

# LA TECTONIQUE DES PÔLES

Le présent texte se présente non pas comme une critique de l'article précédent, mais comme un contrepoint, une mise en perspective permettant au lecteur de compléter son regard sur la problématique, en commençant tout d'abord par un rappel du contexte de la « mise en pôles » des établissements hospitaliers.

Par **Frédéric KLETZ\***

L'article « Quand l'habit fait le moine. Les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides "malgré tout" » d'Annick Vallette et Franck Burellier, nous invite à une réflexion sur l'émergence d'un nouvel acteur au sein du monde hospitalier, le chef de pôle. Il analyse le positionnement des médecins ayant endossé « l'habit » de chef de pôle afin de savoir s'ils ont basculé dans un nouveau rôle, davantage gestionnaire, qui les emmènerait dans des territoires assez éloignés de leur « habitus » médical. À travers ce cas, l'ambition est d'étudier comment des rôles hybrides se constituent dans les organisations, et la thèse défendue est, d'une part, qu'il existe un décalage entre « rôle déclaré » et « rôle joué » et, d'autre part, que cette construction relève davantage d'un bricolage individuel qu'elle n'est affaire d'organisation.

Du point de vue méthodologique, le texte repose sur une intervention de trois ans, dans trois établissements, et la rencontre de 30 chefs de pôles (même si seuls trois d'entre eux ont été retenus pour l'analyse).

Le principal intérêt de l'article est de nous proposer l'exploration d'un monde hospitalier à un moment de son histoire, où les problématiques organisationnelles et financières montent en puissance et rencontrent les

préoccupations, plus traditionnelles, de prise en charge médicale des patients. La question de savoir si le chef de pôle peut jouer ce rôle pivot d'articulation entre ces différentes logiques est effectivement centrale.

Le présent texte se présente non pas comme une critique de cet article, mais comme un contrepoint, une mise en perspective permettant au lecteur de compléter son regard sur la problématique, en commençant tout d'abord par un rappel du contexte de la « mise en pôles » des établissements hospitaliers.

---

## CONTEXTUALISATION ET PERSPECTIVE HISTORIQUE

Certains éléments de contextualisation méritent en effet d'être rappelés. L'introduction des pôles (et donc des chefs de pôle) constitue un moment particulier non seulement de la financiarisation du secteur sanitaire, mais également de l'histoire des politiques publiques en matière hospitalière. Elle correspond en effet à une réforme (dite « Nouvelle gouvernance », qui a été renforcée quelques années après par la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires)), qui cherche non pas à agir sur les ressources (comme cela avait été le cas notamment avec le changement de régime de financement

---

\* Enseignant-chercheur à Mines-ParisTech.



introduit avec la T2A, la tarification à l'activité), mais à intervenir directement sur un objet d'une tout autre nature, l'organisation (au sens de la variable organisationnelle). L'État se décide, enfin, à entrer dans la boîte noire en agissant sur la structure même de l'organisation hospitalière, sur son *design* organisationnel, et donc sur sa façon d'organiser l'activité hospitalière, en créant une strate supplémentaire, le pôle, qui vient se nicher au-dessus du service, ce niveau pourtant extrêmement prégnant et constitutif de l'histoire de l'hôpital au cours des cinquante dernières années. C'est la disparition potentielle d'un élément structurel fondamental qui est également en jeu ici. Ce contexte constitue ainsi le substrat sur lequel s'inscrit la question du rôle des chefs de pôle. Mais une fois que l'État a inventé cette nouvelle strate, tout reste à faire.

Quel rôle confier à cette nouvelle strate ? Quelles frontières lui fixer ? Selon quelle articulation avec les services/unités internes la faire fonctionner ? De quels savoirs et outils la doter ?

Et, évidemment, qui mettre à la tête de chacun des pôles ?

Sur ce dernier point, la puissance publique a fait un choix structurant : il s'agira d'un médecin (accompagné de deux autres acteurs, comme indiqué *infra*). Mais quel médecin ? Avec quel profil ? Là encore, rien n'est indiqué, tout reste à inventer. D'où les multiples formes qu'ont pu prendre les pôles (avec les profils de chefs de pôle correspondants), selon les établissements : les uns regroupant les services selon une logique géographique et les autres préférant une logique fonctionnelle ou une logique de bonne entente entre les chefs de service concernés. Les uns nommant des chefs de service expérimentés et les autres retenant les seuls volontaires dans chaque périmètre concerné.

