Transfert et adaptabilité du management hospitalier français en Chine : le cas de l'hôpital de Nanchang

Yan Gong

▶ **To cite this version:**

Yan Gong. Transfert et adaptabilité du management hospitalier français en Chine : le cas de l'hôpital de Nanchang. Gestion et management. Université de Strasbourg, 2017. Français. NNT : 2017STRAB006 . tel-01765761

HAL Id: tel-01765761
https://theses.hal.science/tel-01765761

Submitted on 13 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

École doctorale Augustin Cournot (ED 221)

HuManiS (EA 7308)

TRANSFERT ET ADAPTABILITE DU MANAGEMENT HOSPITALIER FRANÇAIS EN CHINE : Le cas de l'hôpital de NANCHANG

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 2017 par

Yan GONG

JURY

Directeur de thèse :
Monsieur **Thierry NOBRE**
Professeur des Universités, EM Strasbourg, Université de Strasbourg

Rapporteurs :
Monsieur **Marc BONNET**
Professeur des Universités, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3
Monsieur **Gérald NARO**
Professeur des Universités, Université de Montpellier

Examinateur :
Monsieur **Jacques JAUSSAUD**
Professeur des Universités, Université de Pau et des pays de l'Adour
Monsieur **Alain MICHEL**
Directeur Général, Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Thierry NOBRE d'avoir accepté de diriger cette thèse. A travers ses encouragements et ses conseils, il a montré beaucoup de patience et un indéfectible soutien tout au long de ce travail. Il a consacré beaucoup de temps et s'est toujours adapté aux contraintes liées à ma résidence et à mon lieu de travail en Chine.

Mes sincères remerciements vont aux Professeurs Marc BONNET et Gérald NARO qui ont accepté de faire partie du jury en tant que rapporteurs, ainsi qu'au Professeur Jacques JAUSSAUD, membre du jury.

Je tiens à remercier particulièrement Alain MICHEL, Directeur Général du Centre Hospitalier de La Rochelle et Patrick MEDEE, Directeur Honoraire du Centre Hospitalier de Périgueux pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée pendant toutes ces années.

Merci à tous les hospitaliers français médicaux, paramédicaux et administratifs, du Centre Hospitalier de La Rochelle et des autres hôpitaux que j'ai visités, pour le temps qu'ils m'ont consacré pour me faire part de leur expérience en matière d'organisation des pôles et du contrôle de gestion. Je pense particulièrement à Monsieur DEWITTE, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, à Monsieur AUTEXIER, Président de l'Association Confucius et Hippocrate, à Monsieur LANOT, Directeur Général Adjoint du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, à Monsieur FAULCONNIER, Directeur du Centre Hospitalier de Niort.

Je remercie également Monsieur Tan YouWen du Bureau de la Santé de la Province du Jiangxi, les Directeurs Généraux de l'Hôpital n°3 de Nanchang, Monsieur Cui WeiQi et Monsieur Huang KeDi de m'avoir donné le temps nécessaire à la préparation de cette thèse et de m'avoir demandé de coordonner les projets tant sur les pôles que sur le contrôle de gestion.

Mes remerciements vont également à Monsieur TROTTMAN, chef du bureau international et à Monsieur le Docteur Hui-Quan CONG , Chargé des missions internationales au Ministère de la Santé, à l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes, à Messieurs BONO et FOUNTAINE, Présidents du Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, Docteur GODEAU, Président de la Commission Médicale

d’Etablissement sans qui la coopération entre le Groupe Hospitalier de La Rochelle et l’hôpital n° 3 de Nanchang n’aurait pu exister, aux responsables de la Préfecture de La Rochelle qui m’ont largement aidée dans les formalités administratives pour faciliter mes déplacements entre la Chine et la France et mes séjours en France.

Je remercie également les membres de l’EM Strasbourg (Laboratoire Humanis) qui m’ont aidé dans la conduite de cette recherche, Célia LEMAIRE, Juliane SANTONI, Delphine STEIN, Gildas LUSTEAU, Didier GRANDCLAUDE, Sylvie GAUTHIER et Karine BOUVIER.

Ce travail doctoral n’aurait pu exister sans le soutien matériel du Centre Hospitalier de La Rochelle, de Patricia MAUCOUARD et de Sylvie BAYOLLE, assistantes de direction à la Direction Générale du Centre Hospitalier de La Rochelle.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 3

SOMMAIRE 5

INTRODUCTION 14

1. Les enjeux de la recherche 14
- Les enjeux vus du côté chinois 14
- Les enjeux vus du côté français 15

2. Développement de la problématique 16

3. La construction de la thèse 16

CHAPITRE I - PRESENTATION DE LA RECHERCHE 19

1. Les enjeux 19

1.1 La problématique 20

1.2 La méthodologie 23

1.3 Le terrain de recherche 24

PARTIE I – CONSTRUCTION ET PILOTAGE DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE 29

CHAPITRE II – LA COOPERATION MANAGERIALE FRANCO-CHINOISE A TRAVERS L'ETUDE DE LA LITTERATURE 29

2.1 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature francophone 29

2.2 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature anglophone 33

2.3 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature chinoise 38

CHAPITRE III – LA CONSTRUCTION DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG AVEC LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE 41

3.1 La construction de la coopération **41**
3.1.1 L'ancrage historique de la coopération **41**

3.1.2 Le développement lié à la formation des directeurs d'hôpitaux **42**

3.1.2.1 L'existence de l'Institut Franco-Chinois de Nanchang 43
3.1.2.2 La formation des directeurs d'hôpital chinois 43
3.1.2.3 La découverte dans les hôpitaux français 44

3.2.1 Les différentes étapes de la construction de la coopération **45**

3.2.1.1 Les jumelages entre les hôpitaux chinois et français 46
3.2.1.2 La création d'une association régionale « Confucius et Hippocrate » 49
3.2.1.3 Le rôle de la « Fondation Prospective, et Innovation » dans la coopération avec la Chine 51
3.2.1.4 L'existence d'une coopération entre la Chine et le Conseil Départemental de la Charente-Maritime 53
3.2.1.5 L'impulsion du Ministère de la Santé 54

3.3.1 Les raisons de la coopération **57**

3.3.1.1 Les raisons vues du côté des hôpitaux chinois 57
3.3.1.1.1 Les besoins de transfert de techniques médicales, managériales et de modes organisationnels 57
3.3.1.1.2 L'opportunité liée à la construction du nouvel hôpital – L'apport de l'expertise française 59

3.3.1.2 Les raisons vues du côté des hôpitaux français 59

3.4.1 Les opportunités de mise en œuvre **61**

3.4.1.1 Les opportunités liées au contexte institutionnel des hôpitaux chinois 61
3.4.1.2 Les opportunités venant des responsables internes de l'hôpital 61
3.4.1.3 Les opportunités venant des responsables externes 62
3.4.1.4 Les opportunités liées au contexte institutionnel des hôpitaux français 62
3.4.1.5 Les opportunités venant des responsables internes de l'hôpital 63
3.4.1.6 Les opportunités venant des responsables externes 63

3.4.2 Les difficultés liées aux différences culturelles **64**

3.4.2.1 Ce qui est important dans la culture chinoise 64
3.4.2.2 Ce qui est important dans la culture occidentale 65
3.4.2.3 Quelles sont les difficultés qui en découlent dans la mise en œuvre d'une coopération 65

CHAPITRE IV – LE PILOTAGE DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG AVEC LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE **68**

4.1 Le pilotage de la coopération **68**

4.1.1 Les acteurs de terrain **68**

4.1.1.1 Le rôle des directeurs généraux 68
4.1.1.2 Le cas particulier du responsable du Parti en Chine 69
4.1.1.3 Le rôle du président de la CME et du corps médical 69
4.1.1.4 Le rôle du corps paramédical 70
4.1.1.5 La création d'un coordonnateur de la coopération 70

4.1.2 La dimension institutionnelle **71**

4.1.2.1 Le rôle des institutions chinoises 71

4.1.2.1.1 La Mairie 71
4.1.2.1.2 Le Bureau de la Santé 71
4.1.2.1.3 Le Bureau de l'Expertise Internationale 72

4.1.2.2 Le rôle des institutions françaises 73

4.1.2.2.1 Le Président du Conseil de Surveillance 73
4.1.2.2.2 L'Agence Régionale de Santé 73
4.1.2.2.3 Le Ministère de la Santé 73

4.2 Les évolutions du pilotage **74**

4.2.1 Les évolutions liées aux acteurs **74**

4.2.1.1 Le nombre d'acteurs 74
4.2.1.2 L'influence des acteurs 75
4.2.1.3 Les attentes des acteurs 76

4.2.2 Les évolutions liées à l'environnement économique et politique **77**

4.2.2.1 Les évolutions de l'environnement économique 77
4.2.2.2 Les évolutions de l'environnement politique 77

4.2.3 Les différents temps de l'évolution du pilotage de la coopération **78**

4.2.3.1 Les différentes conventions et les changements apportés par les différentes conventions 79
4.2.3.2 Les objectifs recherchés dans la modification des conventions 80

PARTIE II – LE PROCESSUS DE CHOIX ET DE METHODE RETENUS 85

CHAPITRE V - LES ORIGINES DE LA REFLEXION SUR LE BESOIN DE TRANSFERT D'OUTILS ET DE METHODES DE MANAGEMENT **86**

5.1 Les éléments de la réflexion **86**

5.1.1 La réflexion dans les hôpitaux chinois, à l'Hôpital n° 3 de Nanchang **86**

5.1.1.1 La réflexion issue des échanges entre acteurs 86
5.1.1.2 L'ouverture du nouvel hôpital, une opportunité 89

5.1.2 La réflexion dans les hôpitaux français **89**

5.1.3 Validation des réflexions par une enquête **91**

5.2 Identification des outils et méthodes de management transposables **91**

5.2.1 Un premier constat : nécessité de rechercher des outils efficients **91**

5.2.1.1 Le constat d'absence d'outils de gestion performants 92
5.2.1.2 La prise de conscience de la nécessité de développer ces outils 95
5.2.1.3 La validité du constat initial par une enquête de terrain 96

5.2.2 La priorisation des outils **100**

5.2.2.1 Sur la base des attentes exprimées par les acteurs de l'hôpital de Nanchang 100
5.2.2.2 Sur la base de leurs possibilités d'adaptation à l'environnement chinois 101

5.2.3 Les outils présentés **102**

5.2.3.1 Sur la Gouvernance 102
5.2.3.1.1 Description du mode d'organisation 102
5 2.3.1.2 L'intérêt de ce mode d'organisation pour les hospitaliers chinois 103
5.2.3.1.3 La perception de ce mode d'organisation pour les hospitaliers chinois 103

5.2.3.2 Sur l'organisation de l'hôpital 104
5.2.3.2.1 L'organisation en pôle 104
5.2.3.2.1.1 Description du mode d'organisation en pôle 104
5.2.3.2.1.2 Le découpage 105
5.2.3.2.1.3 Le management des pôles 109
5.2.3.2.1.4 La contractualisation 116
5.2.3.2.1.5 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur la mise en place des pôles 120
5.2.3.2.1.6 La perception des hospitaliers chinois sur l'organisation en pôle 121
5.2.3.2.2 L'organisation en hôpital de jour 121
5.2.3.2.2.1 La description du mode d'organisation dans les hôpitaux français et plus particulièrement à La Rochelle 121
5.2.3.2.2.2 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur les hôpitaux de jour 125

5.2.3.2.2.3 La perception des hospitaliers chinois sur les hôpitaux de jour 126
5.2.3.2.3 L'organisation sur plusieurs sites 126
5.2.3.2.3.1 La description de l'organisation hospitalière sur plusieurs sites au Centre Hospitalier de La Rochelle 126
5.2.3.2.3.2 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur l'organisation hospitalière en sites 127
5.2.3.2.3.3 La perception par les hospitaliers chinois de l'organisation en sites 128

5.2.3.3 Sur les ressources humaines 128
5.2.3.3.1 La formation continue des personnels hospitaliers en France 128
5.2.3.3.2 L'intérêt du mode de gestion de la formation continue pour les hospitaliers chinois 134
5.2.3.3.3. La perception des hospitaliers chinois sur l'organisation de la formation continue au Centre Hospitalier de La Rochelle 135

5.2.3.4 Sur le contrôle de gestion 136
5.2.3.4.1 Les enjeux et défis du contrôle de gestion 137
5.2.3.4.2 Le positionnement du contrôle de gestion à l'hôpital 139
5.2.3.4.3 Le rôle du contrôle de gestion à l'hôpital 142

CHAPITRE VI – LES OUTILS RETENUS ET LES RAISONS DU CHOIX 146

6.1 La méthode utilisée 146

6.1.1 Par une démarche de présentation des outils et méthodes de management 146

6.1.2 Par une validation auprès des hospitaliers par l'intermédiaire d'une enquête 148

6.2 Les raisons du choix 149

6.2.1 Les facteurs liés aux outils et méthodes de management 149

6.2.2 L'opportunité de l'ouverture du nouvel hôpital 150

6.3 Les outils et méthodes de management non retenus 151

6.3.1 Les outils et les raisons de leur élimination 151

6.4 Les modes d'organisation en attente 152

6.4.1 Les outils et les raisons de leur mise en attente 152
6.4.1.1 La formation continue 152
6.4.1.2 Les hôpitaux de jour 153

6.5 Les outils et méthodes de management retenus 153

6.5.1 Les outils et les raisons de leur maintien **153**
6.5.1.1 La mise en place des pôles 153
6.5.1.2 Le contrôle de gestion et les tableaux de bord 154

PARTIE III – EXPERIMENTATION ET MISE EN ŒUVRE **156**

CHAPITRE VII – LA MISE EN ŒUVRE DES POLES **157**

7.1 L'organisation des hôpitaux chinois **157**

7.1.1 L'organisation générale **157**

7.1.2 Le découpage en structures internes **159**

7.2 L'organisation de l'hôpital n°3 de Nanchang **159**

7.2.1 Présentation du découpage en structures internes **160**

7.2.2 Le cas particulier de la cancérologie (ou cancer du sein) **161**

7.2.2.1 Liste et description des services 162
7.2.2.2 Commentaires 162

7.2.3. Conclusion provisoire **167**

7.3 Les perspectives d'évolution **167**

7.3.1 Le choix d'une démarche progressive, test sur une activité : le cancer du sein **168**

7.3.2 Les scénarios envisagés **170**

7.3.2.1 Scénario 1 170
7.3.2.2 Scénario 2 171
7.3.2.3 Scénario 3 172

7.3.3 Le scénario retenu **173**

7.4 Les conditions de mise en œuvre et généralisation **173**

CHAPITRE VIII – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTROLE DE GESTION **176**

8.1 Le contrôle de gestion dans les entreprises chinoises **176**

8.2 Le contrôle de gestion à l'hôpital **177**

8.3 Le contrôle de gestion à l'hôpital n° 3 de Nanchang **179**

8.3.1 Les éléments favorables **179**

8.3.1.1 La volonté de l'établissement 179

8.3.1.2 L'existence d'outils de suivi 180
8.3.1.2.1 Les outils développés par le service financier 180
8.3.1.2.2 Les outils développés par le service du personnel 183
8.3.1.2.3 Les tableaux de bord développés par le service « comptabilité » 184
8.3.1.2.4 Les documents produits par le service des statistiques 186

8.4 Les éléments moins favorables 193

8.4.1 La fonction contrôle de gestion 194

8.4.2 Les tableaux de bord 195
9.4.2.1 La conception 195
9.4.2.2 L'utilisation du tableau de bord 196

8.4.3 Le dialogue de gestion 196

8.5 La mise en œuvre des nouveaux outils 197

8.5.1 L'organisation de la fonction 197

8.5.2 L'amélioration des outils 197

CHAPITRE IX – PRINCIPAUX RESULTATS : DES SIMILITUDES AUX SPECIFICITES DU CONTEXTE HOSPITALIER DE LA COOPERATION MANAGERIALE FRANCO-CHINOISE 202

9.1 Convergences et divergences sur les éléments de réussite d'une coopération managériale entre ce qui est dit dans la littérature et les résultats de la recherche 202

9.1.1 La valeur ajoutée 203
9.1.1.1 La valeur ajoutée dans la littérature 203
9.1.1.2 La valeur ajoutée dans notre expérience hospitalière : des objectifs communs qui sont apparus rapidement 203
9.1.1.3 La valeur ajoutée : un socle fondateur à une coopération managériale 206

9.1.2 La convergence d'intérêts 206
9.1.2.1 La convergence d'intérêt dans la littérature 206
9.1.2.2 La convergence d'intérêt dans notre expérience hospitalière. Une convergence d'intérêt complémentaire 206
9.1.2.3 Convergence d'intérêts : des objectifs à définir en priorité 207

9.1.3 La politique institutionnelle 207
9.1.3.1 La prise en compte de la politique institutionnelle dans la littérature 208

9.1.3.2 La prise en compte de la politique institutionnelle dans les hôpitaux. Une vision locale plus importante liée à la taille du pays 208
9.1.3.3 La prise en compte de la politique institutionnelle du pays : facteur essentiel à l'implantation et au développement d'une coopération managériale 209

9.1.4 La notion de temps 210
9.1.4.1 La notion de temps dans la littérature 210
9.1.4.2 La notion de temps et les hôpitaux. Une longue période de mise en œuvre 210
9.1.4.3. Nécessité absolue de prise en compte du temps pour construire une vision à long terme dans la confiance 211

9.1.5 La notion de réseaux 212
9.1.5.1 La notion de réseaux dans la littérature 212
9.1.5.2 La notion de réseaux et les hôpitaux. Un gain de temps pour construire une coopération 212
9.1.5.3 Nécessité de s'appuyer sur des réseaux pour s'implanter durablement 212

9.1.6 La notion de prise de décisions dans la littérature et les Hôpitaux 213
9.1.6.1 La notion de prise de décisions dans la littérature 213
9.1.6.2 La notion de prise de décisions et les hôpitaux. Un censensus exacerbé 214
9.1.6.3 Une prise de décision ou la collégialité l'emporte sur la décision individuelle du manager 215

9.1.7 La notion de changement 215
9.1.7.1 La notion de changement dans la littérature 215
9.1.7.2 La notion de changement et les hôpitaux. Une adaptation sans rupture 216
9.1.7.3 Une pratique d'un changement sans rupture 217

9.1.8 Eléments liés aux particularités de la culture chinoise influents sur la gestion d'une coopération 217
9.1.8.1 Influence de la pensée chinoise sur la conduite d'une coopération dans la littérature 217
9.1.8.2 Influence de la pensée chinoise sur la conduite de la coopération hospitalière. Des différences culturelles à prendre en compte pour ne pas commettre d'erreurs 218
9.1.8.3. Des conduites de management influencées par des Différences culturelles 219

9.2 Les clés incontournables de la réussite d'une coopération 220

9.3 Les règles à respecter pour les transferts d'outils ou de méthodes de management dans le cas d'une coopération hospitalière 222

9.3.1 Les règles communes 222

9.3.2 Les points liés au projet « mise en place des pôles » 224

9.3.3 Les points liés au projet « contrôle de gestion » 224

Conclusion générale 226

Références bibliographiques 230
Annexes 233
Liste des tableaux 313
Liste des figures 315
Liste des images 316

RESUME DE THESE 317

INTRODUCTION

1. Les enjeux de la recherche

Les enjeux de la recherche sont doubles. Ils concernent à la fois la Chine et la France. C'est ce que nous allons présenter avec un 1er point sur les enjeux de la recherche vus du côté chinois et un 2ème point sur les enjeux de la recherche vus du côté français.

- **Les enjeux vus du côté chinois**

La Chine est sans doute le nouvel eldorado de la consommation.
Le modèle économique chinois est en train de changer.
La croissante du produit intérieur brut (PIB) chinois est arrivé au niveau le plus bas depuis 1990 : 7,4 % en 2014.
Le PIB chinois est le 2ème au niveau mondial mais plus la richesse d'une nation s'accroît plus il devient difficile de conserver un fort rythme de croissance. On observe donc un rééquilibrage économique souhaitait par le gouvernement chinois avec un certain nombre de nouvelles tendances.

La 1ère tendance, c'est le basculement des priorités du secteur industriel vers les services en raison d'une forte surcapacité de production. Le pourcentage du tertiaire dans le PIB chinois aujourd'hui dépasse celui du secondaire. Ceci concerne en particulier le secteur hospitalier.

La 2ème tendance est le passage d'un modèle de production tourné vers l'exportation à un modèle orienté vers la consommation intérieure. On observe une population qui a des niveaux de possibilité de consommation de plus en plus importants ce qui entraîne également une augmentation des coûts de production. D'ici à 2020, la part de consommation dans le PIB arriverait à plus de 55 % et la Chine, second marché en 2015, deviendrait sûrement le premier marché de consommation au monde.

