

CONGRES AGRH 2013

LA MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURATION PAR PÔLES AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER : UNE APPROCHE PAR L'EFFECTIVITÉ

Christelle Havard

Groupe ESC Dijon Bourgogne – CEREN

Résumé : Cette communication met en perspective la mise en place d'une nouvelle organisation par pôles dans les établissements français hospitaliers à la fin des années 2000. Après avoir présenté le contenu et les objectifs de cette réforme initiée par les pouvoirs publics, un premier bilan est dressé à partir d'une revue de littérature des différents rapports institutionnels produits à la fin des années 2000 révélant une mise en œuvre partielle de la réforme. Au-delà de l'atteinte partielle des objectifs, il est nécessaire de mettre en lumière les processus qui ont contribué aux premières réalisations de cette réforme. Cette analyse des processus est possible en recourant à une "approche par l'effectivité" et en s'appuyant sur une étude de cas approfondie. La communication présente donc un exemple de centre hospitalier universitaire qui a mis en œuvre une organisation par pôles préalablement et consécutivement à la réforme instiguée par l'État. Il en ressort que cette "réforme polaire" doit davantage être considérée comme une histoire en construction qui rend possible d'autres réformes ultérieures et futures.

Mots clés : Changement organisationnel, Hôpital, Pôles, Acteurs

LA MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURATION PAR PÔLES AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER : UNE APPROCHE PAR L'EFFECTIVITÉ

Le secteur de la santé est soumis à de profondes transformations qui affectent tous les acteurs produisant des prestations de soins [Sainsaulieu, 2007; Lavigne, 2009; Minvielle, 2009]. Une des transformations majeures dans les centres hospitaliers concerne l'organisation de l'activité en pôles qui a été instiguée par le plan Hôpital 2007 [Debrosse & al. 2003], les ordonnances de 2005 puis la loi "Hôpital Patient Santé Territoire" (HPST) [Claveranne & al., 2009; Fray 2009]. Les principales dimensions de cette réforme polaire sont tout d'abord la structuration en pôles (niveau de management intermédiaire entre la direction et les services) avec la nomination d'acteurs particuliers au sein du pôle, la création de nouvelles instances de gouvernance institutionnelle intégrant les responsables du pôle, la mise en place d'un projet de pôle, une délégation de gestion aux pôles orchestrée notamment par une contractualisation entre la direction et les pôles [Nobre & Lambert, 2012].

La réforme polaire va se mettre en place plus ou moins rapidement selon les établissements hospitaliers. Plusieurs rapports sont produits à travers des enquêtes réalisées auprès des établissements entre 2008 et 2012 mentionnant un bilan mitigé de la réforme polaire. Si les pôles d'activité ont bien été créés, la délégation de gestion ainsi que la contractualisation ne se sont pas toujours traduites dans les faits. Cela signifie-t-il que la réforme polaire est un échec partiel? Au-delà des constats, comment expliquer que les changements voulus par le législateur n'aient pas été complètement mis en place dans les établissements hospitaliers? Pour répondre à cette question, il est important d'aborder l'analyse de ce changement organisationnel qu'est la mise en place d'un fonctionnement polaire à travers, non pas une approche par l'évaluation de l'atteinte des objectifs, mais une approche par "l'effectivité" [Mossé & Oiry, 2010; Baret & al., 2011] qui permet de comprendre les processus et les dynamiques qui facilitent le changement et lui permettent de se mettre en œuvre.

Cette approche nécessite alors une "compréhension fine du processus" [Minvielle & Contandriopoulos, 2004, p.30] et d'appréhender le changement organisationnel dans un contexte particulier afin de décrire et d'analyser en profondeur les processus opérés par les acteurs en recourant à la méthode des cas. Nous présentons ainsi le cas d'un centre hospitalier universitaire (CHU) qui a initié la démarche polaire avant que ne soient publiés les différents rapports et que ne soient promulguées les ordonnances de 2005 et la loi HPST de 2009. Cet établissement disposait ainsi d'un terrain favorable à la mise en œuvre du fonctionnement polaire mais en 2012 n'avait cependant pas atteint complètement les objectifs des réformes. En mobilisant l'approche par l'effectivité, nous essayons de révéler les processus qui ont conduit à mettre en œuvre progressivement le changement polaire et à ouvrir la voie à de futurs changements au sein de l'établissement.

1. La mise en place des pôles : une réforme hospitalière qui s'inscrit dans la durée

Les rapports Debrosse-Perrin-Valencien et Couanau déposés en 2003 dénonçant notamment la balkanisation des centres de décision et de prise en charge des soins nuisant à la prise en charge globale des patients proposent une modernisation de la gestion interne des hôpitaux et de "responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin" [Claveranne & al., 2009, p.448]. Les ordonnances du 2 mai 2005 ainsi que la loi HPST de 2009 et les décrets d'application de 2010 viendront ensuite renforcer cette orientation polaire et préciser les modalités du fonctionnement polaire et de la "nouvelle gouvernance hospitalière"¹.

1.1. Les éléments et les objectifs attendus de la réforme polaire

Tous les éléments constitutifs et caractéristiques du fonctionnement polaire sont définis par les diverses réglementations et précisés dans le Code de la Santé Publique.

Selon l'article L6146-1, les établissements publics de santé doivent structurer leur organisation autour de *pôles d'activité clinique, médico-techniques ou administratifs* en concertation avec la direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le directeur de la formation et de la recherche pour les centres hospitaliers universitaires (CHU). Le découpage polaire relève de l'initiative des établissements sans qu'aucune recommandation ne soit formulée. Chaque pôle est constitué d'un ensemble de structures internes (qui correspondent aux précédents services dont la dénomination n'est plus retenue par la loi de 2009).

A la tête des pôles sont nommés des *chefs de pôle* par le directeur de l'établissement sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-techniques et après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale pour les CHU. Selon l'ordonnance du 2 mai 2005, le chef de pôle peut s'entourer de collaborateurs tels qu'un "cadre de santé de pôle" ou un "cadre administratif de pôle". La loi de 2009 précise simplement que le chef de pôle "peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement" (article L6146-1), les dénominations précisées au préalable disparaissent au profit d'équipes pluridisciplinaires. "Le chef de pôle organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines" (article L6146-1).

Pour appuyer ses décisions, les pôles peuvent mettre en place des "*conseils de pôle d'activité*" définis par le décret du 26 décembre 2005. Le conseil de pôle a pour objet de contribuer à l'élaboration du projet de pôle et du contrat interne de pôle ainsi qu'au rapport d'activité de pôle et de favoriser l'expression des personnels du pôle et les échanges d'information concernant le fonctionnement du pôle. Sont membres de droit du conseil de pôle les chefs de structure interne, le cadre supérieur de santé ou les cadres de santé du pôle.

La *délégation de gestion* n'est pas mentionnée explicitement dans la loi de 2009, en revanche, il est précisé que le chef de pôle en concertation avec les membres de son équipe polaire puisse décider de l'organisation du pôle et de l'affectation des ressources au sein du pôle. De

¹ Cette nouvelle gouvernance hospitalière concerne notamment la création de nouvelles instances au niveau de l'établissement (le directoire et le conseil de gouvernance) permettant de faciliter le pilotage stratégique de l'établissement. Ce volet "gouvernance" s'il est un point essentiel de la modernisation des établissements hospitaliers et qu'il intervient en complément de l'orientation polaire ne sera pas traité dans ce document [Fray, 2009].

même, positionné dans une situation de subordination hiérarchique vis-à-vis du directeur de l'établissement, le chef de pôle peut disposer selon le souhait du directeur d'une certaine délégation de gestion [Lachenaye-Llanas, 2012]. Cette délégation de gestion s'opère dans le cadre d'un contrat interne de pôle et d'un projet de pôle.

Le *contrat de pôle* signé entre le directeur d'établissement et le chef de pôle détermine les objectifs et les moyens accordés au pôle et fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs (article L6146-1). Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle lui permettant d'engager des dépenses de remplacement des personnels non permanents, de médicaments et dispositifs médicaux, à caractère hôtelier, d'entretien et de réparation et de formation de personnel (Décret d'application du 11 juin 2010). Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle en matière de gestion des effectifs et d'allocation des moyens humains entre les structures internes, de définition de poste, d'affectation des personnels du pôle.

Le *projet de pôle* quant à lui définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes du pôle et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il doit être élaboré en concertation avec les différentes catégories de personnel composant le pôle (Décret d'application du 11 juin 2010).

