

<http://www.cedrea.net/Reorganisation-du-systeme-hospitalier-en-poles-d-activite>



# Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité

- Articles - Recherche-action - Recherche-action aboutie -

Date de mise en ligne : mercredi 5 avril 2006

---

**Copyright © Centre d'études sur les dynamiques sociales et la  
recherche-action - Tous droits réservés**

---

**Le système hospitalier du XXI<sup>e</sup> siècle doit modifier ses structures organisationnelles afin de répondre aux besoins des usagers « clients », ainsi que sa conception du management, pour s'adapter aux attentes des professionnels. Sous la pression de contraintes économiques, sociales et sociétales, dans un environnement évolutif, le système hospitalier est dans l'obligation d'imaginer une organisation plus efficiente.**

**Le plan « hôpital 2007 » va dans le sens d'une gestion déconcentrée, plus proche des contraintes du terrain. Les activités médicales sont regroupées dans de nouvelles structures, dénommées pôles d'activité, gérées sur le principe de subsidiarité. Ce nouveau mode de management entraîne une réelle capacité d'initiative, une autonomie certaine, mais aussi la culture du résultat.**

**Le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée suscite des interrogations des acteurs face à ce qui peut être ressenti comme une « mutation culturelle ». Effectivement, il s'agit de passer de la logique de « pouvoir du territoire » à celle de « pouvoir de projet ». Cela signifie également passer d'une logique de statut, basée sur une hiérarchie pyramidale, à une logique de contractualisation, basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles et des pouvoirs.**

**Comment cette organisation, qui se veut innovante, peut-elle offrir l'opportunité d'engager un véritable dynamisme de changement, en permettant l'intégration des différentes logiques et le rapprochement des cultures professionnelles ? Quels seront alors les enjeux et les perspectives pour les acteurs de l'organisation ?**

Afin d'analyser le contexte dans lequel se met en place la réorganisation du système, nous avons d'abord retracé le mouvement d'évolution du cadre réglementaire visant à rationaliser l'organisation hospitalière, et comparé le système de contractualisation mis en place dans plusieurs pays européens, pour analyser dans un second temps la posture des acteurs hospitaliers, l'appropriation de ces changements sur le terrain. Enfin, nous nous sommes posé des questions relatives à la pérennité de cette nouvelle organisation.

## #Modernisation de l'hôpital : la nouvelle gouvernance

L'hôpital est aujourd'hui à un carrefour de son développement. Sous la pression de contraintes de l'environnement : politiques, réglementaires, économiques et sociétales, de nouveaux modes de management sont mis en oeuvre au sein de l'organisation.

La réaménagement des établissements de santé en pôles d'activité devant être concrétisé à la date du 31 décembre 2006, cela suppose non seulement leur découpage en pôles d'activité, mais également la mise en oeuvre de la contractualisation interne de chaque pôle à cette date.

Le contrat définit le périmètre du pôle, les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats de gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

La gestion administrée qui prévalait, laisse la place à une gestion dynamique et autonome.

Ce changement impose une remise en cause profonde de l'organisation dans toutes ses composantes, médicales, soignantes et administratives, et laisse la place à l'innovation. De fait, les règles du jeu s'en trouvent modifiées, obligeant les acteurs à créer de nouvelles stratégies.

Le changement culturel induit par cette nouvelle organisation, pourtant attendue par les professionnels, fait naître de multiples questionnements, des craintes et parfois des résistances et des replis.

Les fondements de la nouvelle gouvernance :

- Réagir face à une organisation obsolète :
  - Moderniser les structures hospitalières
  - Lutter contre les lourdeurs administratives, le manque de réactivité et d'autonomie (bureaucratie)
  - Simplifier les lignes hiérarchiques (ligne pyramidale)
  - Développer une culture institutionnelle
  - Promouvoir un nouveau management répondant aux attentes des usagers « clients » et aux facteurs démographiques et humains
  - Renoncer à la logique du « pouvoir du territoire »
  - Conformer l'organisation aux impératifs financiers par la tarification à l'activité (T2A)
- Créer plus d'autonomie et de souplesse :
  - Laisser à chaque établissement le soin de définir ses organisations, dans le respect du dispositif réglementaire et législatif
  - Remotiver et responsabiliser les professionnels, en leur donnant davantage d'autonomie et de capacités d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités
  - Mettre en place des pôles d'activité en accordant la confiance à la capacité de gestion du directeur de pôle d'activité
- Reconnaître le rôle des professionnels dans les pôles d'activité :
  - Associer les professionnels au fonctionnement des pôles d'activité
  - Optimiser la collaboration entre médecins, soignants et administratifs
  - Développer les compétences pour favoriser l'autonomie des professionnels
  - Valoriser la fonction de responsable ainsi que la prise de responsabilité

## **#La mise en place des pôles d'activité et du dispositif de contractualisation interne**

## **##Une évolution développée depuis plusieurs années en Europe**

La contractualisation et l'instauration des pôles d'activité dans le secteur hospitalier français tient compte des expériences des pays européens, menées depuis plusieurs années, et qui selon les Etats, s'appuient sur la déconcentration et la contractualisation en associant ou dissociant les deux approches.

