et l'expertise dans laquelle la notion de hiérarchie a disparu, bouscule tous les repères.

*« C'était plus clair dans une organisation hiérarchisée. Là, nous ne sommes plus décisionnaires. Nous attendons que le pôle prenne ses décisions. » [ un DS ]*

Certains directeurs des soins ont fait le choix de partir, car ils n'ont pas supporté le changement *« d'une relation hiérarchique à une fonction d'expert et de conseil. Ils se sont focalisés sur cet aspect en oubliant tout ce qu'ils pouvaient apporter en valeur ajoutée par la richesse et l'expérience professionnelle. » [ un CGS ]*. Selon un directeur des soins dont l'établissement fait partie de l'expérimentation, *« nous aurons la place que nous mériterons. Cette nouvelle organisation doit constituer une opportunité pour réaffirmer ce pourquoi la direction des soins a été créée et non pour relancer un faux débat de prise de pouvoir qui ne conduit qu'à des luttes stériles. Le patient et la qualité de sa prise en charge doivent demeurer notre principale préoccupation. Toutes nos actions doivent converger vers cet objectif. »*

- **Valeur ajoutée par la direction des soins**

D'une façon générale, le personnel d'encadrement renvoie un aspect positif du rôle et des missions de la direction des soins. Ce retour est d'autant plus valorisé dans le cadre du dispositif car *« les DS sont garants et porteurs des projets. Ils impulsent la dynamique de soins. Cette nouvelle organisation les a rapprochés du terrain. »* Dans certains établissements, la notion de hiérarchie a disparu au profit d'une relation fonctionnelle de référent, d'expertise et de conseil. *« Ils sont conseillers et experts sur tout ce qui concernent les soins auprès de l'ensemble des professionnels médicaux, soignants et des directeurs administratifs. »* Il faut apprendre à travailler différemment et accepter que les cadres supérieurs voient leur fonction gagner en autonomie. *« C'est à la direction des soins de favoriser cette autonomie. La recherche d'efficience relève d'une véritable exploitation des compétences associant toutes les catégories professionnelles. Le management transversal déjà largement pratiqué par la direction des soins doit constituer le support fédérateur des pôles. »* *« C'est grâce à sa capacité d'adaptation que la direction des soins continuera à garantir la qualité et la sécurité des soins, le décret du 19 avril 2002 en est une parfaite illustration. » [ Un DS et un DG]*

### **3 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES ENTRETIENS**

Nos hypothèses, à savoir, un management par projet visant à une plus grande transversalité se confirment et s'étoffent. Ainsi au terme de l'enquête, et après analyse des données recueillies, cette synthèse permet de mettre en exergue les similitudes et les disparités constatées d'un établissement à l'autre en tenant compte des différents modes de mise en œuvre du dispositif.

### 3.1 L'organisation en pôles : constat de réalité

L'organisation en pôles répond à une volonté de substituer une vision parcellaire de l'hôpital à une conception plus intégrée. Deux objectifs prépondérants se dégagent :

- **Le premier** est d'optimiser l'utilisation des ressources de l'hôpital en rapprochant la gestion et la décision du terrain. Il s'agit de maîtriser les dépenses de santé en responsabilisant les acteurs. La contractualisation interne constitue l'outil du dispositif.
- **Le second** se centre sur l'amélioration de la prise en charge du patient en opérant une collaboration entre les personnels médicaux, soignants et administratifs. Ainsi, l'objectif de cohérence et de coopération entre ces différentes composantes est avancé, de même que celui de l'efficacité au profit du malade en privilégiant les trajectoires de soins et en introduisant la notion de résultat. Cette réorganisation répond donc à la double exigence d'un management de proximité et d'une allocation plus pertinente des ressources hospitalières. Elle a pour objectif de satisfaire les choix stratégiques retenus par la communauté hospitalière dans ses composantes : gestionnaire, médicale et soignante.

Cependant, le regroupement des services semble être à l'origine d'une autre forme de balkanisation de l'hôpital qui conduit à rechercher des solutions pour lutter contre la constitution de l'hôpital en «PME.» Cette évolution crée des zones d'incertitudes à l'intérieur des pôles et au niveau de l'établissement. Ceci est source de glissement des pouvoirs du sommet stratégique vers le centre opérationnel. Ce risque ou cette réalité est source de tension entre les différents acteurs.

La déconcentration de gestion fait émerger la nécessité de compétences nouvelles notamment pour les équipes médicales et paramédicales. Les compétences des trois sphères professionnelles constituent une richesse qui peut être mise au service du collectif à partir d'une réelle collaboration et interaction des professionnels.

Dans cette synergie la démarche projet prend tout son sens. Elle met en œuvre les compétences nécessaires pour atteindre un but commun et partagé en s'appuyant sur une interaction pluriprofessionnelle. Ainsi que le précise un coordonnateur des soins dont l'hôpital est organisé en pôles d'activité « *le management par projet permet de structurer la démarche en lui donnant un cadrage avec une définition d'objectifs communs et partagés.* » « *Le projet de soins représente en la matière un exemple concret qui peut constituer un levier fort pour la réussite de cette nouvelle organisation.* »

L'atout du dispositif cité par le personnel d'encadrement et de direction est l'expérience de terrain du directeur des soins. De par son vécu professionnel, ce dernier est un des

acteurs le mieux à même de saisir les besoins des professionnels et des patients. Le souci de cohérence, de collaboration et de continuité de prise en charge dans une institution organisée en pôles, eu égard aux conflits de territoires et de jeux de pouvoirs paraît devenir une réelle priorité.

### **3.2 Des pouvoirs réaffirmés et des rôles modifiés**

Le recueil d'informations met en lumière un point majeur dans la mise en place du dispositif. C'est la totale liberté dont dispose le directeur d'établissement pour mettre en œuvre cette organisation. Certes, il existe un cadrage réglementaire assez souple pour la déconcentration de gestion et l'organisation en pôles. Mais en ce qui concerne la mise en place et la gestion du dispositif le directeur possède une complète latitude en la matière. Il est libre d'organiser en maintenant ou non les directions de sites, de positionner les directeurs dans une relation hiérarchique et/ou fonctionnelle, de déterminer le niveau et le contenu de la délégation contractuelle, ceci en tenant compte : de la culture, des structures, des capacités d'évolutions, des stratégies internes et externes, du degré d'adhésion, des résistances, du climat social, des économies d'échelles recherchées... Suite à ce constat, la remarque d'un directeur général prend dès lors tout son sens : « *Le DG dirige et à ce titre prend les décisions organisationnelles qu'ils jugent les plus opportunes pour la qualité de prise en charge et l'avenir de l'établissement.* »

L'organisation « directeur-dépendant », conditionne fortement le positionnement des acteurs et explique la diversité des points de vue, parfois contradictoires. En fonction des objectifs, la mise en œuvre peut être radicale en terme de restructuration ou au contraire progressive avec un changement dans la continuité. Les rôles et les jeux de pouvoirs ne seront pas de même nature en fonction de la méthode retenue. Quel que soit le principe, il suscite des réactions soit de remise en cause des positions hiérarchiques vécues de façon douloureuse, soit d'une volonté que « *ça change mais sans vraiment rien changer.* » avec une forme de doute sur la crédibilité de la démarche. Ainsi, ce dispositif a pour vocation de proposer davantage de souplesse et de réactivité en dépassant une organisation fondée sur un modèle bureaucratique. Le danger c'est qu'il soit complètement phagocyté par la bureaucratie ne constituant plus ainsi qu'un échelon décisionnel supplémentaire.

La gestion en pôles, associée à la notion de contrat, sous-tend un mode de fonctionnement plus transversal permettant de construire des liens de confiance associés à une information ascendante et descendante. Il paraît donc indispensable de veiller au maintien de la cohérence des pôles et au respect de la continuité des soins. Pour se faire, il semble nécessaire d'identifier et de clarifier les rôles respectifs des différents acteurs.



Pour une réelle collaboration, le discours et les contraintes de chaque professionnel doivent être compris.

### **3.3 Risques et opportunités pour le directeur des soins**

Quelle que soit l'organisation mise en place dans les établissements, le rôle du directeur des soins se trouve modifié. Pour certains, ils n'occupent plus une position hiérarchique qui selon un directeur des soins lui conférait « *autorité et légitimité.* » Ils ont un nouveau métier dans lequel ils ne sont plus « *décisionnaires* ». Certes la fonction a évolué vers une coordination basée sur le conseil et l'expertise, en revanche il semble qu'elle ait enlevé une certaine autonomie à cette direction. Elle paraît parfois souffrir d'une marge de manœuvre plus limitée ou toute au moins différente. L'équipe en partie renouvelée impulse une dynamique de coordination à partir d'une passation d'informations très structurée et oriente son mode de management sur une logique transversale à partir d'un mode projet.

Pour d'autres, avec un positionnement hiérarchique inchangé, ils considèrent que c'est une opportunité de réaffirmer ce pourquoi la direction des soins a été créée.

L'approche positive et constructive paraît situer l'enjeu dans la manière de manager à l'intérieur des pôles et entre les pôles. La réflexion cible davantage le comment et avec quels moyens va-t-on promouvoir cette nouvelle organisation ? La réponse semble s'orienter vers un management par projet centré résolument sur une approche transversale à partir des trajectoires de soins.

Indéniablement le contenu de la fonction évolue avec parfois des différences de point de vue liées au positionnement des professionnels. Cependant des perspectives sont mises en lumière telles que le partage des logiques interdisciplinaires, la mutualisation des moyens et des savoirs, la cohérence des organisations et le renforcement de la réactivité. La réflexion émergente est bien celle d'une valorisation de la mise en commun des compétences au service d'une prise en charge globale du patient répondant à la nécessité de qualité et de sécurité dans une cohérence institutionnelle. Le directeur des soins se situe, et situe son action, dans une stratégie intégrative dans le sens participatif en s'appuyant sur son expérience professionnelle et sur l'enjeu commun d'optimisation de la qualité d'une prise en charge coordonnée des patients. L'idée émergente, est qu'il contribue au maintien de la cohérence en adaptant la direction des soins à partir d'une politique de soins redéfinie. Pour se faire il travaille sur la régulation dans les pôles et entre les pôles et définit de nouveaux processus de prise en charge. Il fédère pour donner du sens et affirmer les valeurs professionnelles à partir d'un partage des compétences fondé sur une stratégie managériale réellement intégrative.