La réforme polaire s'inscrit dans un contexte particulier caractérisé par d'autres changements (et réformes) affectant également l'organisation hospitalière : la mise en place d'un système de certification et d'accréditation depuis le début des années 2000, le déploiement de la tarification à l'activité, le réagencement des parcours de soins des patients et la rénovation des bâtiments hospitaliers [Vallet, 2012].

Les *principaux objectifs de ce fonctionnement polaire* souhaités par le législateur étaient les suivants.

- Le découpage polaire avait pour objectif de regrouper, au sein d'un même pôle, les différentes spécialités médicales afin de garantir une meilleure articulation de la prise en charge des soins et d'améliorer la qualité de service aux patients [Domy, 2012].
- Ce regroupement avait également pour objectif de mutualiser certaines ressources [Fray 2009] et de limiter les dépenses dans un contexte de restrictions budgétaires des établissements hospitaliers et de mise en place d'une tarification à l'activité [Colasse & Nakhla, 2011].
- Le regroupement au sein de pôles devait également permettre un certain décloisonnement entre les différents composantes professionnelles de l'hôpital (médicale, soignante, administrative) en facilitant leur rencontre et leur collaboration au sein d'une unité d'action collective [Domy, 2012]. Cette rencontre devait notamment s'opérer à l'occasion de l'élaboration du projet de pôle.
- Confier à un médecin chef de pôle des responsabilités de management, d'organisation et de gestion devait permettre également de combler le fossé historique entre médecins et directions en associant le corps médical aux décisions et de faciliter la prise de décision au niveau le plus pertinent (principe de subsidiarité) [Fourcade, 2011].
- La délégation de gestion encadrée par le contrat de pôle avait pour objectif également de responsabiliser les différents acteurs des pôles, notamment les médecins [Dechamp & Romeyer, 2006], autour d'objectifs validés par la direction de l'établissement et faisant sens pour les membres du pôle.

Les principales caractéristiques et les objectifs de la réforme polaire étant précisés, nous souhaitons maintenant établir un bilan général de la réforme polaire.

1.2. Un bilan mitigé de la réforme polaire à la fin des années 2000

A la fin des années 2000, de nombreux rapports dressent un bilan de la réforme polaire et de la nouvelle gouvernance hospitalière : le rapport de la DHOS de mai 2008, l'étude qualitative de l'EHESP de juin 2008, le rapport Zeggar, Vallet & Terceirie [2010], le rapport du Sénateur Fourcade [2011], l'enquête de la DGOS [2011] ainsi que le rapport de l'IGAS [Acker & al. 2012]. Si les rapports sont unanimes pour dire que la réforme polaire est en marche et qu'on ne pourra revenir en arrière [Zeggar & al., 2010], les bilans dressés à ce jour font état d'une atteinte partielle de certains objectifs et formulent de nombreux points de vigilance [Debrosse 2010].

Entre 2005 et 2008 (date butoir pour s'organiser en pôles d'activité), les établissements ont pour une très large majorité d'entre eux (81% selon la DHOS) mis en place *le découpage en pôles*. Les logiques de découpage ont été principalement médicales et de prise en charge des patients, il semble que la situation budgétaire des pôles n'ait pas été mobilisée pour organiser la structuration par pôle [Zeggar & al., 2010]. En revanche, les établissements ont tenu compte assez souvent des affinités entre praticiens et des proximités géographiques pour concevoir le découpage polaire [EHESP, 2008; Zeggar & al., 2010]. Enfin, le découpage polaire est apparu comme un processus permanent dans plusieurs établissements qui ont été amenés à aménager les premières structurations choisies.

Parallèlement à l'identification des pôles, s'est mise en œuvre la *nomination des acteurs clés du pôle*, en premier lieu le chef de pôle et dans la majorité des cas le cadre (supérieur) de santé de pôle. En revanche, les cadres administratifs ou de gestion sont plus rarement présents au sein des pôles ou à temps partiel [Zeggar & al., 2010; DGOS, 2011]. Cette fonction fait l'objet d'une attention particulière des rapports à partir de 2010 lorsque la problématique de la délégation de gestion devient prépondérante dans les rapports. Deux rapports mentionnent également la nomination d'un directeur référent ou délégué auprès des pôles qui jouent un rôle dans l'accompagnement aux chefs de pôle et sensibilisent les pôles aux enjeux institutionnels [Zeggar & al., 2010].

Les *instances de gouvernance du pôle* ont rapidement été mises en place après 2005. Les conseils de pôle suggérés par l'ordonnance de 2005 ont créé un espace d'expression et d'information au sein des pôles [EHESP, 2008; Zeggar & al., 2010]. Se sont développés également des "bureaux de pôle" qui rassemblaient les acteurs en mesure de décider avec le chef de pôle (soit les médecins chefs de service, soit les cadres de santé et de gestion). Ces deux instances ont permis, selon les rapports de développer un sentiment d'appartenance au pôle.

Les *projets de pôle* se sont assez rapidement développés avec la constitution des pôles [DHOS, 2008; EHESP, 2008] malgré certaines difficultés à prioriser les orientations. Ces projets de pôle sont apparus comme l'un des facteurs clés de réussite des pôles contribuant à rendre concrète l'entité polaire [Zeggar & al., 2010].

Selon les rapports, les *délégations de gestion* se sont mises en place partiellement et à la fin des années 2000. Celles-ci concernent le plus souvent la formation des personnels du pôle, la gestion des moyens de remplacement et les achats de matériel non-médical [Zeggar & al., 2010; DGOS, 2011]. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer le faible déploiement des délégations de gestion : la situation budgétaire de l'établissement [Fourcade, 2011], l'insuffisance des tableaux de bord, le manque de fiabilité de l'information médico-économique, le manque de formation ou de temps des équipes polaires. Mais très souvent est soulignée la réticence des directions fonctionnelles [EHESP, 2008; Zeggar & al., 2010; Fourcade, 2011] à déléguer une partie des responsabilités de gestion aux médecins.

Les *contrats de pôle* et les indicateurs de gestion ont aussi été mis en place tardivement et partiellement dans les établissements hospitaliers. Les rapports établis en 2008 montrent que moins de la moitié des établissements de santé avaient mis en place des contrats de pôle (la moitié environ pour les CHU). Ces chiffres ont augmenté pour les CHU en 2010 (passant de 53,8% en 2008 à 70% en 2010). Les tableaux de bord utilisés par les pôles (le plus souvent concernant des indicateurs d'activité et de dépenses) se sont développés la plupart du temps sur la base de tableaux de bord initiés par les directions fonctionnelles pour garantir la cohérence institutionnelle [Zeggar, 2010; Acker, 2012] qui sont plus ou moins adaptés par les pôles.

Concernant les objectifs attendus de la réforme polaire, le bilan établi par les différents rapports est également mitigé et évalué ponctuellement.

- Les effets produits par la réforme polaire sur *l'amélioration de la qualité des soins* ne sont évalués jusqu'à ce jour que par l'étude de l'EHESP [2008] qui reconnaît la difficulté à évaluer du fait notamment de l'insuffisance d'indicateurs pertinents et de la complexité d'isoler la réforme polaire d'autres réformes impactant également la qualité de la prise en charge des patients (notamment la certification et la tarification à l'activité) [EHESP, 2008].
- Concernant *la maîtrise des dépenses par la mutualisation des ressources*, le rapport Acker & al. [2012] n'établit pas de lien direct entre la mise en place des pôles et l'efficacité budgétaire des établissements de santé, les pôles sont simplement mentionnés comme un "levier du changement mis en œuvre partiellement" [Acker & al., 2012, p.5].
- Le *décloisonnement* est souvent analysé dans les rapports [EHESP, 2008; Zeggar & al., 2010; Acker & al., 2012], ces derniers sont unanimes : la structuration polaire a "fait tomber des barrières" entre les équipes médicales et de direction [Zeggar & al., 2010] et a favorisé les échanges d'information réguliers au niveau des équipes polaires et une meilleure connaissance des uns et des autres. Au sein des pôles se sont développées des formes de solidarité à travers la mutualisation de certaines catégories de personnels (notamment le personnel de soins ce qui souligne ici le rôle déterminant des cadres de santé [Acker & al., 2012]) et des pratiques de remplacement interne aux pôles. L'élargissement du dialogue entre les professions médicales, soignantes et administratives (au niveau des pôles mais aussi au niveau du sommet stratégique entre le directeur et le président de la CME) permet une certaine "horizontalisation" de l'organisation hospitalière et peut conduire à "poser les bases du dialogue de gestion" [Acker & al., 2012, p.49].
- Enfin la *responsabilisation des acteurs des pôles* n'est analysée que dans le rapport de l'IGAS de 2010 [Zeggar & al., 2010] ; la mission considère que l'organisation polaire facilitant le partage de l'information a permis de responsabiliser les acteurs polaires qui tiennent désormais compte de façon renforcée des enjeux économiques et de gestion (management, ressources humaines notamment). Cependant cette responsabilisation ne peut pleinement s'exercer dans la mesure où la délégation de gestion se limite à des enveloppes considérées comme peu stratégiques et où les décisions essentiellement d'allocation de ressources humaines notamment restent prises par la direction générale et les directions fonctionnelles.