La 3ème tendance concerne le secteur sanitaire. Le développement lié à l'augmentation de la consommation s'applique aussi au domaine sanitaire. Les chinois sont donc très demandeurs d'avoir dans ce domaine une qualité de service dont ils auraient les moyens financiers pour

répondre à leurs besoins. Cela va entraîner une explosion des propositions dans le domaine sanitaire, en particulier dans le développement du secteur hospitalier privé mais également du secteur hospitalier public.

Une 4ème tendance est l'intérêt croissant pour la protection de l'environnement. Ceci peut avoir aussi quelques influences sur le domaine sanitaires.

Face à l'ensemble de ces tendances et de leurs conséquences sur le domaine de la santé et plus particulièrement des hôpitaux, on observe une demande d'expertise en matière de santé et de savoir-faire dans le domaine de la gestion hospitalière.
En effet, les hôpitaux chinois passent d'un système de gestion très bureaucratique à un système beaucoup plus autonome ou les responsables ont une nécessité d'efficience de plus en plus importante.

- **<u>Les enjeux vus du côté français</u>**

Face à ces tendances, les entreprises françaises ont une excellente occasion à saisir en particulier pour les activités de service qui représentent environ 79 % du PIB. En effet, la France reste dans les classements internationaux tant de l'Organisation Mondiale de la Santé, que de l'OCDE ou du Commonwealth Fund dans les premières positions mondiales pour son système de santé. Elle était, il y a quelques années, qualifiée du titre de meilleur système de santé du Monde. Elle est reconnue pour ses points forts que sont l'espérance de vie, la couverture de la population, l'accès au soin. Elle doit poursuivre ses efforts pour réduire les facteurs de risque pour la santé, les recours aux urgences et l'hospitalisation, en particulier pour les maladies chroniques.
La France a donc un système de santé qui se compare toujours avantageusement à ceux de la plupart des autres pays. Elle est également reconnue pour son savoir-faire et son expertise au niveau de la gestion hospitalière.

Le marché chinois est devenu, pour beaucoup d'entreprises occidentales, y compris françaises, un enjeu stratégique.

Le croisement de ces deux enjeux dans le domaine sanitaire pour la Chine et pour la France a pour conséquence le développement possible de la coopération et des partenariats entre les hôpitaux chinois et les hôpitaux français.
Le marché chinois n'est pas complètement structuré, les positions, les parts de marché ne sont pas encore figées à la différence des marchés occidentaux. Les opportunités y sont donc réelles.

2. Développement de la problématique

Face à ce besoin d'expertise en matière de santé et de savoir-faire dans le domaine de la gestion hospitalière, la problématique qui se pose est de savoir comment peut-on transférer et adapter des outils de management hospitalier ou des modes de management hospitalier français en Chine et dans les hôpitaux chinois.
Nous nous sommes intéressés au cas de l'hôpital N° 3 de Nanchang.

Nous avons essayé de répondre à 3 questions :
1 – Comment se construit la coopération entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois.
2 – Quels outils de management hospitaliers français peuvent-être transférés entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois.
3 – Quelles sont les clés de réussite d'une coopération hospitalière franco-chinoise ? Que peut-on en tirer de cette coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de la Rochelle.

3. La construction de la thèse

La thèse est construite en 3 parties.
La 1ère partie concerne la construction et le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle.
En partant d'une problématique de coopération managériale franco-chinoise dans les entreprises à travers l'étude de la littérature, nous nous sommes penchés sur la construction spécifique de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle.

Comment cette coopération a été construite, quelles sont ses origines, quelles sont les différentes étapes de sa construction et les raisons de cette coopération et quelles sont les difficultés et les facilités de sa mise en œuvre ?
Nous avons étudié ensuite le pilotage de la coopération entre l'hôpital entre l'hôpital N° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle.
Quels sont les acteurs de ce pilotage, quelles sont les évolutions de ce pilotage et quelles sont les difficultés de ce pilotage ?

Au vu des comparaisons entre les constats étudiés dans les différents domaines avec le vécu de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et les hôpitaux français, quelles leçons peut-on tirer d'une collaboration avec les partenaires chinois.

Nous avons traité dans une 2ème partie quels sont les outils et les méthodes de management hospitaliers français transférés vers les hôpitaux chinois.
Nous avons étudié les origines de la réflexion sur le besoin de transfert d'outils et de méthodes de management, comment les outils et méthodes de management transposables ont pu être identifiés, présentés, priorisés, quelle méthode a été utilisée et quelles sont les raisons du choix des outils et des modes de management qui ont été retenus.

Une 3ème partie traite de l'expérimentation et de la mise en œuvre de ces outils à travers particulièrement 2 outils et modes de management organisationnels qui est la mise en œuvre des pôles à l'intérieur de l'hôpital N° 3 de Nanchang et a mise en œuvre du contrôle de gestion.

Enfin, nous avons établi un constat des enseignements à tirer en mettant en relation ce que nous trouvons dans la littérature comme enseignement des expériences de coopération et de pratiques managériales entre les entreprises françaises et chinoises et l'apport des coopérations et des pratiques managériales à partir de l'expérience mené entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'Hôpital n°3 de Nanchang.
Nous en avons tiré quelques clés de la réussite pour mener à bien une coopération entre les hôpitaux français et chinois qui pourrait être transposée à d'autres hôpitaux.
Nous étudierons la construction et le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle à travers 4 Chapitres.

Le Chapitre II traitera de l'étude de la coopération managériale franco-chinoise d'une manière générale et en particulier à travers les coopérations entre les entreprises françaises et chinoises et ce à travers 3 focus de la littérature française, anglo-saxonne et chinoise.
Nous étudierons quelles sont les problématiques rencontrées le plus souvent, quelles explications en sont données et quelles solutions peuvent-y être apportées.

Le Chapitre III traitera la construction de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle.
Nous verrons quelles sont les différentes étapes de la construction de la coopération, de ces origines, de son évolution, quelles sont les raisons qui ont amené à la construction de cette coopération et quelles sont les difficultés qui ont été rencontrées sur le plan hospitalier entre ces 2 établissements hospitaliers.

Le Chapitre IV développera le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle à travers le rôle des acteurs de terrain et le rôle des institutions.
Nous verrons comment a évolué le pilotage de cette coopération en particulier avec les évolutions liées aux acteurs et aux institutions, quelles en ont été les conséquences et quelles difficultés ont été rencontrées.

CHAPITRE I – PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Nous traiterons dans ce chapitre d'une part des enjeux de la problématique de la construction d'une coopération entre les hôpitaux français et chinois, du transfert et de l'adaptabilité des outils ou modes de management des hôpitaux français vers les hôpitaux chinois, d'autre part des dispositifs de management hospitalier français qui peuvent être transférables et comment ce transfert peut être mis en œuvre.

Nous décrirons la méthodologie qui a été utilisée et le terrain de recherche de cette thèse.

1 Les enjeux

Une bonne intelligence, continûment améliorée, prévaut entre la France et la Chine, ce qui est d'une importance stratégique décisive, tant pour les équilibres à venir du monde que pour les chances de progrès d'un multilatéralisme viable. Par ailleurs, la curiosité réciproque et l'estime mutuelle sont élevées entre français et chinois.

Chacun des deux pays, la Chine et la France, dépend beaucoup de l'autre dans la recherche et la gestion des transformations de la santé et du management hospitalier, ce qui nous réunit dans une responsabilité commune.

La coopération et les échanges dans l'investissement de ce renouveau doivent combiner deux choses de manière probante : d'un part, une expertise de tout premier ordre sur les évolutions scientifiques rapides de la médecine et de la chirurgie et, d'autre part, des actes concrets, opérationnels mutuellement intéressants pour que les centres hospitaliers collent de plus près aux besoins des patients et aux professionnels de la santé.

L'enjeu d'avenir est si fort, et si immédiatement pressant, que les notions de concurrence et de partenariat se trouvent dépassées par l'impératif de résultat qui combine les deux pays, la France et la Chine, autour de programmes d'intérêt général.

La coopération entre la France et la Chine recèle donc un immense potentiel en particulier dans le domaine de la santé.

Pourquoi ce potentiel n'a-t-il pas été autant mis en valeur jusqu'à présent ?
La raison principale est sans doute que la compréhension mutuelle n'est pas encore suffisante. Le problème n'est pas l'utilité de nouer des partenariats, mais la façon de nouer des relations constructives et durables.
Le transfert du savoir-faire dans le domaine du management hospitalier est-il une réponse aux demandes d'expertises étrangères chinoises face à une évolution importante de leur système de santé et de l'évolution du management de leurs hôpitaux.
La curiosité réciproque et l'estime mutuelle sont élevées entre français et chinois. Bien sûr il y a la complexité chinoise et française qui est assez forte, mais ne faut-il pas apprivoiser les méthodes des uns et des autres, notamment dans la gestion de la santé et le management des centres hospitaliers en identifiant les bonnes pratiques de management reproductibles en Chine et en France.
L'enjeu n'est-il pas de ne pas être dans la concurrence mais dans le travail dans une grande confiance mutuelle et dans une volonté pour bâtir un certain nombre de coopération dans des logiques de projets communs pratiques et réalisables pour la gestion et le management des hôpitaux chinois et français.
Au vu des expériences étudiées entre les entreprises françaises et chinoises et l'expérience managériale étudiée entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'Hôpital n° 3 de Nanchang, les enjeux sont :

- la construction de partenariats entre la Chine et la France
- le transfert de technologie et de savoir-faire

1.1 La problématique

La problématique générale à laquelle cette thèse a pour objectif de de répondre est la suivante : comment transférer et adapter des méthodes et des outils de management issus du contexte hospitalier français pour les adapter et les transférer dans un contexte chinois ? Cette problématique sera contextualisée au secteur hospitalier en prenant le cas d'une expérimentation en cours constituant le terrain d'observation scientifique. Ainsi, la problématique sera déclinée pour répondre à la question : Comment transférer et adapter des méthodes et des outils de management hospitalier français dans un hôpital chinois dans le cas de la coopération entre l'Hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle. La réponse à cette question de recherche est développée en trois parties.

La 1ère partie traitera de la construction et du pilotage de la coopération entre l'Hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle. En effet, il ne peut y avoir de transfert de mode de management ou d'outils de gestion d'un établissement hospitalier vers un autre sans qu'il y ait un socle sur lequel va s'appuyer cette réflexion, et ce socle c'est la construction de la coopération managériale entre la France et la Chine.

Tout d'abord, afin de positionner notre problématique dans une perspective dépassant le champs hospitalier, nous étudierons dans le chapitre II comment cette coopération managériale est traitée dans la littérature pour recenser les problématiques rencontrées et recensées par les auteurs, les difficultés rencontrées dans ces coopérations, les explications qui sont données à ces problématiques et les solutions qui peuvent proposées et sont implémentées d'une manière plus large dans les entreprises privées.

Ensuite, dans le troisième chapitre, nous nous attacherons ensuite à voir comment la construction de la coopération s'est faite entre l'Hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle : quelles sont ses origines, quelles sont les différentes étapes de sa construction, quelles sont les raisons qui ont amené à cette coopération, quelles sont les difficultés et les facilités de mise en œuvre que l'on peut en tirer, en particulier au travers de l'étude des différences culturelles entre la culture chinoise et la culture française.

Le quatrième chapitre nous amènera à présenter et à analyser le pilotage de cette coopération, l'évolution de ce pilotage avec le rôle que tiennent des acteurs de terrain en référence à leur nombre, leur influence, leurs attentes. Seront également étudiées les évolutions en rapport avec les changements dans l'environnement économique. Enfin seront présentés d'une part les difficultés tenant à l'évolution de cette coopération à travers les diverses conventions qui ont été signées et les changements qui y ont été apportés, d'autre part les objectifs qui étaient recherchés.

Enfin, en conclusion de cette 1ère partie nous essaierons d'apporter dans le chapitre 5 des réponses aux questions suivantes compte tenu des expériences menées entre les entreprises françaises et chinoises étudiées dans la littérature, et de l'expérience vécue de la coopération managériale entre le centre hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang : quel partenariat est possible, comment doivent être envisagés les transferts de technologie et de

savoir-faire et, d'une manière plus large, la coopération internationale, quelles sont les principales leçons à tirer d'une collaboration avec les partenaires chinois.
Nous étudierons enfin les différences que nous avons notées de la conduite d'une coopération managériales entre les entreprises privées et les hôpitaux.
La deuxième partie qui sera étudiée pour répondre à notre problématique portera sur les outils de management hospitalier français qui peuvent être transférés. Cette question sera traitée dans la partie 2, au niveau du processus du choix des outils et des méthodes de management. Le chapitre VI détaillera les origines de la réflexion qui ont amené à identifier les outils ou méthodes de management qui présentaient un intérêt pour les hospitaliers chinois au vu de la perception qu'ils avaient pu avoir du mode d'organisation des hôpitaux français, puis au niveau des motivations qui ont amené soit à ne pas retenir, soit à laisser en attente dans un premier temps, soit à retenir certains outils et modes de management et organisationnels.

Le chapitre VI traitera des outils et modes de management qui n'ont pas été retenus, ou pas dans un premier temps, de ceux qui ont été retenus et des motivations qui ont conduit à valider ces choix. Une présentation des méthodes et outils expérimentés sera effectuée au début de la troisième partie.

Une partie de la troisième partie traitera de l'expérimentation et de la mise en œuvre à travers deux méthodes de management, méthode organisationnelle et outils de gestion qui ont été retenues pour être mises en œuvre à l'hôpital de Nanchang : l'organisation en pôle des services, avec en particulier une première expérience sur les pôles de cancérologie et une seconde sur la mise en œuvre du contrôle de gestion. Nous étudierons la réorganisation adoptée, les outils nouveaux mis en place, ceci d'ailleurs en liaison avec la mise en place des pôles et le suivi des objectifs qui peut en être fait et du contrat de pôle qui peut être conclu avec les services.

Enfin, un dernier point sera étudié pour conclure et répondre à notre problématique : quelles sont les clés de la réussite d'une coopération hospitalière franco-chinoise, tirée de l'expérience qui est celle qui a été menée au niveau de l'Hôpital n° 3 de Nanchang et du Centre Hospitalier de La Rochelle, croisée avec les expériences étudiées dans la littérature, quelles leçons peut-on en tirer, et quelles sont les clés de la réussite d'une coopération qui pourrait servir pour la mise en œuvre d'autres coopérations entre les hôpitaux français et des hôpitaux chinois.

1.2 La méthodologie

Il s'agit d'une recherche fortement ancrée dans le terrain, puisque nous avons une posture de praticien réflexif. Notre rôle dans la recherche est en relation avec notre triple appartenance. Nous sommes à la fois médecin, directeur-adjoint puisque dans la plupart des hôpitaux chinois une majorité de directeurs sont des médecins, et également responsable de la coordination sur les projets de coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle. Nos fonctions de directeur adjoint nous conduisent à assurer une coresponsabilité dans le groupe de travail chargé de l'ouverture du nouvel hôpital n° 3 de Chaoyang. Nous avons donc assuré le pilotage du projet de transfert des méthodes de management, des outils entre la France et la Chine et entre l'Hôpital n° 3 et le Centre Hospitalier de La Rochelle, la liaison entre les équipes médicales et les équipes administratives ainsi que le suivi de la mise en œuvre des projets dans le cadre de leur sélection et de leur développement sur l'établissement.
Cette recherche peut également être assimilée à une recherche-intervention ingénierie au sens de DAVID dans la mesure où il s'agit d'expérimenter des méthodes et des outils de management. Cette expérimentation comporte les différentes phases de co-construction propres à la co-construction ingénierique allant de l'analyse des différentes options possibles, puis passant par le choix des méthodes et outils retenus pour déployer ensuite une co-conception entre chercheur et acteur de terrain pour aboutir finalement à une expérimentation in situ.

La collecte des données a été faite à partir d'entretiens en Chine et en France lors des différentes missions effectuées à la fois par des directeurs-adjoints, des médecins et des cadres soignants, missions des chinois hospitaliers en France et des français hospitaliers en Chine. Nous avons aussi mené de nombreux entretiens en tant que coordonnatrice et pilote du projet en France pour faire la liaison et la présentation auprès des hospitaliers chinois. En complément, lors des différentes missions, la coordonnatrice et le pilote du projet ont effectué en France de nombreuses visites d'hôpitaux de différentes tailles (CHU dans la grande région sud-ouest, hôpitaux généraux), en particulier pour la mise en place des pôles et par

conséquent la réorganisation des services. Des questionnaires ont également été réalisés auprès du directeur général et de l'équipe de direction, des cadres médicaux, paramédicaux et administratifs, ainsi qu'auprès de groupes de travail qui avaient en charge de se pencher sur différents sujets dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital.
Des dispositifs de visioconférences régulières ont également été réalisés avec un ordre du jour et un compte rendu de suivi sur l'avancement des différents modes d'organisation et outils transférés.
Enfin, nous avons participé à l'ensemble du processus de construction de la coopération, à son évolution, au processus d'identification des outils qui pouvaient être intéressants pour les hospitaliers chinois, à leur présentation, leur sélection et leur implantation à l'hôpital n° 3 de Nanchang.

La cohérence entre la question de recherche et la méthodologie a été renforcée par l'approche projet qui a été déployée durant démarche sur le terrain. Une 1ère étape de démarche exploratoire auprès des hôpitaux chinois et français avait pour objectif d'identifier les outils et modes de management transposables. Une seconde étape visait à vérifier la pertinence de la transposition de ces outils et modes de management. Une troisième étape consistait à mettre en œuvre une expérimentation à partir d'étapes déterminées. Enfin, une quatrième étape a pour objet de déterminer les clés de la réussite d'une telle démarche pour d'autres hôpitaux.
Toute cette démarche a été bâtie dans le temps. Le démarrage s'est fait en 2011 avec la signature de la première convention et la première mission du directeur général de l'Hôpital n° 3 de l'Hôpital de Nanchang et le directeur général du bureau de la santé de Nanchang. Elle s'est poursuivie avec les différentes missions tant des hospitaliers chinois que des hospitaliers français au niveau de l'évolution architecturale et organisationnelle du nouvel hôpital.
L'étape suivante a été la mise en œuvre de l'expérimentation de l'organisation en pôles pour les services de cancérologie, et particulièrement du cancer du sein, la réorganisation du contrôle de gestion et son application pratique. Cette étape s'est déroulée en 2012-2013-2014. Le nouvel hôpital qui devait ouvrir initialement en 2015, n'ouvrira que fin 2017, ce qui a permis de poursuivre et préciser toutes les expérimentations.

1.3 Le terrain de recherche

L'expérimentation concerne l'Hôpital n° 3 de Nanchang en ciblant la ville de Nanchang, 4,5 millions d'habitants et la province du Jiangxi, 55 millions d'habitants. L'Hôpital n° 3 de

Nanchang a été fondé en 1917 en vertu d'un contrat passé en juin 1917 entre la mission catholique et le ministre des affaires étrangères français. C'est donc un hôpital d'origine française. L'activité de cet établissement est décrite dans le tableau ci-après :

Tableau n° 1 : Activité 2015 de l'Hôpital n° 3 de Nanchang

Lits	728
Consultations externes	500 000
Urgences	46 000
Hospitalisations	25 000
Chirurgie	15 000

Tableau n° 2 : Titre des services de l'Hôpital n° 3 de Nanchang

Chirurgie	**Médecine Générale**
Gynécologie et Obstétrique	Pédiatrie et Néonatalogie
Urologie	Endocrinologie
Chirurgie générale et thoracique	Gastroentérologie
Chirurgie hépatobiliaire	Cardiovasologie
Neurochirurgie	Pneumologie
Centre du sein	Neurologie
Ophtalmologie	Cancérologie
Oto-rhino-laryngologie	Hématologie
Stomatologie	Dermatologie
Blocs opératoires	Centre d'urgence et USI
Anesthésiologie et traitement de la douleur	Maladies infectieuses
	Réhabilitation Médecine Traditionnelle Chinoise
	Santé mentale (ambulatoire)

C'est un établissement de 728 lits avec une activité externe extrêmement importante, près de 500 000 consultations externes, 50 000 urgences, 25 000 hospitalisations et 11 000 en chirurgie. L'effectif est de 1306 employés dont 419 médecins, 576 infirmiers et infirmières et le reste en personnel administratif, logistique et médico-technique. Le budget de recettes est de 450 millions de yuans.

L'hôpital comprend 32 services fonctionnels, 31 services médicaux et 12 services médico-techniques. Il dispose de presque toutes les spécialités, mais surtout le cancer du sein, spécialité reconnue au niveau de l'ensemble de la province du Jiangxi, ainsi que sur le plan national.

Le centre sur le cancer du sein a été créé en 1972, c'est le premier centre de chirurgie mammaire dans la province du Jiangxi. Il comprend trois services cliniques, un institut de recherche incluant 176 lits et 7 laboratoires de recherche.

