

# La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics

Gérard de Pouvourville, Joseph Tedesco

DANS **REVUE FRANÇAISE DE GESTION** 2003/5 n<sup>o</sup> 146 , PAGES 205 À 218  
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0338-4551

DOI 10.3166/rfg.146.205-218

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-205?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour JLE.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



# La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics

**L'évolution de la régulation du système hospitalier public en France est fondée sur un double mouvement : accroissement des moyens de contrôle externe de la production de soins, incitation à la responsabilisation des hôpitaux par une régulation contractuelle. L'article analyse comment ce processus externe est décliné en interne, sous la forme d'une contractualisation interne, dont on étudie les conditions nécessaires de succès et les difficultés de mise en œuvre.**

## I. – INTRODUCTION

Depuis trente ans, la gestion des hôpitaux du secteur public a fait l'objet de nombreuses réflexions et textes, législatifs et réglementaires, avec des objectifs récurrents. La maîtrise des dépenses est le premier d'entre eux, mais cette maîtrise s'insère dans un processus de modernisation des pratiques de gestion.

Ces réformes dépassent maintenant le seul cadre des modes de financement et de gestion des ressources en interne. Les ordonnances Juppé du printemps 1996 ont introduit l'obligation pour tous les hôpitaux d'obtenir une accréditation, en faisant la démonstration de leur conformité à un corps de normes de structure et de processus développé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins, l'ANAES (2003). Si l'obtention de cette accréditation ne conditionne pas le niveau de financement des structures, elle devient un élément nouveau d'évaluation de la performance relative des hôpitaux utilisés par les pouvoirs publics. La loi du 4 mars 2002<sup>1</sup> a renforcé les droits des patients, en matière d'accès au dossier médical et aux informations les concer-

1. Loi 2002-403 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 4 mars 2002.

nant, et en matière de recours en cas de faute professionnelle se traduisant par des dommages graves suite à un traitement médical. D'une façon générale, les textes réglementaires conduisent à une augmentation de la pression qui pèse sur les établissements pour qu'ils rendent compte du service rendu à la population, tant sur le plan de la qualité des soins que de leur coût. Cette évolution réglementaire n'est pas indépendante de la montée, dans la société française, d'une forme de consumérisme à l'égard des soins. La manifestation la plus visible en est la publication régulière dans la presse de palmarès des établissements hospitaliers (*Le Point*, 2001).

On retiendra pour l'instant une dimension essentielle de ce train de réformes: les acteurs externes à l'hôpital tentent de réduire l'asymétrie d'information en leur faveur, en exigeant des établissements la production régulière et standardisée d'informations sur tous les aspects de leur activité. On peut également parler d'un processus de formalisation accrue des transactions entre établissements hospitaliers et acteurs externes, pouvoirs publics et assurance maladie. Cette tendance lourde se met en œuvre dans un contexte de régulation particulier. L'administration publique de la santé encadre par des textes réglementaires les modes de gouvernance, d'organisation et les pratiques de gestion des établissements publics. Mais ceux-ci conservent un statut d'établissement public autonome, doté d'un conseil d'administration présidé par un élu local, représentant les intérêts de la communauté desservie par l'hôpital. Cette autonomie est cependant très encadrée: les membres du conseil d'administration ne sont pas responsables financièrement des résultats des établissements, ils ne sont pas réellement maîtres du recrutement d'une ressource critique, les médecins,

leurs employés sont régis par des statuts publics, ils sont tenus de faire des choix d'investissement dans le cadre prévu par la planification hospitalière.

Sur un plan formel, on peut qualifier la relation État/établissements publics de quasi-intégration: les hôpitaux sont juridiquement indépendants, mais la délégation qui en résulte est étroitement codifiée. Sur un plan réel, cette quasi-intégration est lâche: avant les réformes que nous avons évoquées, il y a une disproportion entre les moyens effectifs de contrôle de l'État et l'étendue formelle du contrôle, à la fois sur le plan quantitatif (le nombre d'agents dans les services extérieurs et leurs qualifications) et qualitatif (l'existence d'une technologie de contrôle adapté à la complexité et à la variété de l'activité hospitalière). Enfin, le corps médical jouit d'une grande autonomie en matière de choix d'activités et donc d'engagement des ressources. Comme la responsabilité financière des établissements est faible, c'est l'État qui doit assumer les conséquences de l'agrégation des microdécisions des producteurs de soins, en assurant le financement des déficits hospitaliers. Cette responsabilité est d'autant plus forte que la majorité des dépenses sont des salaires d'agents de statut public, et que l'État ne peut pas prendre le risque de ne pas assurer la paie sous prétexte d'une mauvaise gestion des établissements. On peut donc dire que le système est à la fois très centralisé et très décentralisé (de Pouvourville, 1983, 1996).