L'analyse des différents rapports montre que l'évaluation de la réforme polaire s'est faite au-delà de l'atteinte des objectifs de plus en plus par la compréhension des processus qui ont amené à rendre effective ou non l'organisation polaire et la délégation de gestion. Ainsi, au-delà des objectifs, il est important de comprendre les processus par lesquels les changements

s'opèrent pour expliquer la relative lenteur de la mise en place de l'organisation polaire telle qu'elle a été souhaitée par le législateur.

2. Cadre conceptuel : une approche du changement par l'effectivité et les processus

Les analyses du changement organisationnel sont aujourd'hui très nombreuses dans la littérature managériale [Meier, 2007; Pichault, 2009]. Pour comprendre comment le changement polaire s'est plus ou moins opéré, nous retiendrons l'approche par "l'effectivité" proposée par Mossé et Oiry [2010] et Baret & al. [2011]. Cette approche par l'effectivité sera complétée sur certains points critiques.

2.1. L'approche par l'effectivité

Les deux articles proposant l'approche par l'effectivité (Mossé & Oiry [2010]; Baret & al. [2011]) s'appuient sur les travaux de Jullien [1996]. La notion d'effectivité est définie comme "la capacité d'un processus à créer les conditions de sa réussite en s'appuyant sur les dynamiques en cours de gestation au moment où il est initié" [Mossé & Oiry, 2010, p.147]. Les auteurs opposent cette approche par l'effectivité à l'approche de "l'efficacité rationalisatrice élargie" présentée de manière synthétique par Pichault [2009].

Dans l'approche par l'efficacité, les objectifs apparaissent comme premiers et déterminants pour évaluer la mise en place d'un changement. L'approche par l'effectivité prend des distances par rapport à un (ou des) objectifs à réaliser formulés dans la situation initiale [Mossé & Oiry, 2010, p.148]. Ils peuvent être modifiés ultérieurement ou passer au second plan au cours du processus sans que le processus de changement ne soit remis en cause ou qu'il soit considéré comme un échec [Baret & al., 2011].

L'attention doit donc être portée avant tout sur les processus et moins sur les résultats. Cette approche par l'effectivité privilégie en effet l'analyse des dynamiques qui sont à l'œuvre dans le processus de changement, à la fois celles qui préexistent au changement² et celles qui se produisent dans le changement³.

Elle modifie également le rôle des décideurs. Tout d'abord les décideurs sont considérés comme "pluriels" puisque le changement peut être initié à n'importe quel endroit mais surtout "indéterminés", ils peuvent apparaître au cours du processus de changement. Si l'accent n'est pas porté sur des objectifs clairement définis *a priori*, le rôle des "décideurs" est "d'aider les dynamiques en gestation à produire pleinement les effets qu'elles contiennent initialement" [Mossé & Oiry, 2010, p.149]. Dans ce cadre, la planification du changement devient quasiment absente alors qu'elle est dominante dans l'approche par "l'efficacité rationalisatrice". Le rôle principal du "manager du changement" est d'analyser "très en détail la situation initiale afin d'identifier ses failles⁴ et son potentiel" puis d'être attentif au cours du processus de changement à toutes les situations qui permettront de renforcer la direction prise voire, de créer des conditions qui lui sont favorables [Baret & al. 2011].

² "L'approche par l'effectivité en tire le principe qu'il est trompeur d'analyser le processus de changement sans mettre au jour les dynamiques préexistantes" [Mossé & Oiry 2010, p.147].

³ "Le réformateur doit être davantage attentif aux dynamiques qu'il rencontre ou qu'il a mis en œuvre qu'à la nécessité de tenir un cap prédéterminé" [Mossé & Oiry 2010, p.147].

⁴ Une faille est définie comme un "élément de la situation initiale qui va dans le sens des buts poursuivis par le décideur" [Baret & al. 2011, p.312].

Enfin l'approche par l'effectivité ne supprime pas l'évaluation, elle la déplace; "elle la positionne comme une partie intégrante du processus lui-même" [Mossé & Oiry, 2010, p.154]. Elle en modifie également la nature; le décideur fait émerger les failles de la situation qu'il va pouvoir exploiter [Baret & al., 2011].

2.2. Intérêts et limites de l'approche par l'effectivité pour analyser la réforme polaire

Cet éclairage par l'effectivité présente plusieurs atouts pour analyser la réforme polaire.

Comme dans la perspective contextualiste du changement initiée par Pettigrew [1990] et reprise par Pichault [2009], l'effectivité met l'accent sur les contextes. L'approche par l'effectivité met l'accent sur "les singularités existantes" de la situation [Baret & al. 2011, p.312]. C'est une approche qui met l'accent sur les réalités du changement : "l'effet est inscrit dans le réel" [Baret & al. 2011, p.312]. La réforme polaire affecte les établissements hospitaliers dans leur contexte spécifique interne (ils concernent leurs acteurs à tous les niveaux même si les niveaux hiérarchiques les plus élevés sont les plus touchés) et externe.

Ensuite, l'approche par l'effectivité retient l'idée d'un processus qui se construit au cours du temps sans qu'une ligne directrice ne soit clairement identifiée et portée par des "décideurs". La réforme polaire initiée en 2005 avait fixé un cap général à travers l'amélioration de la prise en charge des patients, la maîtrise des dépenses et le décloisonnement du fonctionnement hospitalier mais laissait une large part aux initiatives locales des établissements pour définir leur organisation interne conformément à "l'amendement liberté" de la réforme hospitalière de 1991 [Lequet, 2005] confirmé par le plan Hôpital 2007 [Debrosse & al. 2003]⁵. Par ailleurs, l'approche par l'effectivité met l'accent sur les processus émergents [Merdingner-Rumpler & Nobre, 2011]. Des initiatives locales de mise en fédération, voire de mise en pôle ont justement été prises avant les ordonnances de 2005 [Lequet, 2005].

Enfin, la perspective de l'effectivité apporte une vision plus ouverte du management du changement qui met l'accent sur le rôle crucial du manager : "le but de ce management est donc de créer les conditions nécessaires pour que les dynamiques existantes s'expriment et produisent leurs effets" [Mossé & Oiry 2010, p.155]. Dans le cas de la réforme polaire, le manager est avant tout le directeur d'établissement mais il s'appuie largement sur le président de la commission médicale d'établissement et les exécutifs du pôle.

Cependant, certaines précisions méritent d'être apportées à la perspective par l'effectivité pour comprendre la réforme polaire. Tout d'abord il est souhaitable de rappeler le rôle primordial de l'acteur dans la compréhension du processus de changement et ne pas le mettre en second plan comme le mentionnent Mossé et Oiry [2010, p.147] : "avec l'effectivité, l'acteur ou le sujet s'effacent derrière la situation". Ce propos nous semble exagéré, car les situations sont celles qui sont vécues par les acteurs et donc ce sont bien les acteurs qui doivent rester au centre et il est souhaitable de les considérer comme des êtres humains disposant d'une rationalité limitée et influencés par le contexte et la situation d'action dans laquelle ils se trouvent mais en retour qu'ils contribuent à créer avec d'autres acteurs [Friedberg, 1993]. A ce

⁵ "Nous ne décrivons pas de modèle car chaque établissement trouvera l'organisation qui lui convient compte tenu de sa dimension, de son histoire, de sa culture, de son territoire de santé, de son architecture et de ses compétences. Vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative" [Debrosse & al., 2003, p.16].

titre, les acteurs donnent un sens aux situations dans lesquelles ils évoluent [Weick, 1995; Bernoux, 2010], ce que reconnaissent Mossé et Oiry [2010]⁶.

