La structuration par pôles, une réforme insuffisante

La réforme consistant à structurer l'activité des hôpitaux autour de pôles d'activité plutôt que de services de soins constitue incontestablement un progrès souhaitable. Il ne faut pas pour autant y voir une solution miracle, l'exemple des réformes passées incitant à la prudence.

■ Des apports indéniables

Le « patrimonialisme » est un des handicaps importants de gestion dans les établissements de santé, quel que soit leur statut ou leur mode de financement. Dans un centre hospitalo-universitaire, une responsable de pôle rapportait la remarque d'un cadre infirmier en réponse au souhait d'installer le patient d'un autre service dans un des lits du sien : « *Vous vous rendez bien compte, j'espère, qu'il s'agit là d'une violation de domicile !* » Lits, matériels, personnels, sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « *féodalité hospitalière* » (Mélinand, 1974) en instaurant une gestion commune des moyens en équipements, en matériels et en personnels, pour l'instant peu ou pas partagés.

L'hôpital est en effet un lieu où l'on peut régulièrement constater qu'un service fonctionne à moitié de sa capacité avec un personnel peu occupé en raison de travaux, pendant qu'un autre est à l'agonie en termes d'organisation du travail en raison de l'absence de plusieurs agents pour une activité normale. Un esprit curieux pourrait, de même, se demander pourquoi certains services sont scindés en deux : biologie A et biologie B, par exemple, ou bien pneumologie A et pneumologie B. Ce n'est pas dû à une quelconque lubie administrative, mais aux aléas des recrutements qui ont fait arriver dans un établissement un chef de service d'un autre établissement, et au fait qu'il est inenvisageable de faire travailler les deux unités ensemble.

Cette tentative de dépassement de l'esprit de clocher hospitalier s'accompagne du souci légitime d'associer les soignants à la gestion de leurs unités de soins et, plus globalement, de leur établissement. La constitution des pôles passe par la signature d'un contrat de délégation de responsabilité entre le chef d'établissement et les responsables de pôle – avec au premier chef le médecin coordinateur, le futur responsable du pôle.

Cette dévolution est destinée à associer les soignants à la gestion de leurs unités : les médecins par le biais du médecin coordinateur, les paramédicaux *via* le cadre de soins. Les promoteurs de la réforme en attendent une plus grande sensibilisation des soignants à l'administration des hôpitaux ; en filigrane, encore une fois, on trouve une défiance certaine à l'égard des équipes de direction prétendument éloignées de la réalité des services.

■ Les mirages de la « nouvelle gouvernance »

Une déconcentration des insuffisances organisationnelles ?

En réalité, les pôles ne sont pas la panacée en termes d'organisation de l'activité des hôpitaux. En l'absence de solutions apportées aux véritables déterminants de la crise hospitalière, la seule modification tangible risque d'être une modification de l'échelle des difficultés : l'échec relatif des fédérations de médecine est là pour le rappeler. La délégation de moyens et de responsabilités, qui fonde le passage à une organisation par pôles d'activité, risque en l'état de conduire à une déconcentration des insuffisances organisationnelles constatées globalement à l'hôpital au niveau des nouvelles unités d'activité.

Prenons un exemple, celui des laboratoires d'analyses (hématologie et biologie en particulier). Les laboratoires ne sont pas des unités de soins mais des services prestataires répondant aux prescriptions des médecins, leur budget de fonctionnement est en grande partie destiné à payer les produits nécessaires au fonctionnement des automates qui procèdent aux analyses prescrites. Les chefs de service des laboratoires font souvent valoir qu'ils ne sont pas responsables des dépassements budgétaires qui peuvent leur être reprochés dans la mesure où leur activité est contrainte par les prescriptions d'examens rédigées par les médecins. Leur unique mode d'arbitrage consistant en une vérification des prescriptions et un retour pour validation dans les services, il est bien évident que leur marge de manœuvre sur le volume des prescriptions est très étroite, pour ne pas dire quasiment nulle.

La solution en ce domaine passe par : une concertation entre les services prescripteurs (les services de soins, donc) et les laboratoires ; la mise au point et la distribution de guides de prescription (particulièrement destinés aux médecins en formation tentés de « surprescrire » des examens pour conforter leur diagnostic) ; et la création de nouveaux documents de prescription qui permettent d'éviter la tentation de « tout cocher », les formulaires actuels listant l'ensemble des examens complémentaires qu'il suffit de réclamer.

Dans une situation de ce type, le passage à une structuration de l'activité en pôles plutôt qu'en services n'apporte strictement rien, seule la direction de l'hôpital peut prendre l'initiative de réunir les médecins, les responsables d'unités de soins et les responsables de laboratoires sur un tel sujet : laissés à eux-mêmes, les chefs de services se figent dans une préséance qui leur interdit d'apostropher leurs collègues et pairs et/ou d'exiger d'eux une modification de comportement.

