



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
ET DE LA PROTECTION SOCIALE



ANTICIPATION DE LA « NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE »

SYNTHÈSE DES ENTRETIENS TÉLÉPHONIQUES RÉALISÉS

AU 21 JUIN 2004



INTRODUCTION

- 1) Rôle de la MEAH
- 2) Modalités de travail
- 3) Bilan chiffré de l'audit au 21 juin 2004

A) CONSEIL EXECUTIF

I) La majorité des établissements a mis en place une instance de pilotage médico-administratif

- 1) Modalités de création
- 2) Composition
- 3) Modalités de fonctionnement

II) Des compétences basées sur la stratégie

- 1) Nature des sujets traités
- 2) Instance consultative ou décisionnelle ?
- 3) Impact sur les instances (CA, Comité de direction, CME,...)
- 4) Conclusion : Légitimité ou légalité ?

B) POLES D'ACTIVITE

I) Au moment de l'enquête (mai/juin 2004), certains établissements ont déjà créé des pôles d'activités

- 1) Regroupements de services ou d'activités dans le cadre des fédérations ou départements
- 2) Motifs des regroupements antérieurs. Facteurs déclenchants

II) Réflexion sur l'organisation en pôles d'activité « selon la nouvelle gouvernance »

- 1) Objectifs
- 2) Logique de constitution des pôles
- 3) Nombre de pôles
- 4) Organisation
- 5) Outils de gestion
- 6) Contractualisation
- 7) Incidences sur les directions fonctionnelles
- 8) Pilotage et accompagnement
- 9) Questionnements et difficultés

INTRODUCTION

1) Rôle de la MEAH

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) a été chargée de mutualiser les retours d'expériences des 110 établissements engagés à ce jour dans la démarche de la nouvelle gouvernance hospitalière. Elle doit à ce titre produire à l'intention de l'ensemble des établissements hospitaliers un guide méthodologique qui retracera les expériences et dispositifs les plus aboutis ainsi que les modalités de conduite de changement qui auront été mises en œuvre dans les établissements.

Elle est également chargée d'un suivi de l'ensemble des actions ou projets menés par les établissements pour constituer des pôles d'activité ou créer un conseil exécutif et d'une évaluation à échéance régulière de l'état d'avancement de la réforme. Elle rend compte de ses observations en produisant des synthèses d'ensemble qui sont présentées à la DHOS et au comité national de suivi.

2) Modalités de travail

La MeaH a confié la réalisation des enquêtes de terrain auprès des établissements « anticipateurs » à deux cabinets de conseil sélectionnés au terme d'une procédure d'appel d'offres ouvert.

La commission s'est prononcée le 3 mai 2004 en faveur des cabinets CNEH et AYMARA (choisis parmi 15 candidats).

Les 110 établissements volontaires à cette date ont été partagés en deux lots de 55 établissements attribués à chacune des deux sociétés.

Les quatre phases du cahier des charges à respecter par les consultants sont :

Phase 1 (15 juin 2004) : Recensement des expériences et des projets
Elaboration d'une typologie

Phase 2 (15 juillet 2004) : Rédaction de monographies portant sur une quinzaine d'établissements considérés comme les plus avancés

Phase 3 (15 octobre 2004) : Observation des modalités et du degré de mise en œuvre du projet

Phase 4 (31 décembre 2004) : Elaboration d'un guide méthodologique.

Pour des raisons pratiques liées à la brièveté des délais, il a été décidé de conduire la première phase de l'étude à partir d'entretiens téléphoniques.

Une trame a été élaborée avec les deux cabinets. Elle a également été discutée le 12 mai au cours d'une réunion de travail avec 10 établissements (CH et CHU).

Les établissements ont été informés de cette procédure par un courrier le 13 mai 2004.

Les cabinets de conseil leur ont adressé la trame de l'entretien téléphonique, portant sur la création du conseil exécutif et de la constitution des pôles d'activité.

Parallèlement, ils ont pris un rendez-vous téléphonique avec le directeur et le président de la CME pour un entretien conjoint.

A la fin de chaque entretien, une synthèse écrite a été rédigée et envoyée pour validation aux personnes interrogées.

Le 16 juin, les cabinets de conseil ont remis à la MeaH une première synthèse des entretiens qu'ils avaient réalisés.

3) Bilan chiffré de l'audit au 21 juin 2004

Nombre d'établissements engagés dans l'anticipation	110
Désistements	7
Etudes en cours	18
Nombre d'établissements audités à ce jour	85

A) CONSEIL EXECUTIF

I) La majorité des établissements a mis en place une instance de pilotage médico-administratif

Nombre d'établissements enquêtés	Nombre d'instances effectivement créées	Nombre d'instances créées avant publication de la circulaire de février 2004	Nombre d'instances au fonctionnement formalisé	Nombre d'instances conformes à la circulaire (créées ou en projet)
85	45	29	26	20

Peu d'établissements (20 sur 85) possèdent à ce jour un conseil exécutif au sens donné par la circulaire du 13 février 2004, mais un grand nombre d'entre eux (45 sur 85) disposent déjà d'une instance de pilotage médico-administratif sans que cette instance soit un conseil exécutif au sens strict de ce texte. Ils ont le plus souvent anticipé la circulaire du 13 février 2004.

Certains établissements font part de leurs incertitudes concernant la définition du conseil exécutif.

Si l'on se réfère à la circulaire 13 février 2004, le conseil exécutif est une instance paritaire, présidée par le directeur, qui associe étroitement les praticiens désignés par la CME et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du PE et du COM. Le doyen en est membre de droit dans les CHU.

Mais si l'on prend en compte l'exposé des motifs du projet de loi d'habilitation du gouvernement à simplifier et moderniser le droit, il est précisé qu'un conseil exécutif médico-administratif à composition restreinte et mixte, administrative et médicale aurait vocation sous la présidence du directeur à assurer la gestion de l'établissement.

1) Modalités de création

a) Historique

La concertation médico-administrative est fréquemment antérieure à la formalisation des textes relatifs à la nouvelle gouvernance.

Il convient en effet de noter l'importance, antérieurement à ces textes, à la fois :

- ❖ d'une **évolution culturelle** partagée des médecins et des directeurs (« le directeur ne peut plus diriger seul l'établissement », « la cogestion administrative et médicale est une obligation »),

- ❖ d'une **réflexion** (initiée de longue date dans les CHU et alimentée par les assises de mars 2003 consacrées à la gouvernance) sur l'impossibilité de rapprocher la décision du terrain dans une organisation « lourde et atomisée »,
- ❖ de **faits exogènes** : par exemple :
 - Un rapport IGAS stigmatisant le blocage médico-administratif à la suite par exemple de conflits entre un directeur et le corps médical
 - Un audit externe mettant en évidence le déficit de dialogue interne
 - La signature du COM ou l'approbation du nouveau projet d'établissement prévoyant ce type de dispositif
 - Une fusion d'établissements permettant de remettre en cause l'organisation précédente
 - Une reprise d'une clinique contraignant à la mise en place d'une activité transverse propice à la réflexion sur l'organisation...

Le principal motif de cette « anticipation de l'anticipation » en ce qui concerne le pilotage médico-administratif relève de l'intérêt managérial.

Soulignons au passage que la recherche d'une plus grande efficacité économique n'est pas avancée comme motif de création de l'instance médico-administrative.

La concertation médico-administrative prend en général racine dans la coordination ressentie comme nécessaire entre le directeur et le président de CME et dans la nécessité de l'étendre.