Tableau n° 3 : Structuration du service de cancérologie de l'Hôpital n° 3 de Nanchang

3 services	176 lits
7 laboratoires de recherche	Chimiothérapie – Réhabilitation Pharmaceutique – Immunohistochimie Chirurgie mini-invasive – Epidémiologie Mammographie
Consultations	70 000
Hospitalisations	70 000
Recettes	40 millions de yuans

Le service de pédiatrie et néonatalogie est également très connu au niveau de la ville de Nanchang et de la province du Jiangxi.

Tableau n°4 : Structuration du service de Pédiatrie-Néonatalogie
de l'Hôpital n°3 de Nanchang

Lits	59
Consultations	25 000
Hospitalisations	2 500
Recettes	14 millions de yuans

Le 2ème établissement sur lequel portent les modes de management, modes organisationnels et outils de management est le Centre Hospitalier de La Rochelle.

Tableau n° 5 : Structuration du Centre Hospitalier de La Rochelle

Lits	1956 lits et places dont 734 lits de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, 425 de psychiatrie, le reste de gériatrie et médico-social
Séances, Hospitalisation de jour, hospitalisation complète **MCO**	73 000
Séances, Hospitalisation de jour, hospitalisation complète **Médecine**	60 000
Séances, Hospitalisation de jour, hospitalisation complète **Chirurgie**	12 500
Séances, Hospitalisation de jour, hospitalisation complète **Gynécologie-Obstétrique**	2 800
Urgences	45 000 passages
Consultations externes	
Budget	280 millions d'euros 320 millions d'euros avec les budgets annexes
Nombre de salariés	4 100 salariés
Nombre de médecins	300 médecins plus 100 internes

L'activité de consultations externes est de très loin beaucoup plus importante en Chine en corrélation avec la population, le nombre de passages aux urgences légèrement supérieur au Centre Hospitalier de La Rochelle.

Le nombre de salariés est nettement plus élevé au Centre Hospitalier de La Rochelle, ce qui tient au nombre de lits et aux activités de psychiatrie, de gériatrie et médico-social.

Les médecins sont un peu plus nombreux à l'hôpital chinois.

La comparaison de ces chiffres en activité et en nombre de personnel permet tout à fait d'étudier des modes organisationnels et des outils qui peuvent être transférés d'un établissement à l'autre, ce qui fait l'objet de notre thèse.

L’étude de la coopération managériale à travers la littérature en ce qui concerne les entreprises privées chinoises et françaises et celle que nous avons mené à l’hôpital n° 3 de Nanchang nous a permis, à partir de l’étude de la démarche du processus de construction de la coopération, de sa mise en œuvre, d’une expérimentation pratique sur le terrain de transfert d’outils et modes organisationnels de management à l’hôpital n° 3 de Nanchang, de tirer un certain nombre d’enseignements. Ceux-ci pouvant être traités au niveau des facteurs de réussite et des facteurs d’échec qui peuvent ressortir pour servir à leur transposition dans d’autres hôpitaux chinois et français.

Nous rappellerons que très peu de travaux existent sur l’étude managériale entre les hôpitaux français et chinois.

PARTIE I – CONSTRUCTION ET PILOTAGE DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

CHAPITRE II – LA COOPERATION MANAGERIALE FRANCO-CHINOISE A TRAVERS L'ETUDE DE LA LITTERATURE

Nous procèderons dans ce chapitre, à travers l'étude de la littérature francophone, anglophone et chinoise, à un état des lieux des problématiques, des explications qui sont données et des solutions qui sont apportées sur le thème de la coopération managériale franco-chinoise.

Comme nous l'avons déjà souligné, peu de travaux ont été entrepris dans le domaine de la coopération managériale franco-chinoise.

La littérature portera essentiellement sur l'expérience de coopération managériale dans les entreprises privées.

L'étude portera en particulier sur les différences de culture entre les deux pays et les problèmes et difficultés qui en découlent

2.1 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature francophone

Nous avons regroupé ici les différentes problématiques, les explications qui sont apportées et les différentes solutions et outils que nous avons trouvés dans les ouvrages de la littérature francophone.

1 - La taille de la Chine

Si celle-ci est certes un pays, presque un continent, c'est avant tout une gigantesque addition de régions, de provinces, de mégapoles qui ont souvent leur propre gouvernance, leurs propres acteurs économiques et leurs particularités. Il convient donc de garder toujours en tête cette dimension régionale de la Chine.

2 - La culture

La Chine a sa propre culture qui nécessite au plus haut point d'être prise en compte. En effet la culture chinoise est très ancienne, très sophistiquée et elle imprègne les habitudes, les attitudes, les comportements des chinois. Elle a ses spécificités artistiques, philosophiques, poétiques.

La culture chinoise c'est aussi une culture où l'instruction a beaucoup d'importante, où la relation occupe une place prépondérante. C'est une culture plus proche de la culture méditerranéenne qu'elle ne l'est pas exemple de la culture anglo-saxonne. Pour connaître un pays, il faut connaître ses alter-ego, il faut les voir à l'œuvre, échanger avec eux, comprendre comment ils procèdent. La culture chinoise n'est pas accessible facilement, on ne peut pas en percer toutes les clés tout de suite soi-même, il faut partager avec ceux qui l'anime ou l'incarne. Il est prioritaire d'établir une relation de confiance, de compréhension, d'enrichissement et de respect mutuel.

3 - La prise de décisions

La prise de décisions, en particulier dans le secteur public, peut prendre plusieurs années et elle doit être consensuelle. Il faut donc avoir l'accord de tout le monde pour prendre une décision. Une fois la décision prise, les chinois souhaitent souvent que le projet soit réalisé du jour au lendemain alors qu'une bonne gestion implique de laisser le temps de préparer le projet.

Quand nous sommes dans l'optique d'une démarche de partenariat avec la Chine, il faut souligner qu'une confiance habite les chinois là où les occidentaux, et encore plus les français, sont dans un rapport à l'avenir fait d'interrogations et souvent de craintes. Toute problématique liée aux affaires revient facilement à la relation humaine, toute personne est inconsciemment influencée par sa propre culture. Les codes traditionnels chinois véhiculent l'harmonie, la modestie, l'endurance, la patience, la valorisation des actions plutôt que les paroles. Il faut éviter de blesser les chinois. Un proverbe chinois dis *« un homme de bien passera dix ans à se venger »*. De ce fait, utiliser la ruse, jouer des jeux ou essayer de toucher la limite face aux chinois est en fait un acte très stupide qui va probablement conduire à l'échec.

4 - La gestion de la relation

La gestion de la relation avec les partenaires chinois est délicate. En effet les chinois ont envie d'avoir des expertises internationales mais, en même temps, peur de mettre en place des

solutions ou des méthodes différentes de ce qu'il connaisse. Il faut savoir gérer cette attitude ambiguë et faire preuve de pédagogie en permanence. Il faut comprendre que « faire du business » en Chine prend du temps.

5 - Spécificités socio-politiques et économiques

La Chine, malgré l'introduction des pensées occidentales depuis les deux derniers siècles, garde des spécificités socio-politiques et économiques. La culture chinoise est issue d'une des plus vieilles civilisations du monde. Elle dispose toujours d'un impact très fort sur le comportement des chinois et sur l'élaboration et les stratégies des entreprises d'où la nécessité d'adapter les modèles occidentaux pour les rendre applicables, sous cette réserve d'ailleurs, le terrain est très favorable à l'expérimentation de nouveaux modèles.

6 - Impact de la culture sur le mode de gouvernance

L'impact de la culture locale sur le mode de gouvernance est extrêmement important. Le rôle des acteurs publics et plus important, en particulier sur la pratique de la gouvernance territoriale ou les institutions publiques locales qui mettent en place leurs propres modes de gouvernance. Le choix du mode de gouvernance est très influencé par le contexte local dès lors que le gouvernement chinois ou que le gouvernement local considèrent un point important, c'est notamment maintenant le cas pour les clusters logistiques, ils décident d'y jouer un rôle beaucoup plus important.

Il convient donc d'intégrer fortement le contexte local dans les mises en œuvre de coopérations managériales.

7 - L'influence très importante des ratios sociaux

Il s'agit de la suite de l'influence du confucianisme avec comme conséquence la valorisation de l'ordre social, de l'organisation hiérarchique et de la loyauté à la famille et au clan.

8 - L'importance de l'affectif dans le « business » en Chine

Cette importance de l'affectif est essentielle. Du fait de l'appartenance aux réseaux sociaux, l'affectif et d'autres facteurs comme la confiance peuvent coexister avec les affaires et donc on ne peut plus, comme dans le monde occidental, dire simplement « business is business » pour éviter un mélange entre affaires et sentiments, il s'agit d'une coexistence entre les deux. Il convient donc d'apprendre de la gestion de cette attitude ambiguë et compliquée dans le contexte chinois qui nécessite souvent de prendre beaucoup de temps pour l'intégrer.

Tableau n° 6 : La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature francophone

Quels sont les problèmes dans les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine ?	Quelles sont les explications ?	Quelles sont les solutions ?
1 – La taille du pays Une addition de provinces	Toutes ces provinces ont leur propre fonctionnement interne	Garder en tête cette dimension régionale
2 – La culture chinoise La Chine a sa propre culture	Elle imprègne habitudes, attitudes, comportements	Il faut s'imprégner de cette culture, établir une relation de confiance
3 – La prise de décision Elle prend du temps et elle est consensuelle	Il faut l'accord de tous pour prendre une décision	La prise en compte de la relation humain est essentielle
4 – La gestion de la relation Elle est délicate	Volonté d'avoir des expertises internationales et peur de changer	Il faut du temps pour gérer cette attitude ambigüe
5 – Spécificités sociaux politiques et économiques de la Chine	Impact très fort sur le comportement des chinois, l'élaboration des stratégies d'entreprises	Nécessité d'adapter les modèles occidentaux
6 – Impact de la culture sur la gouvernance	Le rôle des acteurs publics sur la pratique de la gouvernance locale est très important	Nécessité forte d'intégration locale
7 – Influence des ratios sociaux	Valorisation de l'ordre social, de l'organisation hiérarchique	
8 – Importance de l'affectif	Mélange entre affaires et sentiments	

2.2 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature anglophone

Nous avons regroupé ici les différentes problématiques, les explications qui sont apportées et les différentes solutions et outils que nous avons trouvés dans les ouvrages de la littérature anglophone.

Les articles étudient les obstacles aux transferts de connaissances entre des organisations de culture différente. L'utilisation du modèle SECI (socialisation, externalisation, combinaison, internationalisation) est jugée opportune. Il montre que le manque de socialisation, le manque de situation prolongée de coprésence, de contexte partagé (ou « Ba » selon Nonanka), est la raison principale des échecs de ces transferts de connaissances.

Le modèle SECI repose notamment sur l'analyse des interactions entre connaissances explicites et tacites. Selon le modèle de Nonaka, c'est la dynamique des interactions entre les processus subjectifs et objectifs qui permet de créer la connaissance. L'article s'appuie sur l'exemple de deux projets de coopération publique-privée dans le domaine de la santé entre la France et la Chine (l'un ayant échoué et l'autre réussi).

Eléments – d'études sur le transfert des pratiques de GRH dans les multinationales françaises : le cas des filiales françaises.

Plusieurs pratiques stratégiques de la gestion des ressources humaines ont été étudiées : la politique de recrutement, la formation, l'attribution d'avantages sociaux, les politiques de rémunération.
En fonction des pays toutes les pratiques managériales ne sont pas transférables. Dans le cas d'une maison mère française avec des filiales chinoises, la pratique RH la plus facilement transférable serait la formation. A contrario, les modèles de rémunération (primes, fixe, variable) doivent s'adapter au modèle local chinois.

Tableau n° 7 : Transfert des pratiques GRH des entreprises françaises vers les filiales chinoises

Quels sont les problèmes dans les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine ?	Quelles sont les explications ?	Quelles sont les solutions ?
Tendance à transférer des méthodes de mangement telles quelles Différence culturelle qui entraîne de nombreuses conséquences, facteurs d'échecs : langage différent, manque de croyance partagée, manque de confiance, démotivation, incompréhension	Les méthodes d'évaluation françaises sont perçues négativement La critique de la hiérarchie rejetée Les valeurs de collectivité sont mises en exergue par rapport à l'individualisme	Facteurs de succès : Assurer la satisfaction des employés chinois par l'embauche de manager locaux et acceptation des méthodes de management au contexte local

Les différences culturelles soulignées par Hofstede sont un élément important des problématiques que l'on trouve dans les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine. Hofstede montre que tout oppose la France et la Chine. Ceci est source de difficultés importantes pour la transmission de connaissances, la Chine privilégie les connaissances tacites à l'inverse de la France qui privilégie les connaissances explicites.
Un certain nombre d'explications sont avancées. Les 5 indicateurs de Hofstede montrent que la France a une culture plus individualiste que la Chine, plus collectiviste, la France a une aversion pour l'incertain ce qui n'est pas le cas en Chine, la France est un pays dit « féminin » alors que la Chine est un pays « masculin », la France à une vision de court terme alors que la Chine se projette dans le long terme.
Les pays avec une culture individualiste favorisent la transmission de connaissances explicites à l'inverse des pays ayant une culture plus collective. Les pays qui acceptent « l'incertain » comme la Chine sont familiers avec le caractère ambigu des connaissances. La capacité à transmettre des connaissances subjectives nécessite une haute tolérance à l'ambiguïté.

Les pays de culture « masculine » sont centrés sur l'ambition, l'intérêt et la compétition, les pays de culture « féminine » se concentrent sur le compromis et la négociation.
La transmission de connaissances avec la Chine est possible s'il existe un potentiel d'établir une relation de long terme.
Deux modèles ont été étudiés, l'un avec un échec de collaboration, l'autre avec une réussite

- Modèle n° 1 : analyse de l'échec d'une collaboration publique-privée dans le secteur de la santé en Chine du Nord, un modèle qui échoue car basé sur une collaboration à sens unique ne respectant pas les règles de la négociation chinoise.

L'échec essentiellement dû à un défaut de socialisation le « Ba » (Nonaka) ou le fait de partager un contexte mutuel autour du projet est un facteur décisif de la réussite d'un projet.
On peut analyser les facteurs d'échecs selon le modèle SECI :

- Socialisation : absence prolongée de rencontres entre les acteurs et absence de partage d'un contexte mutuel autour du projet (le « Ba »). Ces difficultés sont issues des différences culturelles étudiées dans le modèle de Hofstede.
- Externalisation/Combinaison : volonté des acteurs français de calquer le modèle français, alors que la législation chinoise interdit que les échantillons humains sortent de la Chine. Différences de compétences et technologiques entre le niveau national et le niveau régional.
- Internationalisation : le projet « made in France » est proposé à des officiels chinois. Le projet est rejeté par les acteurs chinois qui n'ont pas vu leur intérêt dès lors qu'ils n'ont pas été inclus dès le début de l'élaboration du projet.

- Modèle n° 2 : analyse des facteurs de réussite d'une collaboration toujours dans le domaine de la santé après changement de stratégie.

Les acteurs français ont analysé leur erreur, le transfert de méthodes de manière unilatérale ou les projets « clés en main » sont inacceptables pour les acteurs chinois. Dans cette configuration, ces derniers se sentent dans une position de « perdants ». Or, les chinois ne font pas de concession dans leur processus de négociation, ceci en référence au modèle « masculin ».
Dans le nouveau projet, les français font des propositions pour co-développer le système d'information, partager la propriété intellectuelle, et commercialiser mutuellement leurs recherches communes.

- Socialisation : création de moments de convivialité autour de repas qui permettent d'instaurer un climat de confiance et de confidences, invitation à venir en France pour visiter les structures.
- Externalisation : la démarche partenariale est acceptée par les chinois qui proposent des subventions pour le projet, ces fonds seront affectés par les décideurs chinois.
- Combinaison : l'accord de partenariat est conclu, des standards communs sont trouvés pour réaliser les tests cliniques, un programme d'actions commun est élaboré.

Dans le cadre d'analyse de transfert de pratiques de gestion des ressources humaines dans des entreprises françaises qui veulent installer des filiales en Chine, des études ont été menées et les problématiques que l'on trouve sont les suivantes :

- Le modèle français se caractériserait par sa tendance à transférer ses méthodes de management telles qu'elles de la maison mère vers ses filiales. Cela traduirait une volonté de standardisation assez forte, l'idée serait la suivant : reproduire les mêmes facteurs de succès en France et à l'étranger. D'autres entreprises transfèrent leurs méthodes de management à un degré moindre ; elles adaptent leurs méthodes de management ou embauchent systématiquement des managers locaux. Un des premiers challenges pour le transfert de méthodes de management est la différence culturelle. En effet, des aspirations culturelles différentes peuvent entraîner des asymétries d'informations, une démotivation des travailleurs, des incompréhensions, des attitudes négatives de la part des salariés. Ainsi, les facteurs d'échec sont nombreux : langage différent, manque de croyance partagée ou encore manque de confiance.

Un certain nombre d'explications sont fournies par rapport aux problèmes qui sont rencontrés. En effet, dans la culture chinoise, « garder la face » est d'une grande importance. Ainsi, les méthodes d'évaluation classiques françaises peuvent être perçues de manière négative. La critique des cadres par les subordonnés et l'évaluation négative sont rejetées. Le développement des initiatives et l'autonomie des salariés peuvent être également source d'asymétries, d'incompréhension. Le modèle d'éducation chinois serait fondé sur la répétition et le respect de la hiérarchie. Les salariés chinois seraient ainsi plus enclins à suivre des

directives. Le modèle chinois met en exergue les valeurs de la collectivité et non de l'individualisme.

Quels sont les facteurs favorables pour apporter des solutions aux problèmes :

Il est noté que les modèles culturels chinois et français connaissent des similarités comme le respect de l'autorité, la centralisation des décisions, l'acceptation de la hiérarchie, le haut intérêt pour les valeurs et les relations.

D'autres facteurs interviennent également dans le transfert des connaissances entre maison mère et filiales comme la réglementation, les modèles d'entrée. La règlementation serait un des principaux facteurs affectant le transfert des méthodes de management. Enfin, sont listés les facteurs de succès pour s'assurer de la satisfaction des employés afin qu'ils adhérent aux valeurs de la maison mère. C'est l'embauche de managers locaux, à côté de managers français, et la capacité des maisons mères d'adapter leurs méthodes de management au contexte local.

Tableau n° 8 : La coopération managériale franco-chinoise
vue dans la littérature anglophone

Quels sont les problèmes dans les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine ?	Quelles sont les explications ?	Quelles sont les solutions ?
<u>Différences culturelles</u> Sources de difficultés importantes pour la transmission des connaissances La Chine privilégie les transmissions tacites, la France les transmissions explicites	France : culture individualiste Chine : culture collective France : aversion pour l'incertain, vision à court terme Chine : vision à long terme	Chine : tolérance à l'ambigüité centrée sur le compromis et la négociation France : centrée sur l'ambition, l'intérêt, la compétition
Analyse de l'échec d'une collaboration à sens unique dans le secteur de la santé	Défaut de socialisation, pas de partage mutuel autour du projet, volonté de calquer le modèle français	
Analyse de la réussite d'une collaboration	Proposition de co-développement	

2.3 La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature chinoise

Nous avons regroupé ici les différentes problématiques, les explications qui sont apportées et les différentes solutions et outils que nous avons trouvés dans les ouvrages de la littérature chinoise.

Sur les problèmes rencontrés le conflit de cultures et de la communication apparaît en premier. Sont particulièrement étudiées les conséquences que ce conflit de culture va avoir sur la stratégie qui va être menée par les entreprises et par les équipes de direction, et comment la gestion des projets en est impactée.
Les solutions qui sont proposées sont de procéder à des synthèses à partir d'analyses multidisciplinaires des outils de gestion et de leur application dans les deux pays, de faire des analyses comparatives, puis, au vu des résultats des succès observés, voir quelle culture de gestion sera la plus efficace pour déterminer la stratégie et proposer des stratégies efficaces d'intégrations culturelles communes franco-chinoises appliquées à l'entreprise.
L'accent est mis sur la nécessité d'avoir une équipe de direction inter culturelle afin que celle-ci prenne, d'une manière concrète, cas par cas, à partir de l'analyse du problème qui est posé et de la stratégie à suivre, les solutions qu'il convient de retenir et de s'appuyer sur la théorie de la démonstration pour aboutir aux solutions les plus favorables. Il est précisé qu'au vu des technologies que l'on connaît aujourd'hui de communication, il est possible, à partir d'équipes inter culturelles, même si celles-ci sont dans les deux pays, de communiquer à distance afin de bien prendre l'avis de l'ensemble des équipes tant françaises que chinoises.

