

LA NOUVELLE GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ : QUELS IMPACTS POUR LES ORGANISATIONS ADMINISTRATIVES ?

**David LARIVIERE,
Benoît MOURNET,**

Membres du Club Jeune Génération

Elèves directeurs d'hôpital – Promotion Georges Canguilhem

I. Le management des pôles par l'analyse comparative

L'analyse comparative que nous avons conduite dans une douzaine d'établissements nous a permis de dégager trois modèles:

- Les Directeurs référents de pôle : choix minimal de délégation de gestion aux pôles et par une maîtrise des questions administratives par les Directions fonctionnelles ; chaque unité de gestion des Directions fonctionnelles est organisée et spécialisée par pôle et un Directeur référent accompagne les pôles dans la conduite de leurs projets et le dénouement des obstacles administratif et politique à la réalisation de leurs ambitions.
- Les Directeurs délégués de pôle : choix d'une importante délégation de gestion au bénéfice des équipes du pôle, en contrepartie de la déconcentration d'un représentant auprès d'un ou plusieurs pôles. Il constitue la voix du chef d'établissement dans le pôle, et est chargé à temps plein de gérer en proximité les questions administratives, de conduire les projets du/des pôles et de contribuer à l'atteinte des objectifs du pôle.
- Une troisième voie conjuguant l'action de Directeurs référents et de Directeurs délégués de pôles. Cette formule est surtout utile pour les très établissements dont la répartition de l'activité est multi sites.

Méthode de management	Avantages	Inconvénients
<p>Directeur référent de pôle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi régulier des projets d'un pôle et rappel de la politique hospitalière de la Direction • Gestion de proximité : <ul style="list-style-type: none"> ○ nécessaire lien entre Direction et le terrain => fondement de la légitimité du DH ○ Rôle essentiel en cas de problème grave (décès d'un agent, crise) • Désamorçage en amont des difficultés et arbitrage en cas de conflits entre deux pôles (le référent ne défend pas un pôle mais fait respecter la ligne de la DG dans les projets de pôle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Importante charge de travail pour des Directeurs fonctionnels qui n'ont pas toujours le temps à consacrer aux pôles (cette situation a conduit le CHU de Nancy à changer de stratégie pour recourir à des Directeurs délégués de pôles) • Niveau d'implication dépendant des référents de pôle • Manque d'exhaustivité dans le suivi des projets et des dépenses du pôle • Le référent ne doit pas défendre son pôle au risque de diviser l'équipe de Direction (en particulier dans les petits hôpitaux où il y a peu de Directeurs)
<p>Directeur délégué de pôle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestion de proximité :</u> <ul style="list-style-type: none"> • conduite des projets et contrôle de la mise en œuvre de la politique unique de l'établissement dans le pôle ; • Légitimité et crédibilité du Directeur d'Hôpital dans le dialogue et la mise en œuvre de la politique de la Direction par un réel "ambassadeur" • Amélioration du pilotage administratif et financier (GRH, contrôle de gestion, limitation des achats) ; • Désamorçage en amont des difficultés : dialogue social de proximité, gestion rapide ; • <u>Lisibilité de l'action administrative ;</u> • <u>Maintien de l'activité :</u> Décharge les chefs de pôle des obligations administratives pour leur permettre de se consacrer à leurs activités cliniques (bon pour l'activité hospitalière) ; • Développement d'une réelle culture de pôle en cassant la logique de site 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté du positionnement du Directeur de pôle par rapport au chef de pôle : il n'est pas sous l'autorité hiérarchique du chef de pôle mais bien sous celle du DG => Nécessaire de gérer plusieurs pôles pour éviter toute confusion • Manque de transversalité de l'action du Directeur de pôle : il ne doit pas défendre son propre pôle au risque de diviser l'équipe de Direction • Risque d'opposition des médecins à la délégation d'un Directeur à leurs côtés

II. Quel avenir souhaitable pour le management des pôles ?

Ces trois modèles apparaissent comme des modes astucieux pour l'administration hospitalière de se réinterroger et de s'adapter à la nouvelle gouvernance. A court terme, chacun de ces trois modèles offre une réponse satisfaisante et suffisamment souple selon la taille et les choix des établissements. Toutefois, à plus long terme, elle ne permet pas de faire l'économie d'une réflexion plus large et plus approfondie sur l'intégration croissante des logiques médicale et de gestion dans les établissements publics de santé.

Dans un contexte d'un ONDAM hospitalier très contraint, il n'est plus possible de déconnecter les logiques de celui qui promeut l'efficacité, le directeur d'hôpital, de celui qui agit directement sur les leviers de recette et de dépense, le médecin. La distance entre ces deux acteurs majeurs, longtemps de mise et encore aujourd'hui bien souvent évoquée comme le souvenir douloureux d'une lutte de pouvoir et d'influence entre eux devra être révolue dans l'hôpital de 2030.

Il est de la responsabilité des directeurs d'hôpital de s'engager vers une relation plus étroite avec les responsables médicaux. Le chef de pôle, affirmé comme le premier garant de la qualité médicale et de la saine gestion, doit pouvoir s'appuyer sur l'expertise d'une équipe de gestion, composée à la fois d'attachés, de cadres soignants mais également et surtout de directeurs d'hôpital, dont le rôle pourrait être celui d'un directeur de cabinet et dont le rattachement hiérarchique au chef de pôle ne doit pas être tabou.

Loin d'enterrer la fonction de directeur d'hôpital à un rôle d'exécutant, ce modèle renforcerait leur légitimité et leur compétence. Dans une perspective de progression dans la carrière, le passage obligé par des postes de terrains (directeur délégué de pôle) avant d'accéder à des postes de direction fonctionnelle puis de chefs d'établissement ou de communauté hospitalière de territoire pourrait être constitué une nouvelle opportunité pour renforcer la spécificité du métier de Directeur d'hôpital.

Le management du pôle s'inscrit dès lors comme un véritable management d'équipes pluriprofessionnelles, sous l'impulsion du praticien chef de pôle. La cellule administrative déléguée auprès du chef de pôle et dirigée par le directeur de pôle, pourrait être composée en fonction de la taille de l'établissement et des choix de délégation qui auront été fait. Il convient à présent de décliner de façon opérationnelle, telle une boîte à outil, les champs de délégation souhaitables.