Les idées force liées au pilotage médico-administratif sont, selon les personnes interrogées :

- ❖ la « démocratie » interne à l'établissement :
 - ◆ Transparence,
 - ◆ Information : « les médecins préfèrent une réponse négative au silence »,
 - ◆ Confiance,
 - ◆ Légitimité,
- ❖ la responsabilisation et l'implication plus grandes du corps médical,
- ❖ l'affichage d'une plus grande cohérence dans les choix faits dans la gestion de l'établissement, aussi bien en interne qu'en externe en particulier vis-à-vis de l'ARH.

b) Procédure de création

Dans leur grande majorité, les différentes instances des établissements de la cohorte se sont prononcées.

Un clivage net oppose le CA et la CME d'une part au CTE d'autre part. Les premiers se sont montrés favorables (parfois la nécessité de deux séances a été signalée) alors que les seconds ont le plus souvent exprimé un avis défavorable sauf rares circonstances locales liées à la prédominance du syndicat nationalement le moins défavorable, ou à une tradition de concertation et une volonté nette d'impliquer les partenaires sociaux dans la nouvelle organisation.

c) Conduite du changement

Dans le cadencement de la mise en œuvre des principes de la réforme de la nouvelle gouvernance, il est intéressant de noter qu'une très large majorité des établissements audités a pris le parti de créer le conseil exécutif en préalable à la mise en place des pôles. Seuls deux établissements considèrent au contraire le conseil exécutif comme une émanation naturelle d'une organisation par pôles existante, qui pourra seule lui conférer une légitimité.

De nombreux séminaires sont prévus courant juin ou début juillet afin d'entériner et de mettre en oeuvre le conseil exécutif.

Le projet de mise en place du conseil exécutif est souvent co-piloté par le directeur et le président de CME. Un véritable comité de pilotage est rarement mis en place. Quand il est prévu, il est parfois le moyen d'associer les syndicats.

L'information emprunte en général les vecteurs internes à l'établissement, mais la presse locale est utilisée comme relais dans certains cas.

La réalisation d'une enquête de satisfaction relative au conseil exécutif a été évoquée par deux établissements.

d) Exemples de dénomination

Certains n'ont pas manqué de relever l'antinomie entre « conseil » et « exécutif », la réticence sémantique concernant davantage l'adjectif que le substantif.

Pour preuve, aucun établissement ayant mis en œuvre une instance de pilotage médico-administratif ne l'a appelée « conseil exécutif » (deux d'entre eux l'ayant à juste titre dénommé « conseil exécutif provisoire », en l'absence de représentation des pôles). D'où :

- ❖ Le « COMEX pour faire sourire l'Agence »,
- ❖ Le « BIP » Bureau Inter Professionnel,
- ❖ Le « BURMA » BUREAU Médico-Administratif ,
- ❖ Le « bureau de CME élargi ».

En conséquence, beaucoup utilisent une dénomination qu'ils estiment plus juste juridiquement et plus opportune politiquement (« comité stratégique », « comité d'orientation stratégique », « comité de pilotage », « staff médico-administratif »...).

2) Composition

a) *Nombre de membres*

Le nombre de membres est fonction de la taille de l'établissement. Il se situe néanmoins **autour d'une dizaine** : moins dans les établissements petits ou moyens, au-delà d'une dizaine dans les plus importants, en particulier dans les CHU.

Les instances analysées lors de l'enquête montrent des réalités très diverses, avec un nombre allant de 6 à 25 membres. Il est parfois noté qu'au-delà de 10 membres, il est difficile d'assurer une présence effective et donc une réalité à l'instance.

Mais la composition peut être à géométrie variable selon l'objet de la séance. Il a été fait état de la possibilité de faire appel à toute personne en tant que de besoin. De même, il a parfois été prévu de nommer des membres à voix consultative au sein de l'instance.

« C'est une organisation assez libre : des responsables de service ou d'unités médicales et/ou des praticiens peuvent y être invités sur des sujets les concernant. Cette formule souple est aussi la meilleure façon d'éviter une scission au sein de l'équipe entre un noyau dur de permanents et les autres. Nous souhaitons pouvoir conserver cette liberté d'organisation, ne pas arrêter de composition définitive ».

« La rigidité de la composition du conseil exécutif serait embarrassante ».

Un hôpital a choisi de dédoubler le CE, avec :

- un conseil exécutif restreint, chargé de la mise en oeuvre opérationnelle, comprenant 4 personnes : le Pdt et le Vice Pdt de la CME, le Directeur et le Directeur Adjoint, qui se réunira au moins une fois par semaine et plus au besoin.
- un comité stratégique d'une vingtaine de personnes, (pas nécessairement paritaire) comprenant toute l'équipe de direction, des médecins (bureau de la CME + quelques responsables de pôles) et 2 cadres (pas seulement infirmiers), chargé des orientations stratégiques, qui se réunira au minimum tous les mois.

b) *Mixité/Parité*

Nombre d'instances paritaires (créées ou en projet)	Nombre d'instances mixtes (créées ou en projet)	Nombre d'instances clairement positionnées comme décisionnelles (créées ou en projet)	Nombre d'instances clairement positionnées comme consultatives (créées ou en projet)
42	21	9	48

Si la collégialité impose la mixité sans obliger à la parité, la parité peut ne pas apparaître à certains comme pertinente :

- ❖ car le conseil exécutif n'a pas vocation à être une instance de vote mais de consensus,
 - ◆ « Le paritarisme davantage pour des raisons psychologiques que pour une efficience de fonctionnement »
- ❖ car la parité est incompatible avec la logique managériale
 - ◆ « La parité est un non-sens »

Une nette majorité des établissements de la cohorte a opté pour une instance paritaire (42 contre 21).

c) Modalités de désignation des médecins

La circulaire de février précise que les praticiens sont désignés par la CME. Cette situation est rarement rencontrée. Ce principe est même contesté. (« L'élection est-elle un mode de désignation satisfaisant si les meilleurs éléments ne se présentent pas ? »).

D'autres modes de désignation doivent alors opérer.

Le **rôle du président de CME**, parfois très volontariste, présente un caractère fondamental, stratégique (« J'ai désigné des médecins qui sont favorables à la nouvelle gouvernance »). Il convient également de souligner l'importance du bureau de CME ou d'une émanation de celui-ci. Ainsi il est noté que le bureau de la CME apporte de la légitimité à l'instance médico-administrative même si en retour cette participation pourrait affaiblir à terme le pouvoir du bureau de CME.

Par ailleurs, les établissements ont fréquemment une préoccupation de représentativité des différentes activités de l'établissement, et ce d'autant plus que le CE devra intégrer des représentants des futurs pôles. La représentation des praticiens hospitaliers et universitaires (dans le cas des CHU) est aussi considérée comme garante de la légitimité de l'instance médico-administrative.

Les personnes interrogées ont insisté sur le caractère primordial de la motivation médicale. Mais un manque de communication entre le conseil exécutif et le reste de la CME peut constituer un frein (« Eviter de désigner quelques responsables, tout en déresponsabilisant le reste des équipes »). Celles-ci ne sont parfois pas très nombreuses. Il convient de ne pas les décourager.

Les petits et moyens établissements s'opposent très fréquemment à l'incompatibilité envisagée par les projets de texte entre la participation au conseil exécutif et d'autres mandats dans l'établissement (d'administrateur par exemple) au motif « qu'il n'y a pas tant de bonnes volontés que cela » (ni tant d'éléments capables d'une représentation efficace). En revanche, les rares défenseurs de cette incompatibilité font valoir le risque lié au fait d'être juge (membre du CA) et partie (membre du CE).

d) Modalités de désignation des membres administratifs

Ces modalités dépendent également de la taille de l'établissement.