## II. – L'ÉMERGENCE DE LA NOTION DE CONTRACTUALISATION

Les efforts de réforme entrepris depuis vingt ans poursuivent deux objectifs: ren-

forcer les moyens de contrôle de l'État, et ainsi rendre plus effective la quasi-intégration, mais, dans le même temps, responsabiliser les échelons décentralisés que sont les établissements hospitaliers, en explicitant le contenu de la délégation liée à leur autonomie juridique. C'est la montée en puissance de la notion de contrat, entre l'État et ses services extérieurs, et les hôpitaux. Le mot « contrat » n'apparaîtra que progressivement. Ce contrat est particulier, puisqu'il n'engage pas deux partenaires libres de ne pas contracter. L'État impose les termes du contrat et les sanctions positives et négatives liées à son exécution, la sphère autonome de décision des établissements reste faible (notamment en matière d'emploi). Il serait plus exact de parler de délégation de responsabilité par fixation négociée d'objectifs et de moyens, comme cela pourrait se produire dans une grande entreprise entre la direction générale et ses unités de production. Ces deux mouvements – amélioration des capacités de contrôle et responsabilité – sont indissociables. En effet, c'est parce que l'État acquiert une plus grande connaissance des processus de production dans l'hôpital, par le biais du PMSI, de la planification, de l'accréditation, qu'il est plus à même de demander aux établissements de s'engager sur des objectifs contrôlables.

Les principales étapes de ces réformes ont été les suivantes. La première a été la responsabilisation budgétaire des établissements par la mise en place d'une dotation globale prospective, en 1983 : c'est la réforme dite du budget global. Désormais, les établissements, au lieu d'être financés en fonction de leur activité constatée par un prix de journée, reçoivent en début d'année une dotation *a priori* non révisable.

La loi hospitalière de 1991 introduit une nouvelle dimension de la responsabilisation des établissements, et l'apparition de la notion de contrat. En effet, la loi oblige les hôpitaux à élaborer un projet d'établissement, véritable plan stratégique sur cinq ans (Tedesco, 1996). Le contenu de ce projet est laissé à la discrétion des établissements, sous réserve que les orientations médicales soient en cohérence avec les orientations du schéma régional de l'organisation des soins (SROS). Le projet, s'il est approuvé par l'État, garantit que l'établissement recevra le niveau de financement requis pour mener à bien les orientations retenues. S'instaure alors un processus hybride : les services régionaux de l'État engagent une réflexion sur la répartition de l'offre hospitalière sur le territoire régional, parallèlement les établissements engagent une réflexion en interne. La connection entre les deux processus se fait par la participation des représentants des établissements à des réunions de concertation ou au recours à l'expertise de personnes désignées. La mise en compatibilité entre les projets de chaque établissement et le schéma régional est assurée également par la double nature du SROS : une partie, son noyau dur, est opposable aux établissements, une autre partie est indicative. Par ailleurs, le SROS utilise l'outil de l'autorisation : certains programmes de soins très spécialisés, coûteux ou complexes, sont soumis à autorisation conditionnée par la capacité de l'établissement à montrer qu'il sait les mettre en œuvre dans des conditions de sécurité et de qualité suffisantes.

Parallèlement à ces réformes, la mise en place progressive du PMSI prépare une nouvelle facette de la contractualisation

entre État et hôpitaux. Cette réforme, qui va s'étaler entre 1982 et 1996 implique que les médecins hospitaliers rendent visible et compréhensible leur activité, en utilisant une nomenclature de production, la classification de séjours en groupes homogènes de malades (GHM) et en produisant une information médicale standardisée, le résumé de sortie standardisé (le RSS) (de Pourville, 1991, 1993). Le PMSI permet donc de comparer les coûts de production des établissements entre eux sur la base d'une nomenclature unique d'activité. Le principe de base de cet outil est « à activité identique, niveau de ressources identique ». La mise en place du budget global ne remettait pas en cause les niveaux passés de financement des établissements, pérennisant ainsi des disparités importantes entre eux. Le PMSI permet de mettre en évidence ces disparités de ressources, et depuis 1996, de procéder à la marge à des réallocations en fonction des coûts relatifs des hôpitaux.

La connaissance du niveau de coût de chaque établissement ouvre la porte à une nouvelle réforme, la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens (COM). Ceux-ci apparaissent avec la deuxième génération des SROS : un établissement peut désormais passer contrat sur la durée du SROS, il s'engage sur des objectifs en matière d'offre de soins et de niveau de financement. Pour un établissement particulièrement coûteux, l'essentiel du contrat peut porter sur une diminution progressive de ses coûts unitaires de production, en échange de quoi il reçoit une garantie (relative) de prévisibilité de ses ressources sur la période du contrat, et éventuellement des financements supplémentaires pour développer une nouvelle activité. Le COM légi-

time aussi son offre de soins, et donc sa position concurrentielle par rapport à d'autres producteurs.