# **PROPOSITIONS D' ACTIONS : STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE**

La troisième partie a pour objet de proposer un projet d'actions élaboré à partir de préconisations cohérentes au regard des résultats de l'investigation et adaptées à la nature des problèmes soulevés. Ces actions se veulent créatives et réalistes à partir d'une conception élaborée selon le point de vue du directeur des soins.

La composante majeure qui se dégage de l'investigation est pour le directeur des soins dans la mouvance de l'organisation hospitalière, de trouver sa place dans ce dispositif. Cela implique pour lui, « *de jouer un triple rôle d'activation et de mise en cohérence, de suivi d'informations et enfin d'impulsion et de management de projets structurants.* »<sup>64</sup>

Ainsi pour réussir le fonctionnement d'une organisation en pôles d'activité, il est donc nécessaire de définir une stratégie managériale en lien avec la réalité et adaptée au contexte. Cette réussite doit passer par la mobilisation de toutes les ressources humaines affectées par le changement à partir d'une démarche projet fédératrice et transversale.

Il nous paraît essentiel avant d'envisager un projet d'actions concret, de mener une réflexion sur notre propre représentation concernant les pratiques de management dans un environnement changeant.

## **1 STRATEGIE - MANAGEMENT - INNOVATION : RECHERCHER, INITIER, INTEGRER, FEDERER...**

Se projeter dans une pratique managériale nécessite au préalable de poser un certain nombre de principes permettant d'asseoir la réflexion. Elle fait référence d'une part à **l'approche théorique** utilisée dans la partie conceptuelle et d'autre part à **notre propre conception du management du directeur des soins.**

---

<sup>64</sup> CAUVIN C., CREMADEZ M., Op. cit p. 602

## 1.1 Le management : Des concepts au service d'une conception

« Plus nous sommes dans l'incertain, plus l'essentiel importe de construire et d'innover dans le concret. »<sup>65</sup>

### 1.1.1 Rechercher la mobilisation

La mobilisation fait appel à la créativité et à la compétence des acteurs. Elle passe par l'adhésion et l'acceptation du bien-fondé de la vision du manager par tous. La plus grande difficulté se situe dans la manière de convaincre les professionnels de la nécessité d'évolution. Il faut donc que le manager soit lui-même convaincu. Pour que les discours ne soient pas perçus comme des intentions, le manager doit s'astreindre à l'exemplarité, mais également à la constance et à la cohérence dans l'action quotidienne.

Ainsi une organisation ne peut évoluer que si les dirigeants parviennent à la mobilisation volontaire et consentie des professionnels. L'enjeu est de taille car cela passe par une recherche permanente de la façon d'amener les professionnels à s'engager. La notion d'engagement pour qu'elle soit durable, doit être voulue authentiquement et individuellement.

Aucune mobilisation n'est possible en l'absence de confiance. La confiance qu'une personne peut inspirer est fondée sur un équilibre entre la compétence et l'intégrité. Ces qualités permettent de passer de la parole aux actes. Le dirigeant provoque « *par le respect qu'il témoigne envers son entourage les changements d'attitudes qui ne se commandent pas, mais qui sont le fruit d'une confiance réciproque, d'un engagement de chacun à faire sa part pour que l'équipe connaisse le succès.* »<sup>66</sup> La mobilisation se construit également, par la perception de la valeur ajoutée d'une activité conditionnant ainsi le niveau d'engagement des professionnels dans un processus de changement.

### 1.1.2 Initier l'engagement dans le sens du changement

Pour recueillir l'engagement, les acteurs doivent avoir une représentation claire des enjeux liés au changement. Cela suppose de permettre aux professionnels concernés de se projeter dans la situation future ainsi que dans les différentes étapes du processus d'évolution de l'organisation. Il appartient donc au manager de fournir les informations en terme d'enjeux, de risques, de gains et aussi de difficultés qu'il sera nécessaire de surmonter. Une conduite anticipée et dynamique du processus constitue un atout majeur même si les bénéfices attendus ne sont pas toujours significatifs. Cette démarche doit

---

<sup>65</sup> CROZIER M., SERIEYX H., Op.ci. p. 9

<sup>66</sup> CROZIER M., SERIEYX H., Op.cit p.119

être nécessairement accompagnée d'une politique d'intégration des différentes logiques qui cohabitent au sein de l'hôpital.

### **1.1.3 Intégrer les différentes logiques professionnelles**

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le tissu hospitalier se compose de nombreuses filières en interactions permanentes obéissant à des logiques et à des jeux d'acteurs identiques ou différents selon le but poursuivi.

De façon générale, les professionnels sont focalisés sur une fonction, un métier, une activité, sans vision particulière d'un ensemble et de la finalité de cet ensemble.

Cette difficulté liée aux métiers, aux cultures, aux pratiques professionnelles, en fait sa richesse mais également sa complexité. Plus le degré de différenciation sera important, plus le processus d'intégration s'impose pour recueillir une adhésion.

Face à cette richesse de diversité professionnelle, ce serait une erreur de vouloir créer une identité unique. Il paraît plus opportun de centrer son action sur une complémentarité s'appuyant sur les différences de cultures et la diversité des missions. Ceci constitue le gage déterminant pour une acceptation et une valorisation du changement organisationnel. Il s'agit bien là de construire une stratégie de management non pas sur une fusion des logiques mais sur une prise en considération des différences avec une réelle mise en synergie. Cela passe par la compréhension du discours, des contraintes et des objectifs poursuivis par les différentes sphères professionnelles.

## **1.2 Fédérer et Coordonner les pôles**

De fédérer, émerge la notion de mise en synergie et de coordination de la richesse des savoirs du groupe. Il s'agit bien là pour le directeur des soins de valoriser les compétences spécifiques en les mettant au service de l'institution dans le cadre d'une stratégie managériale définie et connue de tous. Cette fonction concerne tant la coordination dans le pôle, qu'entre les pôles, visant à gérer les incohérences et les ruptures de logique qui se manifestent aux interfaces.

### **1.2.1 Mettre en synergie et créer le lien entre les pôles**

Le risque majeur identifié dans l'organisation en pôles est la balkanisation liée en partie à la notoriété qui se fonde sur le facteur humain. Ce dernier, composé de différences culturelles fortes, constitue l'opportunité pour le directeur des soins de relever le défi de coordination et de mise en cohérence des différentes logiques.

Le rôle fédérateur du directeur des soins prend là tous son sens. De part sa vision globale, sa connaissance des centres opérationnels et son appartenance au sommet

stratégique, le directeur des soins est perçu dans la conduite de mise en place du dispositif comme un atout majeur par le personnel d'encadrement et de direction.

Le décret du 19 avril 2002, réaffirme la notion de complémentarité et va dans le sens de construire ensemble en mettant en commun la richesse et le partage des cultures. Grâce à sa vision d'ensemble, le directeur des soins possède une vision transversale de l'ensemble des domaines d'activités ; ceci permet de créer une représentation pertinente du sens de l'action dans un système d'action globale. Le directeur des soins situé au carrefour des différentes logiques, constitue une aide pour les cadres. Il est, en quelque sorte, le traducteur des intentions stratégiques des projets car il parle le même langage. De son côté, le personnel d'encadrement informe l'équipe de direction de ce qui se passe sur le terrain éclairant ainsi les choix stratégiques.

Appréhender la relation directeur des soins/cadres sous cet angle implique nécessairement le soutien de la direction des soins et par celui-ci, du sens à donner à l'action. Raisonner ainsi, contient l'idée que les échanges entre les niveaux hiérarchiques doivent se faire dans les deux sens. Cette conception du management introduit la notion d'échange en positionnant l'encadrement comme un maillon incontournable de la mise en œuvre des projets institutionnels. Cette position les rend partie prenante des enjeux du management. Ceci doit conduire le directeur des soins à clarifier, en la définissant, la place du personnel d'encadrement (cadres de proximité et cadres supérieurs) dans le management global de l'hôpital.

### **1.2.2 Clarifier la fonction de l'encadrement**

Appréhender la fonction d'encadrement (cadres de proximité et cadres supérieurs) constitue une opportunité pour formaliser les compétences existantes et à envisager.

Au service de l'institution, les cadres mettent en œuvre les ressources nécessaires aux conditions de travail des équipes. Garants des règles institutionnelles, ils travaillent à l'amélioration et à la reconnaissance des compétences de leurs équipes. L'« *intelligence stratégique* »<sup>67</sup> qu'ils développent au quotidien, leur permet de saisir et de s'adapter aux nombreuses opportunités qu'offrent l'innovation et les projets qui les accompagnent. Ainsi le levier d'action des cadres tient au fait qu'ils sont à la fois au cœur du système de production et impliqués dans les enjeux institutionnels.

Selon Josette Hart et Sylvie Lucas dans leur ouvrage *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*, le personnel d'encadrement est considéré par les décideurs

---

<sup>67</sup> HARTJ., LUCAS S., Op. cit. XVIII

comme « *la courroie de transmission de l'action.* » Pour se faire, il s'appuie sur « *sa capacité à traiter efficacement des tâches dans un univers déterminé* », définition de la compétence empruntée à Norbert Alter dans son ouvrage *L'innovation ordinaire*.

Ce dernier présente la compétence dans les organisations « *comme collective et informelle.* » De son point de vue, la compétence relève à la fois des connaissances professionnelles acquises dans un corps professionnel et de l'art de traiter les incertitudes en s'organisant localement et souvent collectivement. Il semble que cette définition soit parfaitement adaptée au personnel d'encadrement hospitalier au regard de la description de fonction. Par leur professionnalisme et l'art de composer avec les incertitudes, les cadres se situent comme un maillon indispensable du management hospitalier.

En raisonnant par rapport aux enjeux du management, le directeur des soins doit identifier, gérer et mettre en synergie les compétences des cadres. Ces derniers constituent des relais et possèdent de précieux savoirs sur lesquels le directeur des soins doit s'appuyer pour élaborer et conduire sa stratégie.

### **1.2.3 Collaborer avec les acteurs du pôle**

La structuration des pôles positionne les acteurs (médecins, cadres) dans une situation offrant une plus grande autonomie de gestion. Ainsi par ce dispositif, cette proximité visant une plus grande flexibilité – adaptabilité rend possible l'appropriation de la dimension stratégique par les professionnels hospitaliers. Ces mutations organisationnelles nécessaires pour apporter une réponse de proximité impliquent d'aborder autrement le rôle des professionnels ainsi que les modes de collaborations.