Les exemples ont été retenus du fait de leur ancienneté. Ils éclairent les stratégies développées, sans toutefois en mesurer la valeur ajoutée en matière de prise en charge des patients et de satisfaction des professionnels.

### ###Hôpital Universitaire Cantonal de Genève

Des questions restent posées concernant la taille critique des départements, le cloisonnement persistant, le dispositif de l'intéressement, le niveau de décentralisation, l'allocation des ressources, l'accompagnement du changement « culturel »

### ###Hôpital Karolinska de Stockholm

Problèmes survenus au fil des ans : (source : site Ministère de la santé et des solidarités)

- Réticence des chefs de service clinique à endosser le rôle de directeurs administratifs. Tendance de ceux-ci à se focaliser sur leur domaine de prédilection : la recherche, le progrès médical.
- Tendance des chefs de service clinique à la personnalité forte, à négliger les chefs de division et à suivre leur propre voie.
- Dérive salariale, puisque les salaires sont fixés localement, au sein des divisions.
- Répartition du personnel non optimisée : excès de personnel dans certains secteurs (informatique, administration)
- Développement de projets informatiques locaux sans coordination avec le reste de l'hôpital.
- Situation des chefs de division délicate. Ils font partie de la Direction de l'hôpital tout en devant défendre la position de la division pour faire face aux exigences de leurs chefs de service clinique respectifs.  
Cette expérience a permis la prise de conscience d'un paradoxe selon lequel, une décentralisation réussie nécessite un système de suivi solide et centralisé.

### ###Hôpital Saint-Luc de Bruxelles

Le bénéfice d'une telle organisation est, selon les acteurs, une bonne harmonie entre le monde médical, infirmier et administratif, due à l'implication permanente de ces professionnels.

### ###Whipps Cross Hospital de Londres

Le « car group » (pôle d'activité) a une grande autonomie de gestion dans le cadre d'un contrat, et conserve en principe les économies réalisées.

Les expériences décrites mettent en exergue :

- L'intégration de facteurs économiques et la nécessaire évolution du management.
- La profonde modification des rôles et des responsabilités des différents acteurs.
- L'accent mis sur la responsabilisation des professionnels, des contrats formalisant souvent les engagements réciproques.

- Le nombre d'interlocuteurs de la direction systématiquement limité.  
Des difficultés demeurent cependant : le cloisonnement, le positionnement des responsables, le niveau de déconcentration et de segmentation.

## ##Un cadre réglementaire - Une volonté politique

Le législateur, par une succession de textes réglementaires, réaffirme périodiquement sa volonté de mettre en place des organisations efficaces, de maîtriser les coûts et développer la responsabilité des acteurs.

Un cadre réglementaire :

### ###La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991

La loi du 31 juillet 1991 introduit une certaine souplesse dans l'organisation, afin de permettre de :

- recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés,
- instaurer un réel dialogue et accroître la communication entre les professionnels autour d'objectifs définis en commun,
- associer les personnels à la gestion et à l'évolution de l'établissement

### ###L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

Elle marque la volonté du législateur d'associer plus étroitement à la gestion de moyens (moyens, coûts, activités) ceux qui, au travers des responsabilités qu'ils exercent, influencent directement les évolutions des coûts et des activités.

Elle institue un mode de contractualisation interne et facultatif, consistant en la création de centres de responsabilité.

Si la maîtrise des moyens reste un objectif majeur, l'accent est mis sur les initiatives des équipes hospitalières et sur la médicalisation de la gestion, par le biais de négociations d'objectifs de qualité des soins et d'activités médicales.

### ###Le décret 97-6347 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé

Possibilité pour le directeur de donner une délégation de signature aux praticiens responsables de centres de responsabilité dans les conditions prévues par le contrat de délégation de gestion.