Une nouvelle réforme de financement des établissements hospitaliers publics et privés vient renforcer cette pratique de la contractualisation entre État et hôpitaux. Les principes de la tarification à l'activité (T2A) sont les suivants. Celle-ci réintroduit le lien entre niveau de l'activité en volume et financement, qui avait été supprimé par le budget global. En effet, des établissements qui augmentent leur activité recevront des recettes supplémentaires. Ces recettes seront cependant versées en fonction d'un tarif incitatif : un établissement onéreux devra baisser ses coûts unitaires au risque d'un déficit, un établissement peu coûteux pourra constituer une rente qu'il pourra réinvestir dans des activités nouvelles. Cependant, ce financement à l'activité ne couvrira pas toutes les dépenses de l'établissement. En particulier, certaines missions de service public (l'enseignement et la recherche, le développement d'innovations, les urgences, la prise en charge de patients socialement défavorisés) donneront lieu à des formes de financement mélangeant des versements forfaitaires et des incitations. Autrement dit, pour des activités que l'État a du mal à observer, il va mettre en place des contrats incitatifs liés à la démonstration par l'établissement de sa capacité à assurer ces activités selon des normes précises ou en fonction de résultats obtenus observés *ex post*.

### **1. Contractualisation externe, contractualisation interne**

Le succès de ces démarches de contractualisation est fonction de deux conditions

importantes. La première est la capacité de l'État à respecter ses engagements, positifs et négatifs. En particulier, dans le cas où un établissement ne tiendrait pas ses objectifs économiques (de réduction de coût par exemple), l'État doit effectivement le sanctionner en lui imposant une restructuration. Cette restructuration peut prendre la forme de la fermeture partielle ou totale de l'établissement. Or, ce sont là des décisions très sensibles politiquement, comme en témoigne l'expérience passée des restructurations hospitalières. La deuxième est la capacité des dirigeants d'un établissement à répercuter sur leurs propres services les engagements contractuels pris avec les pouvoirs publics. En particulier, il est nécessaire que les responsables des services cliniques acceptent de prendre à leur charge leur part du contrat. À des degrés divers, tous les hôpitaux ont mis en place des procédures plus ou moins contraignantes de rationnement des ressources, certaines brutales, d'autres assorties d'incitations positives. Bon gré mal gré, les médecins hospitaliers ont appris à subir des contraintes budgétaires. Mais cette responsabilisation reste souvent difficile, pour plusieurs raisons avancées dans cet article.

## **2. Contractualisation interne et bureaucratie professionnelle**

L'idéal type de la bureaucratie professionnelle développé par Mintzberg (1979) reste un modèle de référence pour analyser l'organisation hospitalière. Il s'agit d'organisations au sein de laquelle la ligne hiérarchique est courte, principalement compte tenu du fait de l'asymétrie d'expertise entre l'administration « profane » des établissements et les médecins. Les unités de pro-

duction, les services cliniques, sont autonomes, fortement spécialisées et segmentés par marché ou par technologie. Il y a peu de coopération entre les unités de production ; l'appartenance à une même organisation est liée au besoin de partage d'équipements et de services logistiques communs. Ceux-ci sont très importants et diversifiés à l'hôpital : outre les infrastructures techniques et immobilières, ils comprennent les services d'hébergement, de communication et de transport des patients. Les services dits de technostructure de l'organisation peuvent être développés, mais sont peu tournés vers l'exercice des soins. Ils ont en charge l'environnement administratif, financier et réglementaire. Mintzberg (1979) utilise le terme de bureaucratie pour caractériser le travail des médecins. Pour lui, ceux-ci sont entraînés à apporter des réponses standardisées à des problèmes de santé, et s'efforcent d'ajuster les cas des malades à des routines de traitement. Du fait de cette spécialisation, les « cas » atypiques sont mal pris en charge, car il y a peu de coordination entre les différentes unités de production. L'hôpital évolue dans un environnement stable et amical, qui lui garantit un flux régulier de ressources et permet d'éviter les conflits entre unités de production en matière d'allocation et de partage des ressources.

En quoi ce modèle peut-il nous servir pour analyser les difficultés de la mise en place de la contractualisation interne dans les établissements publics ? En premier lieu, on peut observer que l'environnement hospitalier, dans l'ensemble des pays développés, a subi de profondes transformations. Judicialisation des rapports entre patients et médecins, pression sur les ressources, évolution technologique accélérée n'autorisent plus à parler d'environnement amical et stable.

La raréfaction des ressources a avivé la concurrence interne entre les unités de production, et rendu plus nécessaire la mise en place de procédures de coordination entre elles. Cette coordination est cependant difficile à faire accepter par les professionnels, qui utilisent plutôt la négociation bilatérale avec les équipes de direction pour obtenir des moyens. Parallèlement, le rôle de la technostructure est en train d'évoluer : l'apparition d'outils de contrôle des pratiques médicales, des systèmes d'information médicalisés, le développement de programmes d'assurance qualité et de gestion des risques ont suscité la création de services qui vont interférer plus directement avec le travail des médecins.

