

Journée de recherche Grenoble

3 Octobre 2022

Quelle place prennent les chefs de pôle dans le management opérationnel et stratégique des hôpitaux?

Catherine CHAMBON, Directrice, Cabinet Talents, Innovations & Cie. Email :
catherinechambon@yahoo.fr

Dominique Philippe MARTIN, Professeur des Universités, CREM UMR CNRS 6211,
Université Rennes 1. Email : dominique.martin@univ-rennes1.fr

Mots Clés : chefs de pôles hospitaliers – périmètres d'intervention – compétences distinctives
– hôpitaux – conduite du changement.

Contexte – très bref rappel

Le secteur de la santé en France vit depuis 2004 des changements successifs notamment sous la pression des contraintes économiques. La nécessité de contrôler les dépenses de santé, et les difficultés récurrentes rencontrées dans ce domaine, ont amené le gouvernement à édicter un ensemble de lois et d'ordonnances touchant au financement des établissements hospitaliers (tarification à l'activité : T2A...), à l'organisation interne des établissements hospitaliers (création des pôles de soins et implication du corps médical dans le management général des établissements hospitaliers) et à l'organisation territoriale de l'offre de soins (création de communautés hospitalières de territoire, rapprochements public-privé, notamment via la création de Groupements de Coopération Sanitaires...)

L'étude chronologique de ces textes fait apparaître une tendance forte à passer des outils (la tarification à l'activité (T2A) a été introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004) à l'identification d'acteurs stratégiques, qui au-delà de la responsabilité médicale ou administrative historiquement assumée par leur corps, se voient confier des responsabilités managériales et stratégiques (décret « Nouvelle Gouvernance » du 4 mai 2005, puis loi HPST de juillet 2009).

Ainsi la loi HPST donne aux médecins, désormais « chefs de pôle », des responsabilités étendues à la fois dans le management de leur pôle et dans leur contribution au projet de l'établissement, cependant que les directeurs d'établissement sont invités à prendre leur place dans des opérations de reconfiguration de l'offre de soins dans leur territoire de santé, sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé

Chaque établissement doit désormais, en plus de gérer son équilibre financier dans un environnement complexe et mouvant, clarifier son positionnement sur son territoire de santé.

Objet de la recherche

Dans ce contexte de changements organisationnels et stratégiques, les chefs de pôle peuvent devenir des acteurs clés, exerçant leur responsabilité de gestion de pôle, dans le cadre d'un contrat ou ils s'engagent sur des objectifs d'activité et de consommations de ressources, de qualité et d'amélioration des processus de production de soins, mais aussi comme acteurs clés des réflexions sur le positionnement de leur établissement dans le territoire .

Mais en pratique quelle est l'étendue des domaines d'intervention des chefs de pôles en matière de management et quels liens existe-t-il entre ces domaines d'intervention?

Répondre à cette question simple suppose cependant de pouvoir apporter des réponses au moins sur deux points :

- Comment clarifier les périmètres potentiels d'intervention des chefs de pôles: ceux-ci peuvent aller du suivi de l'activité d'un pôle à une responsabilité managériale étendue à l'ensemble des activités et ressources d'un pôle y compris leur optimisation, et au delà à une participation effective comme «dirigeant» à des orientations stratégiques de l'établissement
- Identifier les conditions de réussite de ses actions : quelles sont les facteurs de réussite d'un chef de pôle sur ses périmètres potentiels d'intervention ?

Cadre d'analyse : comment identifier les périmètres potentiels d'interventions ?

Nous avons proposé un cadre d'analyse permettant d'évaluer les périmètres potentiels d'intervention des chefs de pôle en croisant deux dimension ; le périmètre de décision (pôle vs établissement) et les échelles de temps desdites décisions.