L'enquête a montré que cela passe par une clarification des fonctions et des représentations des métiers du trinôme du pôle (médecin, cadre, gestionnaire).

Le directeur des soins doit développer une pensée claire sur son management et sur celui de ses collaborateurs afin d'obtenir une visibilité de ses actions et de son engagement ainsi que des valeurs sur lesquelles il fonde son action.

L'absence de lien hiérarchique entre les différents acteurs du trinôme, constitue un avantage pour valoriser en priorité les compétences et la transversalité. Le risque potentiel de cette configuration se situe dans la défense d'intérêts particuliers en opposition avec le principe de promouvoir des intérêts communs et partagés.

Le rôle fédérateur et modérateur du directeur des soins prend là tout son sens pour faire collaborer ensemble des logiques parfois différentes et unir les professionnels vers un objectif unique. De part sa connaissance des centres opérationnels, il sait décrypter les intérêts lui permettant ainsi de réduire les zones d'incertitudes en anticipant les comportements des différents acteurs.

Il doit se situer dans son domaine de compétences, comme l'interlocuteur des responsables médicaux et comme soutien des cadres placés sous sa responsabilité. Une politique de communication et de passation de l'information ascendante et descendante est à définir.

Pour répondre aux attentes nouvelles, tout en renforçant l'unité institutionnelle et la préservation des repères, le directeur des soins «courroie de transmission » entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, doit construire « *sa stratégie sur un management flexible centré sur la notion de projet afin d'élaborer des réponses originales et d'anticiper les évolutions au plan organisationnel.* »<sup>68</sup>

## **2 CONDUIRE LE CHANGEMENT : UN MANAGEMENT CENTRE SUR LA NOTION DE PROJET**

La nouveauté du dispositif en pôles avec gestion déconcentrée tient au fait que tout agent dispose de la capacité à comprendre les enjeux des projets, de prendre des décisions à son niveau de compétences, d'assumer celles - ci et de rendre compte. Cette nouvelle conception de l'organisation considère les personnels comme « *les nœuds d'un réseau qui développe des capacités d'intelligence réactive.* »<sup>69</sup>

Il s'agit bien là, de replacer la gestion en pôles d'activité dans une certaine vision managériale de l'hôpital et des hommes qui la composent. Cette vision met en jeu des modes de management qui se combinent tel que projet et processus. Ces deux axes présentent des points communs parce qu'ils sont tous deux systémiques dans leur conception. Néanmoins, il existe une différence essentielle : alors qu'un projet est limité dans le temps, un processus est par définition permanent.

Après avoir caractérisé le management par projet, il nous a paru opportun de donner une définition du mot projet ainsi que ses corollaires tels que processus et réseau.

### **2.1 Caractérisation d'un management centré sur la notion de projet**

Ce type de management n'est pas nouveau. Les exemples au sein de l'institution hospitalière ne manquent pas, projet d'établissement, projet de soins, projet social...Néanmoins, ce qui est novateur aujourd'hui c'est qu'il est considéré comme une façon naturelle de travailler. Il devient une méthode habituelle de management, qui se superpose à l'organisation traditionnelle. Il pousse les acteurs hospitaliers à raisonner en terme de processus (dans le sens global et transversal) de prise en charge des patients et non plus en terme de structure d'accueil. Ce type de management vise à atteindre

---

<sup>68</sup> CAUVIN C., CREMADEZ M., Op. cit. p. 599

<sup>69</sup> GENELOT D., Op. cit. p. 234

l'efficacité en généralisant la planification et l'évaluation des actions. Il s'appuie sur les compétences, plutôt que sur les statuts en se développant dans des structures légères vouées à disparaître une fois le projet terminé. L'avènement de ce type de management est selon Christian Cauvin et Michel Crémadez identifié comme un **management « flexible »**. Il s'appuie sur la compétence et a pour intérêt de mobiliser pour sa réalisation les hommes et les moyens. Ce système devient une invention permanente des solutions les mieux adaptées aux situations.

### 2.1.1 Des définitions pour préciser le sens des mots

- **Le projet**

Nous citerons une première définition « *Un projet est un ensemble coordonné d'actions qui met en jeu des compétences transversales à différentes fonctions de l'organisme pour atteindre un but, concrétiser une intention.* »<sup>70</sup>

Nous compléterons cette définition par celle de l'AFNOR<sup>71</sup> qui définit *un projet comme « un effort unique, mettant en œuvre des moyens (humains, matériels ou services) pour atteindre un objectif défini, dans des délais fixés »*. Elle ajoute qu'un « *projet se définit comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir.* »

Ce type d'approche cadre parfaitement avec une organisation en pôles avec contractualisation interne. Elle s'inscrit dans une démarche projet visant à faire travailler ensemble tous les professionnels. Michel Crémadez et Christian Cauvin expliquent « *que la formalisation des processus y joue un rôle central pour l'articulation de la contribution des acteurs, dans une perspective commune. Elle leur permet de mieux comprendre l'importance de coopérer et mettre en œuvre tous les éléments à leur disposition pour faciliter la tâche des autres en vue de réaliser l'objectif commun.* »<sup>72</sup>

- **Le processus**

« *Un processus est une conjonction d'activités mettant en œuvre des ressources diverses (hommes, matériels, informations...) et dispersées pour la production d'un résultat défini concourant aux finalités de l'entreprise.* »<sup>73</sup> Cette définition empruntée à Dominique Genelot introduit obligatoirement une approche **transversale** de l'organisation

---

<sup>70</sup> **CHAMBON M., PEROUZE H.**, *Conduire un projet dans les services*. Lyon. Éditions de la chronique sociale, 1998. Conduire un projet : une culture fiche n°1, p.23

<sup>71</sup> Lire partout Association Française de Normalisation

<sup>72</sup> **CAUVIN C., CREMADEZ M.**, Op. cit. p. 599

<sup>73</sup> **GENELOT D.**, Op. cit. p. 248



remettant en question le cloisonnement parfois excessif de l'hôpital. De plus, l'implication des professionnels favorise l'acceptabilité des solutions préconisées puisqu'ils sont parties prenantes. L'organisation par processus a pour objectif de compléter la vision verticale de l'organisation en superposant une représentation **transversale** regroupant l'ensemble des activités ayant toutes une finalité donnée. Comment adapter délégitation (verticale) et segmentation (horizontale) pour une réelle gestion par processus ?

La réussite de cette organisation passe par le décroisonnement des fonctions, et un leadership qui deviennent le problème de tous.

Apparaît en filigrane une autre notion qui est celle des modalités d'organisation de cette transversalité. Il importe de trouver un système de relais permettant à la fois l'animation stratégique, le maintien de la cohérence, la prise en charge globale du patient tout en favorisant une meilleure implication des personnels médecins et soignants dans le dispositif. Le principe de l'organisation en réseau constitue une forme de relais largement utilisé dans l'hôpital.

- **Le réseau**

Il désigne selon Dominique Genelot « *un ensemble de personnes (ou de groupes de personnes) ayant un pôle d'intérêt commun et se reliant pour poursuivre ensemble certaines finalités.* » Apparaît de façon claire, la notion de coopération qui conditionne dans nos entreprises modernes un facteur essentiel de performance. « *L'innovation et la performance globale se jouent de plus en plus sur la coopération.* »<sup>74</sup>

Par ailleurs, le fondement du fonctionnement en réseau est « *en premier lieu le fait que les acteurs soient partenaires et non concurrents... le fonctionnement opérationnel du réseau partenarial consiste en une succession de projets définis et limités dans leur extension et dans leur durée.* »<sup>75</sup>

A ce stade de la réflexion nous proposons de combiner tous ces éléments pour apprécier l'articulation proposée dans ces définitions en référence au management, au projet et au processus. Le management centré sur la notion de projet avec ses corollaires répondrait donc à la définition suivante.

« Le management consiste en la **conduite selon une approche transversale** d'un ensemble **coordonné d'actions** en s'appuyant sur les **compétences** des acteurs, en

---

<sup>74</sup> GENELOT D., Op. cit. p. 252

<sup>75</sup> CAUVIN C., CREMADEZ M., Op. cit. p. 602

mettant en œuvre **des ressources diverses et dispersées** constituées en **réseau** pour la production d'un résultat concourant aux **missions de l'institution.** »

## **2.2 Apport méthodologique d'un management « flexible »<sup>76</sup>**

Ce management a pour finalité de concevoir quelque chose qui n'existe pas encore. C'est un système qui en fonction de logiques et de points de vue divergents construit une cohérence à partir de différences. Un management par projet prend en compte la question de l'organisation, de ses composantes et de celle des acteurs.

### **2.2.1 L'organisation et ses composantes**

- ***Une organisation des instances***

Il n'existe pas vraiment de modèle type d'organisation pour conduire un management par projet. L'organisation et la structure sont à inventer selon les caractéristiques du projet, l'importance des enjeux et le degré de complexité. La démarche projet donne l'opportunité de créer ses propres conditions organisationnelles. L'objectif est de mettre en place un management qui favorise l'autonomie, la créativité et la prise d'initiative. Les compétences constituent le critère de choix. Il est impératif que toutes les parties prenantes sachent clairement « qui décide de quoi ». Une clarification des règles d'affectation des personnels dans les différentes instances doit être mise en place. Les instances qui porteront le projet sont déterminées en fonction de la taille, des enjeux et de la complexité de l'organisation retenue pour la conduite du projet. Réunie autour du chef de projet, l'équipe projet a la charge de la réalisation du projet.

Pour conduire un projet, nous proposerons quatre modèles types d'organisations empruntés à Martine Chambon et Henri Pérouze (annexe3), ainsi que trois schémas, le premier relatif aux instances de projet (annexe 4), le second à l'articulation des instances (annexe 5) et le troisième concerne les trois dimensions de l'équipe projet (annexe 6).

- ***La finalité pour l'organisation***

Face aux risques énoncés dans une organisation en pôles, (cloisonnement, ajout de structure décisionnelle, corporatisme), développer un management par projet dépasse les rivalités et rapports de pouvoirs nés du cloisonnement, pour organiser et animer la coopération entre les différentes logiques et disciplines impliquées dans le projet.