Dans le contexte français, le caractère bureaucratique de l'organisation hôpital est double : à la bureaucratie professionnelle se rajoute la bureaucratie administrative, qui transmet en interne les règles et injonctions émanant de la tutelle publique des hôpitaux. Cette bureaucratie fonctionne de façon centralisée, descendante, et la ligne hiérarchique du modèle initial s'est épaissie : les équipes de direction et les services administratifs couvrent un domaine de plus en plus large. Ils sont organisés de façon fonctionnelle, et assument à la fois un rôle de technostructure (par exemple, les directions des ressources humaines appliquent les statuts de la fonction publique dans le recrutement et la gestion des personnels) et un rôle hiérarchique : subordonnés au directeur de l'hôpital, ils sont porteurs d'une partie de son autorité dans les rapports avec les services médicaux. Ils sont à la fois presta-

taires de services pour les unités cliniques et en position hiérarchique, puisqu'ils contraignent leurs modes de fonctionnement et d'acquisition de ressources.

Ainsi, la déclinaison en interne des contraintes externes nouvelles liées à l'évolution des modes de régulation de l'hôpital public se passe dans un contexte de confrontation accrue entre les producteurs de soins et la hiérarchie administrative et de remise en cause du monopole d'expertise des médecins. Dans le même temps, il y a augmentation du besoin de coordination entre les unités de production, du fait des contraintes de ressources, mais aussi du fait de la transformation des processus de production : ceux-ci sont plus complexes et sont mis en œuvre dans un contexte d'accélération de la prise en charge et d'intensification des soins. Mais malgré tout, la conduite des processus de prise en charge reste un problème pour lequel l'expertise des soignants est incontournable, cela d'autant plus que les personnels administratifs investissent peu dans la connaissance des pratiques médicales et de l'organisation des soins. La contractualisation interne ne peut donc pas prendre la forme d'une déclinaison imposée des contraintes externes, d'objectifs de rationnement des ressources, sans fondement médical. Elle nécessite l'invention de nouvelles pratiques de gestion.

C'est à partir de l'expérience acquise dans la conduite de plusieurs projets de contractualisation interne au sein d'établissements publics<sup>2</sup> qu'on esquissera les caractéristiques de ces nouvelles pratiques.

2. Il s'agit de trois centres hospitalo-universitaires, de trois centres hospitaliers et de deux établissements privés à but non lucratif.

### III. – QUELLES LEÇONS TIRÉES DES EXPÉRIENCES ?

L'engagement d'un projet de contractualisation interne suppose de redéfinir les règles du jeu relatives à la prise de décision. L'observation des cas nous montre que ce qui est en jeu n'est pas uniquement la définition d'engagements réciproques de chaque partie signataire, mais la création d'une nouvelle gouvernance qui cherche à dépasser les limites intrinsèques du modèle de la bureaucratie professionnelle. Les démarches engagées sont de véritables projets de gestion, avec une forte composante déconcentrée. Cette nouvelle gouvernance s'appuie sur une vision managériale qui fonde le nouveau discours du juste et du bon. Subsidiarité, fongibilité et organisation en sont les mots d'ordre. Ces mots sont supportés par une idée simple. La bureaucratie professionnelle ne répond qu'imparfaitement aux triples enjeux auxquels sont confrontés les hôpitaux, l'utilisation efficiente des ressources, le développement social et le développement organisationnel. Ainsi, la responsabilisation de tous les acteurs requiert une profonde révision de leur mode de production, d'organisation et de prise de décision.

La notion de *subsidiarité* renvoie à la capacité d'une organisation à décider au plus près des situations de gestion. Il s'agit d'une révolution pour les établissements de santé qui ont une tradition de centralisation forte des décisions administratives. Dès lors, mettre en œuvre la notion de subsidiarité conduit à revoir toutes les procédures de prise de décision et les régulations associées.

La notion de *fongibilité* renvoie à la possibilité pour un acteur donné d'effectuer des

arbitrages d'affectation des ressources financières. Le budget hospitalier est composé de quatre groupes de dépenses (personnel, dépenses médicales, dépenses hôtelières, techniques, de gestion, amortissement). Les projets de contractualisation ouvrent la possibilité à un décideur d'affecter les ressources financières en fonction des besoins, en procédant à des transferts entre groupes.

La notion d'*organisation* renvoie à une double nécessité : répondre aux besoins accrus de coordination, créer des sous-ensembles pertinents pour la gestion des ressources et permettant des économies d'échelle. Les services traditionnels sont remplacés par des pôles dont la taille moyenne est de 300 personnes. Chaque pôle est une petite division, qui élabore un projet, qui a besoin de règles de fonctionnement, de systèmes de commandement, de systèmes d'information et de systèmes d'autorité. De tels projets interrogent donc toutes les facettes du management. Pour conduire de telles démarches une ingénierie projet est nécessaire. Généralement les démarches engagées dans les hôpitaux sont pilotées de très près par les directeurs et les présidents de la Commission médicale d'établissement (CME), la qualité et l'engagement du binôme sont déterminants.

De l'observation des expériences en cours il est possible de dégager les éléments invariants des démarches engagées au sein des établissements. On présente d'abord les « briques projet » qui sont généralement instrumentées pour mener à bien une telle évolution, et on analyse les principaux résultats et enseignements soulevés par ces expériences.