### ###La circulaire DH/AF/AF 3 n°97-304 du 21 avril

## **1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé**

Les idées force :

- Déconcentrer les procédures internes ; principe de subsidiarité des décisions au plus près des personnes qu'elles concernent, l'accent est mis sur l'initiative des équipes
- Décliner les objectifs de qualité des soins et d'activités médicales
- Développer le dialogue entre la direction et les équipes, dans le respect du projet d'établissement et des moyens globaux.
- Elaborer un contrat négocié et la mise en oeuvre de délégation de gestion. Ce contrat a pour but de fixer les objectifs et les moyens, et d'intéresser les équipes à la réalisation des objectifs.

## **### Plan hôpital 2007- circulaire DHOS/E1 n°200461 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière**

La volonté politique de faire évoluer et de moderniser l'hôpital public est inscrite, à nouveau dans le plan Hôpital 2007.

Les orientations de la politique de santé, dans le deuxième volet de mesures, concernent la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Ce plan propose entre autres, une refonte de l'organisation interne des établissements hospitaliers par la généralisation de « l'amendement liberté ».

Une nouvelle entité juridique : les pôles d'activité structurent cette organisation.

L'évolution de l'organisation en pôles d'activité doit faciliter le décloisonnement des organisations médicales. Elle nécessite le développement d'outils tels que la contractualisation interne et de fait, la mise en oeuvre de la subsidiarité.

Cette nouvelle organisation nécessitera également de repenser l'organisation et les responsabilités des équipes hospitalières.

## **### Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé**

L'ordonnance du 2 mai 2005, précise dans les titres I et V, les dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé, ainsi que les dispositions relatives à certains personnels de la Fonction Publique Hospitalière.

## **## Une composante économique**

L'optimisation de la gestion des services publics est une problématique constante.

L'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne doivent permettre, à budget identique, de dégager de nouvelles marges de manoeuvres.

La déconcentration de la gestion et la responsabilisation des acteurs directement concernés doivent permettre de mieux répondre aux enjeux.

Plusieurs textes réglementaires accompagnent cette mise en oeuvre.

## ##Une évolution managériale

Le « Plan Hôpital 2007 » propose une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers dans le cadre d'une réorganisation en pôles d'activité . Cette nouvelle organisation engendre une redéfinition des règles du jeu, le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités du terrain.

La segmentation en pôles d'activité, accompagnée de la contractualisation interne, crée de profonds changements. Ce dispositif correspond à une innovation en matière de management.

Ce changement devrait induire un processus d'apprentissage organisationnel par l'interaction des acteurs avec leur environnement.

Ce nouveau mode de management devrait également permettre d'opérer un rapprochement des différentes logiques professionnelles : administratives, médicales et paramédicales. La coopération entre ces trois sous-ensembles aux cultures, compétences et appartenances différentes, devrait progressivement évoluer vers une identité collective.

## #Un impact significatif sur l'organisation, en termes d'enjeux de pouvoirs et d'évolution des responsabilités

Cette évolution de l'organisation nous invite à nous poser la question suivante :

Comment les acteurs de l'organisation, garants des priorités de santé publique, intègrent-ils ce changement ?

Des attentes, des interrogations, des craintes et des résistances se manifestent.

## ##Les pôles d'activité / la contractualisation interne : une organisation en phase de construction, une approche novatrice.

- Indépendance et cloisonnement
  - La crainte d'une tendance à une forme d'indépendance, avec un risque de cloisonnement et une division des pôles à partir d'une logique de territoire. Effectivement, des pôles construits sur une logique territoriale

peuvent développer des stratégies d'autonomisation.

- La crainte de l'instauration d'une concurrence entre les pôles.
  - La crainte de la difficulté de gestion des interfaces, c'est à dire le lien entre les pôles.
  - La communauté médicale restant très attachée à la notion de service, se posent alors les questions de comment regrouper les services ? A partir de quelle logique ? En sachant qu'il faut éviter le syndrome du territoire, car le danger est grand que les pôles deviennent des entités indépendantes avec un retour au mandarinat. Ce risque est proportionnel à la reconnaissance du pôle. Plus le pôle bénéficie d'une reconnaissance et d'une notoriété, plus le risque est grand qu'il devienne une structure indépendante.
  - Selon les établissements, les regroupements nécessitent des suppressions de service (doublons) qui sont vécues de façon très douloureuses par les équipes.
  - Les acteurs souhaitent que la segmentation des pôles d'activité soit revue tous les cinq ans, pour éviter l'émergence de nouveaux territoires, de nouveaux bastions et finalement un nouveau cloisonnement.
- Une complexité croissante de l'organisation  
La coexistence de différents modes de gestion (centralisée et déconcentrée), tend à aboutir à une complexité croissante de l'organisation interne de l'établissement.