Dans quelques établissements (en général des petits établissements), la totalité de l'équipe de direction fait partie du CE (le risque d'une équipe de direction « à deux vitesses » est alors évoqué).

Mais dans la plupart des hypothèses, le directeur opère un choix et retient alors parmi ses collaborateurs ceux qui occupent les fonctions les plus stratégiques (selon les cas et les établissements DGA, SG, DA en charge de la stratégie, DAF, DAM qui de manière très originale peut être un médecin, un DRH,...). Il est à noter que le DIM est rarement cité spécifiquement au titre de la composante administrative ou médicale.

Une crainte a été signalée : l'existence du lien hiérarchique entre le directeur et ses collaborateurs pourrait nuire au fonctionnement du CE.

e) Participation du directeur des soins et des cadres soignants

La participation du directeur des soins est très majoritairement retenue au sein de l'instance, au titre de la composante administrative. Cela paraît même souvent tomber sous le sens (« L'hôpital c'est un triumvirat, le président de la CME, le directeur et le directeur des soins », « Le DSSI membre de droit »). Quand l'établissement n'a pas de DSSI, une représentation soignante est organisée.

f) Participation des responsables des pôles et lien avec l'organisation par pôles

Une lecture stricte de la circulaire conduit à une impossibilité de fait de constituer pour le moment un conseil exécutif conforme dans sa composante médicale.

En effet, la circulaire fait de la création du conseil exécutif une condition nécessaire à la mise en place des pôles (il les décrit et pilote leur mise en place), et de l'existence des pôles une condition nécessaire à la constitution du conseil exécutif (composé pour partie des responsables de pôles).

Or aujourd'hui les responsables de pôles n'ont le plus souvent pas été désignés par les établissements. Strictement la constitution du conseil exécutif n'est donc pas possible dans les formes de la circulaire notamment en ce qui concerne la composante médicale.

Deux établissements ont tiré toutes les conséquences de cette impossibilité en nommant un « conseil exécutif provisoire ».

D'autres, souvent plus avancés dans la mise en œuvre des pôles, excluent la participation des chefs de pôles, d'une part parce que cela conduirait à alourdir l'instance, passée la phase expérimentale où seulement 2 ou 3 pôles sont constitués, d'autre part pour garantir l'indépendance du CE.

« Dans la mesure où la mission du CE sera d'assurer le suivi des contrats de pôle, les Directeurs médicaux de pôle n'en seront pas membres, pour éviter toute confusion des rôles. »

« Les chefs de pôles n'y participeront pas de façon formelle, de façon à ne pas leur conférer un pouvoir excessif et à maintenir le rôle de médiation de la CME. Il faudra toutefois les entendre régulièrement pour le suivi des contrats. »

g) Participation du personnel non médical et des partenaires sociaux

Certains établissements font valoir l'intérêt d'une participation des syndicats au conseil exécutif aux motifs de démocratie interne, de transparence et d'adhésion à la politique de l'établissement.

« Il faut trouver une forme de participation des personnels au pilotage de l'établissement. »

Il convient de rappeler que le CTE s'est souvent montré défavorable à la démarche d'anticipation lorsqu'il a été consulté.

Les explications sont, comme il a déjà été remarqué, pour une part d'ordre national mais il est également rapporté que les syndicats sont « déconcertés par la déconcentration » et déplorent la création d'une instance de directeurs et de médecins.

« Eviter que ça soit encore une affaire de directeur et de médecins ».

3) Modalités de fonctionnement

Dans une proportion importante, les instances de pilotage médico-administratif ont d'ores et déjà formalisé leur fonctionnement.

La formalisation des avis avec compte-rendus de séance et transmission éventuelle aux instances paraît normale dans la mesure où elle est déjà pratiquée pour beaucoup de réunions. Le règlement intérieur ne semble pas être ressenti comme nécessaire, mais au contraire susceptible de rigidifier les choses.

« Dans une période de réorganisation assez lourde et avec la construction du nouvel hôpital, nous avons le souci de ne pas multiplier les instances. La formalisation du conseil exécutif devrait officialiser ce que nous faisons déjà, sans occasionner plus de contraintes. »

- ❖ Périodicité : pas supérieure au mois, majoritairement hebdomadaire ou bimensuelle,
- ❖ Ordre du jour effectif,
- ❖ Procès verbal réalisé, largement diffusé, parfois volonté de le signer,
- ❖ Préparation : souvent précédé d'une réunion entre le directeur et le président de CME,
- ❖ Durée : de 2 à 4 heures. Parfois une vraie convivialité, autour d'un dîner ou d'un déjeuner,
- ❖ Participation : satisfaisante. Les établissements semblent satisfaits de l'implication des membres (dans le cas des CHU, même si leur participation est plus aléatoire, les doyens disposent d'assesseurs présents aux réunions).

Les établissements consultés semblent adhérer sans réserve au principe du conseil exécutif, dans la mesure où ils ont la liberté d'en fixer la composition et les modalités de fonctionnement, qu'ils veulent garder souples. Il en résulte une meilleure coordination de la CME et de la Direction, une amélioration des modalités de travail en commun et une plus grande efficacité dans la mise au point des dossiers, une acceptation plus facile des décisions prises en commun.

II) Des compétences centrées sur la stratégie

1) Nature des sujets traités

Il existe un noyau dur de compétences, évoquées par la circulaire : la stratégie de l'établissement entendu comme projet d'établissement, déclinaison du COM...

Mais fréquemment ce champ initial de compétences est élargi à des questions opérationnelles (programme capacitaire, fermeture estivale de lits, recrutement principalement médicaux...). Cela a pour conséquence une fréquence plus grande du conseil exécutif qui peut alors devenir hebdomadaire.

Certains souhaiteraient que soit conférée une compétence générale au conseil exécutif. D'autres veillent à ce qu'il n'y ait pas de chevauchement de compétences.

Tous les aspects concernant les différents projets de l'établissement et son fonctionnement peuvent être abordés, en particulier la préparation et le suivi des contrats avec les directeurs de pôles. Les notions stratégique et gestionnaire sont toujours primordiales par rapport à l'aspect exécutif.

« Les réunions de direction sont des réunions d'intendance. Ce serait abuser inutilement du temps médical que d'y mobiliser un médecin. Les temps d'échange stratégique se font en bureau de la CME, auquel les directeurs participent, ainsi qu'en séminaire médico-administratif. Il y a d'ores et déjà une réelle collégialité. »

« Le conseil exécutif aura à traiter du projet médical, du COM et des contrats internes. L'ordre du jour et les conclusions seront écrits et les avis seront transmis pour éclairage à la CME et au CA. »

2) Instance consultative ou décisionnelle ?

Une très large majorité des établissements privilégie le caractère consultatif au caractère décisionnel (à ce jour, 48 contre 9) de l'instance.

Au-delà de ce chiffre, un large éventail a été rencontré parmi les instances à caractère consultatif.

Par exemple, parmi les tenants du caractère **consultatif** de la compétence de l'instance, il faut distinguer entre les partisans de l'avis conforme (qui lie l'autorité qui décide) et de l'avis simple (qui ne lie pas l'autorité qui décide).

Pour certains, très minoritaires, cette instance dont le bien fondé n'est pas contesté ne doit absolument pas rendre d'avis et ne doit pas procéder à des votes. Si une difficulté émerge lors du débat au sein de l'instance, elle doit être tranchée par le directeur et le président de CME.