## 1. Le management est une activité de parole

La première « brique projet » est celle du discours. Il s'agit de repérer et de décrire les valeurs et les principes qui fondent un projet de contractualisation. Cette démarche est difficile. Les travaux de sociologie et de gestion sur l'hôpital ont montré que coexistaient trois sphères professionnelles (administrative, médicale, paramédicale), que chaque sphère avait un discours type structuré autour de mots-clés : la conformité réglementaire, la maîtrise et l'optimisation des ressources pour la sphère administrative, la qualité, la sécurité et l'autonomie professionnelle pour la sphère médicale et enfin la qualité des soins et la prise en charge différenciée des patients pour la sphère paramédicale.

La mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance hospitalière cherche à dépasser le discours type de chaque catégorie. Ce dépassement doit se traduire, pour chaque catégorie d'acteurs par l'appropriation du discours type de l'autre, puis par la traduction en actes de gestion de ce discours type. On observe dans tous les cas que les équipes médicales ont le sentiment que de tels projets cherchent *in fine* à faire prendre aux médecins des décisions de gestion, souvent difficiles, qui ne peuvent être prises par les directeurs. Réciproquement, l'équipe de direction se sent dépossédée d'une partie de ses prérogatives, de par la déconcentration de certaines décisions. Il y a là une difficulté réelle dans le contexte hospitalier public français. L'équipe de direction doit accepter de devenir prestataire de services pour les pôles, et d'abandonner un rôle hiérarchique. La réorganisation en pôles s'accompagne nécessairement d'une délégation

d'une partie des prérogatives des médecins chefs de service vers l'un de leur pair. Les représentations initiales de chaque catégorie d'acteurs doivent donc être travaillées en tant que telles afin d'aboutir à une nouvelle représentation valorisante de leur rôle. Celle-ci est nécessaire pour que le projet de contractualisation-déconcentration soit perçu comme un jeu à somme positive. Pour inventer ces nouveaux rôles il y a impérativement besoin de prise de parole et de confrontation des discours. Cette confrontation a lieu au sein de séminaires internes, au début du projet. Tout l'art du promoteur réside alors dans sa capacité à fédérer les énergies autour d'un projet auquel les acteurs n'adhèrent pas spontanément. Un critère partiel de performance de ces séminaires est la prise de responsabilité effective par les participants de rôles dans la conduite du projet à venir, et la création progressive d'une identité de groupe projet.

## 2. Un nouveau « design » organisationnel

La seconde « brique projet » est celle de la macro-organisation. On transforme la traditionnelle organisation hospitalière structurée autour de disciplines médicales et de services de soins pour faire émerger des pôles d'activités qui soient à la fois des regroupements des anciens services et des centres de responsabilités. L'émergence des pôles vise à créer des ensembles qui disposent d'une taille critique suffisante pour que les notions d'économies d'échelle et de management trouvent un sens. Les expériences auxquelles nous avons participé permettent d'identifier les logiques suivantes de restructuration.

Une première logique de restructuration interne est celle du regroupement des compétences médicales autour de maladies

d'organe: les maladies cardiovasculaires, les maladies du système digestif, etc. L'objectif visé est celui d'un renforcement de la complémentarité et de la coordination des spécialités autour d'une même classe de pathologies. C'est un effet de gamme qui est recherché. Une deuxième logique est celle de la concentration des moyens techniques, par exemple la création de pôles d'imagerie médicale. Le principe sous-jacent est ici celui de la recherche d'économies de taille et d'expérience. Une troisième logique est celle de la prise en charge de segments particuliers de la patientèle: pôle gériatrique, pôle mère-enfants. La logique en est l'amélioration de la qualité du service rendu aux patients relevant de cette catégorisation. Enfin, le regroupement des moyens lourds de la prise en charge de l'urgence vitale (les services d'urgence, la réanimation), vise à optimiser la fonction de tri pour ajuster les réponses apportées aux patients en fonction du niveau de risque et gérer au mieux l'impact de l'incertitude de la demande sur l'ensemble de l'hôpital. Trois difficultés sont fréquemment rencontrées par les établissements qui cherchent à définir les contours des nouveaux pôles d'activités.

La première difficulté est celle de l'agrégation des services: comment regrouper les services? selon quelle logique médicale? Car si un modèle de solution se dessine sur le territoire, il est nécessaire que chaque équipe se l'approprie et y apporte « sa touche ». L'expérience montre que ce « travail de morphologie organisationnelle » ne peut être effectué que par les équipes médicales elles-mêmes. Dans ce contexte le rôle d'animation du président de la CME est primordial. La difficulté de cet exercice de « design » organisationnel est plus ou

moins intense selon que l'établissement dispose (ou non) de services en doublon. Dans ce cas, l'évolution vers des pôles d'activités nécessite une restructuration, qui est toujours vécue comme douloureuse puisqu'il y a, par définition, disparition d'équipes existantes et transferts de responsabilité et de positions hiérarchiques. Enfin, l'exercice est rendu plus ou moins difficile en fonction des affinités professionnelles. Car créer des pôles c'est rapprocher des services, unir des moyens mais c'est aussi et surtout faire évoluer ensemble des professionnels dans un cadre organisationnel différent avec de nouvelles règles du jeu. Dès lors plus la conflictualité est forte plus il est difficile de créer des pôles. Ainsi, la création des pôles agit comme un révélateur du climat social et de l'état des coopérations professionnelles.