Tableau n° 9 : La coopération managériale franco-chinoise
vue dans la littérature chinoise

Quels sont les problèmes dans les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine ?	Quelles sont les solutions ?
Conflit de culture des équipes de conception et de gestion qui va entraîner des différences d'appréciation dans la stratégie à appliquer	• Nécessité d'avoir une équipe interculturelle. • Utiliser des techniques modernes de communication • Procéder à des analyses multidisciplinaires des outils de gestion et de leur application. • Etablir des comparaisons pour déterminer la culture de gestion la plus efficace pour arrêter la stratégie dans une situation concrète

CONCLUSION

L'étude de la littérature sur la coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature francophone insiste sur la particularité de la culture chinoise qui imprègne les habitudes, les attitudes, les comportements des chinois. Celle-ci influe aussi beaucoup sur la prise de décisions, elle prend du temps pour aboutir à un consensus qui est toujours souhaité ; la gestion des relations, la prise en compte de celles-ci étant essentielles. La littérature souligne cette attitude ambigüe chinoise qui est d'avoir une volonté de rechercher les expertises internationales et les difficultés à vouloir le changement et de modifier les habitudes. Les spécificités territoriales socio-politiques et économiques de la Chine vont avoir un impact très fort sur le comportement des chinois et l'élaboration de la stratégie des entreprises. La volonté d'adopter les modèles occidentaux et de ne pas les plaquer est fondamentale. Cette volonté très forte d'intégration locale par rapport à l'impact de la culture sur la gouvernance et le rôle des acteurs publics est très importante. L'influence des ratios sociaux, la valorisation de l'ordre social, de l'organisation hiérarchique est un facteur essentiel à prendre encore en compte. Enfin, l'importance de l'affectif, c'est-à-dire d'un mélange entre les affaires et les sentiments est à prendre en compte.

La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature anglophone insiste sur les différences culturelles importantes qui sont sources de difficultés. La Chine va privilégier les connaissances tacites alors que pour la France ce sont les connaissances explicites. La Chine va privilégier la collectivité, la France une culture individualiste. La France va avoir une aversion pour l'incertain alors que la Chine aura une vision à long terme contrairement à la France qui a une vision à court terme. La Chine va rechercher le compromis, la négociation, va tolérer une certaine ambigüité alors que la France va être plus dans l'ambition, l'intérêt direct.

Dans la conduite des projets de la France vers la Chine, la littérature anglo-saxonne insiste sur l'erreur qui est de vouloir calquer le modèle français en Chine et de ne pas privilégier un partage mutuel autour d'un projet alors que l'analyse des réussites de collaborations entre entreprises françaises et chinoises et plutôt basées sur des propositions de co-développement.

Les méthodes de ressources humaines ne peuvent être appliquées de la France vers la Chine stricto-sensu sans entraîner des facteurs d'échecs importants. La critique de la hiérarchie est

rejetée. En Chine, les valeurs de collectivité seront mises en exergue par rapport à l'individualisme. L'adaptation des méthodes au management local et au contexte local est essentiel. A confiance doit être un élément d'ancrage de la coopération.

La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature chinoise va insister sur les conflits de culture et les conséquences de ceux-ci au sein des équipes dirigeantes sur des projets franco-chinois et sur la stratégie qui va être adoptée. Il apparaît nécessaire de recruter une équipe inter culturelle et procéder à des analyses multi disciplinaires des outils de gestion ou des méthodes de gestion et de leur application pour en faire des comparaisons, voir dans quelles conditions elles permettent des résultats positifs ou négatifs, dans quelles conditions cette culture de gestion est la plus efficace pour arrêter la stratégie et ce toujours dans une situation qui doit être prise le plus concrètement possible.

CHAPITRE III - LA CONSTRUCTION DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

La construction de la coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle a trouvé un terreau favorable avec un ancrage historique franco-chinois et elle s'est développée avec la formation des directeurs d'hôpitaux chinois à l'Institut franco-chinois de Nanchang par les hospitaliers français de la région Poitou-Charentes. Celle-ci a amené à construire des jumelages entre les hospitaliers chinois et les hospitaliers français.
Cette coopération entre hospitaliers français et hospitaliers chinois a été très largement facilitée par une culture de coopération existante avec la Chine à la fois dans la région Poitou-Charentes par la création de l'Association Confucius et Hippocrate, par l'existence de la Fondation Prospective et Innovation, la plateforme de coopération « Horizons Chine » créée par le département de la Charente-Maritime et au niveau nation impulsée par la direction générale de l'offre de soins du Ministère de la Santé.

3.1 La construction de la coopération

La construction de la coopération a trouvé ses origines avec la formation des directeurs d'hôpitaux dispensés au sein de l'Institut franco-chinois de Nanchang.

3.1.1 L'ancrage historique de la coopération

Nous trouvons ici un élément très important de l'explication de la construction de la coopération entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'Hôpital n° 3 de Nanchang. Cet hôpital Chinois a en effet une origine française. Il a été créé en 1917 par des jésuites français qui sont venus en mission en Chine, à Nanchang, en vertu d'un contrat passé entre la Mission Catholique qui le régit au nom de l'Ambassade de France en Chine, et le Ministre des Affaires Etrangères Français. L'hôpital s'appelait au départ Hôpital Saint-Louis, du même nom que l'hôpital de La Rochelle. Il a ensuite été successivement appelé Hôpital n° 2 Provincial de Nanchang en 1951, Hôpital Populaire Provincial du Jiangxi en 1954, Hôpital n°3 de Nanchang en 1958, Hôpital Antiimpérialiste en 1966, Hôpital Antiépidémique et Médical de Nanchang Rivière-Fu pendant la grande révolution culturelle prolétarienne, puis de nouveau Hôpital n° 3 de Nanchang depuis 1972. La

construction de l'hôpital d'origine était absolument identique à celle des hôpitaux français de l'époque avec un système de cloître et de chapelle.

Le premier directeur de l'hôpital était un français, le Père Paul-Ernest-Antoine MONTEIL. Ordonné prêtre à Paris en juin 1906, il est arrivé à Shanghai en septembre de la même année. Il est décédé à Nanchang en mars 1946 après y avoir dirigé l'hôpital pendant de nombreuses années.

Sa mémoire est encore présente à l'hôpital de Nanchang puisqu'à l'entrée de l'hôpital figure le buste du fondateur de l'établissement. Tous les documents de l'hôpital font toujours référence à cette origine française. D'ailleurs, en 2017, le centième anniversaire de la création de l'Hôpital n° 3 de Nanchang sera fêté, ce qui coïncidera avec l'ouverture du nouvel hôpital.

Cette référence historique est très importante pour les chinois et le nouveau directeur général de l'Hôpital de Nanchang a indiqué, lors de la dernière mission effectuée par la délégation française, qu'il profiterait de la cérémonie d'ouverture du nouvel hôpital pour revoir, réorienter et développer la convention signée avec le Centre Hospitalier de La Rochelle.

L'histoire de l'Hôpital n°3 de Nanchang a donc été un terreau extrêmement favorable au développement de la coopération.

3.1.2 Le développement lié à la formation des directeurs d'hôpitaux

La coopération est née des liens qui comme nous le verrons, existaient au départ entre l'Institut Franco-Chinois de Nanchang et l'Institut d'Administration des Entreprises de Poitiers.

Ces liens ont amené à faire des formations auprès des directeurs d'hôpitaux chinois ou auprès d'hospitaliers chinois se destinant au management hospitalier.

Ces différents professionnels retournent ensuite dans leurs établissements hospitaliers après avoir tisser des liens durant leur stage de formation de master dans les différents hôpitaux de la région Poitou-Charentes ont amené ceux-ci à créer un certain nombre de jumelages entre les hôpitaux chinois de Nanchang et les hôpitaux de la région Poitou-Charentes.

En effet, le premier établissement à créer un jumelage est le CHU de Poitiers avec l'hôpital universitaire n° 1 de Nanchang.

Ces liens ont été renforcés par la création de l'Association Confucius et Hippocrate dont le siège est au CHU de Poitiers et dont le management et la responsabilité a été assurée par le directeur adjoint du CHU de Poitiers en charge de la coopération.
Ensuite un jumelage entre le Centre Hospitalier de Niort et l'hôpital N° 3 de Nanchang puis du fait de la mutation du directeur général du Centre Hospitalier de Niort au Centre Hospitalier de La Rochelle, cette coopération avec l'hôpital N° 3 de Nanchang s'est poursuivie.

3.1.2.1 L'existence de l'Institut Franco-Chinois de Nanchang

Cet institut est particulièrement orienté dans le domaine de l'économie, de la gestion des entreprises, de la gestion des affaires. L'institut assure la formation des cadres de haut niveau dans le domaine économique dans la province du Jiangxi. Il assure les niveaux licence, maîtrise, doctorat et dispose d'une unité de recherche. L'institut jouit d'une excellente réputation en France et au niveau international.
Les relations personnelles entre les directeurs de l'IAE de Poitiers et le Président de l'Université de Nanchang ont amené à la création de l'Institut Franco-Chinois de Nanchang a dispensé des diplômes communs depuis 20 ans.
Le diplôme de l'IAE de Poitiers a été parallèlement réalisé à l'Institut Franco-Chinois de Nanchang ou des professeurs de l'IAE de Poitiers venaient exercer leurs cours pendant que les stagiaires chinois venaient faire leur cursus en France.
Ces étudiants apprenaient pendant un certain nombre d'années le français à l'Institut pour recevoir leur cours en français.

3.1.2.2 La formation des directeurs d'hôpital chinois

L'idée est née de la création d'un master entre l'IAE de Poitiers et l'Institut Franco-Chinois de Nanchang pour des étudiants ayant fait la formation de l'IAE, à l'attention des directeurs d'hôpitaux chinois en particuliers les plus jeunes directeurs adjoints et un certain nombre d'hospitaliers qui avaient des formations universitaires diverses.
2 ans de pratique à l'Institut était nécessaire afin d'avoir un certain niveau de français et de pouvoir suivre des cours en français et leur formation en France.
C'est associé à cette formation l'Association Confucius et Hippocrate avec le CHU de Poitiers et la Fédération Régionale Hospitalière de France de la région Poitou-Charentes avec les différents hôpitaux de la région.

A été validé un master pour cette formation des directeurs d'hôpitaux chinois. Ce master comprenait des formations sur le système hospitalier français d'une manière générale, le système de santé, les systèmes de la Sécurité Sociale, des formations sur les ressources humaines, sur les finances hospitalières et le contrôle de gestion et sur la gestion de la qualité dans les hôpitaux français.

Ces formations ont été assurées par des directeurs d'hôpitaux de la région Poitou-Charentes, de Poitiers, de Niort, de La Rochelle et d'Angoulême.

Les cycles se déroulaient sur ces différentes matières sur une semaine de formation à l'Institut de Nanchang. Les étudiants venaient ensuite pendant 6 mois en France. Au départ à l'IAE de Poitiers pour perfectionner de nouveau leur français puis ensuite pendant 4 mois dans les différentes structures hospitalières de la région ou un programme était conçu pour voir les différentes facettes du management hospitalier français. Ils devaient également rédiger un mémoire qu'ils soutenaient à la fin de leur cursus à l'IAE de Poitiers.

Cette formation a durant 12 ans et c'est petit à petit heurtée à la pratique du français. Il était en fait assez difficile pour les hospitaliers chinois qui avaient un exercice professionnel de suivre leurs cours à l'Institut afin d'avoir une pratique du français qui leur permette pendant le stage de profiter pleinement de leurs échanges avec les professionnels français.

Cette formation s'est interrompue et de nouveaux contacts ont été pris avec des partenaires chinois et français différents, partenaires sur Poitiers qui est le Centre d'Administration Internationale et un partenaire universitaire au niveau de Nanchang de l'Institut Franco-Chinois.

Cette formation était proposée en anglais avec un cursus assez similaire au cursus proposé précédemment.

3.1.2.3 La découverte dans les hôpitaux français

Il était donc extrêmement intéressant pour les hospitaliers chinois sur une durée qui était assez longue de 4 mois de pouvoir travailler dans les différentes directions des différentes structures hospitalières de la région Poitou-Charentes : direction générale, les ressources humaines, les finances et le contrôle de gestion, les services économiques et logistiques, la qualité et gestion des risques et également la direction des soins en liaison avec les ressources humaines.

Il était prévu également un certain nombre de stages dans les différents services hospitaliers pour voir l'organisation médicale et paramédicale des services.

Ces stagiaires pouvaient assister à toutes les réunions institutionnelles comme le Conseil d'Administration et puis Conseil de Surveillance, la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement, le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de travail et donc dans chacun des stages qu'il suivait, il pouvait suivre auprès de chacun des directeurs adjoints en charge d'une direction les différentes réunions que ceux-ci pouvaient avoir. 4 mois de formation permettaient d'avoir des stages d'une quinzaine de jours dans chacune des directions. Il est à noter que ces différents stagiaires au fil des années sont devenus directeurs d'établissement sur la ville ou la province d'une manière plus générale du Jiangxi et donc ont continué à avoir des liens avec les structures françaises. Certains ont pris des fonctions dans les bureaux de la santé qui sont les équivalents de l'Agence Régionale de Santé.

Des liens très forts, interpersonnel ont permis de poursuivre la coopération entre les structures hospitalières chinoises et françaises et comme nous le verrons, ce fut le cas entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang, qui dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital a fait appel à l'hôpital de La Rochelle pour travailler sur un certain nombre de domaines du management.

Ces formations aux directeurs d'hôpitaux chinois se sont concrétisées par la signature de jumelages entre hospitaliers français et hospitaliers chinois.

3.2.1 Les différentes étapes de la construction de la coopération

Nous avons vu que le démarrage de la coopération a été fait avec la formation délivrée aux directeurs d'hôpitaux chinois. Mais si ceux-ci ont abouti à un certain nombre de jumelages entre les hôpitaux chinois et français, il est à noter que la région Poitou-Charentes est extrêmement porteuse concernant la coopération avec la Chine tant sur une réflexion générale que sur une implication au niveau des entreprises et ainsi qu'au niveau des hôpitaux.

Comme nous allons le décrire ci-dessous, la création d'une Association régionale Confucius et Hippocrate au niveau hospitalier a largement été à la base de développement de la construction de la coopération et l'existence d'une coopération entre le Chine et le Conseil Départemental de la Charente-Maritime pour le développement de tout ce qui est relation avec les entreprises, avec un domaine qui a été visé sur la santé et la Fondation Prospective et Innovation également au niveau de son siège au Futuroscope à Poitiers dans

le cadre d'une réflexion comme nous le verrons beaucoup plus globale et avec des applications beaucoup plus pratiques.
Enfin, il est clair que depuis les accords entre le Chine et la France de 2013, le Ministère de la Santé et sa direction générale de l'offre de soins et son bureau international avec un bureau spécialisé pour la Chine a permis de concrétiser au niveau des hôpitaux, cette construction de la coopération.

3.2.1.1 Les jumelages entre les hôpitaux chinois et français

Comme nous l'avons indiqué précédemment, à la suite des relations et à l'initiative la plupart du temps de l'Association Confucius et Hippocrate et des stagiaires chinois qui sont venus en France et qui ont travaillé dans différentes structures hospitalières de la région Poitou-Charentes, des idées de jumelages entre les hôpitaux sont apparues et se sont réellement réalisées. Ce fut le cas entre Poitiers, Niort, La Rochelle et Angoulême qui sont les principales structures d'hôpitaux de référence de la région Poitou-Charentes.

Une première convention a vu le jour entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang (Annexe 1), là aussi à l'initiative de la stagiaire qui était venue au Centre Hospitalier de Niort et de La Rochelle et qui assurée des fonctions de médecin/directeur adjoint à l'hôpital n° 3 de Nanchang.
Cette première convention a été signée le 18 novembre 2011. Elle avait pour objectif d'institutionnaliser et rendre effectif les échanges scientifiques et le développement de la coopération dans les domaines susceptibles d'intéresser les 2 établissements et plus particulièrement dans les domaines de la fonction des personnels médicaux et les échanges d'expériences de spécialités.
La coopération entre les 2 parties avait pour objet d'améliorer les niveaux techniques et de gestion des personnels hospitaliers et d'échanger des expériences et des spécialités en faveur du développement en commun.
Il était prévu que les 2 hôpitaux procéderaient à 1 ou 2 formations par an sur des échanges scientifiques, de gestion hospitalière ou de gestion des soins. Le temps et le contenu de ces formations devaient être discutés pour chaque formation entre les 2 parties.
Un des points essentiel concerne le problème de l'échange linguistique et de la pratique de la langue.
Les personnels hospitaliers qui participaient à la formation et au stage d'observation chinois devaient acquérir une certaine pratique de la langue anglaise ou bien évidemment

s'être initiés à la langue française avec un niveau compatible avec la formation qu'ils avaient à accomplir. Il appartenait à l'hôpital n° 3 de Nanchang de se charger des langues.

Ces dispositions ne s'appliquaient pas au personnel des 2 hôpitaux pour les échanges courts et il s'est avéré au fil du temps, que pour un certain nombre d'échanges de personnel médicaux, l'anglais était assez facile entre les médecins français et les médecins chinois, quand ce qui concerne les domaines de gestion, ceux-ci s'avéraient beaucoup plus compliqués et que la mise à disposition d'un interprète s'est absolument avérée nécessaire.

Dans cette convention, les 2 parties avaient désigné une coordonnatrice chinoise qui était chargée de suivre les programmes de formation et il était prévu qu'une réunion soit organisé tous les ans, en présence des deux 2 directions et de la coordonnatrice, afin d'évaluer le développement des actions de coopération et de dresser un bilan des actions réalisées ou en court de réalisation.
Les conventions prévoyaient aussi les problèmes de prise en charge financière de transport et d'hébergement dans les 2 pays.
La convention était conclue pour une durée de 3 ans.

A l'expérience, une nouvelle convention a été signée le 14 août 2014 (Annexe 2).
Elle reprenait les mêmes thématiques que la première convention. Avait été rajouté pour le Centre Hospitalier de La Rochelle l'orientation sur le sujet du cancer du sein car l'hôpital n° 3 a une référence qui va au-delà de la Ville de Nanchang et de la province du Xiangxi et même une réputation au niveau national chinois sur la prise en charge des cancers du sein.
Les formations se sont affinées également quant à leur durée avec un maximum de 30 jours pour les médecins et de 10 à 15 jours pour les cadres de gestion.
La coordonnatrice jouant un rôle important au-delà de l'organisation des stages et l'encadrement des stagiaires tant français lorsqu'ils étaient en Chine que chinois lorsqu'ils étaient en France mais de rôle de traduction.

Enfin, en complément de cette convention en 2014 une deuxième convention (Annexe 3) de coopération a été signée qui étaient liée à l'objectif d'améliorer les méthodes de management pour l'ouverture du nouveau site de l'hôpital n° 3 de Nanchang (Chaoyang).
Cette présente convention étaient destinées à favoriser l'apprentissage de nouvelles méthodes de gestion et la mise en place de projets sur les nouveaux sites.

Les deux directeurs généraux de chaque établissement étaient responsables du projet de collaboration. Il était constitué un comité de pilotage pour le Centre Hospitalier de Nanchang avec le directeur général, la coordonnatrice du projet, un directeur adjoint, un médecin, un cadre soignant et pour le Centre Hospitalier de La Rochelle, le directeur général, un directeur adjoint, un médecin, un cadre, un cadre soignant.
Les missions du comité de pilotage étaient de fixer le programme annuel et de procéder à son évaluation, d'arrêter le choix des thèmes et de choisir les intervenants et évidemment avait été mis en place des réunions sur site lorsqu'il y avait des missions et le reste par visio-conférences.
La coordonnatrice du projet était chargée de la préparation de toutes les missions et du suivi de tout le projet de coopération.

En ce qui concerne les différents domaines qui avaient été arrêté dans cette convention, on notait la constitution des pôles avec en particulier le cancer du sein/femme-enfant/cardiologie/Rééducation, la gestion des pôles avec le découpage et l'organisation géographique, la planification, le management du pôle, le contrat de pôle et le dialogue de gestion, le contrôle de gestion avec l'organisation du service, les suivis budgétaires, la comptabilité analytique, le calcul des coûts, les tableaux de bord de gestion et le dialogue de gestion, l'hôpital de jour avec son organisation et le problème de son financement et enfin les ressources humaines avec un certain nombre de tableaux de bord sur les suivis des effectifs et aussi les méthodes de calcul d'effectifs par service ou par pôle qui étaient aussi liés à l'organisation des services comme on l'a indiqué pour l'ouverture du nouvel hôpital.

Pour l'organisation des missions, des désignations d'experts se faisaient par le directeur général de La Rochelle avec un référent local par le directeur général de Nanchang et avec des missions qui étaient comprises entre 15 et 30 jours. Cette convention prévoyait comment été pris en charge les transports et l'hébergement.

La coopération entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois a été très largement facilitée par l'existence d'une culture de coopération avec la Chine à la fois dans la région Poitou-Charentes par la création de l'Association Confucius et Hippocrate, par l'existence de la Fondation Prospective et Innovation, la plateforme de coopération « Horizons Chine » créée par le département de la Charente-Maritime et au niveau nation par la direction générale de l'offre de soins du Ministère de la Santé.