Dans les cas où le conseil exécutif est envisagé avec une compétence **décisionnelle**, les implications de ce choix sont nombreuses :

- ❖ Les décisions font l'objet d'un vote, ce qui induit logiquement une composition paritaire de l'instance,
- ❖ Le conseil exécutif se substitue largement au comité directeur, ce qui peut entraîner la suppression de celui-ci,
- ❖ Ceux qui n'y siègent pas peuvent avoir une position de rejet,
- ❖ Des précisions sur la responsabilité du directeur en cas de décision prise par l'instance sont demandées.

Les instances qu'elles soient créées ou en projet se répartissent de la manière suivante :

Nombre d'instances paritaires consultatives	Nombre d'instances paritaires décisionnelles	Nombre d'instances mixtes consultatives	Nombre d'instances mixtes décisionnelles
30	8	18	1

Ainsi la décision impose la parité mais cette dernière permet tout à la fois la décision et la consultation.

Quelques verbatim dessinent l'éventail des possibilités précédemment évoquées :

- ❖ **Le CE n'émet pas d'avis :**
 - ◆ « Dialogue » ;
 - ◆ « Si difficulté, elle est réglée par une autorité »
 - ◆ « Gain de temps et d'énergie »
 - ◆ « Facilitateur d'adoption par les instances »
 - ◆ « Pas une instance mais un mode de fonctionnement »
 - ◆ « Demeure un organe d'instruction »
 - ◆ « Une instance de discussions parfois vives, mais qui tendent vers la recherche du consensus »
 - ◆ « Le CE assure le suivi des décisions du CA »
 - ◆ « Sécurise le directeur »
 - ◆ « Le conseil stratégique (sic) est un mode de fonctionnement, et pas une instance »
- ❖ **Le CE émet un avis consultatif :**
 - ◆ « Accélère et renforce les décisions »
 - ◆ « Le CE préparatoire au CA »
 - ◆ « Préarbitrage »
 - ◆ « Le CE comme synthèse des autres instances »
 - ◆ « Le conseil exécutif n'est pas une structure de vote, mais de consensus. Nous ne voulons pas d'une structure d'affrontement entre médecins et direction. »
- ❖ **Le CE émet un avis conforme :**
 - ◆ « La décision au bord des lèvres »

- ◆ « Prédécision »
- ◆ « C'est là que tout s'imagine et se finalise »
- ◆ « Un avis unanime ressemble à une décision »

❖ **Le CE prend des décisions**

- ◆ « Doit décider, pas encore une instance de plus »
- ◆ « Le conseil exécutif est l'organe de gestion de l'établissement »
- ◆ « La collégialité de la décision renforce la légitimité de la décision »
- ◆ « Trisignature »

3) Impact sur les instances (CA, Comité de direction, CME,...)

L'impact sur le fonctionnement du CA est différent selon que l'instance a un caractère consultatif ou décisionnel.

La plupart des établissements ayant mis en place une instance consultative considère que cet impact est nul : le conseil exécutif est un organe interne de concertation médico-administrative, tandis que le CA est voué à prendre des décisions stratégiques (et à « permettre l'interpellation de l'établissement par des représentants des usagers »). Tout juste certains établissements constatent-ils que la création du conseil exécutif a pu vider le CA d'une partie des discussions et des débats qui l'animaient.

En revanche, selon les établissements concernés, la mise en place d'une instance de pilotage médico-administratif décisionnelle permet de recentrer le CA sur les questions stratégiques, tandis que le conseil exécutif se consacre lui à la gestion quotidienne.

L'impact sur le comité de direction se traduit parfois par la baisse de la fréquence des réunions du comité, voire par sa dissolution pure et simple au cas où la compétence du conseil exécutif est élargie à la gestion de l'établissement, par souci de gain de temps, mais aussi de transparence : « Si l'on veut aboutir à un langage commun, il faut éviter un fonctionnement cloisonné entre médecins et direction ». Ce dernier cas de figure semble se retrouver plus fréquemment dans les CHU, et d'une façon générale dans les cas où la compétence du conseil exécutif est la plus proche de la prise de décision.

L'impact du conseil exécutif sur la CME apparaît, en termes de prérogatives, bien plus modeste que sur le bureau de CME. L'accent est principalement mis sur la nécessaire transparence des discussions menées en conseil exécutif vis-à-vis de la CME. Certains établissements insistent sur la nécessité d'une bonne coordination entre les deux instances davantage vouées à être complémentaires que concurrentes.

Est, par ailleurs, posé le problème du temps médical des membres médicaux du CE. Si les réunions sont fréquentes et longues, quand auront-ils le temps d'exercer leur activité médicale ?

Même si certains anticipent d'inévitables évolutions dans la répartition des rôles et des formes d'intégration plus poussées, le CE pour l'instant ne se substitue pas aux autres instances.

« Nous devons rester dans notre rôle de gestion, sans nous substituer au CA ni à la CME, ni s'enfermer dans le formalisme. Il y a la composition formelle et la façon dont on travaille :

nous voyons le CE comme une instance à géométrie variable qui pourra s'adjoindre toute compétence utile, inviter et entendre des personnes selon les questions traitées. »

4) Conclusion : Légitimité ou légalité ?

De manière spontanée, alors que cela ne faisait pas l'objet d'un questionnement particulier, de nombreux établissements ont indiqué que les textes législatifs et réglementaires à venir risquaient de mettre à mal ce qui spontanément avait pu émerger :

- ❖ « Le projet de texte est perçu comme un carcan »
- ❖ « La légitimité ne se décrète pas, elle se construit. »
- ❖ « La réorganisation a fonctionné parce que rien n'avait été imposé »
- ❖ « Eviter la pollution des textes »
- ❖ « D'ailleurs la circulaire est floue ».

A l'inverse, d'autres souhaitent, surtout lorsque l'instance a vocation à produire de la décision, une intervention législative et réglementaire (d'ailleurs dans cette hypothèse indispensable).

« On a besoin de textes pour que le conseil exécutif puisse décider. »

Mais les seconds concèdent volontiers aux premiers de **limiter l'intervention normative au strict nécessaire**, en prenant garde de laisser des marges de manœuvre, un réel pouvoir d'appréciation aux établissements, et la possibilité de recourir à des variantes organisationnelles.

B) POLES D'ACTIVITE

I) Au moment de l'enquête (mai/juin 2004), certains établissements ont déjà créé des pôles d'activités

1) Regroupements de services ou d'activités dans le cadre des fédérations ou départements

Bien que la majorité des établissements se situent aujourd'hui au stade de la réflexion, il existe des expériences antérieures de regroupements d'UF ou de services, sous forme de fédérations ou de départements. La plupart se situent dans une logique partielle, bien que quelques établissements aient généralisé ces regroupements sur la base de la Loi de 1991. Certains établissements, exclusivement psychiatriques, fonctionnent selon le principe d'une fédération des moyens matériels.

Ces regroupements cherchent à :

- Assurer une gestion au plus près du terrain (subsidiarité),
- Créer les conditions favorisant le décloisonnement,
- Développer une politique de management, au travers de :
 - la responsabilisation des acteurs
 - la contractualisation
 - la simplification des circuits de décision
 - du principe d'une association de la déconcentration de la gestion aux autres approches structurantes : démarche stratégique, qualité, système d'information, projet social,
- S'inscrire dans une logique de progression régulière, à partir d'une évaluation continue des expérimentations.

Certains mettent en avant deux objectifs majeurs :

- Bien utiliser les ressources
- Développer la culture de processus de prise en charge des patients

2) Motifs des regroupements antérieurs. Facteurs déclenchants

Parmi les facteurs ayant favorisé la création des fédérations ou départements, les établissements citent :

➤ La **fusion** de deux établissements qui apparaît comme un facteur favorisant, à condition qu'elle soit accompagnée de l'édification d'un nouveau bâtiment. La construction d'un nouvel édifice permet, en effet, d'adapter l'architecture au découpage de l'établissement.