La deuxième difficulté est celle du devenir de la fonction de chef de service. Dans les CHU, c'est toute l'organisation universitaire, et donc la formation initiale des médecins, qui est remise en question. De ce point de vue la validation du contenu médical des pôles par le doyen est incontournable. Les questions plus statutaires trouveront dans les prochaines ordonnances promises par le ministre de la Santé des réponses plus opérationnelles. La logique voudrait que la fonction de chef de service disparaisse, mais l'on sait la communauté médicale très divisée sur cette question.

La troisième difficulté est celle de l'évolution même des pôles.

En effet, la science et la technique médicale évoluant en permanence, il est primordial que les pôles ne soient pas trop rigides dans leurs contours. Car la visée des pôles est certes gestionnaire (économie d'échelle, jeu sur les ressources, etc.) mais

aussi clinique, en offrant un espace de prise en charge qui regroupe les spécialités d'une même discipline. Il faut donc prévoir que le contour des pôles puisse changer régulièrement au cours du temps.

Enfin, l'architecture même des établissements peut être un facteur facilitant, ou au contraire très contraignant dans les restructurations envisagées. Ceci pose un problème de chronologie entre le COM, contrat passé avec la tutelle, et sa déclinaison en interne. Le COM doit en effet anticiper sur une restructuration interne à venir, pour inclure dans la négociation du contrat les moyens financiers pour mener les travaux immobiliers requis.

### 3. Le management des pôles

La troisième « brique projet » est celle du management des pôles. Dès que le nouvel ensemble est créé se pose la question de ses règles de gestion. Dans les expériences en cours, on observe en général la mise en place de trois niveaux de régulation : le bureau du pôle, le comité médical de pôle et le conseil de pôle. Le bureau du pôle, composé du directeur médical du pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif a en charge la politique générale, la gestion des moyens délégués, la mise en œuvre du projet médical. C'est cette instance qui signe le contrat interne avec la direction générale de l'établissement. Le conseil de pôle assume les fonctions d'un conseil de service, il garantit la participation des salariés à la vie du pôle. Enfin, le comité médical du pôle a généralement en charge les processus de production comme l'optimisation de l'organisation médicale, la coordination de l'activité des services de soins du pôle, la publicité des bonnes pratiques et l'évaluation de l'activité médicale.

Concernant le management trois acteurs incarnent physiquement les pôles d'activités. Le directeur médical de pôle, généralement élu par ses pairs avec validation de sa candidature par la direction générale de l'établissement, a en charge le management du pôle et sa représentation externe (tutelle, etc.). C'est le personnage important du pôle puisque c'est lui qui va déployer localement la politique managériale de l'établissement. C'est donc un médecin qui va s'intéresser de près à la gestion. Le cadre supérieur de santé a, quant à lui, en charge le management des ressources paramédicales. Il s'agit pour cet acteur de piloter une démarche de soins et d'optimiser l'utilisation des ressources mises à disposition. Enfin, le cadre administratif a en charge la gestion de l'ensemble des procédures déléguées. On constate donc l'émergence de nouvelles fonctions et de nouveaux rôles qui ont des impacts forts sur le fonctionnement traditionnel des organisations hospitalières.

### 4. La contribution des pôles à gestion

La quatrième « brique projet » est celle de la contribution des pôles à la gestion. Cette contribution s'exprime au travers de deux dimensions. La première est celle de la stratégie, la seconde est celle de l'organisation des ressources. Concernant la stratégie les pôles sont généralement attendus autour de deux contributions. La première vise à produire un projet médical de pôle qui dépasse le simple registre de la somme des anciens projets médicaux de service. D'ailleurs, c'est lors de cette production que le pôle se construit réellement. Le projet médical agit en effet comme un facteur d'intégration important. La seconde contribution à la stratégie cherche à effectuer une veille

médicale afin d'anticiper au mieux les évolutions scientifiques et d'en évaluer les retombées sur la stratégie opérationnelle. Concernant la seconde dimension (organisation des ressources), les contributions des pôles sont attendues au travers du management de plusieurs processus tels que : gestion des lits, développement des compétences, gestion de l'hospitalisation, gestion des protocoles, gestion du recrutement, gestion des moyens délégués, etc. Au final, il s'agit de tendre vers une optimisation de l'utilisation des ressources mises à disposition afin de maîtriser les coûts de production, sous contrainte de sécurité et de qualité, mais aussi de repenser la prise en charge globale des patients en harmonisant des protocoles (médicaux et soignants) et en repensant les prises en charge : poids relatif des soins externes, de l'hospitalisation de jour, de semaine, ou traditionnelle.