3.2.1.2 La création d'une association régionale « Confucius et Hippocrate »

La coopération du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers avec la Chine a été initialisée en 2003 avec l'Institut d'Administration des Entreprises de Poitiers pour concevoir à l'attention des médecins et directeurs des hôpitaux chinois un diplôme universitaire inclus au sein d'un master des universités de Nanchang et Poitiers.

En marge de ce diplôme universitaire et en lien avec les hôpitaux de la région Poitou-Charentes, les hôpitaux universitaires de Nanchang ont été contactés et en 2006, suite à une mission du CHU, a été signée une convention de coopération internationale avec l'Hôpital Universitaire n° 1 de Nanchang puis avec l'hôpital Gongli de Shanghai.
Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les professeurs de l'IAE et les directeurs d'hôpitaux de la région Poitou-Charentes ont ainsi dispensé les enseignements de ces DU à Nanchang et à Poitiers. Cette organisation répondait au souci de mettre en place à l'attention des directeurs et responsables de la santé chinois une formation à la fois universitaire et professionnelle.

Comme il a été formulé, cette organisation s'est toujours heurtée à un grave problème linguistique car les médecins/directeurs en situation de responsabilité n'avaient pas les disponibilités requises pour apprendre le français. Ils ont donc souvent été éliminés, en amont en Chine lors des tests linguistiques et plus récemment lorsque des tests n'étaient plus simplement organisés par l'IAE et l'Institut Franco-Chinois mais par les consulats français.
Seuls les plus jeunes, encore étudiants ou ayant fini leurs études, ont pu atteindre le niveau linguistique requis mais les directeurs d'hôpitaux français impliqués dans ce master dénonçaient les lacunes linguistiques et techniques des stagiaires qui rendaient difficile leur implication en qualité de directeur lors d'un stage d'immersion dans un hôpital français (Annexe 4).

Afin d'orienter l'Association vers d'autres missions, l'association Confucius et Hippocrate a été créée en 2012 associant l'Université et y compris la conférence des CPAG en France et le CHU de Poitiers, les principaux hôpitaux, les conseils de l'ordre des médecins de toute la région Poitou-Charentes.

L'Association a donc contribuée à la signature avec les principaux hôpitaux de la région Poitou-Charentes de conventions bilatérales avec un des hôpitaux de la ville de Nanchang.
Des actions de formations ont été organisées au profit des médecins de Nanchang et de Shanghai et l'ampleur des besoins hospitaliers chinois a amenée l'Association à devoir renforcer l'organisation et les structures de celle-ci ainsi que le nombre d'établissements impliqués dans les actions de coopération internationale.
La faculté de médecine a validé le projet de formation des médecins de l'hôpital Gongli de Shanghai et l'ampleur des besoins de formation de cet hôpital en médecine générale a nécessité de renforcer l'implication des conseils de l'ordre des médecins régional et des 4 départements.
Les chinois souhaitent comprendre parfaitement le rôle des médecins généralistes dans le système de santé français Notamment pour orienter les patients vers les diverses structures de soins en Chine.

La formation d'une première promotion de médecins de l'hôpital Gongli en novembre 2013 a pleinement répondu aux attentes des partenaires chinois et une mission en Chine en avril débutera le cycle des 2 ou 3 formations similaires prévues en 2014.
Une réflexion a été menée avec les hospitaliers de Shanghai afin de mettre en place une expérimentation pratique en termes d'organisation du système de soins.
En effet, si la Chine connaît une expansion extraordinaire depuis près de 30 ans, celle-ci n'offre pas encore à l'ensemble de sa population un véritable droit à la santé tel qu'il est conçu et organisé en France (Annexe 5).

Il a été proposé d'expérimenter une filière de soins incluant au profit des patients qui acceptent d'y adhérer un véritable droit d'accès à des prestations de qualité gratuites ou tarifées selon un barème contractuel.
Bien évidemment cette expérimentation nécessite le soutien politique des autorités chinoises et françaises.
Le 50ème anniversaire de la reconnaissance de la Chine par le Général de Gaulle a fourni l'occasion de solliciter l'appui logistique et institutionnel indispensable pour expérimenter un tel réseau dont les modalités seraient à négocier avec les partenaires chinois.
Pour être probante, une telle expérimentation devrait inclure un site urbain et des sites ruraux. Un tel projet exige au préalable l'accord juridique, technique et financier de l'ensemble des acteurs susceptibles de délivrer des prestations de soins.

Ces modalités pourraient être étudiées en concertation avec l'Association et les hôpitaux de la région tous membres de l'Association et liés par convention avec les partenaires de Nanchang ou de Shanghai mais surtout avec les autorités politiques sanitaires du Jiangxi et de la zone de Pudong.

Parallèlement en lien avec l'Association, les hospitaliers français sont de plus en plus attirés par des méthodes de soins durables et de prévention inspirées de la médecine traditionnelle chinoise et ils pourraient être expérimentés en lien avec les conseils de l'ordre des médecins désireux de faire évoluer les corporatismes de nouvelles pratiques de soins inspirées par une meilleure connaissance des valeurs et techniques de la médecine traditionnelle chinoise.

Comme il a été indiqué, un nouveau master a été proposé en anglais pour les directeurs d'hôpitaux en place sur la province du Jiangxi (Annexe 6).

3.2.1.3 Le rôle de la « Fondation Prospective et Innovation » dans la coopération avec la Chine

L'origine de la Fondation Prospective et Innovation remonte à 1985 ou René MONORY, initiateur du Futuroscope en France a l'idée, la vision de pouvoir réfléchir en termes d'avenir plus qu'en référence aux acquis d'un passé qui est en train lentement de se dissiper.
Il est rejoint par François DALLE, patron de l'Oréal, qui va apporter également sa vision sur le développement des entreprises avec la aussi une vision que « l'avenir appartient à ceux qui sauront se piloter par l'aval et non plus depuis l'amont ».
Ils ont été aidés dans leurs réflexions par Olivier CAZENAVE qui était directeur général des services du département de la Vienne et Thierry BRETON dont se dégageait l'idée pour ces 2 initiateurs que « le principal handicap de la société française était d'en rester à des schémas de pensée en voie d'obsolescence ».
Une vision réunissait ces 4 fondateurs qui perçoivent que de « grandes mutations sont en cours mais que nul ne voit comment y construire des stratégies concrètes de sorte que ce sont alors des modèles du passé qui tendent à s'affronter ».
A partir de 1989, cette Fondation Prospective et Innovation qui est une fondation reconnue d'utilité publique avec une structure légère d'initiatives et de propositions qui se consacre

essentiellement à faire avancer l'adaptation de la France à son environnement international et à stimuler un esprit de renaissance en son sein.

Elle agit en faveur d'une mission lucide et constructive de l'avenir tant auprès des décideurs que de l'opinion publique par des études, des colloques, des publications. Elle concoure au débat public sur les enjeux de demain et favorise l'évolution des esprits.
Elle agit également par des missions, des rencontres, des ateliers, elle rapproche les acteurs du changement en cours et enfin par la qualité des contacts qu'elle entretien en France, en Europe et dans le Monde, elle est à même de conseiller les responsables économiques, politiques et sociaux sur des choix stratégiques.

La Fondation s'attache en particulier à penser la relation entre les émergences, la compétitivité et la gouvernance.

L'émergence de nouveaux acteurs majeurs de la vie internationale qui pose aux nations, hier bien établies, la question cruciale de leur compétitivité, la remise en cause que ce défi leur impose ouvre celui de la gouvernance à tous les niveaux depuis la manière d'amener les peuples aux changements nécessaires jusqu'aux grands équilibres globaux de la planète.
Cette réflexion se concrétisera par des actions concrètes de soutien au développement international des PME avec des colloques en particuliers qui se renouvèlent chaque année entre les PME et la Chine en collaboration, comme nous l'avons vu avec le Département de la Charente-Maritime. La vision étant que l'heure est en effet pour les entreprises chinoises de passer d'une sous-traitance orientée à l'exportation vers une compétition entre elles sur le marché chinois pour laquelle elles sont à la recherche de partenaires européens leur apportant des garanties d'excellences.

Cette orientation vers les PME s'accentuera avec l'appui de l'Institut National de la Propriété Intellectuelle notamment par un séminaire annuel à Lyon sur les écosystèmes de recherche, l'attractivité de la France, les relations entre PME et les grandes entreprises en matière d'innovation et de créativité.

La Fondation aura une réflexion suivie avec les grands pays émergeants : Brésil, Afrique, Indonésie, Canada mais tout particulièrement avec la Chine.

La Chine reste le premier terrain d'action de la Fondation avec depuis 2014 un forum annuel au Futuroscope sous la Présidence de Monsieur Jean-Pierre RAFFARIN, ancien Premier Ministre.

Chaque année un très large public analyse la place croissante de la Chine dans le monde avec des publications sur ces différents thèmes. En dehors de ce forum annuel la Fondation poursuit de programmes de découverte de la Chine par des jeunes français, assure une mission annuelle d'hommes d'affaires à la Foire de CHENGDU, capitale du SICHUAN, organise une rencontre avec des PME françaises avec leurs homologues chinois. Elle accueille à PARIS la « China Entrepreneurs Club » qui réunit les plus hauts dirigeants de l'industrie chinoise et différentes missions économiques.
Cette Fondation a donc une action essentielle auprès de l'ensemble de la société et plus particulièrement des entreprises pour le développement de la coopération entre la Chine et la France.

3.2.1.4 L'existence d'une coopération entre la Chine et le Conseil Départemental de la Charente-Maritime

Le département de la Charente-Maritime a tourné ses regards vers la Chine en créant en 2011 une plateforme de coopération culturelle, éducative et économique appelée « Horizon Chine ».
Celle-ci avait pour objectif de bâtir des partenariats économiques, de mettre en réseau des universités et des écoles afin de construire des partenariats durables et explorer des opportunités en matière de formation, de recherche et d'innovation afin de construire des échanges économiques et touristiques solides en créant une plateforme d'échanges économiques.
Le département de la Charente-Maritime a créé cette plateforme visant à rechercher de nouveaux marchés pour les entreprises du département là où la France est moins présente, d'avoir un accompagnement privilégié des PME innovantes avec un appui sur mesure pour simplifier au maximum les démarches administratives et logistiques.
Les domaines prioritaires sont ceux de la santé, du bien-être, du thermalisme, de la thalassothérapie, du tourisme, du nautisme, de l'agroalimentaire et de la filière équine.
L'approche qui a été choisie est celle d'organiser des missions collectives plurisectorielles et thématiques autour des domaines prioritaires, la participation à des salons. Le développement du thermalisme a été particulièrement mis en valeur et intéresse notre

étude. Les chinois sont particulièrement intéressés par l'approche médicalisée française et une convention de partenariat a été signée. Celle-ci prévoit notamment le soutien technique français sur la dimension thérapeutique du thermalisme. Elle intègre une coopération médicale des établissements franco-chinois. Cette coopération médicale couvrira les thèmes d'interventions sur les troubles liés aux modes de vie (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, troubles liés au stress, arthrose, prise en charge de la rééducation post-opératoire des interventions orthopédiques, effets du vieillissement, suite du cancer du sein). A l'issue de différentes missions faites par la France, un panel de stages de formation spécialisée a été organisé.
Parallèlement a été développé un partenariat entre le fabricant de produits cosmétiques installés à La Rochelle « Léa Nature » et des centres d'exploitation thermale chinois.

Le département de la Charente-Maritime a créé un bureau de représentation permanent avec à sa tête un binôme franco-chinois. Ce bureau de la Charente-Maritime est donc une plateforme de coopération économique qui représente le département et accompagne les entreprises dans leur développement sur le marché chinois. Le binôme biculturel assure un suivi de proximité des projets du département pour accompagner les membres d'entreprises « Horizon Chine » engagées sur le marché chinois. Il exerce un rôle de relais d'informations, de veille, de promotion du territoire en Chine en contact permanent avec les partenaires français et chinois.
Un colloque a été organisé fin 2016 sur l'implantation des PME en Chine et les coopérations possibles entre les entreprises françaises et chinoises, la Chine étant ressentie comme un formidable terrain d'opportunités, en particulier dans le domaine de la santé, et ce colloque a essayé d'apporter des réponses aux questions portant sur quels nouveaux modèles de développement chinois, quelles sont les réponses françaises aux besoins de la Chine, quels développements de la Chine et quelles opportunités pour les entreprises françaises, notamment les PME, quelles sont les bonnes pratiques et les retours d'expériences pour construire une coopération franco-chinoise.

3.2.1.5 L'impulsion du Ministère de la Santé

L'appel à projet lancé au titre de 2017 dans le cadre de la Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) « Coopération Hospitalière Internationale » est sous-tendu par la stratégie nationale de santé et par les grandes thématiques de la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016.

Cette stratégie nationale de santé, en association avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministère des Outre-Mer et l'ensemble des acteurs, vise à adapter le système de santé français aux défis majeurs du 21ème siècle : formation, développement de la prévention et de l'éducation de la santé, démographie médicale, vieillissement de la population, nouvelles technologies, recherche et progrès de la médecine, lutte contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques, optimisation de l'offre de soins et des services médico-sociaux, renforcement de la place des usagers dans le système de santé.

Dans ce cadre, la coopération hospitalière internationale a un rôle clef à jouer, car elle est au carrefour des enjeux prioritaires en santé, tels que la surveillance sanitaire internationale, l'accueil en formation d'étudiants, de praticiens et de chercheurs dans le champ des professions de santé, les coopérations entre établissements de santé en vue d'échanges de bonnes pratiques et de travaux de recherche, ainsi que la valorisation internationale des références françaises en santé.

Avec près de 3000 établissements de santé français, dont près de 1000 hôpitaux publics et plus d'un million de personnes employées, ce secteur qui représente financièrement 76,6 Md€ en 2016, regroupe un potentiel exceptionnel de ressources humaines, scientifiques et financières, d'expertise technique et de compétences médicales et médico-techniques de premier plan, qui a fait l'objet d'une consécration internationale récente par la revue « the Lancet » dans son numéro spécial de mai 2016.

Le ministère chargé de la santé tient à valoriser ce capital exceptionnel, en développant et en soutenant la coopération internationale en matière de management des établissements de santé et d'activités de soins, indissociable dans les CHU des activités d'enseignement supérieur et de recherche. Cette coopération hospitalière s'appuie aussi sur les échanges de connaissances, facilités par les dispositifs d'accueil en formation d'étudiants et professionnels médicaux et paramédicaux.

Pour ce faire, la MIGAC qui a été instituée depuis 2010 pour appuyer l'action internationale des établissements de santé français avec des partenaires étrangers contribue à une meilleure visibilité, synergie et cohérence des activités déployées sur ce plan.

L'appel à projet concerne les projets de coopération internationale d'établissements de santé français. Les pays éligibles sont choisis en cohérence avec les priorités du ministère des affaires étrangères et du développement international.

La coopération avec la Chine, qui s'inscrit dans le cadre de jumelages entre établissements de santé, en application de l'arrangement administratif conclu dans le domaine de la santé entre la Chine et la France le 23 mai 2013 à Paris, est également une des grandes priorités.

Les projets concernent un ou plusieurs des thèmes suivants considérés comme prioritaires et structurants pour la coopération :

- sécurité sanitaire internationale et déploiement du règlement sanitaire international,
- coopération médicale thématique, projet médical, qualité et sécurité des soins,
- formation du personnel hospitalier et développement des ressources humaines,
- mis en place et ingénierie de matériels et équipements médicaux et biomédicaux performants,
- renforcement des droits des patients,
- développement du parcours de soins des patients,
- mise en place d'une gouvernance et d'un pilotage hospitaliers efficaces,
- bonne gestion des ressources financières hospitalières (comptabilité, achats, facturation…),
- mise en œuvre de systèmes d'information médicale, de dossiers médicaux personnels de suivi des patients et déploiement de la télémédecine.

Le Centre Hospitalier de La Rochelle a déposé en 2015 un projet de coopération avec la Chine dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital n° 3 de Nanchang, l'hôpital de Chaoyang, pour la mise en place des pôles en cancérologie.
Il s'agit d'un transfert de méthodes de gestion et d'outils de management pour organiser en pôles les services de l'hôpital n° 3 de Nanchang.
Le Centre Hospitalier de La Rochelle poursuit concomitamment le développement des échanges sur les techniques médicales et thérapeutiques dans la prise en charge du cancer du sein.
Le ministère de la santé a retenu le projet de La Rochelle sur la coopération internationale avec la Chine en lui accordant un financement au titre des Missions d'Intérêt Général pour l'année 2016.

3.3.1 Les motivations de la coopération

3.3.1.1 Les raisons vues du côté des hôpitaux chinois

Les raisons principales qui sont notées quant à la coopération vue du côté chinois : par rapport aux besoins de transfert de techniques médicales, de techniques managériales, de modes organisationnels et enfin liées à l'opportunité de la construction du nouvel hôpital.

3.3.1.1.1 Les besoins de transfert de techniques médicales, managériales et de modes organisationnels

Les besoins de transfert des techniques médicales

C'est la raison première pour les médecins chinois, voir comment sont traitées des pathologies, quelles sont les pratiques médicales, chirurgicales, de réadaptation par rapport à leur propre pratique.

Les hospitaliers chinois sont très intéressés par la venue de médecins chinois en mission en France auprès de leurs collègues français afin d'acquérir de nouvelles techniques médicales, de voir comment sont pratiquées dans un certain nombre de spécialités les techniques médicales et l'intérêt de pouvoir les transposer au niveau de la Chine.

Plusieurs services sont particulièrement visés, en premier lieu par rapport à la spécialité de l'hôpital n° 3 de Nanchang, la cancérologie tant au niveau des techniques opératoires sur le cancer du sein qu'au niveau des pratiques de radiothérapie, de chimiothérapie ainsi que de préparation de cytostatiques puisque qu'un pharmacien de l'hôpital de La Rochelle a déposé un brevet concernant le contrôle de la préparation des chimiothérapies. D'autres spécialités sont concernées comme la diabétologie ou la cancérologie.

Les partenariats des hôpitaux de la région Poitou-Charentes lorsque des missions de médecins viennent dans un hôpital de la région, permettent d'organiser en collaboration avec les autres hôpitaux des visites pour compléter la vision que peuvent avoir les médecins chinois sur telle ou telle pratique médicale. C'est le cas par exemple avec le centre de cancérologie du CHU de Poitiers.

Les besoins de transfert de techniques managériales

Le directeur général et l'équipe de direction étaient particulièrement intéressés par les transferts de techniques managériales pour plusieurs raisons :

- Le changement de modèle de gestion

- La formation des directeurs d'hôpitaux

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'évolution des hôpitaux chinois passant d'un modèle bureaucratique à un modèle beaucoup plus autonome et responsable et demandant l'efficience, a amené à demander des expertises sur des techniques managériales au niveau du Centre Hospitalier de La Rochelle et des hôpitaux français.

Les expertises et le savoir-faire des hôpitaux français étant tout à fait reconnus au niveau chinois.

La formation des directeurs adjoints chinois dans les hôpitaux français ayant renforcé ce sentiment.

Nous développerons dans les parties suivantes les techniques managériales comme le contrôle de gestion qui a particulièrement intéressé la direction de l'hôpital de Nanchang afin de le transposer en Chine puisque le contrôle de gestion était quasiment inexistant avec très peu d'objectifs et de réflexions entre la direction, les médecins et la direction des soins infirmiers.

La formation initiale des directeurs d'hôpitaux chinois. Ceux-ci sont, pour la plupart, des médecins sans formation managériale dans leur cursus universitaire. Tant que la gestion était essentiellement faite par l'Etat, définition de la stratégie, gestion et paiement des personnels, budget fermé sans lien avec l'activité, cela ne posait pas de réel problème. Ce n'est plus le cas aujourd'hui avec une concurrence entre établissement publics et privés, des recettes qui proviennent de l'activité, des contrats d'objectifs à passer avec les services, des suivis d'activité et financiers. Tout cela devant déterminer une stratégie.

<u>Les besoins de transfert des modes organisationnels</u>

La même réflexion peut-être portée sur les modes organisationnels. Dans la suite logique de ce qui vient d'être dit, les modes organisationnels sont déterminants par rapport aux coûts de fonctionnement et à la qualité des services rendus aux patients. Ces transferts étaient particulièrement pour les directeurs de soins.

Comme nous le verrons également dans les 2ème et 3ème parties, les hospitaliers chinois ont été particulièrement intéressés sur des modes organisationnels. C'est le cas de l'organisation en pôles qui fera l'objet d'une étude toute particulière et dans les modes organisationnels transférables à l'hôpital n° 3 de Nanchang, c'est le cas des hôpitaux de jour également et d'autres modes organisationnels sur la formation continue ou sur les études de charge de travail qui ont fait aussi l'objet d'intérêts par les hospitaliers chinois.

