

La mise en place des pôles à l'hôpital public : Vers un processus de décision médico-économique plus efficient ?

Jimmy Vallejo
Docteur en Sciences de Gestion
Aix Marseille Université (AMU), LEST-CNRS
jimmy.vallejo@univ-amu.fr

Résumé

Les pôles d'activité médicale ont été instaurés dans les hôpitaux publics par l'ordonnance du 2 mai 2005, en reposant sur deux principes, la recherche d'efficacité médico-économique et la subsidiarité. L'objectif de cet article est d'analyser, par l'étude de cas d'un grand CHU, l'impact de ce changement de structure organisationnel sur le fonctionnement hospitalier. Il ressort que les pôles se présentent comme de nouvelles unités qui ont rendu plus complexe l'organisation interne.

L'arrivée des pôles, un tournant gestionnaire à la poursuite d'efficacité médico-économique

Depuis les années 1990, les principes du Nouveau Management Public ont transformé en profondeur l'hôpital public, on parle d'un tournant gestionnaire. La recherche de performance et d'équilibre financier a fait évoluer la gouvernance de l'hôpital, jusqu'à l'apparition des pôles d'activité médicale avec les ordonnances de 2005. Il s'agit d'un regroupement de services avec des activités de soins communes ou complémentaires, sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle, accompagné d'un cadre soignant et d'un cadre administratif, en lien avec un directeur délégué. La création des pôles vise la responsabilisation des équipes médicales et soignantes sur la recherche d'un équilibre financier et une amélioration de l'efficacité médico-économique par application du principe de subsidiarité. Les études empiriques dressent un constat mitigé de la mise en œuvre de ces réformes, relevant le faible impact de la délégation de gestion sur les pratiques et la transition difficile vers une hybridation des logiques entre professionnels du soin et administratifs. L'absence de délégation, due à un manque de confiance des directions fonctionnelles en la capacité des professionnels à exercer une gestion efficiente, en est la cause. De plus, ces études montrent que les médecins ne deviennent pas spontanément des gestionnaires. L'appropriation des outils de gestion prend du temps et les travaux de recherche montrent que la délégation n'a qu'un faible impact sur les décisions médicales. Ces recherches sont centrales en ce qu'elles portent un regard critique sur la mise en place des pôles, mais reste à savoir quelle est la place du pôle et quels sont les effets de cette nouvelle gouvernance sur les capacités de l'hôpital à prendre des décisions plus efficientes. Il est intéressant d'analyser l'influence du changement d'organisation sur les capacités de l'hôpital à faire évoluer son efficacité. Pour se faire, nous avons réalisé une étude globale des transformations en cours, en nous intéressant à l'ensemble des acteurs du pôle, à la façon dont les instruments de gestion sont mobilisés, cela au travers de 3 processus de gestion des Ressources Humaines : la mutualisation et le recrutement de personnel, et la gestion de projets, dans un grand CHU¹. Nous avons voulu analyser comment cette évolution de structure organisationnelle contribue à

¹ Cette étude a été menée dans un grand Centre Hospitalier Universitaire, par l'analyse de la gestion quotidienne de trois pôles : Digestif, Neurologie et Gynécologie ; et l'analyse de deux projets de pôle : Biologie et Gynécologie. Nous avons réalisé au total 49 entretiens avec l'ensemble des acteurs du pôle, assisté à 60 réunions et collecté différents documents.

rationaliser les processus de gestion, dans un contexte économique lourd pour les hôpitaux publics. Nous avons cherché à répondre à la question suivante : comment les pôles d'activité médicale ont-ils fait évoluer les processus de décisions ?

Le pôle, générateur de gaspillage organisationnel

Nous allons à présent revenir sur les principaux résultats de cette étude. L'hôpital apparaît comme une structure simple, fortement centralisée, dont les contraintes et le mode de fonctionnement ont eu pour résultat de favoriser le gaspillage organisationnel, là où l'on attendait une réduction. Ce résultat ferait penser que le changement de configuration a eu un effet négatif, ou de statu quo, au lieu de rationaliser les pratiques et d'avoir un effet positif notamment sur l'incertitude des préférences des différents acteurs, la maîtrise des outils de gestion ou encore et la participation des acteurs aux processus de gestion et aux réunions en lien avec les pôles.

