

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 978-2-10-058188-7

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 PARTIEREGARD 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'ADRHES.

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 SABOUTCHI, 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

paraît nécessaire de préciser les objectifs et les options méthodologiques retenus dans le cadre de cet ouvrage collectif.

Les différentes contributions ont été choisies afin de permettre aux acteurs de la mise en œuvre des pôles d'apporter leur témoignage, leur réflexion et leur perception de cette transformation significative du management de/à l'hôpital. L'ouvrage donne ainsi la parole à ceux qui ont pour objectif et pour mission de traduire dans les faits la volonté du législateur et des tutelles. Il s'agit de faire le point, à un moment donné, sur la situation de la mise en place des pôles à partir du regard et de l'analyse des acteurs de terrain. Concrètement, à partir de communications présentées dans le cadre des « Rencontres du management de pôles », le défi a été lancé par les coordinateurs de l'ouvrage aux intervenants pour transformer ce qui était une première ébauche en une contribution à cet ouvrage collectif. Nous tenons à remercier les co-auteurs pour leur engagement dans ce projet malgré la lourdeur de leurs tâches compte tenu des postes clés qu'ils occupent dans leurs établissements.

Le parti pris de ce livre est de respecter la diversité des représentations. Plutôt que de rechercher une objectivité souvent soumise à suspicion, l'ambition est de viser une intersubjectivité croisée, qui permet de faire émerger la diversité des perceptions pour proposer une image respectant les différents contrastes de la réalité. Cela se traduit par la diversité des thèmes choisis, des établissements représentés (CHU, grands CH et établissements de taille moyenne) et des acteurs s'exprimant ici (directeurs, médecins et cadres). C'est l'ensemble de ces contributions qui permet d'appréhender la dynamique globale observable dans le processus de mise en place des pôles. Ainsi la lecture de l'ouvrage peut ne pas être linéaire, chacun en fonction de ses centres d'intérêt et de ses préoccupations lira les articles dans un ordre qui n'est pas forcément celui suggéré par les coordinateurs. En revanche, pour avoir une vision globale, les articles ne doivent pas être lus isolément car c'est la mise en résonance de ces différentes analyses et contributions qui donne du sens à la restitution proposée ici. Naturellement l'ouvrage n'a pas la prétention d'être exhaustif ni d'avoir épuisé le sujet, d'autres thématiques auraient méritées d'être développées et devront faire l'objet de travaux ultérieurs.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux qui sont concernés par cette mutation du management de l'hôpital :

- les différents acteurs des établissements, qui partagent les mêmes évolutions managériales, organisationnelles et stratégiques sans en avoir la même représentation, à qui il apportera une vision transversale et une meilleure compréhension des transformations auxquelles ils sont confrontés et des manœuvres dans lesquelles ils sont impliqués ;

- les chercheurs, qui disposent ici de l'expression des acteurs de terrain sur des phénomènes constituant de véritables objets de recherche en sciences de gestion ;
- les observateurs de l'hôpital et du système de santé qui souhaitent comprendre les évolutions en cours et appréhender les enjeux et les défis de ces organisations participant au bien être sociétal et individuel.

Sur le fond, à partir des différents retours d'expériences proposés par les contributeurs, l'objectif est de montrer comment les pôles ont été mis en place pour mieux comprendre les mécanismes de mise en œuvre. Il s'agit de retracer les divers cheminements pour expliquer la situation actuelle et, ainsi, mieux éclairer les choix à venir. Autrement dit, l'ambition est de décrire le « comment » et d'explicitier le « pourquoi » afin de mieux appréhender les enjeux et les défis des évolutions futures. D'autres travaux ont déjà été réalisés sur ce chantier de la transformation des établissements de santé (rapport Vallencien, rapport IGAS, rapport Fellingner...). Cet ouvrage, réalisé à partir d'analyses thématiques mobilisant leur expérience de terrain, vise à compléter les contributions existantes en dressant un état des lieux à partir d'un autre regard, celui des acteurs. Ceux-ci nous proposent leur réflexion sur les différentes facettes de la mise en œuvre des pôles.

PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

L'ouvrage comporte quatre parties.

Management de pôle et organisation

Cette première partie interroge le processus de mise en œuvre des pôles du point de vue organisationnel ou, autrement dit, comment la mise en place des pôles vient transformer les structures et les relations définies entre les différents acteurs.