3.3.1.1.2 L'opportunité liée à la construction du nouvel hôpital – L'apport de l'expertise française

Comme il a déjà été indiqué, l'ouverture du nouvel hôpital a été un élément extrêmement important de recherche par les hospitaliers chinois de l'expertise française qui pouvait être apportée.

Celle-ci comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents a porté à la fois sur des modes d'organisation nouveaux des services tels qu'ils existaient, portaient également sur la pratique que pouvaient avoir les hôpitaux français sur la gestion à l'intérieur d'un même établissement, d'une même entité juridique de plusieurs sites puisque l'hôpital N°3 de Nanchang gardait son ancien hôpital avec une restructuration des services et déménageait un certain nombre de services avec des agrandissements sur le nouvel hôpital.

Enfin, au moment de la conception même de l'hôpital et de sa réalisation, une mission composée d'ingénieurs et de directeurs des travaux français a été envoyée à Nanchang afin d'étudier à la fois les plans du nouvel hôpital ceux-ci avaient d'ailleurs faits auparavant l'objet d'une en France et des réflexions au vu des constructions de plusieurs hôpitaux dans la région Poitou-Charentes ainsi que de l'expérience que les ingénieurs avaient sur un certain nombre de réalisations qui étaient envisagées par les chinois.

A la suite de cette mission plusieurs remarques faites par les français auprès des concepteurs chinois concernant par exemple les urgences ou la stérilisation, les implantations de flux concernant le bloc opératoire ont étaient retenues.

3.3.1.2 les raisons vues du côté des hôpitaux français

Les raisons principales sont à noter quant à la coopération vue du côté français par rapport à des besoins de transferts de techniques médicales et d'acquisition liées à des expertises sur des spécialités particulières et à l'opportunité de développement de la recherche, ainsi qu'à l'étude de possibles transferts de la médecine chinoise traditionnelle.

<u>Les besoins de transferts de techniques médicales</u>

On retrouve ici les mêmes motivations des hospitaliers français qui, en tant que médecins, sont très intéressés les techniques médicales et chirurgicales de traitement de certaines pathologies par rapport à leurs propres pratiques.

Ce domaine a particulièrement été exploré. Le premier concerne la cancérologie et le second la pédiatrie et la néonatalogie. Un autre domaine où la France d'une manière

générale, mais aussi l'ensemble des hôpitaux, ne sont pas le mieux reconnus dans le système de santé est celui de la prévention.
En effet, toutes les études de l'OMS, de l'OCDE montrent qu'un des points faibles du système français concerne la prévention alors que cet axe est très développé en Chine.

Le transfert d'expertises

Comme nous l'avons déjà précisé, c'est la spécialité de l'hôpital n°3 de Nanchang sur la cancérologie, plus spécialement sur le cancer du sein, qui a intéressé les hospitaliers français puisque l'établissement est reconnu au-delà de la ville de Nanchang, sur la province du Xiangxi et même au niveau national. Comme nous le verrons par la suite, les chiffres d'activité tant en consultations qu'en chirurgie sont beaucoup plus important en Chine, ceci étant lié à la densité de population.
L'expertise des médecins chinois est donc parfaitement légitime et reconnue dans ce domaine pour les médecins hospitaliers français. C'est le cas également pour toute l'organisation concernant d'une part le dépistage du cancer, en particulier le cancer du sein, et d'autre part toutes les actions menées auprès de la population en matière de mortalité infantile.

Opportunité de développement de la recherche

La recherche est beaucoup plus développée à l'Hôpital n° 3 de Nanchang puisqu'il y a plusieurs laboratoires de recherche dans les différents domaines que sont les traitements par chimiothérapies, les techniques d'interventions chirurgicales, les traitements de radiothérapie et tout ce qui a trait à la reconstruction. Comme nous l'avons déjà dit, le nombre de cas traités constitue une base essentielle au niveau de la recherche et des enseignements qui peuvent en être tirés.
La recherche en cancérologie à l'Hôpital de La Rochelle est minime comparée à l'expérience que peuvent en avoir les médecins hospitaliers chinois de l'hôpital de Nanchang. Par conséquent, c'était un élément très important pour les médecins français d'avoir une coopération avec un établissement disposant de laboratoires de recherche.

La médecine chinoise traditionnelle

C'est un point important propre à la Chine. Dans la plupart des hôpitaux chinois, cohabitent à la fois des services de traitement utilisant les méthodes et les médicaments occidentaux pour traiter les maladies, mais également des services de médecine chinoise traditionnelle, ceux-ci relevant de techniques de traitements très anciens. Il faut souligner

que les deux types de médecine, occidentale et traditionnelle, sont, dans un certain nombre de cas, utilisés en complémentarité. Il existe toujours aujourd'hui en Chine des recherches pour poursuivre le développement de la médecine traditionnelle chinoise. Celle-ci commence à être instituée dans certains hôpitaux français et, pour les médecins de l'hôpital de La Rochelle, ceci présentait aussi un intérêt de pouvoir la découvrir.

3.4.1 Les opportunités de mise en œuvre

Les opportunités de mise en œuvre seront étudiées vu du côté chinois, puis du côté français. Du côté chinois, celles-ci sont liées au contexte institutionnel, à l'évolution des responsables internes de l'hôpital et aux responsables externes.

3.4.1.1 Les opportunités liées au contexte institutionnel des hôpitaux chinois

Deux facteurs peuvent être relevés, l'un que l'on peut considérer comme favorable, l'autre comme défavorable.

Le premier facteur favorable est celui d'une grande évolution actuellement au niveau de la Chine. Il s'agit de son évolution économique, qui touche le fonctionnement des hôpitaux avec une plus grande autonomie et l'introduction d'une partie d'activité privée et de financement en dehors de crédits d'Etat, laissant aux directeurs d'hôpitaux chinois une plus grande responsabilisation. Ceci entraîne pour eux, comme nous l'avons déjà indiqué, une recherche d'outils leur permettant d'assurer au mieux d'une part cette responsabilité, d'autre part l'équilibre financier et de rechercher des marges afin de développer leur activité.

Le deuxième élément qui est défavorable, est l'aspect politique qui reste un élément extrêmement fort, la pression du Parti reste très forte tant en interne qu'en externe, comme nous allons pouvoir le définir.

3.4.1.2 Les opportunités venant des responsables internes de l'hôpital

Nous avons déjà vu qu'il y avait eu un renversement de responsabilités entre le directeur et le responsable du Parti puisque le premier avait la prééminence sur le second et qu'au vu des changements économique, c'est le directeur général qui a pris le pas sur le responsable

du Parti. Néanmoins, ce dernier conserve un certain nombre de prérogatives et une vision de contrôle permanente sur l'action du directeur général.
Comme nous le verrons dans les paragraphes suivants, il est important de noter à ce niveau d'étude que le rôle hiérarchique est extrêmement important en Chine, mais que le rôle du directeur général est important à la fois sur la gestion de l'équipe de direction mais aussi pour les cadres soignants médicaux et non médicaux.

3.4.1.3 Les opportunités venant des responsables externes

Le rôle des autorités tant au niveau national avec par exemple des possibilités permettant aux hospitaliers de sortir du territoire, qu'au niveau de la région, de la province ou de la ville de Nanchang, est primordial. Nous verrons que l'appui de la mairie, du bureau régional de la santé, équivalent de l'agence régionale de santé, et du bureau plus particulièrement chargé des relations internationales avec les aides qu'ils peuvent apporter, la définition de la politique et les moyens financiers sont des éléments essentiels de développement et de mise en œuvre de la coopération.
Vues du côté français, ces opportunités de mise en œuvre sont liées au contexte institutionnel, à l'évolution des responsables internes ainsi qu'aux responsables externes.

3.4.1.4 Les opportunités liées au contexte institutionnel des hôpitaux français

Le point essentiel pour les hôpitaux français concerne l'évolution économique. En effet, les contraintes budgétaires pèsent de plus en plus fortement sur l'ensemble du pays et ont de très fortes répercussions sur les politiques économiques et financières menées dans les hôpitaux avec des restrictions budgétaires qui se traduisent par des baisses de tarifs et une réduction des enveloppes budgétaires.
L'évolution de l'environnement des hôpitaux publics est également un facteur important. En France, les cliniques privées ont amorcé un regroupement d'importance, c'est par exemple le cas dans la ville de La Rochelle où il existait 5 cliniques, et celles-ci ont été rachetées par un groupe suédois, le groupe CAPIO qui a conduit une politique de regroupement et de développement, notamment dans le domaine de la chirurgie. En 2018, il ne restera plus qu'une seule clinique privée où l'ensemble de l'activité des cliniques antérieures sera entièrement regroupé et par conséquent rationalisé.

Dans l'environnement, la concurrence entre les hôpitaux publics est extrêmement vive. Dans le département de la Charente-Maritime, c'est le cas entre l'Hôpital de La Rochelle et celui de Rochefort qui est à 20 kilomètres, mais aussi avec l'hôpital de Saintes, autre hôpital de recours situé à 70 kilomètres, qui développe des techniques similaires à celles pratiquées à l'hôpital de La Rochelle, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Dans ces conditions, l'attractivité médicale de l'hôpital est primordiale pour avoir le maximum de recette. Il est donc important pour l'hôpital de La Rochelle de faire face à la fois à une concurrence privée, mais aussi entre établissements publics avec le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et les autres hôpitaux du département ou des départements limitrophes qui peuvent capter une partie de la patientèle. C'est pourquoi toutes les nouvelles techniques, les évolutions de ces techniques, peuvent constituer des opportunités de développement d'activité.

3.4.1.5 Les opportunités venant des responsables internes de l'hôpital

La pression est de plus en plus forte sur les directeurs d'hôpitaux français par l'agence régionale de santé. Les contraintes économiques que nous avons indiqué précédemment, les équilibres budgétaires des établissements, le virage ambulatoire et la diminution du nombre de lits, les réorganisations structurelles, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire qui ont succédé aux communauté hospitalières de territoire, tous les mouvements du mutualisation sont portés par l'Etat, le ministère de la santé et sont relayés au niveau régionale par l'agence régionale de santé.
Les objectifs qui sont assignés aux directeurs d'hôpitaux, qui déterminent d'ailleurs leur évolution de carrière et leur maintien dans les établissements par rapport au contrat qu'ils ont d'une durée de 4 ans renouvelables, sont autant d'éléments de recherche de développement d'activité pour leurs établissements et de rationalisation des moyens.

3.4.1.6 Les opportunités venant des responsables externes

Celles-ci peuvent être étudiées à deux niveaux.
Le premier niveau concerne toute l'action externe aux hôpitaux, c'est le cas dans la région Poitou-Charentes avec l'action menée par la Fondation « Perspectives et Innovation » dont le siège est à Poitiers, qui développe des coopérations avec la Chine. C'est aussi le cas de la Charente-Maritime avec la mise en place « d'Horizon Chine » qui a le même objectif en

ciblant plus particulièrement les PME et les hôpitaux du département de la Charente-Maritime, ou encore de l'Association « Confucius et Hippocrate » dont l'objectif est de développer, en partenariat avec les universités, les écoles de commerce, l'institut d'administration des entreprises, les coopérations de formation vis-à-vis des directeurs et des médecins hospitaliers chinois.

Le deuxième niveau se situe à travers les organes institutionnels que sont au plus haut niveau le ministère de la santé et son bureau international, en particulier le bureau dévolu à la coopération avec la Chine, qui, par les politiques qui sont menées et les crédits accordés, sont un moteur essentiel au développement des coopérations, ceci étant relayé par les agences régionales de santé qui peuvent aussi être moteur dans la mise en place de coopération.

3.4.2 Les difficultés liées aux différences culturelles

Nous étudierons quels sont les points importants dans la culture chinoise et dans la culture occidentale, et quelles difficultés en découlent dans la mise en œuvre d'une coopération.

3.4.2.1 Ce qui est important dans la culture chinoise

Les liens entre religion, culture, mode de pensée et comportement sont essentiels. Les chinois ont hérité de trois traditions millénaires : le taoïsme, le confucianisme et le bouddhisme. Ils ont développé une forme différente de pensée qui n'est pas linéaire ni rationnelle, mais qui est circulaire et en réseau. Ils ont développé une pensée complexe qui peut s'opposer à la pensée rationnelle occidentale. En effet, la pensée complexe recherche les liens subtils que l'on peut trouver que l'apparence oppose. La pensée rationnelle sépare et oppose pour mieux élaborer une théorie. Cette notion globale de la pensée chinoise amène un certain nombre de points particuliers que l'on peut caractériser. Les chinois ont une culture plus collectiviste. Ils ont une vision à plus long terme. Ils doivent garder la face. Ils ont un respect de la hiérarchie, une culture qui fait l'éloge du silence. Ils recherchent le consensus, ils ne cherchent pas à soumettre la réalité extérieure à leur volonté ni à l'imposer, car l'imposer c'est toujours susciter des résistances et des rivalités. Ils sont plus sur une démarche que sur un modèle.

La pensée chinoise n'est pas dans l'affrontement direct mais elle privilégie les manœuvres plus subtiles de contournement et d'évitement. Il y a chez les chinois une primauté du groupe sur l'individu. La relation a une importance essentielle en Chine. Ils fonctionnent

également beaucoup avec une notion de réseaux, celle-ci étant en effet extrêmement importante. L'individu est une simple pièce d'un puzzle, il n'a de valeur que s'il est relié à un réseau.

L'exigence de discrétion est un gage d'harmonie sociale qui exclut toute discussion. Comme nous l'avons déjà indiqué, il est important de ne pas perdre la face. L'affectif est très important dans la culture chinoise, il y a coexistence entre affaires et sentiments. Dans la culture chinoise il y a une valorisation de l'ordre social, de l'organisation hiérarchique, de la loyauté à la famille et au clan, toutes ces valeurs étant liées au confucianisme.

3.4.2.2 Ce qui est important dans la culture occidentale

La culture occidentale est plus individualiste. La culture française a une aversion pour l'incertain et privilégie une vision à court terme. Pour un occidental, c'est le but qui va être plus important que le chemin. Le chemin n'étant pas tracé d'avance pour un chinois, celui-ci se faisant au fur et à mesure. La tradition occidentale appelle l'homme à transformer le monde alors que la tradition chinoise appelle l'homme à s'adapter à celui-ci. Un occidental va aimer beaucoup la discussion, l'affrontement direct, les prises de position sans contournement.

3.4.2.3 Quelles sont les difficultés qui en découlent dans la mise en œuvre d'une coopération

Toutes les caractéristiques de ces deux cultures et ces différences vont avoir des conséquences sur la mise en œuvre d'une coopération. On peut cibler particulièrement la notion du temps qui peut être en effet une difficulté entre chinois et occidentaux et pour la construction de la coopération puisqu'il faudra d'abord établir une relation de confiance, de compréhension et de respect mutuels pour avancer. Il faut donc prendre son temps.

Sur la notion du changement, il n'est pas question d'imposer un changement rapide. Les chinois, dans leurs traditions, ne vont pas s'alourdir de théories, de modèles, de boîtes à outils qui vont provoquer des ruptures brutales, qui vont susciter des résistances ; ils vont plutôt procéder par petites touches, parfois si infimes et subtiles que le changement peut apparaître inaperçu. En cela, ils travaillent plus. Comme nous l'avons vu tant sur le long terme que sur le court terme, le changement va plutôt être le fruit de la collaboration des contraires et non le résultat d'une lutte entre des réalités hostiles ou contradictoires.

Sur la décision, à partir du moment où il y a à la fois un respect de la hiérarchie en Chine, mais aussi une recherche d'accord de tout le monde, d'un certain consensus, la prise de décisions peut être longue. Un chef d'entreprise ne décidera jamais seul, ni contre l'avis de ses collaborateurs. Mais, si la prise de décision est lente, les chinois vont rechercher après la rapidité dans la mise en exécution. Le bon dirigeant chinois est l'inverse du fonceur, il va avancer en s'appuyant sur les éléments porteurs de la situation. Les chinois vont être plus sur une démarche que sur un modèle.

CONCLUSION

La construction de la coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le centre hospitalier de La Rochelle n'est pas le fruit du hasard. Elle est due, nous l'avons vu, à un ancrage historique lié à l'origine française de l'hôpital de Nanchang et à la création de l'institut franco-chinois de Nanchang qui a permis de mettre en œuvre une formation pour les directeurs d'hôpitaux chinois. S'ajoute la dynamique régionale à la fois au niveau hospitalier par la création de l'association « Confucius et Hippocrate », dédiée essentiellement au développement de la coopération hospitalière, mais également à des institutions comme la fondation « Prospectives et Innovations », et au niveau du Conseil départemental de la Charente-Maritime, « Horizon Chine » qui ont développé une volonté de coopération avec la Chine. Elle tient aussi à l'impulsion nationale du ministère de la santé à travers son bureau international des hôpitaux et son bureau spécialisé pour les politiques de coopération avec la Chine.

Tous ces éléments ont donc induit une forte volonté de coopération mutuelle entre la France et la Chine et ont favorisé la coopération hospitalière. Cette forte volonté de coopération mutuelle s'est trouvée renforcée par un certain nombre de motivations à la fois des hôpitaux chinois et des hôpitaux français pour répondre à des besoins qu'ils avaient de transferts de techniques médicales, d'activité de recherche, de thérapeutiques comme la médecine traditionnelle chinoise, ou encore de techniques managériales ou de modes organisationnels pour répondre aux évolutions économiques et budgétaires de leurs modèles hospitaliers, à une recherche de connaissances de nouvelles techniques médicales dont un domaine particulier comme la cancérologie et à des d'opportunités particulières qui étaient la construction et l'ouverture du nouvel hôpital N° 3 de Nanchang.

Cette demande de transfert d'outils et de techniques managériales a explosé sous l'influence de cet environnement. Elle a été renforcée par les acteurs tant en Chine qu'en

France qui ont été moteur pour créer et développer cette coopération, conscients des besoins qu'ils avaient pour leurs institutions hospitalières et leurs personnels, et l'intérêt qu'ils y trouvaient. Tous ces éléments, ajoutés les uns aux autres, ont joué un rôle complémentaire et d'impulsion pour la mise en œuvre de cette coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le centre hospitalier de La Rochelle.

CHAPITRE IV – LE PILOTAGE DE LA COOPERATION ENTRE L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE.

Nous étudierons dans ce Chapitre IV le pilotage de la coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle à travers plusieurs éléments.
Tout d'abord comment a été pilotée cette coopération avec 2 dimensions : le rôle des acteurs de terrain et le rôle des institutions chinoises et françaises.
Nous verrons comment dans le temps, ce pilotage a évolué sous l'influence des acteurs et des institutions et quelles conséquences cela a eu sur cette coopération.
Enfin, nous verrons quelles difficultés de pilotage peuvent être mises en exergue et quelles en ont été les causes tant endogènes qu'exogènes.

4.1 Le pilotage de la coopération

Le pilotage de la coopération sera examiné à travers le rôle des acteurs de terrain, gestionnaires, médecins, paramédicaux et celui des institutions tant chinoises avec la mairie, le Bureau de la santé, le Bureau d'expertise internationale que des institutions françaises avec le Président du conseil de surveillance, l'Agence régionale de santé et le Ministère de la santé.

4.1.1 Les acteurs de terrain

Nous étudierons plusieurs acteurs de terrain qui ont joué un rôle essentiel dans le pilotage de la coopération : les directeurs généraux, le Parti Communiste chinois, le corps médical, le corps paramédical et le coordonnateur de la coopération.

4.1.1.1 Le rôle des directeurs généraux

Le rôle des directeurs généraux tant en France qu'en Chine a été et est absolument déterminant dans la mise en œuvre des coopérations entre les établissements hospitaliers chinois et français.
En effet, tant au niveau des jumelages qu'au niveau des choix, des thèmes qui ont été choisi sur les études qui sont menées en France et en Chine qu'au niveau du nombre de

missions et du choix des personnels qui se rendent dans les 2 pays, le rôle d'impulsion des directeurs généraux et comme nous l'indiquions, essentiel.
On a vu des jumelages se réduire d'une manière extrêmement forte avec un changement de directeur général. Ce fut le cas avec l'hôpital de Niort et les changements de directeurs généraux en Chine sur l'hôpital n°3 de Nanchang puisqu'il y en a eu à ce jour 3. Ces changements sont déterminants pour la poursuite de la coopération, des actions de coopération et des missions de coopération. La nomination d'un nouveau directeur général en novembre 2015 par rapport à l'ouverture du nouvel hôpital est aussi tout à fait un élément absolument déterminant dans la poursuite de cette coopération.