Bref, il s'agissait d'une première période de découverte de ce nouvel objet, et d'apprentissage. Ce nouveau rôle de chef de pôle a donc donné lieu à une grande diversité des profils, des comportements et des logiques (que l'article d'Annick Valette et Franck Burellier lisse quelque peu, à travers leur choix de se limiter à trois exemples).

On mesure mieux ainsi l'enjeu véhiculé par ces démarches : il s'agissait pour les chefs de pôle d'inventer corrélativement leur rôle et celui des pôles, et de participer à la construction de nouveaux principes de fonctionnement pour l'établissement, de devenir acteurs de cette tectonique organisationnelle naissante. Pour attester l'ampleur des changements à la fois organisationnels, culturels et identitaires, on relèvera l'inversion sémantique introduite par la loi HPST, qui transforme le « responsable de pôle » pourtant fraîchement né en « chef de pôle » (au moment où le débat national sur « Qui est le chef à l'hôpital ? » résonne en écho) et fait corrélativement disparaître l'expression « chef de service » pour la remplacer par celle de « responsable de structure interne ».

## D'AUTHENTIQUES MELTING-PÔLES !

C'est dans cette soupe primitive, dans ce creuset que sont nés les chefs de pôle. Si l'enjeu a sans doute inhibé certains, d'autres chefs de pôle se sont pris au jeu, la réforme leur permettant - enfin ! - d'entrer dans l'arène de la gestion et du processus de décision, de disposer en partie des manettes de pilotage et de devenir un interlocuteur de la direction (allant jusqu'à regretter, pour certains, le caractère trop partiel de la délégation de gestion).

Peut-être même avaient-ils déjà une appétence pour ce rôle avant même qu'il n'ait été créé ? N'étaient-ils pas déjà un peu gestionnaires avant même d'accepter de prendre la tête de véritables PME comptant parfois plusieurs centaines d'agents ? N'avaient-ils pas déjà endossé cet habit, crédibilisant ainsi leur candidature, et ce, aussi bien vis-à-vis de la communauté médicale que vis-à-vis des acteurs de la direction de l'établissement ? Certes, l'identité de ces chefs de pôle est avant tout médicale et ces médecins continuent d'assurer une activité clinique. Mais ce ne sont plus tout à fait des médecins comme les autres, y compris dans la représentation qu'ils donnent d'eux-mêmes : l'habit ne succède pas à la fonction, il la précède (ce qui ne signifie pas évidemment que cet habit restera immuable).

Les deux auteurs constatent le décalage existant entre le rôle déclaré et celui joué par les chefs de pôle, mais ils n'étudient pas l'éventuelle réduction (ou augmentation) de cet écart. Cela fait pourtant aujourd'hui plus de cinq ans que la réforme est intervenue (l'introduction des pôles remonte même à dix ans) et il est patent de voir comment les chefs de pôle ont évolué au cours de cette période. Et ce d'autant plus qu'ont été construits un certain nombre de dispositifs d'accompagnement soit au niveau local, soit au niveau national. Les chefs de pôle ont pu être formés (décret du 11 juin 2010 : « dans les deux mois suivant leur nomination, les praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle se voient proposer par le directeur une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions », une campagne de labellisation des organes de formation des chefs de pôle est d'ailleurs intervenue en 2011) ou ils ont pu être accompagnés, par exemple à travers l'action « 100 Pôles d'excellence » mise en place par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Depuis ces premières périodes balbutiantes de découverte de ce nouveau rôle, plusieurs configurations de pôles se sont succédées, et le pôle est devenu un objet lourd et structurant des organisations hospitalières. De multiples témoignages remontent du terrain pour expliquer en quoi celui-ci pouvait constituer désormais une unité de pilotage et de dialogue privilégié avec la direction, avec un chef de pôle qui s'est professionnalisé et a gagné en compétences et en légitimité



à la fois par rapport à la direction de l'hôpital et par rapport à ses collègues médecins.