Un niveau supplémentaire de décision

Quant au « patrimonialisme », son dépassement n'est pas acquis. En premier lieu, la création des pôles d'activité n'emporte pas nécessairement la suppression des services. Les hôpitaux sont incités à passer à une structuration par pôles, mais étant entendu que les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes, ces structures pouvant être les services et autres unités créées avant le passage aux pôles ! Il est précisé que, par délégation du pôle, les services ou toute autre structure qui le constitue assurent la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des

pratiques professionnelles et des soins, et – le cas échéant – l'enseignement et la recherche.

En d'autres termes, les pôles se surajoutent aux services plutôt qu'ils ne les remplacent. On peut donc légitimement s'interroger sur le dépassement des réflexes patrimoniaux à l'œuvre dans les services, dès lors que ces derniers sont maintenus. Dans ces conditions, la création des pôles risque de conduire à la création d'un niveau supplémentaire dans la prise de décision plutôt qu'à un raccourcissement des lignes hiérarchiques.

Il n'est pas exclu qu'on assiste à l'émergence d'un « patrimonialisme » de pôle, s'exprimant cette fois d'une manière différente. Si on peut espérer que l'intégration de plusieurs services dans un même regroupement, sur la base d'une cohérence de pathologies traitées, autorise enfin la mutualisation de certains équipements et de certains personnels, la répartition des moyens, des investissements et des recrutements entre les différents pôles peut tout à fait susciter les mêmes réflexes que ceux déjà observés au niveau des services. Ces réflexes de groupe risquent même d'affecter les personnels non soignants affectés aux pôles : directeurs délégués et agents administratifs. Il a récemment été démontré (Holcman, 2006) que la fonction réellement exercée, ainsi que son contexte d'exercice, conduit les agents concernés à s'approprier les valeurs et la légitimité du groupe au sein duquel ils travaillent : les secrétaires médicales exerçant en services de soins se considèrent comme soignantes ; les médecins responsables du PMSI se voient comme des gestionnaires ; etc.

Les expériences similaires conduites dans le passé, et leurs résultats peu encourageants, contribuent au scepticisme quant à l'avenir des réformes organisationnelles actuelles. Les pôles ne constituent pas, en effet, la première tentative de dépassement du service et de décloisonnement de l'activité hospitalière, les

fédérations de médecine et les centres de responsabilité visaient le même objectif²⁶, cependant que l'amendement dit « liberté » a autorisé les établissements de soins à déterminer librement leur organisation interne.

La loi hospitalière de 1991 a autorisé un regroupement volontaire au sein des fédérations de médecine : services, départements ou unités fonctionnelles pouvaient ainsi rapprocher des activités médicales complémentaires, assurer une gestion commune d'équipements et de lits, de même que le regroupement des moyens en personnels. Les centres de responsabilité, quant à eux, pouvaient se fonder par un contrat de délégation de gestion signé avec le chef d'établissement au bénéfice des responsables des unités soignantes concernées. Ce contrat devait définir les objectifs du centre de responsabilité et les moyens dont il était doté en regard ; il définissait les indicateurs de suivi et, surtout, les modalités d'intéressement du centre aux résultats de sa gestion – qu'ils soient positifs ou négatifs. La similarité avec l'organisation par pôles d'activité est frappante. L'amendement dit « liberté »²⁷, on l'a vu, autorisait le conseil d'administration d'un établissement public de santé à arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'hôpital dans le respect de son projet d'établissement.

Ces trois dispositifs accordaient une marge importante d'autonomie aux établissements quant à leur gestion et à leur organisation interne. Pourtant, ils ont été peu utilisés. Que cela signifie-t-il ? Tout bonnement que les médecins et les chefs de

26. On n'évoquera pas le remplacement autoritaire des services par les départements de 1984 à 1987, qui a clairement démontré l'inanité de toute réforme introduite par la contrainte.

27. Devenu l'article L. 6146-8 du Code de la Santé publique.

services n'ont pas vu d'intérêt à profiter de ces nouvelles modalités d'organisation. Il en va de même des chefs d'établissements qui n'ont pas jugé bon d'introduire ces réformes organisationnelles dans les établissements qu'ils dirigent... ou bien qui ne sont pas parvenus à le faire.

Dès lors, on ne voit pas pourquoi médecins et directions d'établissement accorderaient davantage d'importance aux pôles d'activité, si proches des dispositifs précédents. Seuls les coordinateurs médicaux trouveront un intérêt direct à leur nouvelle responsabilité, les autres membres du personnel médical risquant de manifester une hostilité sourde à ce nouveau mode d'organisation qui accorde un pouvoir supplémentaire à certains d'entre eux au détriment des autres. En d'autres termes, il aurait peut-être été judicieux d'explorer les raisons de l'insuccès relatif des fédérations de médecine et des centres de responsabilités avant que de procéder à l'application d'une mesure qui s'adosse aux mêmes principes... et qui rencontrera les mêmes difficultés d'application.