Ceux que Mossé et Oiry nomment les "décideurs" pourraient probablement être mieux qualifiés par le terme de "facilitateurs" du changement, dans le sens où ceux-ci visent à identifier les dynamiques existantes et à faciliter l'éclosion, le déploiement voire l'expression de ces dynamiques plutôt qu'à les impulser.

Par ailleurs, Mossé et Oiry [2010] mentionnent fréquemment le rôle des "décideurs", mais ne mettent pas suffisamment l'accent sur les acteurs – que nous désignerons comme des "opérateurs" qui vont mettre en œuvre le changement organisationnel et le rendre effectif sans pour autant l'avoir décidé. Ces acteurs peuvent justement apparaître tout au long du processus de changement sans qu'ils ne soient identifiés au début du processus par le sommet stratégique. Et si les opérateurs ne rendent pas concret le changement par leurs actions, le changement ne peut pas produire les effets escomptés [Bernoux, 2010; Baret et al. 2010]. Ces opérateurs sont par ailleurs également capables d'évaluer la situation qu'ils font évoluer et de mesurer les processus d'apprentissage qui s'opèrent dans la dynamique du changement plus ou moins indépendamment des objectifs initialement définis par les "décideurs".

Enfin, au-delà des "failles" qui sont des éléments existant allant dans le sens voulu, il faudrait aussi identifier des éléments situationnels qui freinent la progression des actions dans le sens voulu, voire qui l'handicapent complètement. Ces éléments que l'on pourrait appeler des freins doivent, comme les "failles" être identifiés par les "décideurs".

3. La dynamique de la réforme polaire dans un CHU

Nous souhaitons maintenant présenter l'exemple d'un centre hospitalier universitaire qui a décidé de la mise en place d'une organisation polaire avant que les ordonnances de 2005 ne soient formulées. Cet établissement qui comptait en 2011 près de 1800 lits et employait plus de 7000 personnes a en effet décidé de se structurer en pôle en 2001. L'histoire de la réforme polaire de ce CHU commence donc en 2001 avec le découpage polaire et la nomination de l'exécutif polaire et se poursuit encore aujourd'hui car les autres éléments de la réforme polaire sont encore en cours de déploiement. En effet, les objectifs fixés par la réforme ne sont pas complètement atteints à ce jour comme pour d'autres établissements de santé (voir *supra*). Mais notre objectif ici n'est pas d'évaluer l'atteinte des objectifs dans une perspective d'"efficacité rationalisatrice" même élargie [Mossé & Oiry, 2010] plutôt d'examiner, dans une perspective d'effectivité élargie (c'est-à-dire en considérant davantage le rôle des acteurs de terrain) les dynamiques à l'œuvre dans cet établissement⁷. Après avoir précisé la méthodologie utilisée, nous présentons les dynamiques préexistantes favorables à la réforme polaire dans cet établissement puis les dynamiques ambivalentes (à la fois les "failles" et les freins) qui se sont opérées entre 2006 et 2012. Ceci nous permettra de montrer dans une dernière section en quoi l'approche par l'effectivité permet de dépasser une simple évaluation des objectifs de la réforme et de montrer que les différentes actions entreprises au cours de ces dix dernières années sont un "terreau" favorable pour que la réforme polaire soit réellement effective.

⁶ "ces dynamiques sont avant tout produites par les différents sens que les acteurs construisent d'une réalité donnée" [Mossé & Oiry, 2010, p.154].

⁷ Cette étude de cas s'appuie sur une enquête menée dans le cadre d'une recherche financée par l'Institut de Recherche en Santé Publique et coordonnée par Annick Valette. La collecte des données a été réalisée en collaboration avec Marie-Thérèse Rapiou.

3.1. Méthodologie

L'approche par l'effectivité suppose, comme le font Baret et al. [2011] de recourir à la méthode de l'étude de cas [Yin, 2008] pour analyser de manière détaillée le contexte mais aussi les processus complexes et subtiles – parce que souvent cachés – à l'œuvre. L'étude de cas est en effet une méthode empirique "qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées" [Hlady Rispal, 2002, p.48]. Dans la mise en œuvre de la réforme polaire, les établissements hospitaliers sont largement dépendants de leur contexte tant interne qu'externe [Pettigrew, 1987] et l'approche par l'effectivité souligne l'importance cruciale du contexte. Par ailleurs, l'ampleur de cette réforme suppose une perspective temporelle longue qui est permise par l'étude de cas.

Conformément à la méthode de l'étude de cas, différentes sources de données ont été collectées. Différents documents tels que le projet d'établissement et le projet médical 2007-2012, les organigrammes des pôles et de l'établissement en 2009 et 2012 et un audit interne sur les pôles réalisé en 2009 ont été analysés afin de cerner le contexte organisationnel de l'établissement. D'autres supports documentaires nous ont permis également d'identifier et d'analyser les règles que l'établissement avait élaborées (guide polaire, fiches de fonction, contrats de pôle).

Afin d'analyser au mieux les situations dans lesquelles les acteurs rendaient effectif le changement, nous avons réalisé 43 entretiens entre 2009 et 2012 auprès de représentants de la direction (Direction générale et Directions fonctionnelles) et auprès de 3 équipes polaires (en essayant autant que faire se peut de rencontrer le chef de pôle, le chef adjoint de pôle, le cadre supérieur de santé, le directeur délégué, l'assistant de gestion de pôle). Il nous paraissait en effet indispensable de faire parler non seulement les "décideurs" de la réforme polaire mais également ceux qui la mettaient en œuvre et la vivaient plus ou moins au quotidien. Certaines personnes ont été rencontrées à plusieurs reprises afin d'avoir quelques éclairages longitudinaux (secrétaire général, direction du contrôle de gestion, direction des affaires financières, cadre supérieur de santé d'un pôle, assistant de gestion d'un pôle). Ces entretiens semi-directifs menés au sein de l'établissement ont été complétés par trois expériences d'observation (2 bureaux de pôle et un conseil de pôle) dont l'analyse a permis de rendre compte des processus d'échange d'information et de prise de décision dans ces instances de la gouvernance polaire.

L'analyse des données recueillies s'est réalisée ensuite sur la base d'une classification thématique identifiant les principaux éléments de la réforme polaire et a mis l'accent sur le croisement des perceptions des acteurs.

3.2. Les initiatives de l'établissement, préalables à la réforme polaire de 2005⁸

L'histoire de la constitution des pôles dans ce CHU remonte au milieu des années 1990 lorsque la direction de l'établissement de l'époque a souhaité, dans son projet d'établissement 1994-1999, mettre en place des pôles d'activité clinique (9 à l'époque) afin d'améliorer la prise en charge des patients. Mais en l'absence de forme juridique déterminée et de réelle volonté exprimée par les acteurs, ces pôles ne se constituent pas à l'exception de trois : un pôle

⁸ Pour traiter de cette partie de l'histoire, nous nous appuyons à la fois sur les entretiens menés avec des représentants de la direction en fonction depuis la fin des années 1990 et sur le mémoire de Lequet [2005] réalisé sur la mise en place polaire dans l'établissement étudié.

"personnes âgées" qui s'est constitué autour d'un médecin et d'un cadre de santé parce qu'il fonctionnait sur un établissement géographiquement distinct; une fédération biologie qui a regroupé en 1998 les laboratoires du CHU initialement éclatés afin de mutualiser les moyens et compétence; et un pôle de vigilances sanitaires qui regroupait en 1999 autour d'une même problématique l'hygiène hospitalière, la matéro-vigilance, la pharmaco-vigilance la radio-protection. Une orientation générale était donc donnée dans les années 90 et quelques exemples concrets donnaient une visibilité à la notion de pôle.

Un contexte favorable s'est cependant présenté en 1999 qui a permis au fonctionnement polaire de commencer réellement à se mettre en place en 2000. En 1999, le sommet stratégique est renouvelé (un nouveau directeur, un nouveau doyen et un nouveau président de CME). Ces derniers élaborent un projet d'établissement qui remet à l'ordre du jour la structuration interne de l'établissement. "L'organisation en pôles d'activité devient ainsi le premier objectif du projet médical 2000-2004", elle vise à placer le patient au centre du système [Lequet, 2005]. Le sommet stratégique joue alors un véritable rôle de "facilitateur" en décidant dans le projet d'établissement des principales orientations et des visées de la structure polaire. Par ailleurs, à la fin des années 90 le projet de construction d'un "nouvel hôpital" prend véritablement forme (à travers notamment la nomination d'un chargé de mission) et est ancré dans le projet d'établissement 2000-2004. Ce projet est un élément déterminant de la représentation de la logique polaire puisque l'architecture du bâtiment est pensée en fonction des pôles (chaque étage devait correspondre à un pôle et un pôle technique interventionnel polyvalent devait être utilisable par tous les pôles chirurgicaux présents sur le site). Il n'est cependant, à cette période de l'histoire polaire, qu'un élément de représentation puisque la première phase d'emménagement dans ce nouveau bâtiment n'est intervenue que fin 2010.