L'article de Jihane Bendaira, Gilles Calmes, (directeurs d'hôpital, DGOS) et Pierre-Hugues Glardon (directeur d'hôpital, adjoint au directeur du Centre hospitalier de Saint-Quentin), revient sur la première étape de la mise en œuvre des pôles : **le découpage**. Après avoir montré les différentes modalités mobilisées par les établissements, l'article nous rappelle que le découpage n'est finalement pas un processus statique réalisé une fois pour toute mais que les établissements procèdent à des ajustements, des adaptations et des redéfinitions. Ce constat permet de souligner les enjeux de ce « mécano organisationnel » matérialisé par le

découpage des établissements en pôles et de proposer quelques pistes pour en favoriser l'adaptation aux besoins des établissements.

La contribution de Philippe Domy propose une réflexion centrée sur la **mise en œuvre des pôles dans un CHU**. L'auteur à partir de sa position de directeur général du CHU de Montpellier décrit les principales évolutions jusqu'à ce jour pour identifier les questions qui demeurent en suspens et les défis qui restent à relever.

L'article de Mireille Faugère, directrice générale de l'APH-PH, présente la mise en place des pôles dans le contexte d'un **très grand établissement**. L'auteure insiste sur l'étape préalable de restructuration organisationnelle en groupes hospitaliers pour la mise en œuvre des pôles et présente ensuite les choix retenus en matière de management de pôles.

Bernard Dupont (directeur général, CHRU de Brest), Jean-Pierre Dewitte (directeur général, CHU de Poitiers) et Clarisse Ménager (chef du pôle stratégie, CHRU de Brest) abordent la **thématique territoriale** pour montrer comment les pôles peuvent interroger l'articulation en territoire interne et territoire externe. Ils évoquent le rôle déterminant des pôles sur un territoire pour assurer le maintien de l'offre de soin tout en garantissant la qualité et la sécurité des activités.

L'article de Michel Louazel (enseignant-chercheur à l'EHESP) et de Patrice Lorson (directeur du CH de Dreux) est consacré à **l'interaction entre démarche stratégique et évolution organisationnelle liée aux pôles**. Les auteurs, à partir de l'exemple de l'hôpital de Dreux, montrent comment la réflexion stratégique interroge l'organisation de l'hôpital et notamment la définition des pôles et, en retour, comment l'organisation polaire joue un rôle déterminant dans la consolidation et la réalisation des objectifs stratégiques.

Les acteurs et le management de pôle

La deuxième partie de cet ouvrage s'intéresse aux différents acteurs dans les établissements qui sont impliqués dans le management de pôles ou qui sont fortement impactés par cette nouvelle configuration organisationnelle.

La contribution d'Édouard Bichier (chef de pôle, Centre hospitalier de Saumur) et Thierry Nobre (professeur des universités à l'EM Strasbourg et titulaire de la chaire « management des établissements de santé » de l'EHESP) propose une réflexion sur un personnage central pour la mise en place des pôles, **le chef de pôle**, en privilégiant le cas de l'hôpital de proximité. Les caractéristiques de ce type d'hôpital conduisent les auteurs à s'interroger, d'une part, sur les missions du chef de pôle

dans ce contexte représentant une part importante des établissements et, d'autre part, à réfléchir sur l'articulation entre ses activités médicales et managériales.

Dans le prolongement de cette analyse, Eva Battaglia, Aurélie Lebrun-Leguern (chargées de projet, ANAP) et Sylvie Racoussot (chef de pôle, CH de Douai) nous présentent une réflexion sur une étape déterminante pour le chef de pôle : la **formation et l'accompagnement**. Elles mobilisent l'expérience du dispositif « 100 pôles d'excellence » conduite par l'ANAP pour proposer des pistes de réflexion sur les compétences et les missions des chefs de pôles.

L'article de Thierry Sabountchi (chef de service de psychiatrie enfant et adolescent, CH de Valenciennes) s'intéresse également à la sphère médicale. Toutefois, l'analyse ne se focalise plus uniquement sur le chef de pôle et l'objectif de l'auteur est de nous montrer comment le **médecin est impliqué dans les différentes institutions** mises en place dans le cadre de la réforme.

