

Le management de pôles à l'hôpital

Regards croisés, enjeux et défis

Sous la direction de
Thierry Nobre et Patrick Lambert

Préface de Guy Vallet

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-058963-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Guy VALLET

AU PREMIER OCTOBRE 2011, les pôles d'activité cliniques et médico-techniques n'ont pas atteint leur pleine maturité, constate le ministère de la Santé¹ : « Si 77 % des établissements se sont bien organisés en pôles, seuls 21 % disposent de contrats de pôles en cours. » La DGOS², auteure de ce recensement, conclut : « Les délégations de gestion restent insuffisamment développées, un effort de pédagogie et de formation est nécessaire... »

Les ordonnances³ qui ont créé les pôles datent pourtant de mai 2005. Pourquoi aura-t-il fallu sept ans pour constater un tel retard alors même que toute l'histoire hospitalière, depuis la loi de 1970⁴, prépare à cet effort de rationalisation de la gestion des hôpitaux ?

C'est ce que va tenter de résoudre cet ouvrage collectif. Il ne faudrait pourtant pas le mettre entre toutes les mains, les âmes sensibles au conservatisme doivent s'abstenir de le feuilleter, elles risquent de perdre les signes extérieurs de leur pouvoir.

La question de la modification de l'organisation en pôles s'inscrit dans un vaste mouvement managérial de subsidiarité. Il ne s'agit donc pas d'une révolution mais plutôt d'un changement de paradigme : il est nécessaire de s'adapter à des acteurs de plus en plus sensibles à leur capacité à ne pas laisser à d'autres le soin de décider pour eux. Dès lors

1. Connexion Santé-Solidarité, novembre 2011, n° 151.

2. Direction générale de l'organisation des soins.

3. L'ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé est publiée le 2 mai 2005. Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée des pôles d'activité.

4. La promulgation de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière instaure la carte sanitaire, crée le service public hospitalier (SPH) et les groupements et syndicats inter hospitaliers.

les responsables ont le devoir d'être à la hauteur d'un enjeu majeur de cette nouvelle forme de gouvernance : être capables de diriger « à la confiance ».

POURQUOI AVOIR MODIFIÉ LE MODE D'ORGANISATION DE L'HÔPITAL ?

Les raisons de ce profond changement du management sont nombreuses mais il paraît certain que la principale se trouve dans une vision systémique des réformes de l'époque :

- mise en place d'un système d'accréditation/certification destiné à développer les bonnes pratiques et à garantir la qualité des soins ;
- mise en place d'un nouveau système de tarification, la T2A, basée sur l'activité, censée être rémunérée de manière identique dans le secteur libéral et le secteur public ;
- lancement d'un chaînage du parcours de soins des patients, mais aussi d'une organisation de l'activité de soin au travers des SROS⁵ destinés à définir les missions des opérateurs publics et privés sur les territoires ;
- rénovation des bâtiments hospitaliers souvent obsolètes (plan hôpital 2007).

La volonté d'associer les acteurs de terrain afin de leur permette de prendre part à la réussite de ces réformes a été une constante. La subsidiarité, c'est, avant tout, la capacité d'imaginer que le « N » est capable de faire mieux que le « N+1 » parce que la décision qu'il prendra sera plus proche du terrain et moins sujette à la question de l'asymétrie de l'information, si réelle dans le monde hospitalier. Ce principe nécessite un capital de confiance entre les décideurs « de base » et le « top management » que, manifestement, peu de responsables ont su mettre en place.

TROIS LOGIQUES SE SUPERPOSENT A L'HÔPITAL : LA MÉDICALE, L'UNIVERSITAIRE, LA GESTIONNAIRE

La logique médicale gouverne le colloque singulier médecin/malade. Cette logique est celle qui prévaut, depuis la mise en place du « temps

5. Schéma régional de l'organisation des soins.

plein », et conduit à la spécialisation des services : les pratiques médicales évoluent en permanence et, en s'affinant, aboutissent à une prise en charge toujours plus pointue des pathologies à traiter. Cette logique a eu pour conséquence de multiplier le nombre des services, en général limités à quatre dans les années 1950 (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et psychiatrie), pour aboutir à plus de 120 dans un CHU important. Cette logique prévaut et a souvent servi de modèle dans la première génération de constitution des pôles d'activité médicale en appareillant les services en fonction des pathologies à prendre en charge. Elle ne doit jamais être perdue de vue ni décriée, il y va de la qualité des soins.