En filigrane, cette démarche introduit progressivement, une culture de management centrée sur les résultats. Elle rentre donc en parfaite cohérence avec la contractualisation interne. Néanmoins, est-il nécessaire de rappeler que cette dimension s'oppose aux organisations bureaucratiques qui privilégient les moyens. C'est en cela que le directeur

---

<sup>76</sup> CAUVIN C., M. CREMADEZ., Op. cit. p. 599

des soins peut utiliser la conduite le projet comme un formidable levier de développement pour le personnel et la structure.

- **La notion du temps et des représentations**

Le projet, différemment du processus, présente un caractère temporaire. Il se caractérise par un début et une fin avec un objectif final identifié en terme d'exigences techniques, de coûts et de délais de réalisation. Une fois terminé, il passe à la phase de mise en œuvre et l'équipe projet est dissoute. La phase de suivi et d'évaluation est managée par le chef de projet.

Dans le management par projet, « *Maîtriser le temps c'est principalement gérer et articuler des processus permettant d'atteindre l'objectif final via différentes étapes intermédiaires.* »<sup>77</sup> Malgré de nombreuses similitudes avec la démarche projet, la notion de processus présente l'intérêt pour les personnes qui réalisent les activités du processus de comprendre clairement à quel processus leur activité contribue. Ceci permet au directeur des soins de construire une représentation plus pertinente du sens de leur action dans un système d'actions global.

## 2.2.2 La question des acteurs

- **Les acteurs et leurs relations**

La première étape consiste à identifier les acteurs clés et veiller à ce qu'ils n'importent pas leurs grades et leurs prérogatives de leur service. La mobilisation se fait autour de la contribution d'un résultat attendu en permettant à chacun d'identifier sa contribution à un résultat d'ensemble. Ainsi, les relations se hiérarchisent autour des compétences à mettre en œuvre.

Dans le contexte des pôles, c'est également mettre l'accent sur les relations entre professionnels, entre unités en articulant les interventions dans le processus.

Le management par projet consiste à mobiliser les acteurs pour les extraire de leur pré carré afin de les mobiliser autour d'actions visant à une prise en charge la plus efficace et la plus efficiente des patients.

- **Intérêts pour les personnels**

La spécificité d'un management par projet réside dans le fait que les membres du groupe sont réunis autour d'un projet pour la complémentarité de leurs expertises, de

---

<sup>77</sup> CAUVIN C., M. CREMADEZ., Op. cit. p. 599

leurs motivations et de leurs expériences. Démarche d'apprentissage et de capitalisation d'expériences, elle permet le développement d'une culture multidisciplinaire.

Vouloir conduire ce type de démarche, constitue un levier formidable de coopération transversale. Cela suppose de la part du directeur des soins, qu'il sache susciter les propositions, qu'il s'engage et joue un rôle d'interface. De la même façon, cette démarche entraînera les professionnels à expérimenter au sein de l'organisation devenue qualifiante leurs propres projets. Stimulant de l'innovation, de la créativité et de l'expérimentation, cette démarche constitue un moyen formidable de valorisation et de reconnaissance pour les personnels.

- **Les résistances et facteurs d'échecs**

La résistance au changement est légitime car toute personne a besoin de repères. Elle reflète des craintes de différentes natures qu'il est important d'identifier pour agir et réagir. Deux types de craintes communément développées sont relevées. L'attachement au pouvoir et au territoire largement développé dans nos institutions hospitalières constitue un premier blocage. Il génère une crainte de ne pas assumer la forme de liberté qu'offre un projet, l'échec du projet ou son abandon. Des résistances, davantage en lien avec le projet et aux conditions de sa mise en œuvre peuvent être développées par : surabondance de projets en cours ou faible engagement de l'équipe face à la complexité du projet.

Un facteur extrêmement important est à prendre en considération qui est la hiérarchisation entre projets et par rapport aux activités courantes. Ce manque peut conduire à une démobilisation des professionnels par la nécessité de faire ou de subir des choix pour se libérer. Deux principaux écueils sont à éviter. Un projet insuffisamment préparé qui inévitablement manquera de crédibilité, une communication insuffisante (projet non compris) ou par opposition, une communication excessive qui risque de tout dramatiser.

- **Le chef de projet**

Le chef de projet a en charge de coordonner des expertises complémentaires diverses et variées. Il joue un rôle difficile dans lequel il doit savoir prendre ses responsabilités, en donner aux autres, être prospectif, formuler des schémas d'action tout en maintenant une cohérence institutionnelle. Parfois contesté par la création d'un pouvoir inhérent à la transgression des règles de l'organisation traditionnelle et à l'association des ressources les plus dynamiques, il devra gérer des réactions de défense. Pour asseoir son autorité, il doit s'appuyer sur ses compétences et sur une stratégie d'action clairement définie et connue de tous.

C'est le garant du cap fixé. Il planifie, coordonne les moyens et assure le suivi des résultats. Il anime la démarche, assure sa promotion et sa communication.

### **3 STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE : PLAN D'ACTIONS**

Il s'agit bien là pour le directeur des soins de conduire un processus dynamique en interaction permanente avec son environnement.

Cette démarche sera développée selon notre conception, les retours de l'enquête et un management centré sur la notion de projet. Pour une meilleure lisibilité, nous distinguerons deux niveaux en interaction permanente. Le premier situe la stratégie managériale du directeur des soins au sein du sommet stratégique. Le second abordera sa mise en œuvre au niveau du centre opérationnel.

#### **3.1 Le directeur des soins : membre de l'équipe de direction**

En tant que responsable du service de soins, le directeur des soins positionne son action (cf. décret du 19 avril 2002) au sein de l'équipe de direction en contribuant aux missions de l'établissement. Le champ d'action du directeur des soins est vaste. Afin d'éviter une dispersion dans notre approche, nous proposons d'aborder la conception d'un projet fondé sur la cohésion et la cohérence dans un dispositif en pôles avec gestion déconcentrée : le projet de soins infirmiers, médico-technique et de rééducation. Dans une organisation en pôle associée à un projet de soins renouvelé, le management d'un tel projet constitue un modèle tant par la coopération que par la volonté de transversalité et d'ouverture qu'il initie.

##### **3.1.1 Le projet de soins dans une organisation en pôles : une articulation entre logique de projet, logique budgétaire et processus d'évaluation**

Le projet de soins constitue la concrétisation de la politique de soins du directeur des soins. Il prend vraiment tout son sens de coopération et de collaboration dans une organisation en pôles. Dès lors, il s'inscrit dans un triple enjeu de logique de projet, budgétaire et de résultat, élaboré dans le cadre d'un partenariat gestionnaires, médecins, soignants. La démarche qui alimente notre propos, s'articule autour de ce triple enjeu avec comme originalité de modéliser la nécessité de responsabilisation préconisée par le dispositif. Les objectifs du projet de soins sont d'améliorer la qualité des soins, les conditions de travail du personnel et maîtriser les dépenses.

### **a) Logique de projet**

Le projet de soins s'inscrit dans la logique de projet instauré par la loi du 31 juillet 1991. Cette dernière contraint les hôpitaux à s'engager dans une démarche projet qui détermine pour une période de cinq ans, les grandes orientations de l'établissement, les axes de sa politique en matière médicale, de soins, de même que tous les éléments liés à la mise en œuvre de cette politique. Cette logique sous-tend une philosophie de soins : concepts, valeurs, missions et un plan stratégique : objectifs, moyens, actions, évaluation. La question des concepts, valeurs et missions est incontestablement « le leitmotiv » qui guide en permanence la démarche du projet de soins. Fondé sur un processus associant l'ensemble des personnels soignants, sollicité pour s'exprimer sur son rôle par rapport à la conception et aux pratiques de soins actuelles, le projet de soins vise en effet à construire une identité, en repérant les valeurs communes en leur donnant du sens. Deux idées forces se dégagent :

- **Promouvoir la qualité des soins**

Face à un contexte économique déjà contraignant, il s'agit de parer au risque de dégradation de la qualité de soins. Cette exigence ne peut être satisfaite que par la remise en cause des pratiques, de leur évaluation et de l'obtention de moyens adaptés (production de tableaux de bords). De plus, la complémentarité et la collaboration doivent être recherchées et valorisées selon les trajectoires de soins.

- **Promouvoir un management par projet, sur un mode participatif et prospectif**

Par la mise en œuvre d'un **management par projet**, il s'agit d'atteindre l'efficacité en généralisant la planification et l'évaluation des actions en s'appuyant sur les compétences.

Le **management participatif**, renforce l'aspect démarche projet, en mettant l'accent sur la collaboration. En effet, c'est dans une réflexion collective qu'il est possible de susciter une réelle mobilisation. Ainsi, en permettant de valoriser sa contribution au projet, le professionnel valorise son rôle.

Par le **management prospectif**, il s'agit de passer d'une gestion passive et subie à une gestion dynamique et maîtrisée.

Dés lors que cette triple combinaison managériale respecte les compétences et la réflexion collective, elle doit permettre de définir les objectifs du service de soins et prévoir les plans d'actions nécessaires à leur concrétisation ainsi que les outils d'évaluation et de suivis.

- **Les objectifs :**
  - Dispenser des soins de qualité et veiller à la sécurité des soins ;
  - Améliorer les conditions de travail du personnel ;
  - Favoriser l'information de la personne soignée ;
  - Éviter la dépersonnalisation ;
  - Amener chacun à une réflexion sur les notions de collaboration dans une harmonisation du travail en équipe après avoir valoriser le rôle de chacun ;
  - Maîtriser les dépenses.
- **Le plan d'actions rend compte des :**
  - Priorités à étudier ;
  - Moyens à négocier : effectifs, petits équipements, formation des personnels...
  - Échéances prévues à moyen et à long terme pour la réalisation des actions ;
  - Dates à programmer pour l'évaluation des actions.

Ainsi tous les paramètres sont posés pour identifier et évaluer les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Cette démarche permet de porter dans la présentation du budget la participation effective de la direction des soins à la procédure budgétaire.

#### **b) Logique budgétaire**

Ce type de démarche doit permettre de responsabiliser la direction des soins sur le plan budgétaire. Le principe d'implication du service de soins pourrait se décomposer de la manière suivante :

Une rencontre entre le directeur des soins, le responsable médical, le cadre supérieur et le gestionnaire du pôle en vue de :

➤ **Dresser un bilan** de la situation du pôle au regard des objectifs définis dans le projet de soins et les moyens mis à disposition ou estimés nécessaires pour atteindre les objectifs ;

➤ **Formuler les objectifs** et les moyens nécessaires pour l'année N+1

La direction des soins modélise par l'exemple au niveau de la direction des soins le processus de gestion auquel se trouve confronté l'encadrement et apporte une dynamique globale de responsabilisation.