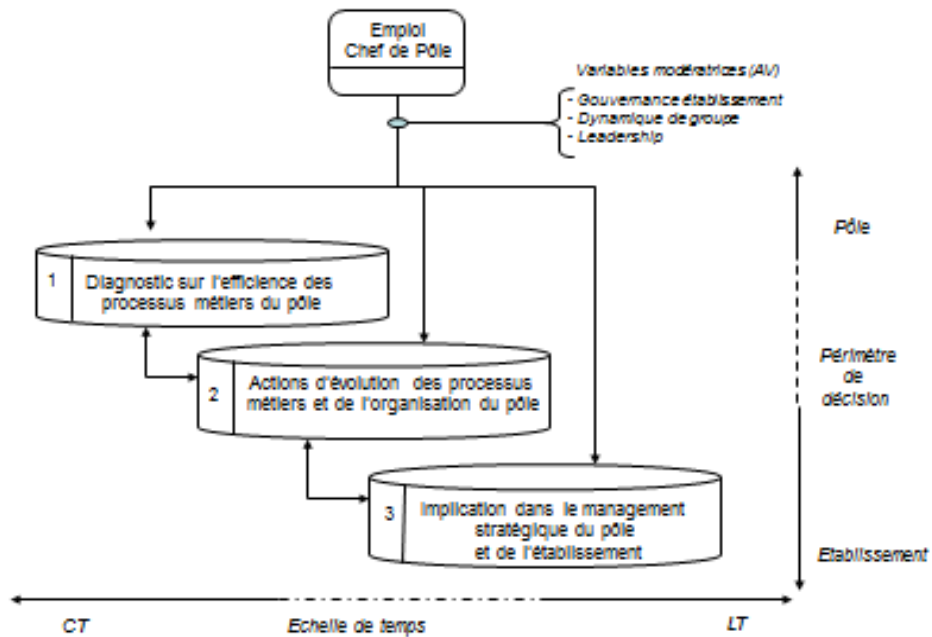
En croisant ainsi trois périmètres potentiels d'intervention ont pu être identifiés

(1) la maîtrise et l'amélioration des processus de soins du pôle, au travers de la gestion des écarts entre les prescriptions d'activité et leurs mise en œuvre effective d'une part et des processus de suivi de la qualité et sécurité des soins d'autre part,

(2) la conduite d'évolutions d'organisations du pôle, notamment celles qui font l'objet d'une contractualisation entre le pôle et la direction de l'établissement

(3) la vision stratégique des activités de l'établissement dans son environnement, afin d'anticiper les évolutions à venir, notamment au travers de la gestion des RH distinctives (c'est-à-dire une réflexion sur les compétences nécessaires à la réalisation du projet d'établissement qui posent des difficultés en matière de recrutement ou de fidélisation)

Le schéma ci-dessous résume les principes de cette analyse.



D. Martin – Mars 2011

Grille d'entretien et collecte des données

Sur cette base nous avons construit un questionnaire couvrant les 3 champs d'intervention supposés des chefs de pôle destiné à être rempli au cours d'entretiens de 1H30 à 2H00 avec des chefs de pôle en activité.

Structure du questionnaire :

Les questions sur le champ d'intervention 1 portent principalement sur le suivi de l'activité, d'indicateurs et de projet.

Les questions sur le champ d'intervention 2 portent sur les actions d'amélioration, les objectifs contractualisés et les projets de réorganisation.

Nous avons axé les questions sur le champ d'intervention 3 sur les points forts et faibles de l'établissement et de ceux de son environnement, et sur l'identification et la gestion des ressources humaines distinctives (compétences nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement, et rares).

Dans cette phase exploratoire, nous avons conduit 8 études de cas, menées en 2011 et 2012 sous la forme d'interviews de 8 chefs de pôle dirigeant des pôles très divers dans 4 établissements hospitaliers MCO

Chef de pôle	Identité pôle		Etablissement	
Spécialité	Spécialité	Nombre de lits	type	taille
Génétique/pédiatrie	Mère enfants	92 lits et 5places	MCO	1374 lits et 54 places
Gastro entéro	Spécialités médicales	149 lits et 20places	MCO	1374 lits et 54 places
Médecin hygiéniste	Médico technique	sans objet	MCO	1374 Lits et 54 places
Pharmacie	Médico technique/bloc	sans objet	MCO	989 Lits et 54 places
Anesthésie/réa/douleur	Anesthésie/réa/douleur	11300 interventions	MCO	841 Lits 147 Places
Réanimation	Urgences réa	34 & 55800 passages	MCO	841 Lits 147 places
Gyneco/obstétrique	Mère enfants	30 lits	MCO	710 lits et places
Psychiatrie	Psychiatrie		MCO	841 Lits 147 Places

Premiers résultats

Deux plans d'analyse ont été successivement étudiés

- l'analyse pour chacun des domaines d'intervention – efficacité, conduite du changement, management stratégique - . Il s'agit ici d'évaluer les caractéristiques et la cohérence des actions par domaine.
- L'analyse des (inter)relations entre chacun des 3 domaines, l'objectif étant d'arriver à mieux catégoriser les profils des chefs de pôles.