La logique universitaire est celle de la discipline qui permet la transmission compagnonnique de cet art qu'est la médecine. Elle nécessite de prévoir une organisation capable d'un enseignement de qualité. Elle suppose aussi que les activités de recherche soient prises en compte. Le découpage polaire peut être une véritable opportunité dans les CHU très en pointe en matière de recherche. Elle a conduit à revoir certains découpages pour une performance accrue, par exemple au CHU de Lille.

La logique de gestion répond à d'autres préoccupations puisqu'elle part du principe que le regroupement favorise la mutualisation, donc l'efficacité. Il y a, par là-même, une antinomie frontale entre la logique médicale qui « sur-spécialise » et balkanise, et celle de gestion, qui prétend regrouper au maximum. L'échec des tentatives précédentes de regroupement en départements ou fédérations venait de cette difficulté à trouver une matrice de réconciliation.

La mise en place des pôles ne pouvait donc pas échapper non plus à cette opposition conceptuelle. La chance actuelle de réussite vient du fait que la sur-spécialisation médicale a fini par aboutir à une obligation accrue de concertation multidisciplinaire, notamment dans le domaine de la cancérologie. L'opportunité est donc réelle, aujourd'hui, d'arriver à concilier toutes ces logiques pour le plus grand bien des patients.

L'OBLIGATION DE FAIRE DES RECETTES

La plus grande modification conceptuelle des réformes engagées, depuis Jean-François Mattei, est le changement de paradigme de gestion que représente la mise en place d'une obligation de faire des recettes.

La dotation globale avait cette vertu de garantir, peu ou prou, un volant de recettes qui nécessitait, en retour, pour le directeur de l'hôpital et ses équipes, d'être attentif aux économies à réaliser. Son problème

principal, et c'est comme cela qu'il était formé à l'EHESP, était la partie « dépenses » de son budget.

Dès lors qu'il faut maintenant, de surcroît, se préoccuper de trouver des parts de marché supplémentaires, ou, à tout le moins, ne pas en perdre, le directeur est contraint de travailler avec le corps médical, devenu le passage obligé de la dynamique entrepreneuriale qu'il doit mener.

Ce changement important de stratégie bouleverse le management : les soignants prennent conscience qu'aucun acte ne saurait être dispensé gratuitement et les directeurs qu'il convient de renforcer le sens de la responsabilité des acteurs s'il veut que pas un patient n'échappe à la facturation.

Il est remarquable de constater que, dans les établissements hospitaliers qui ont laissé aux chefs de pôles une certaine marge de manœuvre, les premières embauches ont été celles de TIM (technicien d'information médicale) destinées à optimiser le codage et donc les recettes. De même, certains directeurs ont décidé de transférer, quand c'est physiquement possible, la fonction « bureau des entrées » aux pôles, en l'accompagnant des personnels administratifs correspondants.

LES ACTEURS DOIVENT ÊTRE À LA HAUTEUR DE L'ENJEU AU RISQUE DE SUBIR UNE CRISE IRRÉMÉDIABLE

La raréfaction des postes de directeurs est inéluctable car nécessaire dans la mesure où le métier s'est modifié au regard des réformes successives. Le directeur d'aujourd'hui n'est plus le spécialiste d'hier, il est devenu un manager qui sait jouer de toutes les stratégies possibles pour résoudre les contradictions de toute entreprise de service public confrontée à la concurrence.

Les spécialistes en finances, informatiques, achats ou ressources humaines ont des formations qui leur sont spécifiques et, si le directeur, dans son cursus, se doit d'avoir fait ses preuves dans un de ces domaines, sa fonction de dirigeant sera celle d'un généraliste sachant imposer son professionnalisme par son charisme, son sens de la concertation, son habileté à enthousiasmer les équipes, plus que par sa technicité.

De là l'impérieuse nécessité, pour l'EHESP, de créer rapidement cette fameuse « école de guerre » destinée à former ceux qui auront été repérés comme disposant d'un potentiel de management de haut niveau, et ce, quelle que soit leur formation initiale.