#### **c) Mesure des résultats**

Dans le cadre de cette démarche, il est indispensable de prévoir l'évaluation des résultats obtenus au regard des résultats attendus en fonction des moyens alloués. Ces résultats et leur analyse doivent figurer dans un rapport annuel d'activité.

Cette démarche, attachée à la volonté d'apporter une prestation de soins de qualité dans un contexte fortement soumis aux contraintes budgétaires, permet de :

- Identifier et justifier les besoins nécessaires ;
- Négocier les moyens correspondants ;
- Évaluer l'efficacité de leur gestion et des résultats produits.

La mise en œuvre d'une telle procédure dépend avant tout d'une réelle mobilisation et responsabilisation des personnels. Cela passe par un accompagnement et une identification des besoins en formation des personnels d'encadrement.

Le projet de soins ainsi proposé permet de faciliter l'appropriation des méthodes par les soignants et le corps médical. Il s'agit bien là de conduire un ensemble coordonné d'actions à partir d'un projet et de trouver les moyens d'un apprentissage collectif recouvrant la dimension d'efficience au service d'une finalité commune. « *La question clé est moins celle de la déconcentration que celle de la réappropriation d'un rôle d'animation, de suivi et de contrôle stratégique* ». <sup>78</sup>

De manière très pragmatique, nous envisageons d'illustrer notre propos à partir de plans d'actions sous forme de fiches projets pour une formalisation plus opérationnelle.

### **3.2 Le directeur des soins et le centre opérationnel**

La philosophie du management par projet doit être étendue à l'ensemble de l'encadrement. La direction des soins donne l'exemple par un mode de fonctionnement basé sur cette logique. Ainsi, l'élaboration et le suivi du projet de soins s'appuient sur l'idéologie du « rendre compte » à partir d'objectifs définis et quantifiés.

Dés lors, pour favoriser sa mise en œuvre le directeur des soins décline chaque action à partir d'une problématique de laquelle découlent les objectifs à atteindre.

#### **3.2.1 Mise en œuvre d'un plan d'action**

Pour une meilleure efficacité, il s'agit de :

- **Déterminer l'application :**
  - Mettre en œuvre une solution à un problème ;
  - Mettre en œuvre un sous projet ;
  - Fixer des objectifs à une personne ou à un groupe ;
  - Préparer une réunion, une action, un entretien ;
  - Mettre en œuvre une opération.
- **Rappeler les fondements et les objectifs de l'action**
  - Contexte de l'action, sources, constats sur lesquels s'appuient les décisions de l'action ;
  - Objectifs intermédiaires et finaux ; Effets attendus, effets induits.

---

<sup>78</sup> CREMADEZ M., GRATEAU F., Op. cit., p. 599



- **Fixer les règles du jeu**
  - Les acteurs : qui fait quoi, dans quel délai, comment ;
  - Les moyens à mettre en œuvre : matériels, humains, informatique etc.
  - Les étapes, délais, échéances, chronologie de l'action, programmation de l'action ;
  - Les indicateurs de réussite avec des éléments chiffrés qui vont permettre d'évaluer l'atteinte des objectifs intermédiaires ou finaux.
- **Formaliser**
  - Plans d'actions, fiches d'activités individuelles et tableaux de bord de suivi.<sup>79</sup>

### 3.2.2 Quelques exemples de fiches projets actions

Réalisées selon les principes du management par projet, nous présentons trois fiches relatives à la **GPEC**<sup>80</sup>, à **la programmation des examens entre service de soins et médico-technique** et à **l'analyse et suivi des dépenses (annexe 7)**.

Elles présentent les domaines qui peuvent faire l'objet de projets initiés par le directeur des soins, seul ou en collaboration, impliquant concrètement le personnel d'encadrement et les professionnels médicaux et non médicaux. Cette démarche vise à mettre en œuvre des **plans d'actions opérationnels et concrets** centrés sur la complémentarité et une meilleure lisibilité des métiers de chacun. Cela suppose pour maintenir une cohérence et une cohésion, de développer un travail en réseau ou la communication doit faciliter le décloisonnement. Il s'agit également d'anticiper les besoins en compétences nouvelles avec un plan de formations adapté.

**Concevoir ce type de projet**, ne peut résulter que d'un partenariat entre tous les acteurs et d'un consensus né des différents projets formalisés dans le projet d'établissement. Il est à construire dans la confrontation des idées en tenant compte des individualités pour « un construit collectif ». Il vise, en référence à la définition du management par projet, à inciter les acteurs du service de soins à travailler ensemble et à participer à l'élaboration de leur avenir. Ainsi organisé et dirigé, le projet découle d'une approche organisationnelle et d'une vision du pilotage de projet opérant une perméabilité de la vision métier de chacun. Ce projet de soins ainsi décliné, doit s'inscrire dans un système de communications et d'informations en aval auprès de la direction, du président de la CME et des instances, et en amont à tout le personnel soignant de l'établissement.

---

<sup>79</sup> CHAMBON M., PEROUZE H., Op. cit. p.111

<sup>80</sup> Lire partout **G**estion **P**révisionnelle des **E**mplois et des **C**ompétences

## CONCLUSION

**D'une façon** générale, les textes réglementaires exercent une forte injonction à l'égard des établissements afin qu'ils rendent compte du service rendu à la population, tant d'un point de vue qualitatif que des dépenses engagées.

On constate une évolution progressive des modes de prise en charge modifiant ainsi l'organisation en positionnant le patient au cœur du dispositif de soins.

Ainsi, la traditionnelle organisation hospitalière structurée en services doit disparaître progressivement au profit de pôles d'activité.

**Le pôle**, nouvelle entité organisationnelle, dont la contractualisation interne constitue la pierre angulaire, est à la fois, un regroupement de services et de centres de responsabilités. Avec la contractualisation interne, la notion de subsidiarité émerge. Elle met en déséquilibre les modes de fonctionnements traditionnels, remettant ainsi en cause le rôle gestionnaire des dirigeants. Néanmoins, si la déconcentration de gestion confère aux professionnels des pôles une responsabilité plus marquée dans la gestion, elle n'est en rien synonyme de transfert d'autorité.

**Coopérer** pour une efficacité du système de santé, communiquer pour réduire les tensions, adapter les modes de relation, combattre le risque de cloisonnement, autant d'actions qui posent la question de la gestion de ces nouvelles entités organisationnelles, du type de relation et du mode de management. Pour le directeur des soins, il s'agit bien là de conserver une cohérence dans l'organisation du service de soins et d'établir une régulation entre les pôles.

**Dans ce contexte** de « remaniement » organisationnel, le rôle du directeur des soins apparaît essentiel tant du point de vue de l'organisation que de la stratégie managériale. Le directeur des soins initie un management par projet, mettant en œuvre un ensemble coordonné d'actions en s'appuyant sur un maillage de compétences pour la production d'un résultat concourant aux missions de l'hôpital. Par son expertise managériale et sa légitimité professionnelle, il établit une complémentarité et une régulation au sein et entre des pôles.

**L'étude réalisée** dans ce mémoire nous a permis de mener une réflexion essentielle dans notre future fonction : à partir d'une volonté soutenue de complémentarité, permettre le développement de projets de concertation et de participation de l'ensemble des professionnels au processus de décision pour le patient. Ceci dans un hôpital où co-gérer la santé avec son corollaire de qualité et de sécurité des soins est semble – t – il, l'optimum recherché.

---

# Bibliographie

---

<b>TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES</b>
---

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 1970. – Loi n°70 - 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 1971

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 1991. – Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière *Journal officiel de la République Française*, 2 Août 1991, n° 179

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 2002. – Loi n°2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, 5 mars 2002, n°54

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 1996. – Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, n°98

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 2002. - Ordonnance n° 2002 - 411 du 27 mars 2002 art. 4 III *Journal Officiel de la République Française*, 28 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003, n° 74

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 2003. - Ordonnance n°2003 - 850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, 6 septembre 2003, n° 206

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 2002. – Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 relatif au statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, n°95

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 1997. – Circulaire DH/AF/AF3/97-304 DU 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé. *Bulletin officiel de la République Française*, 31 mai 1997, n°97/18

**REPUBLIQUE FRANCAISE**, 2004. – Circulaire DHOS/E1 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière. *Bulletin officiel de la République Française*, 27 mars 2003, n°204 –11

## OUVRAGES

**ALTER N.**, *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF « Sociologies », 2000. p. 206 - 211

**ABBAD J.**, *Organisation et management Hospitalier*. Paris : Éditions Berger Levrault, 2001. Chapitre 6 : Organisation de la communication et du management participatif pp.115 - 118

**ABATE B.**, *La nouvelle gestion publique, finances publiques LGDJ*. Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence, E.J.A., 2000. Introduction pp.1 - 151

**BEAUFRE A.**, *Introduction à la stratégie*, Paris : Éditions Armand Colin, 1985. Chapitre premier, pp. 1 - 82

**BERNOUX P.**, *La sociologie des organisations*. Paris : Éditions du Seuil, 1985. Partir de l'organisation, pp.115 - 128

**BOYER L., EQUILBEY N.**, *Histoire du management*. Paris. Éditions des organisations, 1990. Introduction, pp. 1 - 77

**CHAMBON M., PEROUZE H.**, *Conduire un projet dans les services*. Lyon. Éditions de la chronique sociale, 1998. Conduire un projet : une culture fiche n°1, pp.23 - 24

**CLEMENT J. M.**, *La crise de confiance hospitalière*. Les Études Hospitalières. Bordeaux : Les Études Hospitalières Éditions, 2003. Le constat, pp.9 - 67

**CLEMENT J.M.**, *1900-2000 La mutation de l'hôpital*. Les Études Hospitalières. Bordeaux : Les Études Hospitalières Éditions, 2001. Chapitre premier, Le droit hospitalier en relation avec la situation économique, politique et sociale du pays, pp.8 - 18

**CLEMENT J.M.**, *Lire la nouvelle loi hospitalière*. Manuel B. – L. Santé 19, Paris : Éditions Berger Levrault, 1994. Première partie, Commentaires sur la nouvelle loi hospitalière, pp.15 - 37