L'incertitude des préférences entre gestion et médical, entretenue par le pôle, génère des comportements qui créent du gaspillage organisationnel. Nous avons vu l'exemple d'une décision de mutualisation qui a échoué car les agents de terrain s'y opposaient, car cette décision d'organisation ne prenait pas en compte la charge de soin. Une équipe s'est mise en maladie, il a donc fallu trouver des solutions de remplacement, à la fois dans le service demandeur de mutualisation et dans le service où les agents se sont mis en maladie pour s'opposer à leur désignation. Finalement, ce processus que devait développer le pôle, dans un esprit de transversalité et d'efficacité, s'est retrouvé à générer plus de gaspillage. Par ailleurs, l'investissement dans la conception d'outils de la part des contrôleurs de gestion pour mettre à disposition des données aux agents du pôle, l'investissement des agents pour tenter de maîtriser des outils, qui ne sont pas toujours adaptés et auxquels ils n'ont parfois que des accès limités, couplé avec le désintérêt d'une partie des agents pour ces questions de chiffres, représentent une perte de temps et sont donc une forme de gaspillage. Il en va de même avec l'exemple du budget qui n'est pas maîtrisé. Enfin, la multiplication de réunions, qui semblent peu pertinentes, du fait de l'absence de pouvoir de décision accordée au pôle et de la fluctuation des participants, génère là encore du gaspillage. Le temps accordé à la participation à ces réunions correspond pour les médecins à une perte de temps d'activité de soin ou de consultation. Il y a donc une perte d'efficacité.

Par ailleurs, nous avons observé l'absence de contrats de pôles², ce qui contraint fortement l'efficacité des pôles. Face à un contexte financier très contraint, avec un CREF³, le choix des différentes directions qui se sont succédées a été de fortement centraliser les décisions et les processus. L'absence de contractualisation est un frein majeur au bon fonctionnement de l'hôpital et une externalité négative du choix de centralisation. En effet, ces contrats permettent la réunion et la négociation de préférences communes entre la DG et les pôles, et posent un cadre d'évaluation des performances, ce qui fait défaut à l'heure actuelle. Il semble donc clair que, quel que soit le contexte, ces contrats de pôle soient indispensables pour le maintien d'une cohérence organisationnelle et représentent une véritable ressource, tant pour la DG, que pour les pôles.

Concernant le personnel, une formation plus adaptée aux outils de gestion apparaît comme nécessaire. En effet, si notre étude montre une évolution vers une meilleure appropriation des

² Il s'agit d'une contractualisation interne, entre le pôle et la Direction Générale, qui définit une série d'objectifs et de moyens mis à disposition de l'équipe de pôle pour poursuivre les objectifs. Ils sont normalement signés et renouvelés tous les 4 ans.

³ Contrat de Retour à l'Équilibre Financier

outils et des logiques gestionnaires, il n'en reste pas moins que cette appropriation est hétérogène et dépend fortement du profil des acteurs. Pour passer à un réel pilotage de l'activité et à une gestion par les performances, un écart de compétences reste à combler. Notre recherche montre que l'acteur clé du franchissement de cet écart est le cadre administratif de pôle. Ce dernier doit devenir un assistant de gestion, ce qui doit s'accompagner d'une définition plus claire du profil et des compétences de ce membre du pôle.

En résumé, les pôles font face à de nombreuses difficultés pour atteindre leur objectif d'efficacité : l'influence du contexte économique, l'absence de contrats de pôle, le problème de formation des agents et une opposition constante entre gestionnaires et médicaux. Par ailleurs, une redéfinition des rôles de chaque instance, entre pôles, sites, et directions fonctionnelles plus claire est indispensable.