### 5. Le référentiel de la prise de décision

La cinquième « brique projet » concerne les processus de prise de décision. La mise en œuvre des pôles et l'émergence de nouvelles fonctions s'accompagne d'une déconcentration des processus gestionnaires : gestion financière, gestion des ressources humaines, gestion des investissements. Cette déconcentration met en déséquilibre les régulations traditionnelles des établissements car elle modifie les modes de fonctionnement à plusieurs niveaux. En particulier, ces délégations remettent en cause le rôle des directions administratives : les fonctions doivent alors évoluer pour se recomposer autour de missions d'anticipation, de prestation de service et de contrôle de gestion, au lieu du contrôle administratif traditionnel. Dans l'enquête réalisée par le ministère de la

Santé en 2001 et portant sur 126 établissements, la délégation de la gestion vers les pôles médicaux la plus fréquente porte sur les dépenses médicales (83 %), suivie des dépenses de logistique générale (67 %), mais les délégations portant sur la gestion du personnel (44 %) et des investissements (11 %) sont plus rares.

### 6. Vers de nouveau système de pilotage

La mise en œuvre de telles évolutions se traduit également par un travail et une réflexion sur les nouveaux outils de pilotage. Des tableaux de bord sont produits et des procédures de dialogue instaurées entre les directions de pôles et la direction financière des établissements. C'est donc une vraie culture de dialogue de gestion qui s'instaure progressivement dans les établissements. Si le « rendre compte » était une activité courante des cadres de santé comme l'ont montré plusieurs recherches (Amar), il devient de plus en plus fréquent pour les médecins. La gestion se médicalise. Au-delà des contenus et des rubriques de chaque tableau de bord, deux enseignements peuvent être dégagés des expériences en cours. Le travail de conception des tableaux de bord est stratégique car il permet de stabiliser les représentations de chacun (direction - médecins) autour d'un même indicateur, pour aller plus loin nous pourrions même dire que la méthode de conception des tableaux de bord est tout aussi importante que les tableaux eux-mêmes car c'est l'apprentissage d'une lecture commune qui est en jeu. Le second enseignement des démarches réside dans le fait que même si l'instrumentation de gestion est souvent faible, du fait de la défaillance des systèmes d'information hospitaliers, les tableaux de bord créés

agissent bien comme des technologies invisibles, pour le meilleur et pour le pire. Les procédures de discussion et d'échanges sur des données de gestion, même incomplètes, autorisent une progression de la pensée gestionnaire et se concrétise par des plans d'action d'amélioration. Il faut faire accepter cette incomplétude au corps médical, qui souhaite toujours capturer la complexité du processus de production de soins dans les tableaux de bord. En effet, à l'hôpital, compte tenu de l'autonomie professionnelle, plus les données de gestion sont complètes, mieux elles se prêtent à de l'autojustification exacerbée des pratiques au détriment de la prise de décision.

### 7. L'apprentissage de nouveaux rôles

Si l'apprentissage organisationnel et le développement collectif sont au cœur des démarches engagées dans les établissements de santé, il est tout aussi important que des individus apprennent les nouveaux rôles qui leur sont demandés. Ainsi on voit fleurir dans les établissements des programmes de formation qui cherchent à enseigner la gestion aux médecins et la médecine aux gestionnaires. Au-delà de l'apprentissage de notions fondamentales, ce qui est surtout en jeu c'est la compréhension des contraintes liées à l'exercice professionnel de chacun et la compréhension des mécanismes d'allocation de ressources des tutelles. Les apprentissages s'effectuent donc sur la double scène de l'interne et de l'environnement.

### 8. Le contrat comme outil de régulation

Enfin, la dernière « brique » est celle du contrat. On y retrouve généralement des rubriques qui articulent des objectifs (quantitatifs et qualitatifs), des moyens

(organisation et ressources) et des procédures de contrôle. L'émergence de la pratique contractuelle permet de situer les rôles et les contributions de chacun. Néanmoins ces contrats sont imparfaits, car si les termes du contrat ne sont pas respectés par une partie, il n'existe pas ou peu de recours pour sanctionner les déviations ou les transgressions. De ce point de vue le contrat signé entre un directeur de pôle et un directeur général d'établissement s'apparente plus à un contrat moral qu'à un contrat de droit.

## CONCLUSION

Les projets de contractualisation-déconcentration de la gestion engagés au sein des établissements de santé sont de véritables projets de « reingeniering organisationnel ». Ils mobilisent plusieurs facettes du management et de la conduite de projet. Nous avons présenté un idéal type de l'ensemble des « briques projet ». L'enquête du ministère de la Santé montre qu'en 2001 il y avait peu d'établissements qui ont mené leur projet sur l'ensemble des points développés plus haut. Il est également trop tôt pour évaluer l'effet des démarches entreprises. Il est néanmoins possible de chercher à répondre à trois questions : le nouveau modèle de management permet-il d'optimiser l'offre de soins ? Permet-il de mieux gérer les ressources ? Permet-il de faire progresser la gestion ?