« Ça nous a permis de supprimer l'armée mexicaine des services. »

La reconstruction de l'établissement est une opportunité majeure de reconfigurer les organisations médicales. La création anticipée des pôles permet de préparer et d'accélérer cette dynamique.

« Le nouvel hôpital en cours de construction a été conçu dès l'origine selon une organisation en pôles d'activités, assurant la continuité de la filière accueil/ diagnostic/soins. Nous avons tenté sans grand succès d'amorcer une concrétisation sur le site actuel. L'anticipation est une opportunité de relancer cette démarche, pour préparer les nouvelles organisations médicales préalables à l'ouverture. »

➤ Les **hommes** peuvent certes constituer des freins au changement par les résistances opposées. Mais l'inverse est également vrai. Un effet générationnel est noté surtout en établissement universitaire.

« Les jeunes médecins souhaitent une organisation en pôles ».

La perspective d'une dévolution nouvelle du pouvoir n'est certainement pas étrangère à cette affirmation.

➤ Le **projet d'établissement et/ou le COM** prévoyant l'organisation en pôles

Nombre d'établissements font état d'une cohérence forte entre le projet d'établissement, la réflexion sur le plan directeur et l'organisation en pôles.

« Nous voulions un organigramme qui soit enfin représentatif de l'activité d'un hôpital, passer d'une vision administrative à une forme d'organisation hospitalière qui traduise une dynamique médicale déjà très avancée. »

➤ **Autres**

L'identité déjà constituée autour d'une activité à forte spécificité (gériatrie et psychiatrie), d'expériences antérieures d'autonomie (directeurs délégués, syndicat inter-hospitalier) ou un rattachement récent, prédestinent souvent au devenir des premiers pôles.

II) Réflexion sur l'organisation en pôles d'activité « selon la nouvelle gouvernance »

1) Objectifs

Dans la trame de l'entretien téléphonique, quatre réponses étaient proposées aux établissements, recouvrant quatre champs :

- l'amélioration de la prise en charge du patient,
- la meilleure gestion des compétences médicales et soignantes,
- une gestion au plus proche,
- le décloisonnement de l'organisation.

La première de ces propositions (« **l'amélioration de la prise en charge du patient** ») apparaît comme la réponse très privilégiée par les établissements au point qu'on peut s'interroger sur un éventuel caractère de pétition de principe.

« Centrer l'hôpital sur le patient »

Au-delà, les trois autres propositions ont été reprises de manière équilibrée. Quelques verbatim témoignent des opinions exprimées :

- Une meilleure gestion des compétences médicales et soignantes
 - ◆ « Mutualiser les ressources soignantes »
 - ◆ « Mutualiser le personnel non médical : le personnel médical demeure rattaché aux services et le personnel non médical est rattaché aux pôles »
- Une gestion au plus proche
 - ◆ « Constituer des pôles de production »
 - ◆ « Obtenir une meilleure prestation »
 - ◆ « Dégager une meilleure rentabilité »
- Le décloisonnement de l'organisation
 - ◆ « Améliorer la vision transversale »
 - ◆ « Passer d'une organisation bureaucratique à un management de proximité »

Deux substantifs ont été fréquemment utilisés. Même s'ils renvoient aux réponses proposées, il n'apparaît pas inutile de les mentionner. Il s'agit de « **responsabilisation** (des acteurs ou médico-économiques) » et de « **subsidiarité** ». La responsabilisation opère comme une synthèse des 4 réponses proposées. Mais la référence à la subsidiarité traduit la réalité d'un questionnement, en particulier des hôpitaux universitaires. La compétence de principe est exercée au niveau le plus bas, l'échelon central ne conservant que ce que l'échelon le plus bas ne peut et ne doit réaliser (stratégie, impulsion, évaluation...).

Il est intéressant de constater que certaines conceptions du rôle des pôles vont au-delà de la délégation de gestion à un niveau plus proche du terrain :

« Le pôle ne peut pas se limiter à gérer au plus près des moyens qui resteront globalement identiques. En revanche le pôle doit être **un lieu d'édification et de mise en place de projets** ».

2) Logique de constitution des pôles

Il est possible de synthétiser la logique de constitution des pôles par la formule suivante : **une combinatoire pragmatique**.

Dans la majorité des établissements, la logique de constitution des pôles en est au stade de la réflexion voire s'avère représenter un questionnement prématuré.

Seul un petit nombre d'établissement a comme on l'a vu précédemment commencé à créer et à faire fonctionner des pôles.

La combinatoire

Les établissements ne font pas valoir une logique unique de constitution des pôles. Ils font référence à la pluralité de logiques qu'ils vont devoir combiner.

Il est principalement fait référence à la logique médicale (fréquence des pôles mère/enfant, gériatrie, uro-gastro-entéro, urgences-SAU-SMUR, vasculaire ...), sans réellement privilégier ou la pathologie ou l'organe ou la filière mais plutôt en les combinant au sein du même établissement.

Les différentes logiques sont alors mobilisées par le même établissement. L'intégration du plateau technique, paraît souvent délicate compte tenu de son caractère transverse et de sa nature de prestataire des autres pôles. « La mise en pôle du plateau technique posera problème. »

Mais la logique médicale ou clinique ne paraît pas toujours suffisante. Dans le cas d'un CHU, « il faut combiner trois logiques : la logique clinique, la logique de gestion mais aussi la logique universitaire. »

Le pragmatisme

Dans la constitution des pôles, les établissements veulent privilégier le volontariat et l'expérimentation.

- ❖ Le **volontariat** est hautement affirmé. C'est la notion de « **vouloir vivre ensemble** » qui ressort par exemple, à partir d'un recensement des souhaits de chefs de service
 - ◆ « La mise en pôles ne peut pas se faire de façon volontariste en environnement public »
 - ◆ « Il faut favoriser les pôles naturels »
 - ◆ « Trop de rigidités pourraient freiner l'application »
 - ◆ « Les nouvelles dispositions ne doivent pas remettre en cause l'amendement liberté »

Si le volontariat est déterminant, il convient néanmoins de dépasser les rationalités diverses en présence. Ainsi est née l'idée du « **projet partagé de pôle** » qui doit permettre de « fédérer

les objectifs de chacun et de mutualiser les contraintes collectives ». Le chef de pôle propose un projet de pôle autour duquel doit naître le consensus.

❖ **L'expérimentation** est envisagée de manière quasi systématique.

Un établissement a certes planifié le passage en pôles en trois vagues, mais il paraît fort isolé.

L'emporte l'idée de progressivité de la mise en pôles via des « pôle test », « pôle vitrine », « pôle expérimental », susceptibles de générer un effet d'entraînement.

L'expérimentation devrait alors permettre de vaincre les résistances aux changements. Parfois cette démarche fait l'objet d'une définition d'un cahier des charges du pôle et d'un appel à candidature des premiers pôles volontaires.