En 2000, sont donc créés officiellement 15 pôles d'activités cliniques, médico-techniques à la tête desquels sont nommés en 2001 les membres de l'exécutif polaire : le chef de pôle qui est un médecin élu par ses pairs puis nommé par le directeur et le président de la CME, le cadre supérieur de pôle qui est nommé par la direction des soins et affecté à temps plein sur le pôle et le directeur délégué qui est un directeur fonctionnel chargé de représenter la direction auprès d'un ou de deux pôles. L'exécutif polaire sera complété par la nomination de chefs de pôle adjoints en 2002. Les modalités du fonctionnement polaire sont précisées dans un règlement intérieur des pôles approuvé en 2001.

Les fondamentaux de la réforme polaire sont ainsi en place au début des années 2000 permettant de concrétiser le fonctionnement polaire. Selon Lequet [2005], les premiers échanges entre les services constituant les pôles ont lieu notamment à propos du projet de nouveau bâtiment. En 2002 apparaissent les premiers conseils de pôle qui réunissent l'exécutif du pôle ainsi que les médecins chefs de service et parfois les cadres de santé. La nomination officielle après une période transitoire entre 2000 et 2002 des différents acteurs de l'exécutif polaire a permis de rendre visible notamment le chef de pôle et de le positionner comme un acteur qui *"soit reconnu par ses pairs et comme celui qui a un rôle transversal, un rôle de pilotage"* (direction des soins). La volonté de la direction était de faire en sorte que le pôle devienne une réalité concrète : *"L'idée c'était que les acteurs s'approprient le concept et le fassent vivre avec des choses simples, la vie du quotidien, apprendre à travailler ensemble"* (direction des soins). C'est ainsi que certains projets d'organisation polaire sont apparus à partir de 2002. Les pôles ont commencé à réfléchir en leur sein à leur plan d'équipement mobilier ou d'équipement médical et à formuler leurs besoins de formation au niveau polaire.

En 2004, la direction générale fait réaliser par un cabinet de conseil un bilan de cette première expérience polaire. Deux principales conclusions et un ajustement ressortent de cette évaluation. Premièrement, la direction générale et les médecins s'accordent sur la nécessité de continuer cette orientation polaire et sur le rôle essentiel du cadre supérieur de santé qui

assure une certaine permanence au pôle et sur le rôle confirmé du directeur délégué qui avait pourtant fait l'objet de débats [Lequet, 2005]. Deuxièmement, une réflexion s'engage sur la nécessité d'aller jusqu'au bout de la démarche qui est normalement la contractualisation et la délégation de gestion. Un premier réajustement du découpage polaire est décidé afin de faciliter le fonctionnement polaire de deux pôles. Conformément à l'approche par l'effectivité, cette première évaluation a permis d'identifier les "failles" sur lesquelles la réforme polaire pourrait se poursuivre. Cette réflexion locale est engagée alors que l'ordonnance de 2005 n'est pas encore sortie.

3.3. Une dynamique polaire ambivalente entre 2005 et 2012

En 2005, les ordonnances sur la nouvelle gouvernance sont établies et vont venir conforter l'orientation polaire prise par l'établissement. Au cours de la période 2005-2012 marquée notamment par l'arrivée d'un nouveau directeur d'établissement, un certain nombre d'éléments se mettent en place alors que d'autres tardent à venir, ce qui donne une dynamique globale ambivalente.

3.3.1. Une dynamique polaire qui se concrétise véritablement au sein des pôles

Au niveau des pôles, la dynamique insufflée par le découpage polaire mis en œuvre dans la période précédente se poursuit. Les acteurs de l'exécutif polaire institués au début des années 2000 vont progressivement s'approprier leur rôle.

Tout d'abord les chefs de pôle (qui, pour la plupart d'entre eux, ont été reconduits en 2006 lors de la nouvelle vague de nomination) ont progressivement joué leur rôle de coordinateur des activités du pôle (le plus souvent en collaboration avec le cadre supérieur de santé), d'interface entre la direction de l'établissement et les membres du pôle puis de décideur avec, pour certains, quelques difficultés. L'une de ces difficultés porte notamment sur l'exercice de la responsabilité hiérarchique sur les médecins du pôle. Cette appropriation de leur rôle s'est faite sans aucune formation continue pour venir les soutenir, les chefs de pôle n'ayant pas souhaité participer aux formations organisées par l'établissement.

Les cadres supérieurs de santé de pôle se sont positionnés pour la plupart d'entre eux comme les managers opérationnels⁹ des pôles opérant aux côtés des chefs de pôle, responsable en titre de leur pôle. Ils assument en premier lieu la gestion des ressources humaines soignantes et paramédicales des pôles (affectation, recrutement, gestion des mobilités, évaluation et formation) et le management des équipes soignantes. Ils sont ensuite impliqués dans les projets médicaux des pôles pour soutenir ou accompagner les chefs de pôle dans la formulation des projets et/ou leur mise en œuvre. Les entretiens ont également montré que les cadres supérieurs de santé jouaient un rôle essentiel dans l'établissement de liens entre les différents acteurs du pôle et travaillaient en collaboration étroite avec les différents acteurs de l'exécutif polaire.

Les directeurs délégués ont joué trois types de rôle durant cette période selon les pôles. Ils ont été des représentants de la direction au sein des pôles et ont donc joué un rôle d'explicitation et/ou d'argumentation des décisions prises par la direction, un rôle plus ou moins de rappel des enjeux institutionnels, voire un rôle d'intermédiaire entre les pôles et la direction. D'autres directeurs délégués (une minorité) ont joué un véritable rôle de gestion du pôle en appui significatif ou à la place du chef de pôle. Et certains directeurs délégués se sont tenus très en retrait par rapport à leur pôle. Cette fonction a cependant été questionnée à nouveau en 2009-

⁹ Comme le précise le directeur des soins : "le cadre sup' est le chef de la PME, en fait c'est le leader opérationnel".

2010; certains directeurs délégués tenant à leur fonction parce qu'elle assure un lien entre la direction et les pôles et peut limiter l'isolement voire la balkanisation des pôles et d'autres plaident pour leur disparition à mesure que les chefs de pôle pourront exercer véritablement leur rôle. En 2012, la fonction était cependant toujours maintenue.

Un nouvel acteur va cependant apparaître en 2006 : l'assistant de gestion de pôle. Ce nouveau rôle qui ne correspond pas complètement à la fonction de cadre administratif du pôle telle qu'elle est mentionnée dans l'ordonnance de 2005 va s'officialiser entre 2006 et 2009 puis devenir un acteur à part entière dans l'exécutif polaire. Les assistants de gestion de pôle sont affectés à deux ou trois pôles sous la responsabilité du chef de pôle et ont pour missions de fournir des analyses relatives à la gestion budgétaire des pôles (suivi notamment des indicateurs de gestion), voire de conseiller les autres membres de l'exécutif polaire et d'assurer le suivi des enveloppes budgétaires déléguées dans le cadre du contrat polaire. Ils jouent à ce titre un rôle primordial dans la sensibilisation des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé à la culture gestionnaire. S'ils ont trouvé leur place dans leurs pôles, les assistants de gestion ont cependant encore des difficultés à installer leur légitimité, non pas auprès des membres du pôle mais des directions fonctionnelles et leur statut de cadre de gestion n'est pas encore institutionnellement reconnu.