Concernant l'offre de soins, les démarches engagées répondent bien à un objectif d'optimisation. Raisonner au niveau d'un pôle invite les acteurs médicaux à élaborer un projet médical intégré et à situer l'offre de soins sur un registre qui correspond bien à des enjeux de bassin de population. Ainsi, si le directeur médical de pôles est sensibilisé

aux questions de santé publique et s'il est en capacité de produire ou de formuler les bons niveaux d'arbitrage, les réformes engagées ne peuvent que satisfaire cet objectif d'optimisation de l'offre de soins. Dans ce contexte le directeur médical de pôle devient le point nodal de la stratégie. La direction de l'hôpital a alors un rôle de garant de l'unité de l'établissement et de négociateur vis-à-vis des tutelles.

Concernant la gestion des ressources deux niveaux doivent être distingués. Le premier vise à optimiser les ressources existantes : polyvalence, flexibilité des moyens, mise en commun de protocoles et de règles de conduite, mutualisation. Là aussi les démarches engagées satisfont cet objectif et à terme devraient contribuer à améliorer la qualité des pratiques médicales. Le second niveau vise à maîtriser les ressources. On se retrouve alors face à deux situations. Soit la question de la maîtrise est évidente, par exemple dans le cas de services en doublon, et alors la « mise en pôle » des organisations médicales est un accélérateur de réformes, même si cela demeure un exercice difficile. Soit on se retrouve face à des questions moins évidentes en termes de choix de priorités et les acteurs médicaux ont du mal à prendre des décisions de gestion car on aborde alors la question des identités des acteurs et de la légitimité des différents segments d'activité. Il y a bien une limite à la déconcentration pour certains types de décision. De façon générale ce sont les équipes de direction qui doivent être garantes des choix et des décisions, mais elles ne disposent pas toujours des moyens pour ce faire.

Enfin, le contrat interne vise à faire progresser le dialogue de gestion. Disposer de tableaux de bord et instaurer un dialogue de

gestion entre les docteurs et les directeurs participent bien de la diffusion d'une culture de gestion dans les établissements de santé, même si les systèmes d'information sont encore loin de pouvoir garantir la pertinence, la fiabilité et l'exhaustivité des données.

La contractualisation externe et interne est en marche dans les hôpitaux publics : ce processus contribue à éloigner les hôpitaux du modèle de la bureaucratie professionnelle, pour les rapprocher d'un modèle de l'entreprise divisionnelle à forte composante professionnelle. Des innovations managériales sont à l'œuvre dans des dizaines d'établissements. Néanmoins les démarches entreprises sont fragiles. Elles doivent, pour quitter la sphère de l'innovation et rejoindre celle de l'institutionnalisation, trouver leur équilibre autour de deux facteurs que sont la culture et l'efficacité. La transformation culturelle concerne autant les soignants que les équipes de direction. Les premiers doivent intégrer la notion d'efficacité. Ils doivent surtout accepter l'idée que renoncer localement à des activités ne conduit pas à un démantèlement du service public, mais à le faire fonctionner en réseau, dont leur établissement est un maillon. Leur autonomie professionnelle a un autre contenu, un versant gestionnaire. Les seconds doivent accepter l'idée que déconcentrer des activités de gestion et développer des activités de service ne diminue pas leur statut et leur pouvoir au sein de l'organisation hospitalière. Ils doivent aussi enrichir leurs compétences organisationnelles et notamment celle visant à optimiser des processus de production. Les uns et les autres doivent développer des compétences de coopération afin de réduire les zones de

négociation et de tension. Ce n'est que progressivement que les nouvelles régulations « travailleront » la culture afin de la transformer et ce faisant autoriseront l'émergence d'une nouvelle forme d'effi-

cience qui ne met plus en tension les acteurs (soignants contre directeur) mais qui les invitent à produire ce que d'autres ont nommé une régulation conjointe. (Reynaud, 1990).

### BIBLIOGRAPHIE

ANAES, « Manuel d'accréditation des établissements de santé », Actualisation 2003, Paris, 2003.

*Le Point*, « Hôpitaux. Le Palmarès 2001 », n° 1151, 31 août 2001.

G. de Pourville, « Faut-il centraliser le système de santé ? », *Projet* n° 179-180, 1983.

G. de Pourville, « Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : un programme ambitieux et perfectible, mais pour quelle utilisation ? », *La Revue du Praticien-Médecine générale*, vol. 5, n° 155, 1991, p. 2625-2633.

G. de Pourville, G. France, "The introduction of case-based hospital management", *The Migration of managerial innovation*, Kimberly J., de Pourville G. (ed.), Josey Bass, San Francisco, 1993, p. 83-130.

G. de Pourville, « Hôpitaux : la double contrainte », *Éditorial, Revue française de gestion*, vol. 23, n° 109, 1996, p. 72-79.

H. Mintzberg, *The structuring of organisation*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1979.

J.-D. Reynaud, *Les règles du jeu*, Armand Colin, Paris, 1990.

J. Tedesco, *Crises et Désordres à l'hôpital*, Thèse de doctorat, École Polytechnique. 1999.