« Créer des vitrines pour susciter l'adhésion »

Exemples de pôles cliniques et médico-techniques :

- *Pôle Urgences/Réanimation*
- *Pôle Chirurgie/Anesthésie*
- *Pôle Vasculaire*
- *Pôle Cancérologie/Infectiologie*
- *Pôle Mère/enfant*
- *Pôle Médecine polyvalente gériatrique*
- *Pôle dépendance/Maintien de l'autonomie*
- *Pôle Imagerie/Rééducation fonctionnelle/Médecine nucléaire/Explorations vasculaires/Pharmacie/Laboratoires/Stérilisation/Hygiène.*

Exemples de pôles administratifs :

- *Un Pôle Ressources regroupant : Finances, SIH, DRH, Logistique et Ingénierie/Travaux*
- *Un Pôle qualité et gestion des risques regroupant : Clientèle/Offre de soins/Affaires juridiques, Qualité des soins et démarche d'accréditation et risques.*

3) Nombre de pôles

Ce nombre dépend évidemment dans une large mesure de la **taille de l'établissement**. Il est par ailleurs **rarement fixé à ce jour**, bon nombre d'établissements ayant pris le parti de lancer une expérimentation pour un nombre restreint de pôles volontaires et soumettant sa généralisation au caractère probant des premiers résultats à venir.

L'ambition de la plupart des établissements consultés est de parvenir à une généralisation de l'organisation par pôles. La variable, c'est l'échéance qu'il se donnent pour y parvenir : entre le volontarisme des uns et le pragmatisme affiché des autres. Beaucoup insistent sur la nécessité d'aboutir à un nombre limité de pôles : autour de dix dans une grande moyenne (Un peu moins pour les CH, un peu plus pour les CHU). Chacun s'accorde à penser que l'exercice

est difficile et qu'il s'agit de « dépasser des montagnes d'habitudes en termes de cloisonnement des activités ».

4) Organisation

a) L'organisation et la responsabilité du pôle

Tous les établissements précisent que **le responsable de pôle sera un médecin** (à l'exception d'un établissement qui placerait à la tête du pôle un cadre soignant afin de traduire la compétence principale attendue du pôle : la gestion du personnel non médical).

L'organisation de la responsabilité du pôle s'organise

- ❖ soit dans le cadre d'un **binôme** limité au « directeur médical du pôle » et au cadre soignant (sans la présence d'un cadre administratif mais dans cette hypothèse est nommé un référent administratif).

Le chef de pôle a la mission de management (stratégie, gestion) du pôle. Le cadre soignant a la mission de gestion opérationnelle du pôle (ressources humaines et matérielles).

- ❖ soit dans le cadre d'un **triumvirat** (modèle dominant) : médecin, cadre soignant, cadre ou adjoint des cadres administratif, transposant en quelque sorte le triumvirat que certains voient à la tête de l'établissement (directeur, président CME, DSSI),

Cependant ces postes administratifs n'existent pas aujourd'hui dans l'effectif, c'est une fonction à créer, qu'on ne cerne pas bien encore : un ou plusieurs directeurs adjoints référents, qui seront les correspondants du pôle, ou des cadres délégués. Beaucoup de directeurs hésitent à mettre en place une administration de pôle : « il ne faut pas que cela nous coûte plus cher que cela nous rapporte ! »

Il est compris par tous que le chef de pôle doit être assisté dans ses fonctions :

« Le temps médical est précieux, il ne faut pas le gaspiller. Il est déjà difficile de trouver des candidats au bureau de la CME. Les médecins n'ont pas d'appétence pour le travail administratif. Ce qui importe c'est de mettre en place, au niveau des pôles, la pluralité de vision et le dialogue qu'on essaye de pratiquer au niveau de l'établissement. »

b) La désignation du responsable de pôle

Certains soulignent qu'il faut « du courage pour être chef de pôle ». En effet, « le chef de pôle devra être à la fois consensuel et suffisamment leader pour rassembler, arbitrer et décider » dans un contexte riche en querelles de territoire et en rivalités.

- ❖ **Le responsable de pôle doit-il être chef de service ?**

La plupart des établissements envisagent de désigner le responsable de pôle parmi les chefs de service, car ils ont une vraie légitimité du fait de leur expérience.

Cependant, se pose la question du temps qu'ils pourront consacrer à cette action.

❖ **Le responsable de pôle doit-il être élu ?**

- ◆ « Oui par les praticiens du pôle », répondent certains
- ◆ « Non, il doit générer un consensus sur sa personne » répondent d'autres,
- ◆ « De toute façon, c'est moi qui le nommerait » insiste un directeur général,
- ◆ « Ce sera un mix de plusieurs modes de désignation au cas par cas » conclut un autre directeur général.

D'une manière générale, les établissements ne souhaitent pas qu'il y ait une liste nationale pour la nomination du chef de pôle.

En revanche, la définition d'un profil de poste permettrait d'objectiver le choix du responsable de pôle.

La désignation par cooptation est très généralement privilégiée : les PH du pôle proposeront un candidat, la CME et le CE émettront leur avis. Ce sera une nomination conjointe du Président de CME et du Directeur.

Le choix doit être consensuel, « le responsable de pôle doit être adoubé par ses confrères sur des critères de compétence et de motivation ». Le plus souvent, ce sont des chefs de service ou de secteur, à vocation de manager qui sont pressentis. Les candidats ne sont pas si nombreux et en général implicitement connus, même si les nominations ne sont pas formalisées. Certains entendent conditionner les candidatures à la présentation d'un projet d'organisation et de fonctionnement médical.

L'antériorité d'une expérience (CHU) a induit une organisation très précise : le « directeur de pôle » dispose d'une double légitimité, au plan médical il est élu par ses pairs (l'ensemble des médecins du pôle) et au plan de ses responsabilités de gestion il est nommé par le Directeur général et dispose de délégations liées à l'existence d'un centre de responsabilité prévu par la loi de 91. S'appuyant sur un cadre soignant et un cadre administratif, il est responsable de l'ensemble des compétences médicales, médico-techniques et soignantes affectées au Pôle.

Il arrive que dans un établissement déjà organisé en pôles, ayant commencé par constituer des conseils médicaux de pôle, la collégialité du conseil freine les candidatures aux fonctions de chef de pôles.

« Etre plusieurs rassure, la complexité de la tâche effraie...C'est très contradictoire : les médecins ont envie de prendre des responsabilités mais ils ont peur de se « planter » et d'être évalués par leurs pairs.

Il leur faut entrer dans la spécificité non seulement du fonctionnement administratif, mais du travail médical des autres, apprendre l'organisation médicale inhérente à ces métiers, ce qui pose la question de leur compétence. »

d) Rôle du conseil de pôle

Pour certains, le rôle du conseil de pôle reste celui du conseil de service. Il doit permettre l'expression des personnels. Certains escomptent qu'il aide à légitimer certaines mesures face aux syndicats qui ont voie délibérative dans les instances de l'établissement.

Ailleurs il tend à se limiter au collège médical.

Dans tous les cas il est perçu comme un élément de démocratie participative, un contre-pouvoir face au responsable de pôle, qui ne doit pas se poser en "super-mandarin". C'est un élément liant du dispositif.

5) Outils de gestion

Tous voient la nécessité de renforcer leurs outils de gestion et leur système d'informations pour s'adapter à un autre mode de gestion et de management. Il est clair que la mise en œuvre de la T2A et de la gestion déconcentrée exigera dans un premier temps un investissement important, avant de répondre à son objectif de maîtrise des dépenses hospitalières.

« Des ressources sont à créer, qui accroîtront les charges d'administration générale, mais c'est un passage obligé pour faire vivre la T2A ».

D'une façon générale, la mise en place d'outils de gestion dédiés aux pôles est considérée comme étant très en aval de la réflexion sur la constitution des pôles, et donc reportée à des échéances plus éloignées. La mise en place d'outils de gestion ne constitue un pré requis que dans des cas particuliers.

Les établissements jugent leur **comptabilité analytique** insuffisamment avancée pour permettre une déclinaison par pôles d'activité.