4.1.1.2 Le cas particulier du responsable du Parti en Chine

Le cas de la Chine est particulièrement intéressant avec ce particularisme de la représentation du Parti Communiste Chinois à l'intérieur de l'hôpital à travers à la fois le numéro 2 de l'hôpital et l'équipe qu'il a autour de lui.
Comme nous l'avons déjà indiqué le responsable du Parti Communiste qui a l'inverse des directeurs généraux n'a pas changé depuis le début de la coopération entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et celui de Nanchang, n'a pas été à l'initiative de cette coopération mais a toujours été associé aux différentes réunions qu'il y a eu lors des missions françaises en Chine qu'au niveau des diverses manifestations et un membre du parti de la cellule de l'hôpital a toujours assisté à toutes les réunions.

4.1.1.3 Le rôle du président de la CME et du corps médical

Le rôle du président de la CME en France puisqu'il n'existe pas d'équivalent en Chine, est important. Il a été associé à la signature de toutes les conventions et bien évidemment à un rôle important dans ces signatures de conventions et a cette volonté de coopérer entre ces hôpitaux chinois et les hôpitaux français.
Le Président de la CME de la Rochelle a été le même depuis le début des coopérations avec la Chine, il a fait partie d'une mission pour se rendre compte sur le terrain de l'hôpital et du travail qui pouvait être effectué en particulier sur la partie qui relève des techniques médicales.
Au niveau des hôpitaux chinois, c'est l'ensemble du corps médical et des chefs de services qui ont été associés avec un directeur adjoint médecin qui a en charge la direction des affaires médicales sur l'hôpital n° 3 de Nanchang et le directeur général qui est lui-même

médecin et qui a un rôle hiérarchique très important et un avis important sur non seulement les choix managériaux qui ont pu être effectué mais également sur les techniques médicales et l'intérêt que l'hôpital n° 3 de Nanchang peut en tirer.

4.1.1.4 Le rôle du corps paramédical

Dans une moindre mesure, le corps paramédical a été moins associé mais a été très intéressé par cette coopération.

Il existe en France un directeur coordonnateur général des soins pour la direction des soins et un équivalent en Chine qui est le supérieur hiérarchique de l'ensemble des infirmières et des paramédicaux à l'hôpital n° 3 de Nanchang.

Ces différents partenaires ont été extrêmement intéressés et ont eu des échanges avec des paramédicaux français, cadre supérieur de santé rattachés à la direction des soins, qui ont participé aux différentes missions en particulier sur l'organisation de la direction des soins en France, l'organisation en pôles, les hôpitaux de jour et sur les études de charges de travail.

A ce jour, il n'y a pas eu d'échanges de paramédicaux chinois qui sont venus en France mais il existe une très forte demande des paramédicaux chinois de poursuivre cette coopération et de transferts d'outils ou de pouvoir étudier ces outils puisque en 2016, lors du congrès paramédical à Nanchang, la délégation française,, sur sa partie paramédicale, a été invitée à participer et à faire une conférence.

Il a été acté que lors d'une mission en 2017, la directrice des soins de l'hôpital de Nanchang se rendrait en France.

4.1.1.5 La création d'un coordonnateur de la coopération

Il est apparu nécessaire très rapidement d'avoir plus particulièrement un coordonnateur de cette coopération.

Tout naturellement, c'est à ce moment que nous avons été nommés sur cette fonction en raison de nos études en Chine et en France et de l'expérience acquise dans les hôpitaux français pendant un certain nombre de mois.

L'autre élément déterminant est notre connaissance linguistique du chinois et du français puisque, comme nous avons pu le voir dans beaucoup de cas, la nécessité d'un interprète

est un facteur déterminant pour que la mission tant française que chinoise puisse être réellement validée.

4.1.2 La dimension institutionnelle

A côté des acteurs de terrain, les institutions ont également jouées un rôle très important tant en Chine qu'en France.

4.1.2.1 Le rôle des institutions chinoises

Trois institutions jouent un rôle important dans le développement de la coopération internationale, la Mairie, le Bureau de la Santé et le Bureau de l'Expertise Internationale.

4.1.2.1.1. La Mairie

La Mairie joue un rôle essentiel en tant que responsable sanitaire de la santé de la ville de Nanchang et du territoire.
En effet, c'est elle qui a la responsabilité de l'ensemble des hôpitaux de la ville de Nanchang. Elle va jouer un rôle à travers le bureau de la santé et un autre organisme lié au bureau de la santé qui est le bureau de l'expertise internationale. Il est clair que si le Maire ne joue pas un rôle direct sur la coopération, il a sur les directives générales qu'il peut donner à l'ensemble de ses services, un rôle essentiel.
On peut en prendre pour preuve que lorsque le directeur général de l'hôpital N° 3 de Nanchang a souhaité poursuivre et développer la coopération avec le Centre Hospitalier de La Rochelle, lors d'une des missions de la délégation française, il avait invité le Maire de la ville de Nanchang et avait demandé à la délégation française, à la demande du Maire, de présenter un exposé sur le système de couverture sanitaire en France et son financement.
Il est apparu extrêmement important pour le directeur générale de Nanchang d'avoir le soutien du Maire de Nanchang.

4.1.2.1.2 Le Bureau de la Santé

Le Bureau de la Santé est une sorte d'équivalent de l'Agence de Santé en France avec un directeur de la santé.

Ce bureau de la santé est le « bras armé » de la Mairie et bien sûr d'un pays comme la Chine au-delà de l'implication de la politique du parti Communiste chinois.
Il est clair que le contenu de la coopération et la stratégie de coopération des établissements hospitaliers de Nanchang sont à la main du directeur de la santé du bureau de la santé.
Son application pratique va se dessiner à travers le Bureau de l'Expertise Internationale.

4.1.2.1.3 Le Bureau de l'Expertise Internationale

Il convient de préciser que le Bureau de l'Expertise Internationale est un des services du bureau de la santé qui a en charge de mettre en œuvre les directives définies par le directeur général du bureau de la santé concernant les actions de coopérations internationales, et sous son autorité.
Ce bureau va être en lien direct avec les établissements concernant leur politique d'expertise.
Il va jouer un rôle essentiel dans le choix des pays qui seront concernés par cette coopération entre les hôpitaux de Nanchang et leurs homologues étrangers.
C'est ce bureau qui étudiera les dossiers qui seront présentés par les différents établissements et qui par conséquent choisiront en fait le thème qui sera arrêté au niveau de la coopération et les aides financières essentielles au développement de cette coopération.
Celle-ci va être divisée en 3 catégories de niveau d'expertise, 1, 2 et 3.
A titre d'exemple, la coopération avec l'hôpital de La Rochelle a été classée dans la catégorie avec une aide financière de l'ordre de 10 000 €uros.
L'hôpital doit donner un rapport sur les missions qui ont été faites et les résultats obtenus, sur l'utilisation des crédits par rapport au thème qui a été choisi avec tel ou tel établissements.
L'hôpital doit faire l'avance mais il ne peut faire l'avance des frais de coopération qu'au vu d'un certificat délivré par le bureau de la santé qui atteste de la validation de l'expertise étrangère et c'est au vu du bilan des résultats et de l'utilisation des crédits que le bureau de la santé, à travers son bureau de l'expertise internationale, reverse les crédits à l'hôpital.
On voit ici que ce rôle est déterminant dans le choix du pays, les dossiers qui sont sélectionnés et à travers eux les thèmes qui sont choisis ainsi que l'aide financière qui est déterminée, se rapproche de la situation du bureau international de la direction générale de l'offre de soins au niveau du Ministère de la santé.

4.1.2.2 Le rôle des institutions françaises

Au titre des institutions françaises, seront étudiées le Président du Conseil de Surveillance, l'Agence régionale de santé et le Ministère de la santé.

4.1.2.2.1 Le Président du Conseil de Surveillance

Le rôle du Président du Conseil de Surveillance est dans notre système français un rôle important par le fait que le conseil et son président ont été informés des jumelages et des coopérations et que toutes les conventions ont été signées par le Président du Conseil de Surveillance et qu'un bilan régulier de ces coopérations a été effectué avec lui et qu'en général, à chaque visite des missions chinoises en France, les chinois ont été reçu à la Mairie par le Président du Conseil de Surveillance, Maire de La Rochelle.
Les deux présidents du conseil de surveillance de l'hôpital de La Rochelle ont toujours montré un grand intérêt à l'ensemble des coopérations et d'ouverture de l'hôpital vers le monde extérieur.

4.1.2.2.2 L'Agence Régionale de Santé

L'Agence Régionale de Santé a toujours été informée et associée aux différentes conventions de jumelage qui ont été réalisées par l'hôpital de La Rochelle et les autres hôpitaux de la région. Les documents ont été communiqués à l'ARS et il lui a été demandé s'il lui paraissait intéressant de poursuivre ces coopérations. L'ARS par la signature de son directeur général et par courrier a systématiquement encouragé la coopération entre les 2 hôpitaux.

4.1.2.2.3 Le Ministère de la Santé

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe 3.2.1.4 , le rôle du Ministère de la Santé est et a été déterminant puisqu'il a mis en place dans sa division internationale auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins un bureau spécifique pour la Chine avec des appels à projets spécifiques pour la Chine et que l'attribution d'une Mission d'Intérêt Général assortie évidemment de crédits a été par rapport aux objectifs et aux missions proposés par l'hôpital de La Rochelle sur la mise en place des pôles en particulier de cancérologie et le

développement des techniques médicales une validation des choix faits et de la poursuite de cette coopération.
Un bilan devant être donné chaque année au Ministère sur l'utilisation des crédits et sur l'évolution des chantiers.

4.2 Les évolutions du pilotage

Un certain nombre d'éléments vont entraîner des conséquences sur l'évolution de la coopération. Il s'agit d'abord des évolutions liées aux acteurs tant internes qu'externes et des influences des politiques nationales et économiques qu'ils ont mis en œuvre. L'autre élément concerne les évolutions qui découlent des attentes de l'institution tant au niveau des orientations médicales que managériales.
Les évolutions du pilotage de la coopération managériale seront étudiées à travers trois axes.

Premier axe : les évolutions liées aux acteurs : elles ont entraîné un certain nombre de difficultés en référence à leur nombre, à l'influence de ceux-ci et aux modifications de leurs attentes.

Deuxième axe : les évolutions du pilotage de la coopération liées à l'environnement économique et politique

Troisième axe : ces différentes modifications ont dans le temps fait évoluer les conventions en faisant évoluer les objectifs

4.2.1 Les évolutions liées aux acteurs

Les évolutions liées aux acteurs ont entraîné un certain nombre de difficultés en référence à l'influence que ceux-ci peuvent avoir dans l'institution et aux modifications de leurs attentes.

4.2.1.1 Le nombre d'acteurs

Dans le domaine du management concerné par le transfert d'outils ou de modes de management entre l'hôpital de La Rochelle et l'hôpital de Nanchang, le problème du nombre d'acteurs concernés est un facteur important. C'est une des problématiques particulières que connaissent les hôpitaux, qu'ils soient français ou chinois, puisque l'institution hospitalière est une des institutions, sinon l'institution comptant le plus de

métiers et le plus d'acteurs tant aux niveaux administratifs, de gestion, que médical ou encore logistique.

Pour bon nombre de sujets, un certain nombre d'acteurs interviennent en même temps ce qui évidemment est un facteur déterminant dans l'avancement des différents dossiers.

Sur certain outils ou de modes organisationnels comme nous le verrons dans les parties suivantes, leur transfert met en cause des acteurs hospitaliers. Si nous prenons le cas de la mise en place des pôles et le regroupement des services de cancérologie et d'autres services, de nombreux acteurs vont être concernés :

- La direction générale et des directeurs-adjoints puisque cela concerne à la fois la stratégie, les objectifs, la direction des finances, le contrôle de gestion, la direction des ressources humaines, la direction en charge du personnel médical, la direction des soins.
- Les médecins qui sont dans les services cliniques vont aussi être impactés, mais aussi ceux des services médico-techniques comme la radiologie, les laboratoires, la pharmacie, qui sont prestataires de services mais qui ont leurs propres modes de fonctionnement et qui ne se considèrent pas toujours comme des prestataires de service.
- Les personnels paramédicaux, en particulier les cadres soignants des services, qui vont être concerné par la réorganisation paramédicale

Une des grandes difficultés va donc être de faire avancer ces différents acteurs par rapport à un même objectif et une même volonté d'aboutir.

4.2.1.2 L'influence des acteurs

Dans la mise en place et le pilotage de cette coopération, la place des acteurs dans les institutions va être déterminante quant à l'influence que ceux-ci vont avoir. Comme nous l'avons déjà indiqué, le rôle du directeur général est essentiel, autant en Chine qu'en France. Dans la pratique, le changement du directeur général dans un des établissements, comme nous avons pu le voir aussi bien en France qu'en Chine, peut modifier cette coopération, y mettre un terme ou l'orienter d'une manière différente. Bien évidemment il peut être à contrario un facteur de développement de cette coopération. La vision du directeur général est très importante, surtout en Chine, par rapport au fonctionnement culturel hiérarchique, au regard des autres directeurs-adjoints de l'équipe de direction. Le rôle et la place des médecins sont également essentiels tant dans l'approche médicale, c'est toute la partie de la coopération qui concerne les techniques médicales et les

appropriations, mais au-delà, au niveau des techniques de management. En effet, comme nous le verrons par la suite, concernant par exemple la mise en place des pôles à l'hôpital n° 3 de Nanchang, l'influence des médecins et des chefs de service d'unités sera un facteur d'acceptation et de volonté de mise en œuvre des pôles ou un frein aboutissant à maintenir l'existant. Certaines acteurs, tant en France qu'en Chine, permettront donc d'avancer ou non dans telle ou telle direction. Mais il est important de noter qu'aussi bien en France qu'en Chine, particulièrement en Chine dans les domaines d'évolution qui nous concernent, que des éléments qui constituent un frein fondamental ne seront pas explicitement exprimés par les acteurs. C'est par exemple le type de rémunérations et de primes versées aujourd'hui aux médecins hospitaliers en Chine et qui représentent une crainte fondamentale de ces derniers dans le cadre d'une mutualisation des services à travers les pôles.

En ce qui concerne les acteurs paramédicaux, tant en France qu'en Chine, ceux-ci sont moins important, non pas dans la mise en œuvre et le fonctionnement d'un nouveau mode d'organisation, mais bien dans le sens où ils sont beaucoup plus à même de suivre les objectifs qui sont assignés par la direction et par le corps médical.

4.2.1.3 Les attentes des acteurs

Les attentes des acteurs, tant dans le domaine médical que managérial, vont faire et vont orienter la coopération. Les choix médicaux des spécialités qui seront particulièrement choisis par les médecins vont déterminer les missions qui en découleront. Cela a été le cas pour la Chine avec les cancérologues et les chirurgiens de cancérologie, notamment sur le cancer du sein, mais ont également été très porteurs les médecins en pédiatrie, néonatalogie, cardiologie et diabétologie.

Pour la France, le choix, vu la spécificité et l'expertise de l'hôpital n° 3 de Nanchang sur le cancer du sein, a été déterminant dans les attentes médicales des praticiens qui ont participé aux missions en Chine, un autre choix a concerné la pédiatrie et la néonatalogie.

La sélection du thème sur la mise en place des pôles de cancérologie a été également importante pour solliciter les cadres paramédicaux de pôle français qui allaient se rendre en Chine. Ont été privilégiés ceux qui avaient en charge les services de cancérologie.

Le même constat peut être appliqué aux orientations managériales à côté des orientations médicales puisque celles-ci vont se recouper au niveau de la direction, des médecins, des cadres paramédicaux, sur la mise en place des pôles dans les services de cancérologie.

4.2.2. Les évolutions liées à l'environnement économique et politique

Les évolutions liées à l'environnement économique et politique seront également un facteur à prendre en compte dans l'évolution de la mise en œuvre et le développement de la coopération.

4.2.2.1. Les évolutions de l'environnement économique

L'environnement économique peut être vu d'une manière externe et d'une manière interne. Sur le plan externe, les difficultés économiques globales des pays, même si elles apparaissent beaucoup plus fortes en France qu'en Chine, où elles existent mais dans une moindre mesure, sont primordiales. Le ralentissement récent de la croissance en Chine et l'évolution de son modèle économique seront un facteur d'influence. Par conséquent, il est important pour les chinois d'acquérir un certain nombre de techniques managériales et d'outils allant dans le sens d'une maitrise de leur budget et de leur masse financière. Comme nous l'avons déjà indiqué, il est également important pour les français de pouvoir, face à la concurrence privée et publique, acquérir des savoirs médicaux jouant sur l'attractivité de la patientèle.

En interne, le système très étatique et bureaucratique qui était celui de la gestion des hôpitaux passant à un système avec un peu plus d'autonomie et de responsabilisation sera là aussi un élément important. Nous retrouverons les mêmes besoins d'outils ou de modes d'organisation plus que performants.

4.2.2.2 Les évolutions de l'environnement politique

Les changements d'orientations politiques sont également importants tant en Chine qu'en France car ils peuvent accélérer ou freiner les coopérations entre les deux pays. Ces dernières années, les deux pays qui ont plutôt accéléré ou favorisé cette coopération dans différents domaines, y compris dans celui de la santé, ont pu constater des freins à certains moments. La mise en place de politiques incitatives organisées et financées par des prises en charge en partenariat avec le ministère de la santé, mais aussi le ministère des affaires étrangères, à travers une ouverture et une demande des étrangers à venir se soigner en France ou avoir une expertise auprès des hôpitaux français, est importante.

La mise en place au ministère de la santé et de la direction des hôpitaux d'un bureau international avec un bureau dédié à la Chine marque sans conteste une évolution de la volonté politique de développer les coopérations dans ce domaine. Il en est de même pour

la Chine avec la mise en place dans les provinces et les villes d'un bureau de la santé, d'un service spécialisé sur l'expertise internationale avec une politique et des moyens financiers donnés aux hôpitaux pour développer cette coopération internationale.

Comme nous le notions, quelques freins ont pu apparaître. L'arrivée du nouveau Président Xi JINPING a freiné les facilités qui étaient données aux cadres chinois pour assurer des missions à l'étranger. Il en a été de même en France avec la mise en place, au niveau des consulats, de vérification pour les étudiants de leur niveau linguistique, ce qui a limité les autorisations de venues en France. Nous avons pu le constater avec la formation des médecins généralistes qui n'a pu se concrétiser en 2014 et en 2015 faute d'obtention des visas et la non autorisation du directeur général de l'hôpital n° 3 de Nanchang de venir à l'hôpital de La Rochelle. Une réouverture a été faite assez récemment avec les possibilités, en particulier pour les étudiants de 3ème cycle, d'obtenir des cartes de séjour.

D'autres acteurs peuvent influer beaucoup au niveau politique, dont l'agence régionale de santé qui sert de courroie de transmission au ministère de la santé et, nous l'avons vu, avait joué avant la mise en place des missions d'intérêt général donné par le ministère, un rôle incitatif dans la coopération avec la Chine. C'est aussi le cas de la chambre régionale des comptes qui, au niveau du centre hospitalier de La Rochelle, et de l'ensemble de la région avec le CHU de Poitiers et l'association régionale « Confucius et Hippocrate » a émis des réticences. En effet une divergence importante d'appréciation est apparue entre la tutelle française tant ministérielle que l'agence régionale de santé et le conseiller de la chambre régionale des comptes, celui-ci considérant qu'il n'appartenait pas à des hôpitaux de faire de la coopération internationale. Or, ceci est pourtant parfaitement vérifié par les articles du code de la santé français et l'attribution d'un mission d'intérêt général définissant des objectifs, donnant des moyens financiers et amenant une vérification de ses bilans et de l'utilisation de ses crédits. Ceci a été un élément déterminant pour poursuivre la coopération. Le dossier auprès du ministère de la santé devant être présenté tous les ans, s'il advenait que cette mission d'intérêt général n'était pas reconduite, ceci pourrait constituer un frein majeur au développement de cette coopération, voire dans la situation budgétaire actuel, un arrêt de cette coopération au moins sous sa forme actuelle.

4.2.3 Les différents temps de l'évolution du pilotage de la coopération

Cette coopération a, comme nous allons le voir, évolué dans le temps en franchissant différentes étapes.

4.2.3.1. Les différentes conventions et les changements apportés à ces conventions

Trois conventions ont été signées en 2011 et en 2014. La convention initiale était très classique. Elle prévoyait des échanges scientifiques et le développement de la coopération dans les domaines susceptibles d'intéresser les deux établissements et plus particulièrement dans les domaines de la formation des personnels et des échanges d'expériences de spécialités. La coopération avait pour objet d'améliorer les niveaux techniques et de gestion des personnels hospitaliers et d'échanger des expériences et des spécialités en faveur du développement en commun. Elle procédait à la désignation d'une coordonnatrice chinoise de la coopération. Elle définissait les modalités de prise en charge des personnels en mission.

La seconde convention du 14 août 2014 confirmait les objectifs généraux mais modifiait la durée des stages en les réduisant et précisait les solutions à apporter aux problèmes de la langue, anglais pour les médecins, et traducteur pour les non médecins.