**CLEMENT J.M.**, *Essai sur l'hôpital*. Les cahiers hospitaliers. Paris : Éditions Berger Levrault, 1994. Chapitre premier, La rupture conceptuelle et la dyarchie de direction, pp.9 - 28

**CLEMENT J.M.**, *Les pouvoirs à l'hôpital*. Les cahiers hospitaliers. Paris : Berger Levrault, 1993. L'exercice du pouvoir de décision à l'hôpital, pp.7 - 44

**CREMADEZ M., GRATEAU F.**, *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Inter Éditions. 1992. Troisième partie : La conduite du changement, chapitre 10, pp. 217 - 233

**CRESSON G., SCHEWEYER F.X.**, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique. 2000. Troisième partie : L'organisation du travail : Quels acteurs, Quels outils de gestion ? pp. 115 - 181

**CRESSON G., DRULHE M. SCHWEYER F.X.**, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique. 2003. Chapitre 1 : Coopérations, conflits et concurrences dans le système international de santé pp.19 - 21

**CROZIER M., SERIEYX H.**, *Du management panique à l'entreprise du XXI<sup>e</sup> siècle*. Fleury Eyssonne : Presses Universitaires de France, 1995. Le temps de l'innovation, pp.9 - 43

**CROZIER M., FRIEDBERG E.**, *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil, 1992. Deuxième partie, L'organisation et l'environnement, pp.131 - 224

**FÉDÉRATION HOSPITALIERE DE FRANCE.**, *Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissements médico-social*. Paris : Éd F.H.F. Héral publicité, 2000. Le cadre juridique des droits des patients en France, pp.116 - 127

**FROMENTIN D.**, *Santé et assurance qualité, Vers l'accréditation*. Paris : Éditions Berger-Levrault, 1998 ; Chapitre 1 Le coût de la non-qualité et les coûts d'obtention de la non-qualité, pp.41 - 42

**GODET M.**, *De l'anticipation à l'action*. Paris : Dunod, 1991, Chapitre six Marier prospective et stratégie, pp. 201 – 228

**GENELOT D.**, *Manager dans la complexité. La complexité, défi majeur de notre temps*. Paris:INSEP Éditions, 1998. Chapitre premier, pp.21 – 41

**HARTJ., LUCAS S.**, *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Reuil-Malmaison. Éditions Lamarre, 2002. Les éclairages conceptuels, pp.1 – 61

**MERLIER Y., KIEFFER R.**, *Contrôle de gestion de l'hôpital. Principes clés et outils nouveaux*. Paris. Éditions Masson, 1999. pp. 156

**MINTZBERG H.**, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris. Dunod, 1994. Chapitre 4, Quelques pièges réels de la planification, pp.169 - 211

**MINTZBERG H.** *Structure et dynamique des organisations*. Paris. Éditions des organisations. 1982, 430 p.

**TREPOS J – Y.**, *Sociologie de la compétence professionnelle*. Nancy. Presses universitaires.1992, pp.15 – 40

## ARTICLES DE REVUES

**BELHEUR A** « Hôpital 2007 La lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins : Le statut et la gestion sociale de l'hôpital public : une réforme attendue par tous ». *La Lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins*, Juin 2003, n°1, pp. 1-4

**BOURRET P.** « Gestion de proximité et organisation en pôles d'activités au CHU de Nantes ». *Soins Cadres*, Août 2003, n°47, pp.27-30

**BRUN A., LAFIN R., MICHON R., « et al »** « Infirmier Général Mythe ou réalité ». *Gestions Hospitalières*, Mars 1983, n°224, pp.187-189

**CAUVIN C., CREMADEZ M.**, « Quelles structures pour les hôpitaux ? ». Cahier de Gestions Hospitalières, Août - Septembre 2001, n° 167, pp. 591 – 609

**CLAVERANNE J.P.** « L'hôpital en chantier : du ménagement au management ». Revue française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, pp.125-129

**CLEMENT C.** « La contractualisation interne dans les établissements de santé soulève bon nombre d'interrogations ? », Bulletin juridique de la Santé Publique – Éditions Tissot, Septembre 1999, n° 21, pp. 15 - 16

**COUTY E., BUDETJ.M, SEGADE J.P.**, « Contractualisation interne ». Gestions hospitalières, Août - Septembre 2001, pp. 585 – 590

**DE POURVILLE G., TEDESCO J.** « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ». Revue française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, p.205 - 217

**FELMANN A.** « Annoncés le 19 avril, Les directeurs de soins sont arrivés ». Revue de l'infirmière, Juin 2002, n° 82, pp.6 - 7,

**GOTSMANN J.** « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux ». *Gestion hospitalière*, Mai 2002, pp.305 - 309

**HARDY J.** « Contractualisation interne et délégation de signature » Revue Hospitalière de France, Novembre – Décembre 1997, n° 6, pp.844 - 847

**HUBERT J., DUBOIS R.** « Culture de gestion plus que redressement budgétaire », Gestions hospitalières, Novembre 2000, pp.671 – 676

**LENAY O., MOISDON J.C.**, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système d'information », Revue Française de gestion, Septembre - Octobre 2003, volume 29 -n°146, p.130 - 141

**MIRLO J.** « Infirmière Générale, pourquoi, pour qui ? ». Cahier de Gestions Hospitalières, octobre 1979, n° 189, pp. 737-740

## MEMOIRES

**BELLET B.** *Et si l'infirmier devenait directeur des soins ?*. Mémoire de fin d'études d'infirmier général: École Nationale de la Santé publique, 1999. 68 p.

**BIHAN D.** *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*. Mémoire de fin d'études d'infirmier général: École Nationale de la Santé publique, 2001.64 p.

**LEDEZ C.** *Quelle fonction pour l'infirmier général de 2<sup>ème</sup> classe dans un dispositif en pôles et gestion de proximité*. Mémoire de fin d'études d'infirmier général : École Nationale de la Santé publique, 2001. 80 p.

**LEFRANC C.** *La gestion de proximité au CHU de Nantes : Analyse et enjeux du contrôle de gestion*. Mémoire de directeur d'hôpital : École Nationale de la Santé publique, 1999.80 p.

**LEGOURD B.** *L'infirmier général, directeur des soins paramédicaux*. Mémoire de fin d'études d'infirmier général : École Nationale de la Santé publique, 2000. 87 p.

**JUILLARD – FOURNIER N.** *L'hôpital organisé en pôles d'activités. Perspectives et enjeux pour le directeur des soins*. Mémoire de fin d'études d'infirmier général : École Nationale de la Santé publique, 2002. 78 p.

**ROUSSEL A.** *La contractualisation interne comme levier de modernisation de la gestion de l'hôpital : Une étude de benchmarking entre les centres hospitaliers d'Auxerre et de Blois*. Mémoire de directeur d'hôpital : École Nationale de la Santé publique, 2002. 92 p.

## SITE INTERNET

**[www.sante.gouv.fr/hopital](http://www.sante.gouv.fr/hopital) 2007/** fiche n°II.5, Propositions pour la modernisation de la gouvernance des hôpitaux.



## DOCUMENTS NON PUBLIES

**Projets d'établissements** des deux CHU enquêtés

**Projet de soins** des deux CHU enquêtés

**Projet Social** d'un CHU enquêté

**Contrats** des deux CHU enquêtés

**Cours** de François – Xavier SCHWEYER : Sociologie de l'organisation hospitalière, cours ENSP novembre- décembre 2003

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n° 1** : Instances de la nouvelle gouvernance

**Annexe n° 2** : Guide d'entretien

**Annexe n° 3** : Modèles types d'organisation

**Annexe n° 4** : Instances de projet

**Annexe n° 5** : Articulation des instances

**Annexe n° 6** : Dimensions de l'équipe projet

**Annexe n° 7** : Fiches actions projets

## INSTANCES DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

- **Le conseil d'administration** est recentré sur la définition de missions stratégiques, sur l'évaluation et le contrôle ;
- **Le directeur** voit ses compétences générales réaffirmées. Président du conseil exécutif, il a la charge de mettre en place les pôles d'activité et la contractualisation interne.
- **Le conseil exécutif** créé dans les EPS autres que locaux, est une instance paritaire, présidée par le directeur de l'établissement. Elle associe les praticiens désignés par la CME et les membres de l'équipe de direction. Leurs missions se centrent sur l'élaboration de projets nécessaires à la structuration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et des COM. Ils ont en charge la mise en place des pôles ainsi que la négociation et la validation des contrats internes avec les pôles. Les membres du comité exécutif nomment les chefs de pôles sur proposition de la CME. Au-delà de ces différentes missions, le comité exécutif devra débattre et délibérer une à deux fois par an sur l'accès aux soins et sur la qualité de prise en charge des patients.
- **La CME et le CTE** sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement. Le CTE n'a pas de modifications substantielles de ses missions, ni dans sa constitution. La CME voit son rôle stratégique renforcé. Les chefs de pôles sont membres de la CME. Les représentants de ces deux instances sont associés au conseil d'administration; par ailleurs, ces deux instances ont un pouvoir d'alerte auprès du directeur de l'ARH qui leur est conféré en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement.
- **La commission des soins infirmier, médico-technique et de rééducation** voit ses prérogatives renforcées. Elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.
- **Au niveau du pôle**, les instances précédemment citées au point 2.3.1 ne sont pas modifiées.

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

1 Quels sont selon vous, les avantages d'une organisation par pôles avec contractualisation interne dans l'hôpital aujourd'hui ?

2 Quels intérêts y voyez - vous pour le fonctionnement de l'établissement ?

3 Quels risques potentiels avez - vous identifiés ?

4 La gestion par pôle repose sur une gestion déconcentrée, quelle est votre conception de cette gestion et comment l'hôpital s'y est - il engagé ?

5 Quels modifications des pouvoirs et des rôles entre l'équipe de direction et les responsables de pôles avez vous constatées ?

6 Le rôle, la position et le management du ou des directeurs des soins vous paraissent - ils modifiés et si oui, dans quels domaines ?