« L'établissement s'est doté de contrôleurs de gestion, mais qui ne disposent pas des outils appropriés »

« Réaliser un audit de gestion avant de définir l'objet de la délégation. »

Par ailleurs, la consolidation budgétaire au niveau des pôles pourra elle-même être source de difficultés, dans le cas où seront regroupées activités rémunérées via la T2A et activités hors périmètre T2A.

« Il sera nécessaire de réinventer le budget du pôle ».

Des tableaux de bord périodiques sont déjà opérationnels dans quelques établissements.

« Il y a d'ores et déjà des outils qu'on pourrait mieux utiliser...Il faut que les médecins y voient leur intérêt. »

L'objectif est de se donner des éléments d'objectivation et d'analyse commune sur la base d'indicateurs partagés : « développer la transparence, savoir ce que l'on fait et comment on le fait. Sans alourdir ni bouleverser les procédures. Et en consommant le moins de temps possible ! »

6) Contractualisation

La maturation du processus de contractualisation en est aujourd'hui à des stades extrêmement variés selon les établissements.

Comme pour la plupart des sujets de réflexion ayant trait aux pôles d'activité, les CHU semblent plus avancés que les centres hospitaliers, notamment dans l'élaboration de référentiels de gestion clarifiant les différents points de contractualisation.

D'une façon générale, il est acquis que **les contrats doivent fixer**

- ❖ des objectifs (d'activité, de recherche, de qualité...)
- ❖ des moyens (marges de manoeuvre par fongibilité des crédits, opportunité de décider des achats, des recrutements, ...)
- ❖ un dispositif d'indicateurs et d'évaluation des résultats.

Les **projets de contrats** recouvrent des réalités et des préoccupations très diverses :

- ❖ Transfert de compétences très larges sur la base d'un projet partagé
- ❖ Aller au bout de la logique de déconcentration / décentralisation managériale
- ❖ Délégation de gestion : RH, achats, hôtellerie, prise en charge des malades
- ❖ Formation, remplacement, dépenses groupes 2 et 3
- ❖ Règlement pragmatique d'une difficulté rencontrée au quotidien

Pour refléter la grande variété de contexte et de nature entre les différents pôles d'un même établissement, l'idée est parfois de proposer des **contrats modulables** :

- ❖ Un CCAG commun (« charte d'organisation des pôles »),
- ❖ Des CCAP propres à chaque pôle.

La réflexion sur la **contractualisation interpôles** (entre pôles de soins et pôles prestataires des pôles de soins) n'en est généralement qu'à ses prémices. Des travaux sur le sujet, s'appuyant sur une comptabilité analytique déjà très développée, sont en cours dans un CHU (logique client/fournisseur entre les différents pôles, avec engagement de qualité et d'économies).

a) Délégation/Déconcentration

Beaucoup préfèrent parler de déconcentration plutôt que de délégation, qui inquiète aussi bien la direction que les médecins.

« La délégation, c'est ce qui fait peur aux médecins, qu'on leur dise " on vous donne une enveloppe, débrouillez vous avec, faites une sélection des patients " »

« La délégation pose énormément de problèmes y compris au plan juridique. Nous prévoyons que le directeur conserve son rôle d'ordonnateur des dépenses. Il fixera avec le responsable de pôle des objectifs en termes économiques dans le cadre d'une enveloppe budgétaire et n'interviendra pas en matière d'opportunité tant que le contrat sera respecté. Ainsi cela pourrait fonctionner. »

Cependant tout ne peut être délégué aux pôles.

Certains comptes semblent assez faciles à déconcentrer et stratégiquement aidants pour les directeurs : le groupe 2 et une partie du groupe 3. En revanche, pour le groupe 1, en dehors de quelques mensualités marginales de remplacement d'été, et pour le groupe 4, il n'en est

jamais question, car ces dépenses représentent des enjeux trop importants pour les établissements.

b) Intéressement

L'**intéressement** est parfois abordé dans la contractualisation, principalement sous la forme d'un intéressement collectif.

Les établissements interrogés soulignent qu'il faut trouver des leviers d'intéressement pour positiver l'expérience, que le chef de pôle trouve un intérêt matériel à consacrer du temps et de l'énergie à la gestion ; sinon les promoteurs craignent une démobilisation, comme cela s'est produit pour les budgets de service.

Cela implique de pouvoir dégager des moyens supplémentaires en fonction des contrats d'objectifs. Sous réserve d'une maîtrise suffisante des outils de pilotage, certains pensent que la T2A pourra permettre une relance par l'offre : « dans la mesure où l'activité générée couvrira les charges supplémentaires, on pourra recruter une IDE pour développer une activité nouvelle. »

Quelques uns prévoient d'assortir l'intéressement d'une évaluation des conditions de ce résultat en termes de qualité, ainsi que d'un processus de redistribution interne dans le cadre de la T2A :

« ce n'est pas parce qu'une activité dégage des ressources qu'elle va récupérer tous les moyens. En tant que service public, nous avons des missions fondamentales à assurer, même si elles sont déficitaires ».

7) Incidences sur les directions fonctionnelles

La déconcentration des compétences devrait s'accompagner d'un transfert des moyens humains mais la plupart des établissements n'ont pas les ressources suffisantes en hommes (et femmes bien sûr).

Les établissements envisagent souvent d'organiser l'équipe de direction de manière matricielle à savoir que les directeurs adjoints se partagent les pôles en qualité de référents.

La désignation au sein de la direction d'un adjoint en charge des pôles (en l'espèce, « un directeur des départements ») afin que les responsables de pôles disposent d'un « guichet unique » se rencontre rarement.

La création d'un pôle médico administratif regroupant les directions de l'établissement et le DIM a pu être envisagée voire l'organisation de la direction de l'établissement en pôles.

Les hôpitaux ont encore du mal à appréhender la charge de travail que génèrent le suivi et l'assistance à la gestion des pôles et les redistributions de tâches qui s'ensuivront.

« De même que les médecins responsables de pôle seront amenés à s'impliquer dans la gestion, des directeurs fonctionnels délégués auprès des pôles seront amenés à partager des responsabilités de terrain. »

Ce qui dans un CHU est pressenti comme une révolution culturelle (passage d'un concept d'autorisation par l'administration à un concept d'audit par celle-ci vis à vis des pôles) est relativisé ailleurs :

« nous avons des directeurs référents géographiques. Pour l'instant, nous ne souhaitons pas aller plus loin, nous ne prévoyons pas de cadre administratif ni de décentralisation de gestion au niveau du pôle : des échanges au moins mensuels, avec une information régulière sur l'activité et les dépenses, seront déjà un grand progrès par rapport à ce qui existe, une première base de dialogue et de responsabilisation. »

8) Pilotage et accompagnement

Dans les faits, le pilotage du projet est souvent laissé à la seule charge du **binôme directeur / président de CME**, même lorsque le conseil exécutif est déjà en place. Peu de comités de pilotage sont constitués. En revanche, des séminaires de réflexion, parfois animés par des intervenants extérieurs, sont organisés dans plusieurs établissements. La chefferie de projet peut être confiée à un membre du comité de direction en charge de la stratégie ou des projets d'organisation. L'embauche d'une ressource ou l'appel au support d'une ressource externe est quelquefois évoqué.

Quelques initiatives de « benchmarking » ont été menées ou sont engagées, **beaucoup attendent avec intérêt le colloque du 12 juillet.**

Des initiatives originales de représentation des partenaires sociaux au sein du comité de pilotage ont pu être relevées. Elles présentent le double avantage de faciliter l'adhésion des syndicats, mais aussi de permettre une réflexion sur la place des syndicats dans la nouvelle organisation par pôles.