Résultats par domaine :

- Domaine « diagnostic de l'efficacité des processus de soin et de l'organisation » :

On note que 5 des 8 pôles suivent leur activité, mais que le suivi d'indicateurs critiques (ayant fait l'objet d'une remarque lors de la certification, ou d'incidents graves, ou correspondant à des actions contractualisées) est loin d'être généralisé. Un seul pôle – sur les 4 pôles gérant des GHM- déclare suivre des GHM (groupes homogènes de malades) critiques, et 2 pôles déclarent suivre d'autres indicateurs critiques.

De même 4 des 6 pôles concernés sont sensibles à l'utilisation des blocs lors d'absence des médecins, mais 2 seulement sont préoccupés par le temps moyen d'opération par patient et par pathologie.

De la même façon 4 des pôles ont un suivi organisé et anticipé des projets, 2 autres déclarent avoir un suivi « au coup par coup ».

Enfin on note dans ce champ une absence de relation entre les dimensions ce qui laisse supposer que les pôles interrogés mettent en place une démarche de diagnostic partielle de leurs processus de soin.

➤ Domaine « évolution des processus métier et de l'organisation du pôle »

On note que 5 des 8 pôles déclarent avoir des projets de réorganisation en cours, et que 4 des pôles ont un suivi organisé et anticipé des projets, 2 autres déclarent avoir un suivi « au coup par coup ». Par ailleurs le suivi d'avancement de l'activité n'est associé à des actions permettant de diminuer les écarts entre le prévu et le réalisé, que dans deux cas sur 8. On notera enfin que les pôles qui mènent des projets de réorganisation, mettent plus volontiers à jour leurs objectifs que les autres.

➤ Domaine « vision stratégique »

5 des 8 chefs de pôle déclarent connaître les points forts et des points faibles de leur établissement et des établissements concurrents, ainsi que des compétences RH distinctives nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement. Cependant, 5 des 7 chefs de pôle s'étant exprimés sur le sujet déclarent qu'il n'y a pas de service en charge de la gestion de ces RH distinctives.

On note également une grande convergence et donc cohérences des pratiques sur ce domaine « vision stratégique ». Ainsi l'identification des compétences distinctives est en lien avec la connaissance des points forts et des points faibles de la concurrence, laquelle est associée à la prise en compte de la taille critique des équipes dans les hôpitaux. Ou bien encore l'existence de service attaché à la gestion des compétences distinctives est en étroite relation avec une bonne connaissance des points forts et des points faibles de l'établissement sur son territoire de santé.

Résultats concernant la synergie/cohérence entre domaine :

En recherchant des liens entre ces 3 champs d'intervention, on note globalement que **les pôles qui diagnostiquent l'efficacité de leurs processus métiers mènent souvent des projets d'évolution des processus et de l'organisation**. Ainsi le suivi de l'avancement d'activité, comme la gestion plus efficace des blocs opératoire est souvent associé à la présence de projets de réorganisation dans les pôles. De même l'existence d'autres activités d'amélioration des processus ainsi que le suivi de la mise à jour des objectifs des pôles sont des préoccupations en relation avec les projets de réorganisation des pôles.

Par contre l'attention portée à **l'amélioration de l'efficacité des processus métiers et à l'évolution de l'organisation dans les pôles semble se faire au détriment d'une dimension plus stratégique**. En effet dans les 8 cas étudiés plus il existe une préoccupation pour l'efficacité des processus de soin et l'organisation, et moins il semble y avoir un attachement à mettre en place des instances prenant en charge la question des compétences distinctives, ou à anticiper la taille critique des équipes.

Il est également intéressant de noter que lorsque ces préoccupations stratégiques existent, elles se traduisent par l'existence de pratiques convergentes sur cette composante stratégique ce qui

n'était pas vraiment le cas pour les domaines efficacité des processus de soin et évolutions de l'organisation.

L'attention portée à certaines activités – efficacité, conduite du changement – se fait-elle au détriment de préoccupation plus stratégique ? Il semble exister sur les 8 cas étudiés une partition potentielle

Discussion

Comment expliquer ces différences ?