## ANNEXE N° 3

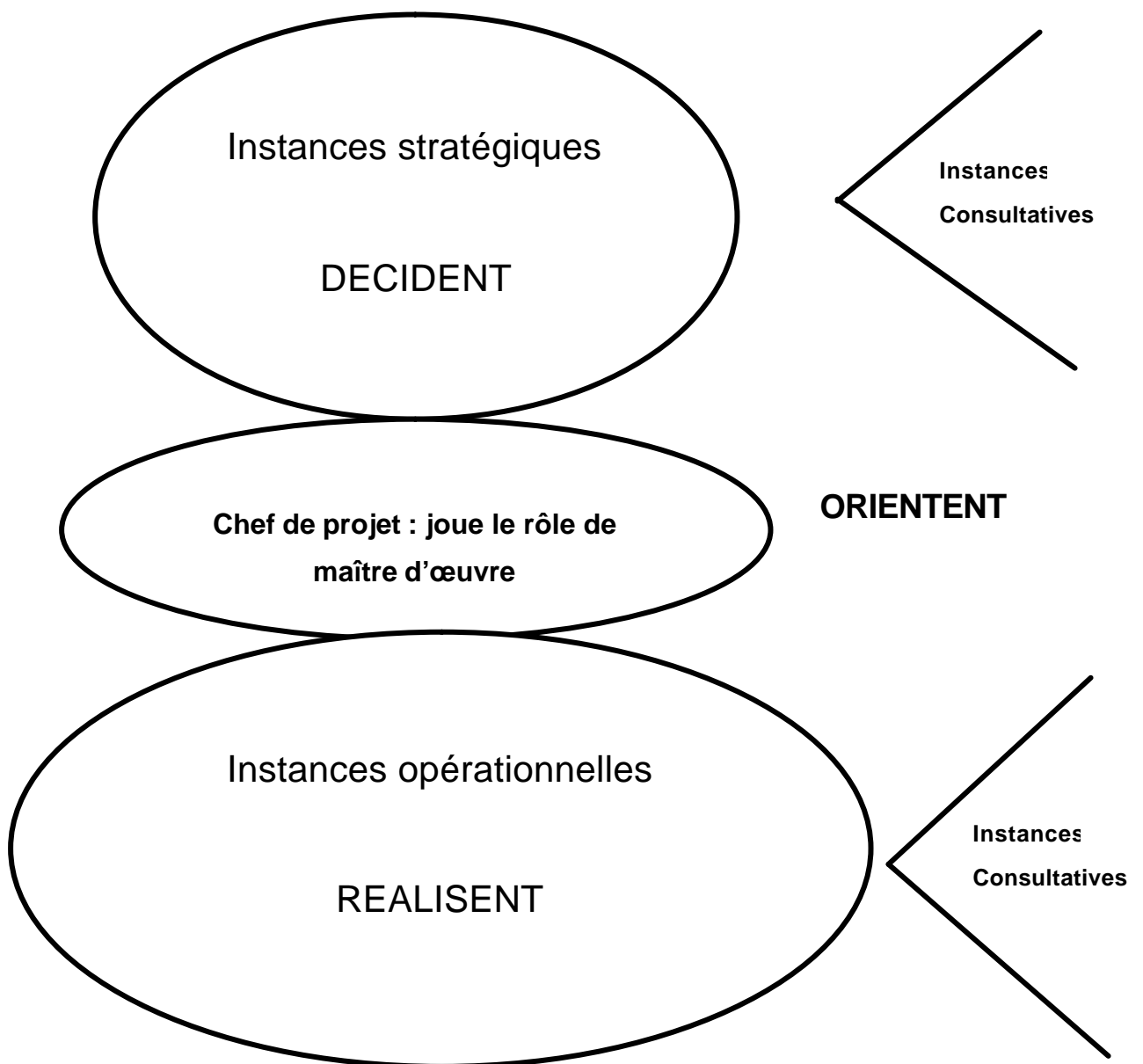
### Modèles types d'organisation

#### Quatre types d'organisation : avantages et inconvénients

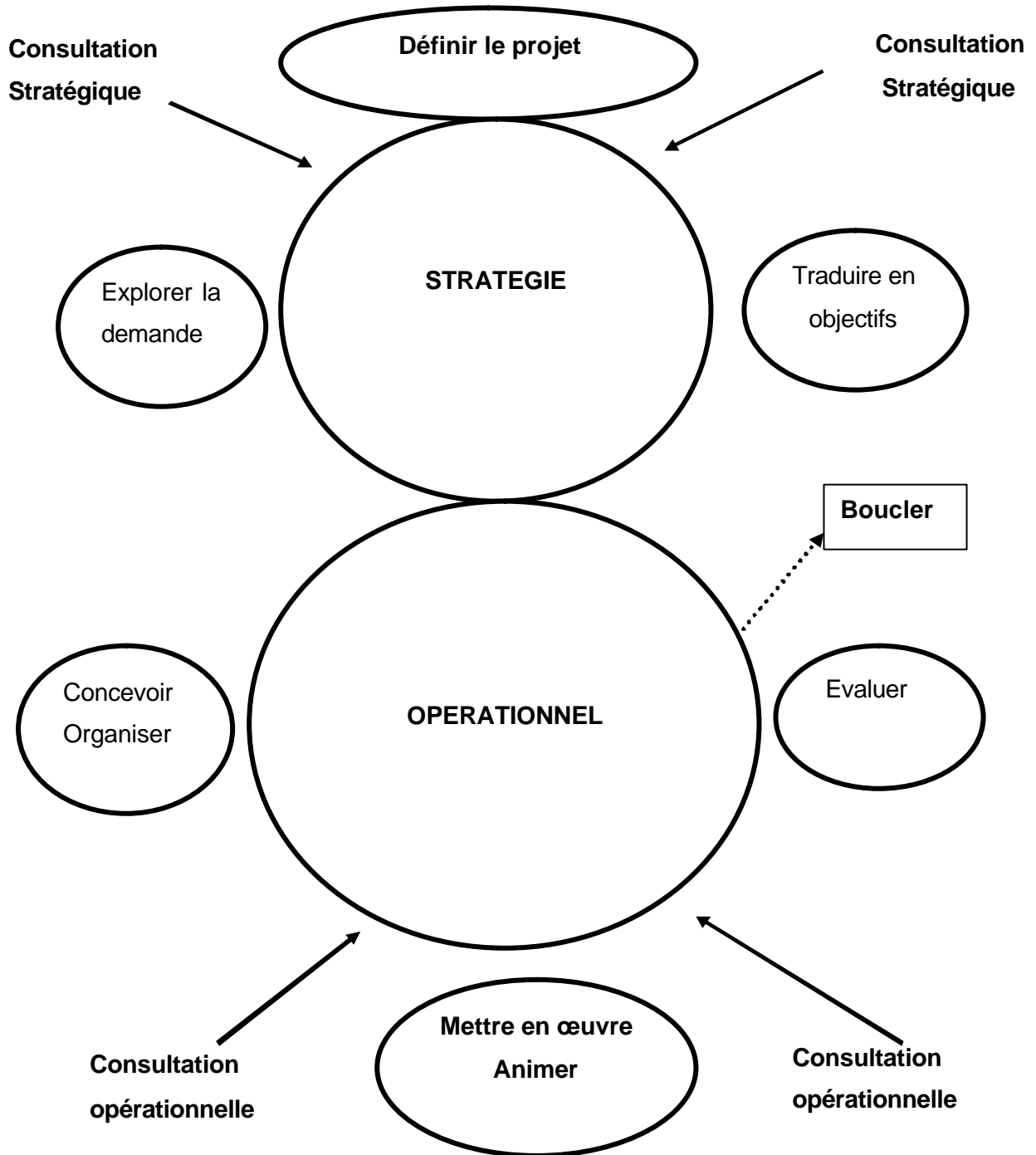
Types de structures	Caractéristiques	Avantages	Inconvénients
Organisation actuelle	Projet géré dans le cadre de l'organisation en place	Adapté pour les projets simples qui ne remettent pas en cause les modes de fonctionnement actuels. Levier d'apprentissage et d'évolution des pratiques de management.	Ne permet pas de changements profonds, ni de souplesse et de capacité à réagir (résistance et lourdeur constituent un frein à la mise en œuvre)
Organisation avec facilitateur	Le projet (décisions, contrôle des ressources) reste sous la responsabilité de la hiérarchie mais la coordination du projet est confiée à un facilitateur qui organise et facilite les échanges et les activités.	Projet intégré à la structure. Responsabilités identifiées. Adapté pour les projets de faible complexité.	Ne favorise pas l'autonomie nécessaire au chef de projet et à son équipe, notamment pour les projets transversaux et à complexité relationnelle forte. Ne permet pas « d'emprunter » des compétences transversales.
Structure matricielle	Un chef de projet est désigné. Il choisit son équipe et est responsable des ressources affectées au projet. Les membres de l'équipe dépendent hiérarchiquement de leurs unités d'appartenance et sont affectés au projet à temps partiel ou complet pour une durée déterminée.	Permet une souplesse dans la réunion des compétences nécessaires. Favorise l'initiative, l'autonomie et le décloisonnement. Préserve la structure existante.	Vient bousculer l'organisation classique et se positionne en concurrence avec la structure hiérarchique. (emprunt temporaire de ressources et projets concurrent). La légitimité du chef de projet peut être contestée.
Structure projet indépendante	Une structure temporaire est créée. Le chef de projet réunit les intervenants de son équipe, lesquels pour la durée du projet sont sous sa responsabilité.	Permet de contourner la structure classique sans générer de conflits liés à la double affectation. Mobilisation exclusive. Reconnaissance de l'enjeu stratégique du projet, légitimité institutionnelle de l'équipe. Renforce l'identité du projet et de l'équipe et facilite les coopérations.	Se heurte aux mentalités : remise en cause de l'ordre établi, rivalités, difficulté d'obtenir des ressources... Quel avenir pour cette structure temporaire et pour les membres de l'équipe ?