Le projet, révélateur des bienfaits du pôle

Quand on s'intéresse au management de projet, l'hôpital apparaît davantage moins centralisée. Dans ce contexte, le management par le pôle tend vers les effets attendus, un rassemblement des préférences, donc un rapprochement des logiques gestionnaires et médicales, par une hiérarchisation des objectifs, une meilleure appropriation des logiques gestionnaires de la part du corps médical et la mise en place effective d'un contrôle des résultats, et enfin, la stabilisation des contours de l'organisation et des instances délibératives, avec des réunions plus pertinentes dont la liste des participants est plus stabilisée. Dès lors, il semble que le pôle ait un effet positif sur le gaspillage organisationnel

Il ressort donc de notre étude l'importance du pôle en tant qu'unité de gestion des projets médicaux. C'est un très bon échelon pour la conduite de projets. Les membres du pôle maîtrisent les compétences de terrain et arrivent à développer des réflexions gestionnaires et financières, avec une organisation « en mode projet ». C'est un axe à développer et à encourager, qui confère au pôle une véritable place dans le processus de gestion, qui mobilise ses compétences et ses capacités de gestion à bon escient. Ce fonctionnement permet de stabiliser les processus et les groupes dans des instances délibératives. Il rassemble les préférences et permet une meilleure compréhension de la production de résultats, entre sphères gestionnaire et médicale. Il nous semble donc, qu'en l'absence d'un contexte favorable à une délégation de gestion, et avant que le pôle ne devienne une unité de gestion médico-économique à part entière, il ait trouvé sa place en tant qu'unité de management de projet. D'ailleurs, le projet est un substitut de contrat de pôle, on retrouve dans la gestion des projets l'occasion de négocier entre les pôles et la DG, des objectifs et des moyens pour les atteindre, en tenant compte des diverses contraintes.

Bien que les pôles n'aient pas, à l'heure actuelle, atteint leur objectif d'efficacité médico-économique, le changement de structure interne a impacté le processus de décision de l'hôpital, en modifiant les pratiques et les cadres de ces processus de décision. L'arrivée des pôles s'est accompagnée de nouveaux outils de gestion, avec la multiplication des tableaux de bord, de nouveaux processus de gestion, tels que la mutualisation ou encore une nouvelle gestion des projets et enfin d'une redistribution des rôles, avec un transfert de responsabilité entre le contrôleur de gestion et le cadre administratif, ou encore entre le site et le pôle. Un ensemble d'éléments qui impacte manifestement le processus de décision.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons énoncer que les pôles ne semblent pas avoir atteint l'objectif de leur création, de devenir des organes de gestion médico-économique comme en témoignent l'absence de contrat de pôles, de délégation de gestion ou encore de décentralisation. Les pôles se retrouvent alors dans un entre-deux, où ils ne sont pas devenus un niveau de pilotage organisationnel indispensable mais ils occupent tout de même une place dans l'institution qui permet plus de coordination et la gestion de projet. Finalement, pour l'heure, le pôle semble peu apporter à l'efficacité de l'établissement. Il est plutôt générateur de coûts. Faut-il y voir le prix à payer d'un investissement pour le développement organisationnel de l'hôpital public ou une erreur stratégique ? La question reste ouverte, mais il n'en reste pas moins que des réformes en réformes, la gouvernance par les pôles est reconduite. Il faut donc s'empresse de comprendre les leviers d'amélioration de cet organe de gestion. Cette recherche révèle un élément essentiel sur ce point : dans le cadre de la gestion de projet, le pôle paraît fonctionner de manière plus efficace. Il est particulièrement intéressant de comprendre pourquoi le pôle fonctionne mieux sur la gestion de projet que dans le management quotidien. Il semble que le projet soit plus fédérateur et c'est en cela que réside la clé de compréhension de ce meilleur fonctionnement. A contrario, dans la gestion de pôle au quotidien l'aspect financier est prédominant, ce qui n'est pas fédérateur auprès des équipes médicales. Il n'y a donc pas de dynamique collective. En revanche, le projet est plus fédérateur, car il est de facto médico-économique. Même si les projets évoluent dans un cadre économique très présent, la part de médical est forte. Le projet permet donc l'existence d'objectifs partagés, ce qui fait défaut dans les pôles au quotidien, notamment par l'absence de contrats de pôle.

Cette analyse de projets de pôle rend compte de l'intérêt de creuser l'idée de la convergence des intérêts. Ce constat soulève la question du sentiment d'interdépendance entre sphère économique et médicale. Il est finalement plus aisé de mobiliser sur un projet, que sur une réduction des coûts. L'objectif financier ne semble pas suffire, les dimensions soignante et médicale sont indispensables pour mobiliser les équipes.