Le constat fait par l'IGAS dans son rapport de février 2010 est celui d'une frilosité certaine de la part des personnels de direction quant à

la nécessité des délégations de gestion⁶. Les motifs avancés par les responsables tournent tous autour de l'idée que le corps médical n'est pas en mesure de gérer, qu'il ne le souhaite pas, qu'il n'en a pas le temps ou pire, qu'il va utiliser ce pouvoir pour s'en servir. Peu de directeurs, à cette période, ont compris qu'il s'agit surtout de jouer le transfert de contraintes et de parier sur l'intérêt à agir des acteurs concernés.

L'adaptation des médecins aux problématiques de gestion est évidemment tout aussi indispensable. La réglementation a d'ailleurs prévu une formation obligatoire qui se met en œuvre avec un certain succès. Le temps moyen consacré à son pôle par un chef de pôle oscille entre une demi-journée et près de trois jours par semaine. Il dépend, pour beaucoup, des moyens humains dont il dispose pour gérer son pôle et de sa capacité personnelle à déléguer.

L'arbre de commandement voulu par la loi « HPST⁷ » est aujourd'hui totalement clarifié : le gouvernement nomme les ARS qui interviennent fortement dans la nomination des directeurs, lesquels désignent les chefs de pôle. Si un dysfonctionnement survient, les responsabilités sont clairement établies, à la condition que chacun prenne ses responsabilités : si un chef de pôle n'est pas à la hauteur de ce qui est attendu, il doit être démis. Il n'est pas jugé sur ses qualités de médecin mais de gestionnaire.

Le corps médical est donc attendu mais la réforme ne réussira que si un certain nombre de pré-requis sont en place. Ils se nomment : intérêt à agir reconnu, système d'information décisionnel décentralisé permettant des tableaux de bord adaptés aux souhaits des chefs de pôle, compétence de l'équipe administrative de pôle en nombre suffisant, réelle mise à disposition de moyens correspondants aux charges transférées, acceptation des directeurs « métiers » de leur nouvelles fonctions, formation continue adaptée aux enjeux réels de cette déconcentration de gestion.

Les directeurs de soins et l'encadrement soignant ont eux aussi un rôle majeur dans le dispositif. Les directeurs de soins ont d'ores et déjà, pour la plupart, compris qu'ils ne sont plus les supérieurs hiérarchiques de personnels soignants dont le chef de pôle est le vrai patron. Pour autant, ils ont un rôle majeur dans la prise en charge du patient et l'ensemble de la qualité des soins dispensés. Cette reconversion anoblit leur fonction et les positionne dans le « top management » de l'établissement. Ils

6. ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*. Rapport IGAS, février 2010, n° RM2010-010P, www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246/

7. Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire », n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

ont également la vocation de détecter les talents de celles et ceux qui prendront ensuite des responsabilités dans les pôles.

Les cadres infirmiers, notamment les cadres supérieurs, responsables des pôles, sont certainement les principaux gagnants de cette nouvelle organisation : ils ont la charge du quotidien du patient et en ont, si toutes les conditions en sont requises, les moyens de par leur formation dans les écoles de cadres. Ils sont le garant du système.

MÊME SI D'AUTRES RÉFORMES SONT ATTENDUES, IL N'Y AURA PAS DE RETOUR EN ARRIÈRE SUR L'ORGANISATION POLAIRE

La nouvelle organisation n'est pas encore arrivée à maturité mais, d'ores et déjà, il n'y aura pas de retour en arrière tant la mise en place des pôles correspond finalement à une synthèse des aspirations des personnels dans leur ensemble.

Les différents articles que vous allez découvrir permettent de mettre en perspective un hôpital qui sera plus performant parce que plus habité d'une volonté partagée de réussite.

L'hôpital existe depuis des siècles et il n'est pas près de disparaître. Il a toujours su s'adapter aux rigueurs de son temps tout en étant une sorte de baromètre de la qualité de vie des « citoyens-soignés » mais aussi des « citoyens-soignants ». Gageons que dans quelques années, à la prochaine réforme, les IGAS de l'époque pourront faire le constat que cette organisation polaire aura été une vraie amélioration dans la vie des uns et des autres.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Santé, de l'Emploi et du Travail (2011). *Connexion Santé-Solidarité*, n° 151.