Véronique Anatole-Touzet, (directrice générale, CHR Metz-Thionville) et Élisabeth Gloaguen, (coordonnateur général des soins), analysent l'impact de la mise en place des pôles pour **les cadres**. Elles montrent également, à partir de l'expérience de leur établissement, comment cette transformation organisationnelle a été mobilisée pour faire face aux différents enjeux auxquels est soumise cette catégorie d'acteur de l'hôpital

Timothée Mantz, (DAF et directeur délégué de pôle, CH de Montereau,) s'intéresse à un acteur, qui n'a pas été prévu dans les textes mais qui émerge dans le cadre de la mise en œuvre des pôles, **le directeur délégué**. L'auteur nous propose une réflexion sur ce nouveau métier qui découle de la nouvelle configuration organisationnelle engendrée par les pôles et sur les nouvelles relations qui s'instaurent entre les directions et les pôles.

Management de pôle et délégation

La troisième partie est consacrée aux relations entre la direction et les pôles. À l'instar des relations entre le siège et les divisions dans les entreprises, la création des pôles implique de définir les modalités de relation entre le sommet stratégique et les unités opérationnelles au sens de Mintzberg.

Chantal Lachenaye-Llanas (directeur général adjoint du CHU de Bordeaux) aborde la thématique de la confrontation entre la dynamique de divisionnalisation induite par l'introduction des pôles et la nécessité

de cohérence institutionnelle garante de la pérennité des établissements. À partir de l'expérience du CHU de Bordeaux, l'auteur montre comment peuvent être conciliées ces deux tendances, **délégation et cohérence institutionnelle**, qui peuvent *a priori* paraître contradictoires.

L'article de Philippe Jahan (directeur du CH de Valenciennes) traite de la question du périmètre de la délégation en optant pour le choix d'une **délégation approfondie**. L'auteur nous présente le cas du CH de Valenciennes qui a opté pour une stratégie de forte décentralisation de la décision au profit des pôles. Il expose les motivations de ce choix et les modalités de mise en œuvre de la délégation de gestion pour identifier les questions encore en suspens et les conditions nécessaires à la pérennisation de cette nouvelle conception des rapports entre direction générale et pôles.

Olivier Rastouil (DRH du CHU de Toulouse) évoque la **délégation de gestion des ressources humaines**, thème d'autant plus important que le facteur humain représente environ 70 % du budget de l'hôpital. L'article montre, à partir de l'expérience de déconcentration de la fonction ressources humaines du CHU de Toulouse, comment s'est adaptée cette direction fonctionnelle au nouveau cadre de la délégation de gestion induit par la mise en œuvre des pôles. Jean-Marc Soulat et Mylène Coulaud apportent sur cette déconcentration leurs témoignages respectifs de chef de pôle et de cadre.

Frédéric Limouzy (directeur du CH de Grasse) revient sur un dispositif finalement encore peu mis en œuvre dans les établissements celui de **l'intéressement**. En mobilisant les exemples du CH de Grasse et du CH de Rambouillet, l'auteur nous présente deux applications permettant de tirer des enseignements de la mise en œuvre d'un outil de management qui éprouve encore certaines difficultés à trouver sa place dans les établissements hospitaliers.

Regard international sur la délégation de gestion

La France n'est évidemment pas le seul pays à s'interroger sur le niveau de délégation de gestion à instaurer dans les établissements de santé. La quatrième partie nous apporte le regard de deux voisins francophones au système de santé offrant une forte similitude. Il est en effet toujours difficile, voire dangereux, de comparer des approches et des outils de management issus de contextes très différents.

Poï Louis (administrateur délégué du CHU de Liège) nous présente l'expérience du CHU de Liège où le choix a été fait d'une forte délégation

de gestion impliquant une responsabilisation du corps médical dans la démarche stratégique et budgétaire.

L'équipe de direction des hôpitaux universitaires de Genève (Brigitte Rorive Feytmans, directrice analyse médico-économique, Nicole Rosset, secrétaire générale adjointe, Isabelle Peyrot Perdrizet, directrice projets et qualité et Bernard Gruson, directeur général), nous propose une réflexion sur l'évolution de la délégation de gestion dans son établissement. Les auteurs, après avoir identifié les étapes de la mise en œuvre d'une délégation approfondie, se livrent à un exercice de comparaison entre le modèle genevois et le modèle issu de la loi HPST.