Nous aurions ici à priori deux grandes catégories de chefs de pôles. Ceux dont le périmètre d'intervention serait principalement axé sur la conduite de leur pôle avec la mise place d'actions de rationalisation, cohérentes globalement, mais cependant partielles. Ils mènent des actions ponctuelles d'amélioration ou de résolution de problème, et pas encore une politique suivie d'amélioration de l'efficacité de leurs processus « cœur de métier ». Ainsi 4 des répondants disent ne pas avoir de suivi de mise à jour des objectifs des pôles bien qu'il y ait majoritairement un suivi de l'avancement de l'activité et un suivi des projets. Il existe assez vraisemblablement pour cette 1^o catégorie de chef de pôle des « **îlots de rationalisation** » mais sans doute déconnectés les uns des autres. Ainsi la rationalisation des blocs opératoires, ou de l'utilisation des salles de consultation, lorsqu'elle est faite - dans 3 cas sur 8 - n'est pas particulièrement associée avec d'autres démarches de rationalisation comme le suivi d'indicateur critique, la mise à jour des objectifs du pôle ou bien encore le suivi d'avancement des projets etc.

Le deuxième périmètre d'intervention des chefs de pôles est plus clairement orienté vers des préoccupations de management stratégique avec par exemple la prise en compte des problématiques liées au management des ressources humaines distinctives, l'existence de service dédié à cette question, ou bien encore l'anticipation sur la taille critique des équipes. Cependant cela ne semble pas lié au fait que les chefs de pôles soient ou non membre du directoire (seulement 3 sur 8). Les réponses des 3 chefs de pôles membres de directoire sont ainsi très hétérogènes sur la question d'une instance gérant la question de l'acquisition et la fidélisation. Cela signifie donc que d'autres facteurs liés sans doute au parcours personnels des chefs de pôles et/ou aux caractéristiques des établissements pourraient peut-être rendre compte des chefs de pôle à orientation plus stratégique.

Notre objectif maintenant est d'approfondir ces premières pistes, soit en multipliant les études de cas, soit en approfondissant celles-ci, sachant qu'une des grandes limites reste la disponibilité des chefs de pôle. En effet ceux-ci sont extrêmement attachés à conserver leur pratique clinique, qu'ils considèrent comme leur socle de légitimité de chef de pôle.

A terme un des enjeux pratiques serait également d'affiner les référentiels compétences des chefs de pôles intégrant ces différents périmètres potentiels d'interventions, ainsi que les plans de formations associés.

Biblio :

- Clark, J., Spurgeon, P., & Hamilton, P. 2008. Medical professionalism: leadership competency - an essential ingredient. *International Journal of Clinical Leadership*, 16(1): 3-9.
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. 2001. Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management - the central challenge in hospital reform. *Health Serv Manage Res*, 14(1): 36-48.
- Degeling, P. p. o. c. m. d., Maxwell, S. r. f., Kennedy, J. r. f., & Coyle, B. r. a. 2003. Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"? [Miscellaneous Article]. *BMJ March*, 326(7390): 649-652.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Pineault, M. 2000. Becoming a Leader in a Complex Organization. *Journal of Management Studies*, 37(8): 1063-1099.
- Dent, M. 2005. Post-New Public Management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy and Politics*, 33(4): 623-636.
- Dowton, S. B. 2004. Leadership in medicine: where are the leaders? . *The Medical Journal of Australia*, 181(11/12): 652-657.
- Eeckloo, K. D., Delesie, L., & Kelly, L. 2007. Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector (March).
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. 2002. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287(2): 226-235.
- Forbes, T., & Hallier, J. 2006. Social identity and self-enactment strategies: adapting to change in professional-manager relationships in the NHS. *J Nurs Manag*, 14(1): 34-42.
- Ham, C. 2008. Doctors in leadership: learning from international experience. *The International Journal of Clinical Leadership*, 16: 11-16.
- Ham, C., & Dickinson, H. 2008. Engaging doctors in leadership: what can we learn from international experience and research evidence?: 32: NHS Institute for Innovation and Improvement / Health Services Management Centre.
- Hunter, D. J. 1992. Doctors as managers: Poachers turned gamekeepers? *Social Science & Medicine*, 35(4): 557-566.
- Jacobs, K. 2005. Hybridisation or Polarisation: Doctors and Accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2): 135-162.
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. 2009. Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31(5): 642-658.
- Kurunmäki, L. A hybrid profession--the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3-4): 327-347.
- Lega, F. 2008. The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy. *Health Policy*, 85(2): 252-262.
- Lega, F., & DePietro, C. 2005. Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, 74(3): 261-281.
- Mosca, I. 2006. Is decentralisation the real solution? A three country study. *Health Policy*, 77(1): 113-120.
- Nio Ong, B., & Schepers, R. 1998. Comparative perspectives on doctors in management in the UK and The Netherlands. *Journal of Management in Medicine*, 12(6): 378 - 390.
- Royal College of Physicians. 2005. *Doctors in Society: medical professionalism in a changing world*. London: RCP.