ZEGGAR H., VALLET G., TERCE-RIE O., (2010). *Bilan de l'organisa-*

tion en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport IGAS, février 2010, n° RM2010-010P, www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246/

Guy VALLET
Inspecteur général des affaires sociales

Sommaire

<i>Préface</i>	III
GUY VALLET	
<i>Liste des auteurs</i>	XIII
<i>Introduction. Le management de pôles : regards croisés, enjeux et défis</i>	1
THIERRY NOBRE, PATRICK LAMBERT	

PREMIÈRE PARTIE

MANAGEMENT DE PÔLE ET TRANSFORMATION DE L'ORGANISATION

1. Quel (re)découpage pour les pôles ?	11
JIHANE BENDAIRA, GILLES CALMES, PIERRE-HUGUES GLARDON	
2. L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements	27
PHILIPPE DOMY	
3. La transformation et le management de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris	43
MIREILLE FAUGERE	
4. L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable	51
BERNARD DUPONT, JEAN-PIERRE DEWITTE, CLARISSE MENAGER	
5. Stratégie de l'hôpital et organisation en pôles, la nécessité d'une réflexion conjointe	71
MICHEL LOUAZEL, PATRICE LORSON	

DEUXIÈME PARTIE

LE MANAGEMENT DE PÔLES ET LES ACTEURS

- | | |
|--|-----|
| 6. Chef de pôle, quel type de manager pour l'hôpital de proximité ? | 89 |
| ÉDOUARD BICHIER, THIERRY NOBRE | |
| 7. De médecin à chef de pôle : les enjeux de l'accompagnement | 107 |
| EVA BATTAGLIA, AURÉLIE LEBRUN-LEGUERN, SYLVIE RACOUSSOT | |
| 8. Quelle place pour les médecins après la réforme polaire ? | 125 |
| THIERRY SABOUNTCHI | |
| 9. Management des pôles : une nouvelle place pour les cadres ? | 145 |
| VÉRONIQUE ANATOLE-TOUZET, ELISABETH GLOAGUEN | |
| 10. Les nouveaux métiers du management de pôle : le cas des directeurs délégués | 163 |
| TIMOTHÉE MANTZ | |

TROISIÈME PARTIE

CONTRACTUALISATION ET DÉLÉGATIONS

- | | |
|--|-----|
| 11. Délégation de gestion et cohérence institutionnelle | 179 |
| CHANTAL LACHENAYE-LLANAS | |
| 12. Vers une délégation de gestion approfondie | 199 |
| PHILIPPE JAHAN | |
| 13. Délégation et gestion des ressources humaines | 215 |
| OLIVIER RASTOUIL, MYLÈNE COULAUD, JEAN-MARC SOULAT | |
| 14. Pôles et management par l'intéressement : gadget ou réel intérêt à agir ? | 231 |
| FRÉDÉRIC LIMOUZY | |

QUATRIÈME PARTIE

REGARD INTERNATIONAL SUR LA DÉLÉGATION DE GESTION À L'HÔPITAL

15. Le centre hospitalier universitaire de Liège	251
POL LOUIS	
16. Gouvernance et gestion décentralisée	269
BRIGITTE RORIVE FEYTMANS, NICOLE ROSSET, ISABELLE PEYROT PER- DRIZET, BERNARD GRUSON	
<i>Conclusion</i>	289
THIERRY NOBRE	
<i>Table des matières</i>	295

Liste des auteurs

LES COORDONNATEURS

Thierry NOBRE est professeur des universités en sciences de gestion à l'E.M. Strasbourg où il dirige un *Executive MBA* en management hospitalier. Il est également directeur du laboratoire HuManiS (*Human and Management in Society*) dans lequel il anime l'axe de recherche « Performance et management hospitalier » et encadre des thèses sur le thème du management des organisations de santé. Il est en charge, depuis septembre 2011, de la chaire « Management des établissements de santé » de l'EHES-Institut du Management.

Ses recherches en management sur l'hôpital concernent la conduite du changement, le management stratégique et la performance. Ses travaux, publiés dans des revues académiques et professionnelles, reposent principalement sur une démarche de recherche-action réalisée en coopération avec des établissements en France et à l'étranger ; il intervient également comme consultant auprès d'organisations et de structures de santé. Il a été membre du collège des experts du conseil d'orientation stratégique chargé de l'élaboration SROSS III d'Alsace (schéma régional d'organisation sanitaire) et membre titulaire du collège des experts du Conseil régional de santé et de l'autonomie d'Alsace.

Directeur d'hôpital, Patrick LAMBERT a effectué la première partie de son parcours professionnel à l'AP-HP, où il a notamment exercé les responsabilités de directeur de l'Hôtel-Dieu de Paris puis de directeur de l'hôpital Saint-Louis.