Afin de réduire les peurs et les résistances au changement, nombre d'établissements ont conscience de la nécessité :

- ❖ d'un **programme de formation des médecins et des soignants**,
- ❖ d'un accompagnement particulier des futurs chefs de pôle voire de coaching à leur intention.

Mais peu d'établissements l'ont lancé.

Rôle du DIM

« Le DIM est un élément clef du dispositif. Il est très impliqué, on le sollicite énormément. Élément moteur de l'information médicale, il fournit les éléments d'activité qui éclairent les choix stratégiques et apparaît de plus en plus comme l'interface obligée entre la production médicale et la gestion administrative. »

« Il a un rôle essentiel de gestion et d'alerte qui sera encore renforcé avec la T2A. »

Souvent partie prenante au CE, il est parfois positionné comme direction fonctionnelle ou élément structurant d'un pôle médico-administratif en émergence.

« On a pensé à l'installer dans les locaux de la Direction, à côté du Président de la CME, pour regrouper notre potentiel d'analyse de gestion médico administrative ».

9) Questionnements et difficultés

Des problèmes relationnels et architecturaux sont souvent identifiés, mais rarement ressentis comme des freins insurmontables. Localement les relations sont plutôt bonnes. Il existe globalement, une bonne volonté de la part des médecins et des directeurs.

« Nous avons envie que le temps et l'énergie engagés dans cette réforme soient suivis d'effets.

Avec la T2A, l'hôpital doit changer en profondeur, s'organiser différemment. L'avenir de l'hôpital passe par cette réforme, pour pouvoir en maîtriser les dérives possibles, mobiliser les troupes. Ce sont des enjeux très forts pour tout le monde. »

a) Rareté du temps médical

Le manque de temps disponible (le temps médical surtout) est en revanche une contrainte forte, limitant la mise en œuvre des réformes.

« Au niveau local nous n'avons pas de problèmes, pas d'entraves. Mais on manque de bras. Les chantiers à mener sont très lourds et nous ne sommes pas très nombreux... Une autre difficulté est de trouver le temps et les moyens de former les médecins à la gestion des pôles. Ils reconnaissent aujourd'hui leur besoin de se former, mais où, quand et comment pour que ce soit compatible avec leur travail de médecin ? »

« Le temps, c'est ce qui nous manque à tous. C'est antinomique avec la valorisation de l'activité : si la gestion occupe la moitié du temps de 10 chefs de service, c'est l'équivalent de 5 praticiens qui ne produiront pas. Tout le monde est aujourd'hui à saturation ! Il y a un encore un énorme investissement de conviction à mener. Comment trouver dans nos agendas les centaines d'heures nécessaires ? »

« On ne peut pas espérer une participation forte du corps médical à la gestion, développer son niveau de responsabilité et d'intervention sans évoquer la question du temps médical. Déjà, le Président de la CME consacre plus de la moitié de son temps à la Présidence ; pour peu qu'il ait des responsabilités régionales et nationales, on se voit entre deux avions... La T2A et la gouvernance vont apporter un niveau de complexité supplémentaire, avec des mesures éventuellement impopulaires. Il faut qu'un Président de CME ait les moyens de sa politique, comme une dispense totale d'activité, un poste à temps plein avec maintien d'une petite activité clinique. Il ne s'agit pas de revenir sur le projet de Directeur médical : je préfère un médecin qui ait une légitimité plutôt qu'une légalité ; ce rôle d'animateur, de conciliateur, de contrôle ne peut résulter que de l'élection. Mais il y a une réflexion de fond à tenir sur le temps médical si l'on veut réellement mettre en œuvre ces réformes : sinon la T2A et la gouvernance buteront sur l'impossibilité du temps médical requis pour les mettre en place : on aura des situations de blocage et des problèmes pour recruter. »

Le besoin d'aide méthodologique et d'outils pédagogiques concernant la mise en place de la contractualisation est rappelé.

b) Pôles d'activité et services

La coexistence des pôles et des services est souvent discutée « les chefs de services sont attachés à leurs prérogatives et supporteraient mal de ne pas être responsables de pôles », et le maintien des services paraît problématique.

Cependant, il semble difficile aux personnes interrogées de supprimer les services dans un laps de temps réduit, d'autant qu'elles réaffirment la légitimité médicale des services, tant dans les CHU (car liés à l'enseignement des spécialités) que dans les centres hospitaliers (car liés à des réseaux de médecins locaux).

En pratique, il est intéressant de noter que si un seul des établissements audités a supprimé les services, et ce à l'occasion d'une fusion, l'échelon du service lui fait aujourd'hui défaut en matière de compétence médicale. Il a maintenant le projet de nommer des responsables de protocoles, sans rétablir les services, car la compétence médicale du responsable de pôle ne peut couvrir l'ensemble des activités du pôle.

Pour certains établissements, il a ainsi semblé important de consulter les chefs de service en amont de la définition des pôles, à la fois pour recueillir une vision proche du terrain et pour favoriser leur adhésion.

D'une façon générale, **un long travail de deuil des services est à prévoir** (intérêt de l'expérimentation, période transitoire de maintien de services...), mais une majorité d'établissements n'a pas clairement défini sa façon d'aborder concrètement la question.

L'œuvre naturelle du changement de génération semble être pour certains un levier de changement efficace, les « anciens » chefs de service étant de fait les plus attachés à cette notion.

c) Autres difficultés mentionnées

- ❖ Si le regroupement des activités médico-techniques semble souvent naturel, la constitution d'un pôle médico technique unique dans les établissements de taille réduite crée des difficultés liées à la mutualisation de ressources très spécifiques.
- ❖ La petite taille d'un établissement peut limiter la pertinence des pôles (idée récurrente d'une masse critique à atteindre pour rendre applicable la mutualisation et les économies d'échelle).
- ❖ La simultanéité de l'entrée dans la T2A rend la réforme complexe à gérer à court terme.
- ❖ L'un des établissements souligne la nécessité de clarifier les responsabilités liées à l'utilisation des fonds publics avec la mise en place de la déconcentration. Si une délégation de pouvoir est accordée au chef de pôle, il ne peut être nommé conjointement par le directeur (ayant pouvoir) et le président de CME.

d) Perspectives d'évolution, réflexion et commentaires

Il faudra se méfier d'une balkanisation de l'hôpital, éviter que se (re)constituent des féodalités : « La logique de pôles est plus large que la logique de murs : elle ne doit pas servir à recréer des petits empires. »

Les hôpitaux ont exprimé dans leur très large majorité une forte attente envers le Ministre, dont ils souhaitent qu'il confirme l'anticipation. Ils estiment que le retour en arrière n'est pas possible.

« L'un des intérêts du plan hôpital 2007 était de fixer un horizon temporel, une « dead line » assez proche qui permettait de faire pression sur les résistances : il y a toujours des gens qui ne veulent pas travailler ensemble. Si l'obligation tombe, il sera plus difficile de les motiver. »

« Nous attendons du Ministre un message fort pour conforter les démarches locales, convaincre ceux qui sont encore en attente, les détracteurs. Nous avons besoin d'un positionnement national ferme, non seulement sur la poursuite de l'expérimentation, mais sur la mise en oeuvre effective des pôles au 1er janvier 2006. »

Pour autant, les personnes interrogées demandent que les règles de la mise en place de la nouvelle gouvernance ne soient pas trop rigides, pour ne pas brider les appropriations locales de ce nouvel exercice de management, garder l'esprit plutôt que la lettre.

Cette période est à conduire avec pragmatisme et énergie.

« Nous sommes en marche, les adaptations et développements sont en cours, ne pas perdre le cap, ne pas être découragés mais faire progressivement et sans hâte».