Les acteurs considèrent que la mise en place des pôles se traduit davantage par un niveau de décision supplémentaire, que par une simplification de la structure interne de l'hôpital.

La cohabitation de deux circuits décisionnels à l'intérieur d'un même pôle est pour eux source d'incompréhensions et d'oppositions qui ralentissent les décisions.

## **##Les pôles d'activité / la contractualisation interne : une évolution notable des responsabilités, une redistribution des pouvoirs.**

Dans le cadre de la nouvelle expérimentation de la gouvernance, des acteurs s'interrogent sur le pouvoir de cohésion et la légitimité du responsable du pôle auprès de ses collègues. Le fait que le responsable de pôle est nommé par une instance locale alors que les médecins chefs de service le sont par le ministère de la santé, laisse à penser que la gestion en pôles d'activité ne sera pas aisée à mettre en oeuvre.

Les équipes médicales ont le sentiment que de tels projets cherchent à faire prendre aux médecins les décisions de gestion, souvent difficiles, qui ne peuvent être prises par l'équipe de direction.

La coexistence d'un ancien système très hiérarchisé et centralisé avec un système organisationnel déconcentré, constitue une limite à l'efficacité du dispositif.

Pour l'équipe de direction, l'écrasement de la pyramide hiérarchique revient assez souvent. Une tension relationnelle entre les équipes de direction et les gestionnaires de pôles, liée à la sensation d'une forme de prise de pouvoir du corps médical « sur les administratifs ».

Certains acteurs considèrent que, malgré leurs motivations pour cette fonction de responsabilité, ils n'ont pas toujours les connaissances suffisantes pour approfondir les problématiques de gestion et d'encadrement des professionnels

D'autres considèrent que certaines fonctions ne sont plus adaptées à la nouvelle organisation et sont en doublon.

Les gestionnaires ont des craintes et des interrogations du fait de leurs missions qui se sont fortement développées qualitativement et quantitativement. Il leur faut mettre à l'oeuvre la polyvalence nécessaire pour s'adapter rapidement au rôle requis dans ce nouveau dispositif.

La direction des soins est assez dubitative quand à cette nouvelle organisation, notamment à propos du positionnement et du nombre de cadres supérieurs dans l'organisation en dehors de ceux affectés à la tête des pôles.

## ##Les pôles d'activité / la contractualisation interne : un nouveau mode relationnel

Les acteurs considèrent :

- qu'ils arrivent à mettre en place une meilleure adéquation entre charge de travail et effectifs grâce à un esprit communautaire, ce qui améliore la prise en charge des patients « clients ».
- que cette organisation permet la démocratisation des relations sociales ainsi qu'une prise en compte au plus près, des préoccupations des acteurs du terrain
- que des difficultés de communication, de manque de réactivité et de clarté subsistent dans les processus décisionnels
- que la formalisation d'un contrat entre la direction et le responsable de pôle d'activité soude la confiance entre les interlocuteurs qui se renforce lorsque le contrat est respecté.

## #Conclusion

L'enjeu est important, et la réussite, au delà du changement culturel qu'elle pourra entraîner, est en partie liée à l'articulation qui pourra être trouvée entre des relations hiérarchiques pyramidales et des relations contractuelles basées sur la délégation et l'autonomie des acteurs des pôles d'activité.

Ces changements prendront du temps, en raison des exigences d'une modification des attentes des usagers et des professionnels et de l'évolution d'une structure complexe : l'hôpital.

Les interrogations pour l'avenir pourraient se situer au niveau :

- de la logique de collaboration entre les pôles d'activité pour éviter la balkanisation
- du management centré sur des logiques de territoires plutôt que de projets
- de la définition de ce qui appartient au pôle d'activité et ce qui relève de la direction générale
- de la taille critique des pôles d'activité
- du risque de compétition entre les pôles d'activité, placés en situation de concurrence
- du degré de déconcentration, voire d'autonomie
- des conséquences de la redistribution des responsabilités sur le positionnement des acteurs
- du risque que la tarification à l'activité gouverne tout à l'avenir, et fasse disparaître la solidarité institutionnelle.

A la lumière des enseignements tirés de la mise en place des réformes précédentes, il apparaît que les succès de ces réponses passent obligatoirement par une appropriation de ces changements par tous les acteurs de l'organisation. Les évolutions structurelles et organisationnelles que sont l'organisation en pôles d'activité et la

contractualisation interne modifient les rôles, redessinent les champs de responsabilités et redistribuent le pouvoir entre les différents acteurs.