Nommé auprès de la Haute autorité de santé comme secrétaire général, il a contribué à la mise en place de la nouvelle autorité publique indépendante. C'est ensuite en qualité de secrétaire général de la Fédération hospitalière de France qu'il a créé et organisé les premières éditions des « Rencontres du management de pôles ». Il a parallèlement, au cours de sa carrière, assuré de nombreux enseignements, notamment au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Fortement impliqué dans la vie associative des dirigeants hospitaliers, Patrick Lambert est administrateur de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH) et de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (adRHess). Il dirige actuellement le département des cadres dirigeants à l'AP-HP.

LES INTERVENANTS

Véronique ANATOLE-TOUZET, directrice générale, CHR Metz-Thionville.

Eva BATTAGLIA, chargée de projet ANAP.

Jihane BENDAIRA, directrice d'hôpital, adjointe au chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3), Sous-direction des ressources humaines du système de santé, DGOS.

Édouard BICHER, chef de pôle, centre hospitalier de Saumur, Professeur affilié, École des hautes études en santé publique.

Gilles CALMES, directeur d'hôpital, adjoint au directeur du Centre hospitalier de Saint-Quentin (02).

Pierre-Hugues GLARDON, directeur d'hôpital, chargé de mission gouvernance à la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1), DGOS.

Mylène COULAUD, cadre supérieur de santé, pôle enfants, CHU de Toulouse.

Jean-Pierre DEWITTE, directeur Général, CHU de Poitiers.

Philippe DOMY, directeur général du CHRU de Montpellier.

Bernard DUPONT, directeur Général, CHRU de Brest.

Mireille FAUGERE, directrice générale de l'AP-HP.

Elizabeth GLOAGUEN, coordonnateur général des soins, CHR Metz-Thionville.

Bernard GRUSON, directeur général, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Philippe JAHAN, directeur général du CH de Valenciennes.

Chantal LACHENAYE-LLANAS, directeur général adjoint du CHU de Bordeaux.

Aurélien LEBRUN-LEGUERN, chargée de projet ANAP.

Frédéric LIMOUZY, directeur du centre hospitalier de Grasse, membre du bureau de l'ADRESS.

Michel LOUAZEL, enseignant-chercheur, Institut du Management, EHESP.

Pol LOUIS, administrateur délégué du CHU de Liège.

Patrice LORSON, directeur, CH de Dreux.

Timothée MANTZ, DAF et directeur délégué de pôle, CH de Montreuil.

Clarisse MENAGER, chef de pôle Stratégie, CHRU de Brest.

Isabelle PEYROT PERDRIZET, directrice projets et qualité, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Dr. Sylvie RACOUSSOT, chef de pôle Activités Transversales et Ambulatoires, CH de Douai.

Olivier RASTOUIL, directeur des ressources humaines et des relations sociales, CHU de Toulouse.

Brigitte RORIVE FEYTMANS, directrice analyse médico-économique, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Nicole ROSSET, secrétaire générale adjointe, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Dr. Thierry SABOUNTCHI, président de la CME du CH de Valenciennes et membre du bureau de la Conférence nationale des présidents de CME de CH (mandature 2007-2011).

Jean-Marc SOULAT, chef de pôle santé, société, réadaptation, CHU de Toulouse.

Introduction

Le management de pôles : regards croisés, enjeux et défis

Thierry NOBRE, Patrick LAMBERT

PROJET DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage est une valorisation des travaux réalisés dans le cadre des « Rencontres du management de pôles » organisées depuis 2009 par la fédération hospitalière de France (FHF). De nombreuses contributions relatives à la mise en œuvre de pôles ont permis, durant ces trois premières éditions, d'apporter tout un ensemble d'informations et de connaissances et de favoriser les échanges sur cette problématique fondamentale pour la transformation des établissements hospitaliers. En effet, la mise en œuvre des pôles constitue un élément central de l'évolution du management à l'hôpital : souhaitée par le législateur, elle est également attendue par les différents acteurs hospitaliers pour favoriser l'adaptation du système hospitalier à son environnement. Nous ne reviendrons pas sur les enjeux de cette facette de la transformation de la gouvernance des établissements hospitaliers, la préface de Guy Vallet est suffisamment explicite et éclairante sur ce sujet. En revanche, il nous