**ANNEXE N°4**

**Instances de projet**

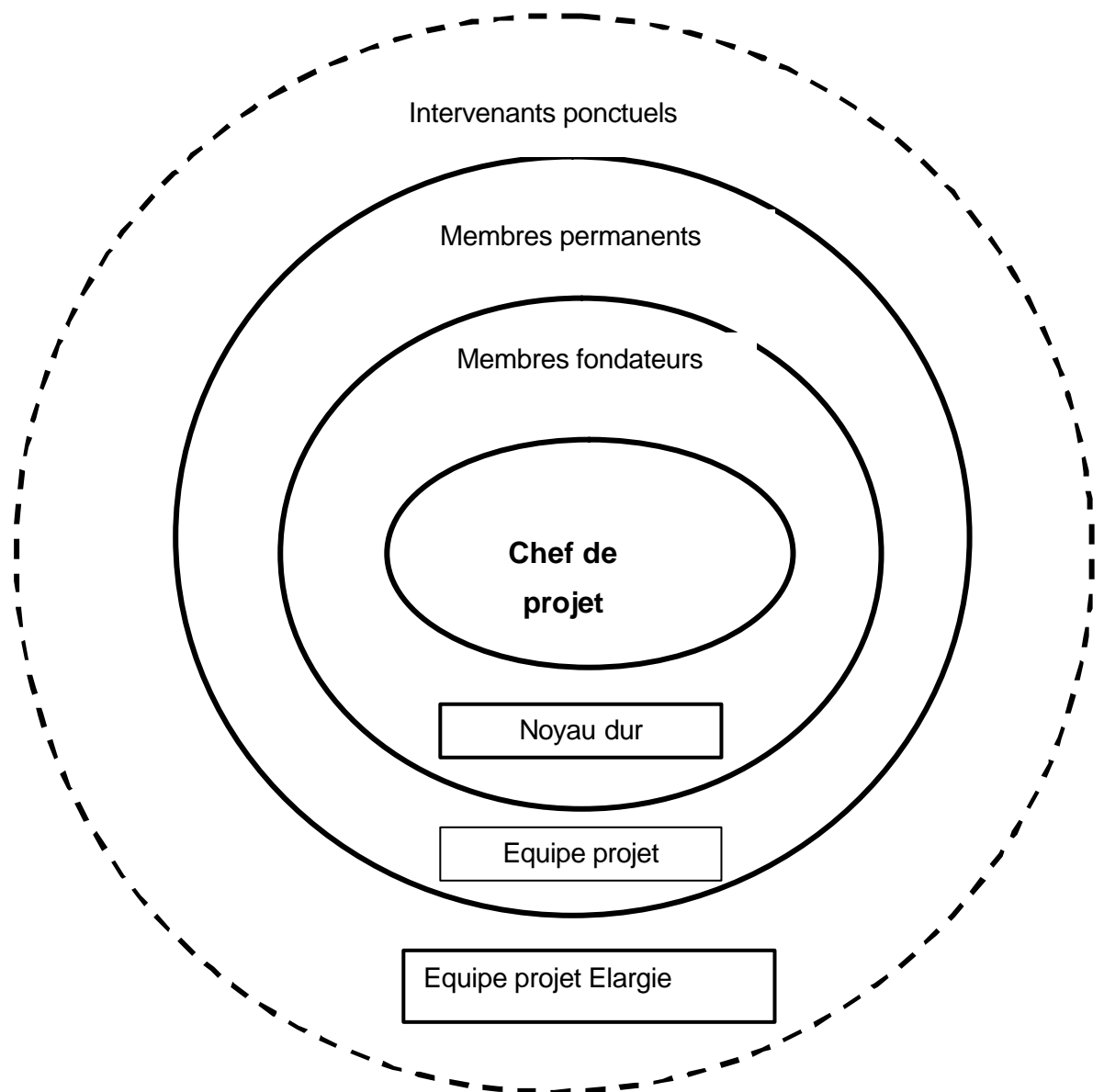


**L'articulation des instances**



ANNEXE N° 6

**Les trois dimensions de l'équipe projet**



ANNEXE N° 7



# FICHES ACTIONS PROJETS

## Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

### Problématique le plus souvent posée :

- Absence de prospective et de coordination en terme d'évolution des emplois des professionnels paramédicaux ;
- Absence de réflexion sur le type de professionnel dont l'hôpital aura besoin en fonction des évolutions structurelles, organisationnelles, technologiques et économiques.

### Objectif à moyen terme :

- Effectuer une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation des qualifications ;
- Mettre en place une démarche participative et fédérative ;
- Préparer les équipes aux changements dans le cadre d'une organisation en pôles.

### **ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE**

- Élaboration d'un référentiel des emplois de la filière ;
- Élaboration de fiche de poste et profil de poste ;
- Mise en place d'une gestion transversale des ressources humaines ;
- Développement de l'appartenance à une discipline et non à un service ;
- Mise en place d'une politique institutionnelle de l'évaluation des professionnels sur des critères identiques : outils de recueils de faits significatifs, grille d'évaluation des connaissances ;
- Élaboration d'une politique de formation.

### Chefs de projet :

- Directeur des Soins, Directeur des Ressources Humaines.

### Equipe projet :

- Animateurs : DS et DRH. Participants : personnel d'encadrement, de proximité, d'institut de formation.

### Calendrier :

- Dissocier le projet en sous projets. Durée maximale d'une année.

### Indicateurs :

- Évaluation des connaissances à partir de grilles de recueil

### Valeur Ajoutée :

- Adaptation des compétences à l'évolution de l'établissement, (organisation en pôles d'activité) ;
- Mobilité institutionnelle, optimisation des compétences.

## Programmation des examens

## entre service de soins et médico-technique

<p><b><u>Problématique le plus souvent relevée :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les circuits des patients : attente pré et post examen liée au retard des ambulances;</li> <li>• Problèmes inhérents à la programmation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demandes incomplètes ; examens annulés sans information de l'unité de soins ;</li> <li>- Difficultés relationnelles avec les unités de soins liées aux délais de rendez-vous sur les équipements lourds tels que scanner et l'IRM .</li> </ul> </li> <li>• Causes des reports ou annulations d'examens : Contre-indication à l'examen; examen déjà pratiqué; patient trop fatigué; patient ne s'est pas présenté ou non préparé, examen reporté au lendemain etc.</li> </ul>	
<p><b><u>Objectifs à court et moyen terme :</u></b></p> <p>Objectif n°1 : Améliorer les conditions et la fiabilité horaire des transports des patients;          Objectif n°2 : Mettre en place une démarche d'information auprès des services demandeurs sur :         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les contre-indications aux examens et la préparation des patients; l'information destinée aux patients;</li> </ul> </p>	
<b>OBJECTIFS</b>	<b>ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE</b>
N°1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit sur le transport des patients;</li> <li>• Participation au choix des sociétés d'ambulances externes à l'établissement;</li> <li>• Information destinée aux cadres des unités de soins.</li> </ul>
N°2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion aux soignants et au corps médical d'informations relatives aux contre-indications ;</li> <li>• Elaboration d'instruction relative à la préparation des patients;</li> <li>• Rédaction de fiche d'information destinée aux patients.</li> </ul>
<p><b><u>Chefs de projet :</u></b></p> <p><b>Objectif n°1 :</b> DS médico-technique et DS infirmier. <b>Objectif n°2 :</b> le CSS et le CS en collaboration avec le corps médical du pôle médico-technique.</p>	
<p><b><u>Equipe projet :</u></b></p> <p>* Animateurs : DS Infirmier et DS médicotechnique. Participants : encadrement, personnels médicaux et paramédicaux infirmier et médicotechniques, personnels service ambulance, DES.</p>	
<p><b><u>Calendrier :</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Une année.</p>	
<p><b><u>Dispositif d'évaluation et/ou indicateurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure des délais d'attente des patients pré et post examen ;</li> <li>• Recueil des lettres de plaintes et des rapports de l'encadrement ;</li> <li>• Mesures des problèmes inhérents à la programmation.</li> </ul>	
<p><b><u>Valeur ajoutée :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimisation de la prise en charge qualitative et sécuritaire des patients ;</li> <li>• <b>Diminution des délais d'attentes et de la D.M.S. ;</b></li> <li>• <b>Meilleure productivité des équipements médico-technique.</b></li> </ul>	

## Analyse et suivi des dépenses

**Problématique le plus souvent posée :**

- Absence de gestion des centres de responsabilité ;
- Déficit budgétaire et méconnaissance de la part des cadres, des mécanismes comptables.

**Objectif à moyen terme : N°1**

- Se familiariser avec la gestion des comptes par une implication dans l'opportunité et le suivi des dépenses ;
- Effectuer une mise à jour des dépenses impliquant une étude prospective de la demande avec une prise en compte des aspects fonctionnels et organisationnels ;
- Développer la recherche avec la notion de substitution ;
- Préparer la réforme d'allocation budgétaire (tarification à l'activité et mise en place de la C.C.A.M.)

**Objectif à long terme : N° 2**

- Préparer les équipes à la **gestion** dans le cadre de la déconcentration de gestion ;
- Pouvoir comparer les coûts de production d'un établissement à l'autre.

OBJECTIFS	ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE
N° 1 Analyse et Contrôle	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Analyse des coûts</b> en collaboration avec le D.A.F. et l'assistant du contrôle de gestion ;</li><li>• <b>Suivi des coûts</b> par activité avec mise en place de tableaux de bord de suivi d'activité ;</li><li>• <b>Contrôle budgétaire</b> avec élaboration d'un tableau permettant de suivre l'ensemble des dépenses du pôle ;</li><li>• <b>Suivi des dépenses</b> des activités.</li></ul>
N°2 Formation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Préparation des cadres à ce nouveau mode de gestion ;</li><li>• <b>Maîtrise budgétaire avec :</b><ul style="list-style-type: none"><li>- évolution des dépenses ;</li><li>- mettre en place des ratios comparatifs ;</li><li>- savoir lire un tableau de bord ;</li><li>- travailler sur une réduction des consommables par homogénéité des commandes sur l'établissement.</li></ul></li></ul>

**Chefs de projet :**

**Objectif N° 1 :** DAF, DS. **Objectif N° 2 :** DAE, DS et Responsable médical.

**Equipe projet :** **N°1 :** Animateurs DAF et DS : Participants : assistant de gestion, CSS, CS, médecins.

**N° 2 :** Animateurs : DAE, responsable médical, CSS . Participants : CSS, CS, médecins, personnel administratif et soignant.

**Calendrier**

- Une année;

**Dispositif d'évaluation et/ou indicateur :**

- Evolution des dépenses en rapport avec l'activité

**Valeur Ajoutée :**

- Impliquer, responsabiliser et positionner l'ensemble des acteurs comme de véritables interlocuteurs;
- Optimiser la maîtrise des dépenses ;
- Préparer les cadres à une gestion budgétaire ;
- Dégager des gains de productivité par une gestion rationnelle et efficace.