Au niveau des pôles, ces différents acteurs peuvent être considérés comme des opérateurs clés du changement au-delà des décideurs. D'autres manifestations plus collectives montrent que la réforme polaire est bien en marche au sein des pôles. Des coopérations étroites se sont construites entre certains acteurs : entre les chefs de pôle et leurs cadres supérieurs de santé parfois et très souvent entre les cadres supérieurs de santé et les assistants de gestion chacun complétant l'autre sur son expertise soignante ou gestionnaire. De même, le dialogue au sein de l'exécutif polaire se renforce, notamment au cours des bureaux de pôle instaurés par certains pôles qui réunissent régulièrement les membres exécutifs du pôle. Ces bureaux de pôle abordent la plupart des questions opérationnelles de la vie polaire et sont le plus souvent des instances de concertation, voire de décision. Au-delà de l'exécutif polaire, les échanges entre les différentes catégories de professionnels se poursuivent lors des conseils de pôle. Ces instances dont la géométrie et la régularité sont variables selon les pôles permettent de consulter les médecins et cadres de santé du pôle et sont sollicitées pour l'élaboration des projets médicaux et des propositions de contrats de pôle. Les bureaux de pôle et les conseils de pôle peuvent donc aider les chefs de pôle à opérer des choix de priorisation en matière d'équipement mobilier ou d'équipement de matériel médical et pour les actions de formation continue des personnels soignants. L'articulation entre les logiques professionnelles est ainsi en train de s'opérer au niveau des pôles là où se met en scène la complémentarité entre professionnels médicaux, soignants et administratifs.

Enfin, l'entité polaire vit également à travers la mise en place d'équipes de suppléance de soignants par pôle placées sous la responsabilité des cadres supérieurs de santé. Se met également en œuvre une solidarité entre les unités au sein des pôles lorsque l'équipe de suppléance étant devenue insuffisante, des soignants viennent renforcer les unités les plus nécessiteuses du pôle. Enfin le pôle devient particulièrement concret avec les projets polaires qui ont commencé à exister à partir du projet d'établissement 2007-2012 auquel ils étaient étroitement liés.

Ces différentes évolutions mettent en lumière l'effectivité de la réforme polaire et le rôle clé joué par les membres de l'exécutif polaire et qui pourraient être considérés comme des décideurs locaux de la réforme polaire.

3.3.2. Des dynamiques plus laborieuses dans l'instauration de nouvelles relations entre les pôles et la direction

A partir de 2004-2005, la direction de l'établissement soutenue par la CME souhaite développer de nouvelles relations avec les pôles institués. Elle parvient à instaurer une instance de concertation et à développer davantage de relations avec les chefs de pôle. En revanche, les évolutions vers la contractualisation et de délégation de gestion sont beaucoup plus laborieuses.

Avant que ne le suggère l'ordonnance du 2 mai 2005, l'établissement instaure un conseil stratégique, espace de discussion et d'orientation stratégique ayant pour mission de préparer certaines décisions stratégiques et de suivre en particulier l'ensemble des questions relatives au fonctionnement polaire de l'établissement (notamment le découpage polaire, la nomination des chefs de pôle, les contrats de pôle, les délégations de gestion et les projets de pôle). Composé de 14 membres à parité représentant la direction et le corps médical, le conseil stratégique accueillait en réalité 3 chefs de pôle sur les 15 ou 16 pôles existants; tous les chefs de pôle n'y siégeaient pas mais étaient représentés dans cette instance de gouvernance hospitalière qui permettait de recueillir les avis des pôles. Cette instance a été remplacée par le "directoire" en 2010 suite à l'application de la loi HPST. Au sein du directoire composé de 9 membres dont une majorité de médicaux, la représentation des pôles n'étant pas non plus exhaustive, la direction a décidé de créer en septembre 2010 un "comité opérationnel des pôles" "afin de renforcer le fonctionnement transversal et de veiller à la cohérence institutionnelle du dispositif de contractualisation et de déconcentration de la gestion" (guide polaire). Il est composé de représentants de la direction générale, du président de la CME et de tous les chefs de pôle. Ce comité a pour vocation, selon les propos de la direction, à devenir "*une vraie instance de pilotage, de concertation, de débat et non pas une simple instance d'information descendante*". Les pôles ont ainsi l'occasion de présenter certaines de leurs actions, le comité opérationnel des pôles devient également un espace d'échanges sur les pratiques polaires, améliorant la cohérence institutionnelle. Ces deux initiatives montrent à nouveau le rôle clé de la direction comme "facilitateur" du changement. La direction souhaite développer ses relations avec les chefs de pôle et les reconnaître de plus en plus comme les interlocuteurs privilégiés de la direction. Auparavant, les chefs de service sollicitaient directement la direction générale lorsqu'ils avaient un problème ou qu'ils souhaitaient formuler une demande. La direction essaie aujourd'hui d'inscrire systématiquement le chef de pôle dans le circuit d'information et le processus décisionnel comme le précise ce chef de pôle: "*Les chefs de services étaient reçus régulièrement directement par le DG. Maintenant la plupart du temps ils ne sont pas reçus seuls, ils sont reçus avec le chef de pôle, et reçus une fois de temps en temps quand il y a un gros problème*". La direction cherche à développer des relations de proximité avec les chefs de pôle et à instaurer une certaine confiance qui n'est pas posée d'emblée.

La contractualisation est un autre élément fondamental de régulation des relations entre les pôles et la direction. En 2006, lorsque la nouvelle direction générale a souhaité mettre en place des contrats de pôle, elle a sollicité un certain nombre de chefs de pôles pour expérimenter la contractualisation et a été confrontée à un refus des chefs de pôle. Pourtant, les chefs de pôle aspiraient depuis 2002 à une réelle autonomie de décision qu'ils n'ont pas vue se concrétiser. En 2006, la confiance était rompue entre la direction et les pôles. Le contexte de défiance a donc représenté un véritable premier frein à la contractualisation. La nouvelle direction a ainsi décidé en 2007 de solliciter à nouveau le cabinet de conseil qui avait réalisé le premier rapport sur les pôles en 2004 pour mener une nouvelle expérimentation. Cet acteur externe a joué un rôle de "facilitateur" du changement ; il a sollicité 5 pôles expérimentateurs pour élaborer de manière participative des contrats de pôle. Un bilan

satisfaisant fut dressé en 2008; cette expérimentation a permis d'acculturer les 5 pôles à la démarche de gestion et de les éclairer sur les réalités envisageables des délégations de gestion¹⁰. La direction a donc souhaité généraliser les contrats de pôle en 2009 sur la base d'un contrat type que les pôles ont adapté en fonction de leurs spécificités. Un processus de négociation des contrats de pôle plus ou moins long s'est enclenché entre les pôles et la direction pour parvenir finalement à une signature entre le directeur, le chef de pôle et le président de la CME. Pour certains pôles, la formulation des objectifs et leur priorisation fut assez difficile, d'autant que les contrats de pôle ont fait l'objet d'une concertation au sein du pôle. Le dernier contrat de pôle fut ainsi signé en 2012. La contractualisation fut donc une dynamique relativement lente dans l'établissement étudié qui a choisi de créer les conditions favorables à son déploiement à savoir la confiance et la prise de conscience¹¹. La direction générale voulait s'engager avec les pôles sur des objectifs acceptables par les deux parties, opposables et réalistes. Pour cela, elle avait besoin d'établir la confiance avec les chefs de pôle, mais également avec les directions fonctionnelles qui seraient les interlocuteurs du déploiement des contrats de pôle.

Sur un schéma similaire à la contractualisation, la délégation de gestion n'a commencé à réellement exister qu'à partir de 2008-2009 et elle est restée circonscrite à certains domaines seulement.

La délégation de gestion dans l'établissement s'est construite principalement sur un principe de fongibilité : le montant des enveloppes déléguées est défini par la direction mais la manière d'allouer les moyens au sein de ces enveloppes relève des pôles. L'objectif de la délégation était pour la direction de permettre une prise de décision de proximité, au plus près des préoccupations de soins et une plus grande réactivité ("*donner de la proximité pour avoir de la réactivité*" - direction). Les premières enveloppes déléguées aux pôles concernaient à partir de 2005 les "services de suppléance", la formation des personnels soignants et les équipements mobiliers. Les deux premières enveloppes déléguées accordaient ainsi une relative autonomie (circonscrite toutefois) aux cadres supérieurs de santé en accord avec les chefs de pôle. Cependant que ces derniers n'avaient finalement qu'une sphère très restreinte et non-stratégique d'autonomie de décision sur les équipements mobiliers. Or, les médecins chefs de pôle aspiraient réellement à une autonomie budgétaire qu'ils n'ont toujours pas vu venir : "*Moi je dois avoir mon enveloppe et on doit me laisser me débrouiller avec. (...) Mais là, je fais ça sur des conneries!*" (chef de pôle). A partir de 2009, les délégations de gestion en matière de gestion des ressources humaines se sont étendues sur la base des premiers contrats de pôle aux enveloppes de remplacement (sur le même principe que les enveloppes de services de suppléance) et à l'enveloppe des postes permanents. Pour cette dernière, chaque pôle peut décider des allocations-réallocations de postes dans le cadre de l'enveloppe budgétaire fixée par la direction des ressources humaines et la direction des affaires médicales. Si le pôle veut augmenter le montant de l'enveloppe de postes permanents il doit soumettre le projet de façon argumentée aux deux directions fonctionnelles et à la direction générale qui décide.