La dynamique dans laquelle le chef de pôle se retrouve placé est intimement liée à celle de son pôle. Lorsque le pôle constitue effectivement un objet de gouvernement pertinent et lorsqu'il représente un périmètre lui permettant d'agir, de définir des stratégies, des rapprochements, des synergies, des projets (de coopérations, de nouvelles formes de prise en charge des patients, de construction de parcours, de développement de nouvelles activités...), le chef de pôle peut acquérir, sur le terrain de jeu qui lui est offert, de nouvelles compétences et une légitimité accrue.

### BRICOLAGE VS ORGANISATION

Mais, loin de n'être que de simples bricolages individuels, les dynamiques d'apprentissage des chefs de pôle dépendent des fondements organisationnels sur lesquels elles reposent, ainsi que de toute une série de choix de gestion de l'établissement : les procédures mises en place, les instruments de gestion mis à la disposition du chef de pôle, les formes de la délégation de gestion, les formations proposées, les modalités du dialogue de gestion... Ainsi, l'exemple de tel CHU qui décide de donner une dimension de recherche à ses pôles pour en faire des pôles hospitalo-universitaires, ou de tel autre qui confie aux pôles des prérogatives en matière de GRH (gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et autonomie dans la répartition des ressources entre les structures internes du pôle...), ou encore l'exemple de tel établissement qui organise des réunions mensuelles pôles/direction de co-élaboration de la stratégie de développement des pôles sont autant de cas dans lesquels l'organisation contribue à fabriquer à la fois le rôle et l'identité des acteurs. La construction d'un rôle dans une organisation relève toujours d'un processus compliqué et lent, fait d'ingrédients variés dont personne ne maîtrise totalement les leviers (ni les porteurs de ce nouveau rôle ni les responsables de l'organisation).

Par ailleurs, un chef de pôle n'agit pas seul : il est entouré d'un binôme, avec lequel il peut partager le territoire d'intervention et de pilotage. C'est dans cette division des tâches et dans cette coordination que se joue également l'acquisition d'une identité, pour le chef de pôle.

### CONCLUSION : DES RESPONSABLES EN « PÔLE POSITION »

Derrière les difficultés inhérentes au rôle de chef de pôle se cache le portrait d'un monde en profonde transformation. Le secteur hospitalier connaît depuis quelques années des changements majeurs qui brouil-

lent singulièrement ses repères traditionnels : nouveau mode de financement qui pousse à l'activité et qui met sur le devant de la scène de nouveaux paradigmes (performances hospitalières, études de rentabilité, parts de marché, stratégies hospitalières, coopérations avec d'autres établissements, territoires de santé,...) : autant de nouveaux « objets de gouvernement » avec lesquels l'hôpital doit apprendre à composer. De ce point de vue, l'émergence des pôles est une excellente illustration de l'étendue des ruptures. Comme on l'a vu, le pôle apparaît comme un périmètre supplémentaire qui établit de nouvelles frontières, bouscule l'autonomie des services et modifie le *design* général de la structure hospitalière. Plus qu'un apprentissage personnel, qui ne serait qu'affaire de bricolage individuel (apprendre à lire des tableaux de coûts ou d'activité, apprendre à remplir ces tableaux, apprendre à être un interlocuteur légitime aux yeux des « experts » gestionnaires de la direction...), il s'agit pour les chefs de pôle de devenir les acteurs de la construction de ces nouveaux schémas de fonctionnement de l'établissement, d'être des acteurs de la métamorphose des hôpitaux. Il ne s'agit donc plus d'apprentissage individuel, mais bien d'apprentissage organisationnel.

À travers les difficultés que rencontrent les chefs de pôle, la question posée n'est plus celle de savoir comment la gestion vient à un médecin, mais plutôt celle de savoir comment la gestion vient à l'hôpital ! ■

### BIBLIOGRAPHIE

COUTY (E.) & SCOTTON (C.), *Le Pacte de confiance pour l'hôpital - Synthèse des travaux*, Rapport à l'attention du ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2013.

DE POUVOURVILLE (G.), « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'École de Paris du management*, 6, pp. 22-29, 2010.

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

LACHENAYE-LLANAS (C.), « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – Une impérative obligation, mais une construction pas à pas », in *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, sous la direction de NOBRE (T.) & LAMBERT (P.), Paris, Dunod, pp. 179-198, 2012.

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

ZEGGAR (H.), VALLET (G.) & TERCERIE (O.), « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », IGAS, février 2010.