¹⁰ "*ces expérimentations ont permis d'acculturer un peu tout le monde à la démarche de gestion. S'il n'y avait qu'un bénéfice à en tirer et que c'était celui-là, eh bien c'était positif. Et je pense que ça a servi aussi à balayer certains fantasmes de petite entreprise. Ce qui était très utile, maintenant on est reparti sur des bases plus sereines et plus claires*" (Direction).

¹¹ L'établissement "*semblait un peu en retard, mais en même temps, on n'était pas prêt à faire autre chose. (...) On avait choisi la voie de l'acculturation au système, au concept plutôt que de partir bille en tête dans de la contractualisation, dans de la délégation budgétaire etc.*" (Direction).

La délégation de gestion est donc finalement limitée, les pôles n'ont pour l'instant qu'un pouvoir de redéploiement des moyens au sein du pôle selon le principe de fongibilité. Ils n'ont pas de pouvoir de décision sur le volume de l'enveloppe budgétaire ni sur la nature de cette enveloppe budgétaire qui reste maîtrisée par les directions fonctionnelles. Or les chefs de pôle aspirent à une délégation de gestion élargie, voire complète : *"Dans la mesure où j'ai une délégation, je dois avoir une délégation complète (...) il n'y a que comme ça qu'on mettra les médecins en ordre et les paramédicaux et tout le monde"*.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la dynamique timide de délégation de gestion qui est intervenue tardivement et qui est restée limitée.

- En premier lieu, comme pour d'autres établissements (voir *supra*), la délégation de gestion est intervenue au moment où l'établissement était soumis à un plan de retour à l'équilibre financier, donc les enveloppes budgétaires étaient largement sous contrôle et les pôles ont dû allouer les moyens dans un contexte de contrainte budgétaire forte, voire de pénurie. Donc à la fois du côté de la direction qui voulait maîtriser au mieux son budget et du côté des pôles qui ont dû gérer cette pénurie, la délégation de gestion était une épreuve difficile.
- Ensuite, la mise en place tardive des contrats de pôle et des indicateurs de gestion n'a pas non plus facilité l'opérationnalisation des délégations de gestion. *"Quand on a commencé à être chefs de pôle, (...) il n'y avait pas d'indicateurs de performance, aucun. Alors que nous médecins on a constamment une approche sur des indicateurs, taux de guérison, etc. "* (Chef de pôle). Ces indicateurs de gestion n'ont en effet été créés qu'à partir de 2009-2010 et à l'initiative des directions fonctionnelles (direction du contrôle de gestion et direction des ressources humaines et département des informations médicales).
- De même, les pôles ont dû apprendre à décrypter le langage gestionnaire et apprendre à prioriser dans un contexte difficile et à décider alors qu'en matière d'allocation, on ne leur avait pas donné l'occasion de le faire depuis plusieurs années : *"quand on a été freiné dans ses propositions, on ne sait pas comment proposer et on ne sait pas quoi proposer"* (direction).
- De plus, certaines directions fonctionnelles se sont montrées réticentes vis-à-vis de la délégation de gestion car elle leur fait perdre une partie de leurs prérogatives : *"l'autonomisation progressive des pôles va faire qu'à un moment donné, les directions fonctionnelles vont abandonner des choses au profit des pôles"* (direction). Certaines directions fonctionnelles mentionnent également la nécessité de conserver une certaine cohérence institutionnelle ou veulent conserver certaines prérogatives afin de garantir le respect du cadre réglementaire. La délégation de gestion demande en effet *"une grande évolution culturelle de la part des directeurs!"* (direction).
- Enfin, comme pour la contractualisation, la délégation de gestion suppose qu'existe des relations de confiance entre la direction et les pôles. Comme le mentionne le président de la CME, la délégation de gestion pose les questions suivantes : *"est-ce qu'on a confiance? Est-ce qu'on confie des choses au chef de pôle?"* Or la confiance si cruciale met du temps à se construire et se construit avec les expériences communes.

Les processus de contractualisation et de délégation de gestion ont donc mis du temps à se mettre en place et doivent encore se déployer. Ces deux éléments stratégiques de la réforme polaire ont été confrontés à des freins, mais à ce jour constituent les bases pour instaurer une responsabilisation des acteurs du pôle autour de la gestion médico-économique. Certaines dynamiques sont favorables au développement de la délégation de gestion. Un grand nombre de nouveaux chefs de pôle a été nommé en 2011 avec une expérience de contraintes gestionnaires et qui sont probablement plus disposés à recevoir des formations à la gestion

(dont certaines ont été rendues obligatoires par les décrets d'application de la loi HPST). Avec eux, ont été élaborés de nouveaux projets de pôle et contrats de pôle en 2012. Les assistants de gestion de pôle aidés par certains directeurs délégués sont parvenus à instaurer une culture gestionnaire au sein de l'exécutif polaire. On peut faire également le pari que la compréhension des contraintes du soin et la confiance se développent chez les directions fonctionnelles occupant, dans les pôles, des fonctions de directeurs délégués. Le décloisonnement et la responsabilisation sont donc, sur cette base, susceptibles de se développer. Là encore, c'est au niveau de l'exécutif polaire que se trouvent les opérateurs du changement qui créeront les dynamiques futures de la réforme polaire.

3.4. Discussion

L'analyse de la réforme polaire dans cet établissement hospitalier nous permet de mettre en perspective la pertinence du cadre de l'effectivité pour comprendre les dynamiques organisationnelles à l'œuvre.

Si l'on considère, dans une perspective "d'efficacité rationalisatrice élargie", la mise en œuvre de cette réforme polaire, il semble que ce CHU n'ait, à ce jour, atteint que partiellement les objectifs formulés par les décideurs publics en 2005 et en 2009. En effet, si la structuration par pôles est bien ancrée et les instances de gouvernance polaire et les unités polaires sont effectivement opérationnelles, la contractualisation et la délégation de gestion sont en revanche en cours de mise en œuvre seulement. Ainsi, comme d'autres établissements hospitaliers, les objectifs de la réforme polaire ne sont que partiellement atteints comme l'ont précisé les rapports institutionnels à la fin des années 2000.

En revanche, si l'on adopte une lecture par l'effectivité, il s'avère que de nombreuses étapes ont été franchies au sein de cet établissement et que des ancrages forts et irréversibles se sont installés pour pérenniser cette structuration polaire. Sans être exhaustif, les principales avancées sont les suivantes : 1) la structure institutionnelle a adopté depuis plus de 10 ans une division par pôle sur laquelle il semblerait difficile de revenir aujourd'hui; 2) les équipes polaires sont également en place depuis 10 ans et se sont renforcées avec le soutien essentiel des assistants de gestion; 3) ces exécutifs polaires ont pour un grand nombre d'entre eux instauré des instances d'échange et de décision leur permettant de décider et d'agir au niveau du pôle et plus au niveau des services seulement; 4) les relations entre la direction et les pôles se sont progressivement structurées autour des projets de pôle puis des contrats de pôle adoptés par l'ensemble des pôles à ce jour; 5) la délégation de gestion est en marche et repose sur un capital confiance que la direction de l'établissement cherche à pérenniser. Ces ancrages forts constituent autant de processus et de socles sur la base desquels l'évolution de l'établissement hospitalier peut se poursuivre vers une meilleure articulation et qualité des soins, une meilleure allocation des ressources, une coopération plus facile entre les différentes composantes professionnelles de l'hôpital et une plus grande responsabilisation.

Cette dynamique rencontre cependant certains freins que l'approche par l'effectivité permet d'identifier et que l'organisation devra chercher à dépasser : le contexte de retour à l'équilibre financier qui accroît la pression économique et financière et entrave le processus de délégation de gestion; la légitimité hiérarchique des chefs de pôle à l'égard du corps médical dépendant du pôle qui doit être renforcée; et l'institutionnalisation de la fonction d'assistant de gestion de pôle ou de cadre administratif de pôle (rôle qui est mis en avant dans le dernier rapport sur l'hôpital [Couty et Scotton 2013]).

Dans la mise en œuvre de ce changement polaire, les managers "décideurs" tiennent un rôle crucial que l'approche par l'effectivité permet de révéler. Il s'agit en particulier du directeur

d'établissement qui dès 2005 a poursuivi et soutenu ce projet mais qui a été accompagné dans cette orientation par les présidents de CME successifs et par la direction des soins. Dans une perspective élargie, les "opérateurs" du changement que sont les membres de l'exécutif polaire (en premier lieu les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé) ont également joué un rôle primordial dans l'appropriation progressive de leur rôle respectif au sein des pôles.

Enfin, l'approche par l'effectivité permet de mettre en évidence les particularités du contexte de l'établissement qui jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre de la structuration polaire, la plus significative étant la construction du nouveau bâtiment qui a dès sa conception été pensé dans son architecture et dans son futur fonctionnement autour d'unités polaires.

L'approche par l'effectivité offre donc un cadre d'analyse tout à fait pertinent pour analyser la mise en place de la structuration polaire au sein d'un établissement hospitalier si on l'élargit à une plus grande considération des acteurs (décideurs mais aussi opérateurs). Centrée sur les processus à l'œuvre, elle permet de décrire comme le changement se construit à travers le temps et avec ses acteurs.

4. Conclusion

La réforme polaire représente ainsi une avancée significative dans l'évolution des organisations hospitalières. Considérée dans une perspective d'atteinte d'objectifs, les analyses réalisées à la fin des années 2000 et au début des années 2010 sur un très large échantillon d'établissements de santé font état d'une réforme partiellement mise en œuvre. Pourtant, les rapports précisent qu'un retour en arrière n'est plus possible à ce jour et que des avancées significatives ont été réalisées.

Si l'on fait l'analyse de la mise en œuvre de la réforme polaire au niveau d'un établissement dans une perspective d'effectivité, on fait plutôt le constat que la réforme polaire s'est appuyée sur des expériences préalables aux dispositions réglementaires de 2005 et 2009 et qu'il s'agit d'une histoire qui ne cesse de se construire. Rétrospectivement, cette réforme polaire est le résultat d'un processus long qui a duré plus de 10 ans et qui s'est appuyé sur des contextes et des acteurs plus ou moins favorables. La mise en place d'une telle réforme nécessite du temps. Le décloisonnement, la contractualisation, la délégation de gestion et la responsabilisation qui ont commencé à s'opérer vont se poursuivre au rythme des expériences que les différents acteurs, "décideurs" mais aussi "opérateurs" du changement, vont vivre. "Le potentiel d'une situation se construit progressivement au cours du temps" [Baret & al. 2011, p.318].

Cette réforme polaire doit aussi être considérée comme une dynamique dans une évolution plus large des établissements de santé parce qu'elle a contribué à "planter" les germes de futures réformes visant à améliorer le fonctionnement de l'hôpital. Dans une perspective d'effectivité, la réforme polaire peut être envisagée comme un "processus continu" tout comme la mise en œuvre de la GPEC dans les établissements hospitaliers analysée par Baret et al. [2011]. Elle va continuer à produire ses effets et surtout elle va construire un contexte plus ou moins favorable à la mise en œuvre d'autres réformes hospitalières. Ainsi, plutôt que de penser les réformes hospitalières comme une accumulation de réformes initiées par les gouvernements successifs (comme le rappelle Debrosse [2010, p.7] "les réformes se succèdent au fil des changements politiques, sans permettre d'atteindre l'objectif recherché : un système efficient, rationalisé et maîtrisé"), il est préférable de les envisager comme autant d'occasions de créer des situations plus ou moins favorables à d'autres réformes hospitalières. En ce sens, le dernier rapport déposé en mars 2013 auprès du ministère des affaires sociales et de la santé [Couty & Scotton, 2013] va probablement continuer à écrire cette histoire de la

logique polaire, les pôles étant réaffirmés comme une structure de regroupement pertinente au regard de l'organisation des soins et de l'efficacité de la gestion. Il reste cependant à espérer que l'évaluation des pôles prévue en 2014 ne se limite pas à une simple appréciation de l'atteinte des objectifs mais qu'elle s'inscrive dans une perspective plus "effective".

Références

Acker D., Bensadon A.-C., Legrand P., Mounier C. (2012), *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, Inspection Générale des affaires sociales, avril.

Barat S. et al. (2008), *Étude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé*, EHESP, juin.

Baret C., Minvielle E., Nobre T. (2010), "Le rôle des acteurs et des outils de gestion dans les transformations des organisations de santé", *Journal d'Économie Médicale*, vol. 28, n°3-4, p.99-100.

Bernoux P. (2010), *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil, collection Point, Paris.

Cazenave J.-C. (2010), "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Économie Médicale*, octobre-novembre, vo.28, n°6-7, p.249-254.

Claveranne J.-P., Pascal C., Piovesan D. (2009), "La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins", dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, coord. Bras P.L., de Pourville G., Tabuteau D., Co-édition Editions de Santé et Presses de Sciences Po, Paris, p.447-454.

Colasse S. & Nakhla M. (2011), "Les démarches de contractualisation comme processus de conception : l'émergence du contrôle de gestion médicalisé à l'hôpital", *Revue Politiques et Management Public*, 28/3, juillet-septembre, p.311-331.

Couty E. & Scotton C. (2013), *Le Pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux*, Rapport pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, mars.

Debrosse D., Perrin A., Vallencien G. (2003), *Projet Hôpital 2007 – Mission sur "La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale"*, avril.

Debrosse D. (2010), "La nouvelle gouvernance hospitalière", *Santé publique*, n°72, septembre, p.7-10.

Dechamp G. & Romeyer C. (2006), "Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins", *XVème conférence Internationale de Management Stratégique*, Annecy/Genève, 13-16 juin.

DHOS (2008), *Résultats de l'Enquête Nationale de la Nouvelle Gouvernance*, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, mai.

Domy P. (2012), "L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements", dans *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, sous la direction de Nobre T. & Lambert P., Paris, Dunod, p.27-42.

EHESP (2008), *Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance : aspects qualitatifs*, juin.

Fourcade J.-P. et al. (2011), *Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, institué par l'article 35 de la loi du 2 juillet*

2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, juillet 2011.

Fray A.-M. (2009), "Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs", *Revue Management et Avenir*, vol.28, p.142-159.

Friedberg E. (1993), *Le pouvoir et la règle – Dynamiques de l'action organisée*, Paris : Editions du Seuil.

Hlady Rispal M. (2002), *La méthode des cas – Application à la recherche en gestion*, De Boeck.

Jullien F (1996), *Traité de l'efficacité*, Paris : Grasset.

Lachenaye-Llanas C. (2012), "Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – une impérative obligation, mais une construction pas à pas", dans *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, sous la direction de Nobre T. & Lambert P., Paris, Dunod, p. 179-198.

Lavigne C. (2009), "Les établissements de santé" dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, coord. Bras P.L., de Pouvourville G., Tabuteau D., Co-édition Editions de Santé et Presses de Sciences Po, Paris, p.435-445.

Lequet Y. (2005), "L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la nouvelle gouvernance", *Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*.

Meier O. (2007), *Gestion du changement*, Paris : Dunod.

Merdinger-Rumpler C. & Nobre T. (2011), "Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital?", *Gestion 2000*, Vol. 3, n°11, mai 2011, p.51-65.

Minvielle E. & Contandriopoulos A.-P. (2004), "La conduite du changement – Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière?", *Revue Française de Gestion*, 2004/3, n°150, p.29-53.

Nobre T. & Lambert P. dir. (2012), *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, Paris, Dunod.

Pettigrew A. (1987), "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, 24:6, November, p.649-670.

Pettigrew A. (1990), "Longitudinal field research on change: theory and practice", *Organization Science*, Vol. 1, n°3, August, p.267-292.

Vallet G. (2012), Préface de *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, sous la direction de Nobre T. & Lambert P., Paris, Dunod, p.iii-viii.

Weick K.E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks, CA : Sage.

Yin R.K. (2008), *Case Study Research : Design and Methods*, SAGE Publishing.

Zeggar H., Vallet G., Terceirie O. (2010), *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février.