La troisième signée également le 14 août 2014 prévoyait les modalités de participation d'experts aux différentes missions en fonction des thèmes traités, la durée des missions beaucoup plus longues, et leur prise en charge financière.

Tableau n° 10 : Evolution des différentes conventions

Conventions	Contenu	Evolutions
Convention n° 1 signée le 18 novembre 2011	- Objectif général : favoriser les échanges scientifiques et les échanges d'expériences de spécialités. Améliorer les niveaux techniques et de gestion des personnels hospitaliers - Désignation d'une coordinatrice chinoise de la coopération - Définition des modalités de prise en charge des personnels en mission	
Convention n° 2 signée le 14 août 2014		- Sur la durée des stages (réduction) - Sur la problématique de la langue pour les médecins (anglais), pour les non médecins (traducteur)
Convention n° 3 signée le 14 août 2014	- modalités permettant la participation d'experts aux différentes missions en fonction des thèmes traités (outils mis en place, modalités organisationnelles, durée des missions, prise en charge)	

4.2.3.2. Les objectifs recherchés dans la modification des conventions

Ces conventions ont évolué et ont été adaptées en fonction des bilans qui ont pu être faits et des leçons qui ont pu en être tirées. Si les buts et les objectifs de la coopération n'ont pas été profondément modifiés, en revanche leur mise en œuvre pratique l'a été avec en particulier plusieurs thèmes, la durée des stages et des échanges ainsi la problématique de la langue. Sur la durée des stages, celle-ci a été raccourcie puisqu'il est apparu que dans un

premier temps, celle-ci était trop longue, surtout en raison des difficultés linguistiques, les échanges en français sont apparus impossibles. Pour les médecins qui pratiquaient l'anglais, les échanges étaient facilités avec leurs homologues français. En ce qui concerne le niveau managérial, la définition, l'appropriation des techniques et des termes, la présence d'un traducteur s'est avérée indispensable d'où notre présence en tant que coordonnatrice de la coopération.

Les objectifs de la deuxième convention étaient bien d'ajuster les échanges sans changer l'objectif initial.

La troisième convention, comme nous l'avons indiqué, permettait d'associer des experts.

La nécessité de s'adjoindre des experts est apparue non pas par rapport aux médecins et aux échanges de médecins qu'il pouvait y avoir entre les 2 hôpitaux mais essentiellement au niveau managérial.

En effet, il pouvait être important sur la mise en place des pôles, du contrôle de gestion et des tableaux de bord, de s'adjoindre des experts français dans ces deux domaines tant universitaires qu'hospitaliers.

La participation d'experts a été réalisée à travers plusieurs missions y compris des missions plus longues pour certains d'entre eux, ce qui a permis d'approfondir beaucoup plus tant la mise en œuvre que les sujets.

Le fait de s'adjoindre des experts c'est aussi concrétisé avec les travaux techniques qui ont pu être faits sur le chantier du nouvel hôpital à travers ingénieur et directeur des travaux qui avaient eu des expériences de construction de nouvel hôpital et au vu des plans réalisés pour l'hôpital n° 3 de Nanchang, quels apports ils pouvaient apporter.

De même, avec l'arrivée d'un nouveau directeur général à l'hôpital n° 3 de Nanchang en novembre 2015 et la visite de la délégation française en septembre 2016, il a été convenu de profiter de l'anniversaire de la création de l'hôpital n° 3 de Nanchang par les français, à l'occasion de son centenaire en 2017, de ce moment privilégié pour modifier et adapter de nouveau la dernière convention signée.

CONCLUSION

Le nombre des acteurs, l'évolution de ceux-ci et la place qu'ils occupent dans les institutions ont joué un rôle important dans l'évolution de la coopération. L'évolution de leurs attentes est également un élément essentiel.

A côté des acteurs, l'environnement économique et politique avec les situations budgétaires des pays qui évoluent ainsi que celles relatives à la gestion des hôpitaux, ont conduit à cette nécessité de disposer d'outils, de modes de gestion et de modes organisationnels de plus en plus performants. L'environnement politique, l'ouverture plus ou moins importante entre les deux pays est incontestablement un facteur important.

Enfin, différents temps de l'évolution du pilotage de la coopération ont été constatés dans les différentes conventions qui ont été signées prenant en compte un certain nombre de changements, tant dans la durée que dans les échanges linguistiques, et une modification importante des objectifs a été recherchée avec une convention spécialisée pour la mission d'experts ayant pour objet d'approfondir la mise en œuvre des différents outils ou modes d'organisation qui avaient été choisis.

PARTIE I - CONCLUSION GENERALE

Nous avons traité dans cette première partie la construction et le pilotage de la coopération managériale entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle. Nous l'avons étudiée à partir de l'analyse de la littérature francophone, anglophone et chinoise pour voir quelles étaient les problématiques rencontrées dans la coopération managériale, et particulièrement les transferts d'outils ou de techniques de management entre la France et la Chine, quelles étaient les explications données à ces problématiques, et les solutions qui étaient trouvées.

Nous avons étudié ensuite la construction de la coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de La Rochelle en décrivant ses différentes étapes. Celle-ci a eu comme origine l'existence de l'institut franco-chinois à Nanchang qui a initié la formation des directeurs d'hôpitaux chinois.

Cette coopération a vu dans le temps sa construction traverser plusieurs étapes qui ont été étudiées à partir des jumelages entre les hôpitaux chinois et français, sur le plan régional la création d'une association « Confucius et Hippocrate » et l'existence d'une fondation « Prospectives et Innovations », et sur le plan départemental l'existence d'une coopération entre la Chine et le département de la Charente-Maritime dans le cadre d'une association « Horizon Chine », et enfin l'impulsion du ministère de la santé français par le biais d'appels à projets de coopération avec la Chine.

Nous avons étudié quelles étaient les raisons de cette coopération tant du côté chinois que du côté français à travers à la fois l'acquisition de techniques médicales, de techniques managériales, de modes organisationnels et des besoins liés à la construction du nouvel hôpital de Nanchang. Des difficultés et des facilités concernant la mise en œuvre de cette coopération sont apparues, elles sont liées au contexte institutionnel des hôpitaux chinois et français ainsi qu'aux responsables internes et externes de l'hôpital.

Enfin, nous avons pu étudier comment les différences culturelles chinoises et françaises avaient une influence sur la construction de cette coopération.

Nous avons étudié ensuite le pilotage de la coopération entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle travers le prisme des acteurs de terrain, en étudiant le rôle des directeurs généraux, du Parti Communiste Chinois, des médecins, du corps paramédical et du coordonnateur de la coopération ; à travers le prisme de la dimension institutionnelle tant chinois avec le rôle de la mairie, du bureau de la santé et de son bras armé qui est le bureau de l'expertise internationale, que française avec le rôle du président du conseil de surveillance, de l'agence régionale de santé et du ministère de la santé.

Ce pilotage a connu des évolutions liées aux acteurs, à l'environnement économique et politique. Ce pilotage a donc évolué en différents temps que nous avons précisés au vu des différentes conventions qui ont existé et de leurs objectifs qui ont été modifiés où complétés.

Enfin, nous nous sommes attachés à étudier quelles étaient les conditions à réunir pour réussir un partenariat entre les entreprises publiques et privées, et quelles étaient les particularités qui pouvaient s'appliquer aux entreprises publiques.

PARTIE II – LE PROCESSUS DE CHOIX DES OUTILS ET DES METHODES DE MANAGEMENT RETENUS

Nous avons traité dans la première partie l'ensemble des éléments qui sont à l'origine de la construction de cette coopération, leurs différentes étapes, les motivations, les moteurs de, les opportunités saisies. Puis, nous avons analysé comment ce pilotage a été conduit et comment il a évolué du fait des acteurs de l'environnement économique et politique. Enfin, nous avons étudié les différentes étapes de la coopération et leurs évolutions.

Dans une deuxième partie, nous développerons les réflexions qui ont amené à identifier, puis à retenir des outils et méthodes de management.

Le chapitre V définira les origines de la réflexion, quels sont les outils qui ont été identifiés à partir de l'intérêt porté par les hospitaliers chinois au vu de la perception qu'ils ont pu avoir à partir du mode d'organisation français.

Le chapitre VI présentera le processus qui a conduit à définir 3 catégories d'outils et de méthodes de management hospitalier.
Les premières catégories n'ont pas été retenues.
Les secondes ne sont pas retenues pour une mise en œuvre immédiate mais feront l'objet d'une implantation ultérieure ou seront implantées partiellement.
La troisième concerne les outils qui ont fait l'objet d'une expérimentation.
Seront également présentées les motivations qui ont présidées à ces choix.

CHAPITRE V - LES ORIGINES DE LA REFLEXION SUR LE BESOIN DE TRANSFERT D'OUTILS ET DE METHODES DE MANAGEMENT

Nous développerons quels sont les éléments de la réflexion dans les hôpitaux chinois et français qui ont permis d'identifier les outils et méthodes de management pressentis et, au vu de leur organisation dans les hôpitaux français, quelle perception ont pu en avoir les chinois et l'intérêt qu'ils y ont porté.

5.1 Les éléments de la réflexion

La réflexion a été menée à la fois dans les hôpitaux chinois et les hôpitaux français en deux étapes. Une première étape à partir d'échanges, une deuxième à partir d'une enquête qui a permis de valider les éléments issus de la discussion.

5.1.1 La réflexion dans les hôpitaux chinois, à l'hôpital n° 3 de Nanchang

La réflexion dans l'hôpital n° 3 de Nanchang comporte deux origines, une première à partir d'échanges entre acteurs hospitaliers et une seconde liée à l'opportunité qu'est l'ouverture du nouvel hôpital n° 3.

5.1.1.1 La réflexion issue des échanges entre acteurs

Trois niveaux d'échanges peuvent être étudiés :
- Une première étape a consisté en un échange réalisé lors de la visite en France, au Centre Hospitalier de La Rochelle, du directeur général de l'Hôpital n° 3 de Nanchang avec le directeur général du bureau de la santé de Nanchang. C'est à l'occasion de cette première visite qu'a été élaborée une première convention de partenariat et que nous avons été désigné en tant que médecin directeur-adjoint coordonnatrice de cette coopération entre les deux hôpitaux.

Lors de cette visite, un inventaire des thèmes médicaux et managériaux qui pouvaient intéresser les deux hôpitaux chinois et français a été fait. Une description des principales

activités médicales et des spécialités médicales et chirurgicales a aussi été présenté. C'est ainsi que très rapidement le thème de la cancérologie et le cancer du sein a été abordé.
Les responsables ont évoqué, sur un plan managérial, quels étaient, dans l'environnement économique et politique des deux pays et leur incidence sur la gestion des hôpitaux, les points forts et les points faibles de leur management et les évolutions qu'ils pensaient devoir mener.
- La deuxième étape a consisté à examiner de manière plus approfondie les thèmes évoqués lors de la première visite du directeur général de l'Hôpital n° 3 de Nanchang et du directeur général du bureau de la santé. Nous avons mené, à la demande du directeur général de l'hôpital de Nanchang, l'étude de différents outils et méthodes de management au Centre Hospitalier de La Rochelle. L'objectif était de pouvoir présenter au directeur général et à l'équipe de direction, ainsi qu'aux médecins, à mon retour en Chine, différents sujets. Cela devait leur permettre de disposer de davantage d'éléments pour se faire une opinion et faciliter certains choix. C'est ainsi que nous avons travaillé sur les services de cancérologie de l'hôpital de La Rochelle, plus spécialement sur la prise en charge du cancer du sein, sur l'organisation des services, sur l'organisation de la direction et les outils de décision médico-administrative qui existaient.
- Une troisième étape a été faite à partir des rapports de missions réalisées par les cadres de direction français qui se sont rendus à Nanchang à la fin de leur mission. Ces rapports ont été transmis aux deux directeurs généraux afin de nourrir leur réflexion. Ils ont permis d'aboutir à un certain nombre d'axes de propositions qui semblaient essentielles à mettre en œuvre.

Ces propositions sont les suivantes :

- proposition 1 : veiller à la cohérence dans la répartition des services au sein des 15 étages destinés à l'hospitalisation, regrouper les services de cancer du sein sur le même étage, même chose pour les chirurgies molle et dure et les médecines complémentaires afin de mutualiser les équipes paramédicales ainsi que les gardes et astreintes médicales en particulier la nuit.

- Proposition 2 : modifier la répartition traditionnelle en Chine entre les effectifs médicaux et les effectifs paramédicaux qui sont de 50/50. Cette répartition signifie que les médecins procédant à des actes qui ne devraient pas relever de leur domaine, notamment certains soins techniques dispensés dans les services. Le planning du médecin doit être organisé par demi-journées autour des activités spécifiquement médicales : consultations, bloc opératoire, visites de services. Toutes les autres actions soignantes, soins, présence

permanente auprès des patients doivent être confiées à des infirmières. Au final les effectifs doivent être organisés de façon à ce qu'il y ait au moins 2 infirmières pour un médecin.

- Proposition 3 : neutraliser au maximum les organisations entre l'ancien hôpital n°3 et le site de Choyang. Il faut retrouver les différentes spécialités médicales et chirurgicales sur les 2 sites de 700 lits. Cependant les organisations doivent être mutualisées dès que cela est possible. En matière médico-technique par exemple il est possible d'avoir un laboratoire centralisé sur un site et ne conserver que des examens d'urgence sur l'autre site. De la même façon l'activité de pharmacie doit aussi être au maximum centralisée sur un des sites.

- Proposition 4 : développer les indicateurs de gestion des ressources humaines et leur utilisation. Il faut professionnaliser autant que possible le recensement des grands indicateurs en matière de ressources humaines : absentéisme, effectifs, accidents du travail, maladies professionnelles, masse salariale et les suivre par mois, par trimestre et par année. L'analyse doit se faire pour tout l'établissement mais aussi par service et par métiers, le suivi des indicateurs doit permettre d'agir vite en réponse à tous problèmes de gestion des ressources humaines. Les indicateurs d'une année doivent se retrouver au sein d'un document unique sur le modèle du modèle du bilan social français.

- Proposition 5 : assurer une traçabilité exhaustive et fixer des objectifs en matière de politique de formation et de lutte contre les risques professionnels.

- Proposition 6 : organiser l'hôpital n°3 de Nanchang en pôles d'activité regroupant plusieurs services.

- Proposition 7 : ajuster les effectifs en fonction de la charge de travail réelle. En effet comme il a été indiqué précédemment, l'hôpital de La Rochelle a récemment mis en place un indicateur permettant d'évaluer la charge de travail réelle d'une équipe paramédicale. Cet indicateur est utile car il permet de repérer les services dans lesquels la charge de travail est très forte et ceux dans lesquels elle est moindre. Grace à cet outil une politique plus fine de ressources humaines peut-être mise en œuvre avec une action plus adaptée sur les évolutions des effectifs.

Il est important de souligner à ce niveau de la réflexion que deux éléments complémentaires ont joué un rôle très important. Le premier était la construction d'un nouvel hôpital à Nanchang. C'était l'occasion pour le directeur général de l'Hôpital n°3 de réfléchir à une possible nouvelle organisation médicale et paramédicale qui pouvait se mettre en place au moment du déménagement dans le nouvel hôpital.

5.1.1.2 L'ouverture du nouvel hôpital, une opportunité

La construction du nouvel hôpital représente une opportunité pour intégrer de nouvelles approches d'outils de management. En effet, plusieurs dimensions sont apparues du fait de cette construction.

Une dimension architecturale puisqu'il était intéressant pour les hospitaliers chinois d'avoir une expertise architecturale de la part des ingénieurs et directeurs des travaux français qui avaient réalisé des hôpitaux neufs.

Une dimension managériale car l'ouverture du nouvel hôpital permettait de mener une réflexion sur la réorganisation des services et tout particulièrement le service de cancérologie.

Enfin, le maintien du site ancien de l'hôpital n° 3 avec le nouvel hôpital posait une nouvelle question aux gestionnaires chinois à savoir comment organiser le management en conservant deux hôpitaux et comment mettre en place une gestion sur deux sites.

L'organisation des établissements hospitaliers de La Rochelle avec un site principal médecine, chirurgie, obstétrique, l'hôpital psychiatrique sur un autre site et la gériatrie sur plusieurs autres sites intéressait les gestionnaires chinois pour savoir quelles réponses nous avions pu donner, traiter au fils des années et des différentes restructurations. Quels écueils les gestionnaires français avaient pu rencontrer, quelles solutions ceux-ci avaient pu trouver pour répondre aux différentes problématiques.

5.1.2 La réflexion dans les hôpitaux français

La réflexion dans les hôpitaux français comporte une facette managériale et médicale.

La facette managériale :

Les hospitaliers du Centre Hospitalier de La Rochelle ont procédé à l'étude de la gestion des hôpitaux chinois et en particulier de l'hôpital n° 3 de Nanchang dans ces différents aspects : stratégie, ressources humaines, finances et contrôle de gestion, logistique et services économiques.

Ils ont identifié les domaines de gestion qui pouvaient intéresser les gestionnaires chinois et pour lesquels ils avaient une expertise intéressante pour les chinois et qui pouvait être adaptée à l'environnement hospitalier chinois.

D'apporter une expérience sur les domaines qui pouvaient intéresser les gestionnaires chinois et dont ils considéraient qu'ils pouvaient les transférer à l'hôpital n° 3 avec bien évidemment la prise en compte de la situation des hôpitaux chinois et de leur environnement.

La facette médicale :

Les chinois étaient également très intéressés pour étudier des techniques médicales pratiquées en France et bien évidemment sur le cancer du sein mais également sur la cardiologie, la diabétologie. Mais la réciproque était aussi vraie pour les français et tout particulièrement sur les traitements du cancer du sein au vu de la réputation de ce centre et du nombre de cas traités. L'ensemble des pratiques médicales, chirurgicales, de reconstruction, de prévention sur le cancer du sein était très intéressant. D'autant plus que la direction de l'hôpital de La Rochelle et les médecins en charge de cette discipline venaient d'apprendre que le secteur privé venait d'avoir l'autorisation d'ouvrir l'institut départemental de la Charente-Maritime sur le cancer du sein, cette structure organisant le parcours de la patiente atteinte de cette pathologie sur le plan médical, chirurgical, de la radiothérapie, de la reconstruction, des soins palliatifs. Le secteur privé drainait 60% de l'activité sur la pathologie particulière du cancer du sein.

Tableau n° 11 : Activité de cancérologie au Centre Hospitalier de La Rochelle et à l'hôpital n° 3 de Nanchang

	La Rochelle	Nanchang
Nombre de consultations de cancérologie	3473	702 493
CANCER DU SEIN		
Nombre de traitements par chimiothérapies	1 741	5 707
Nombre d'opérations	104	1 191

Ces chiffres sont particulièrement éloquents sur l'importance de l'activité de cancérologie à l'hôpital n° 3 de Nanchang.

Il apparaît tout d'abord une différence énorme sur le nombre de consultations.
L'équipe de cancérologie est beaucoup plus nombreuse qu'au Centre Hospitalier de La Rochelle. On rappellera que la population de la province du Jiangxi est égale à celle de la France, que la ville de Nanchang fait 4,5 millions d'habitants et que la notoriété de l'hôpital se situe sur le plan national. La pratique des consultations est aussi différente par leur durée auprès du patient et par le nombre effectué chaque jour par praticien.
Sur le cancer du sein le nombre de chimiothérapies est trois fois plus important à Nanchang et le nombre d'opérations 10 fois plus important. D'où l'intérêt pour les hospitaliers français de ce partenariat sur le traitement du cancer du sein.
La comparaison d'activité de traitement du cancer tant en nombre de séjours qu'en consultations, en chimiothérapie et à Nanchang qu'à La Rochelle. En ce qui concerne le traitement du cancer du sein et le nombre d'opérations du cancer du sein, il est le double entre les 2 hôpitaux.

5.1.3 Validation des réflexions par une enquête

Nous avons mené une enquête auprès de 3 groupes, le directeur général et l'équipe de direction, les cadres médicaux, paramédicaux et administratifs, et auprès d'un groupe de travail qui avait mené une réflexion sur l'évolution du management de l'établissement.
Pour valider les constats qui ont été décrits précédemment, les résultats de cette enquête seront présentés au fur et à mesure de l'analyse des différents outils et méthodes.

5.2 Identification des outils et méthodes de management transposables

A partir d'un premier constat d'absence d'outils, de la nécessité de les développer, d'une forte attente des hospitaliers chinois, des outils ont fait l'objet d'une priorisation.

5.2.1 Un premier constat : nécessité de rechercher des outils efficients

Ce premier constat a permis de mettre en évidence l'absence d'outils performants, à partir de là, de faire émerger une prise de conscience de la nécessité de développer ces outils et la volonté des hospitaliers en ce sens.

5.2.1.1 Le constat d'absence d'outils de gestion performants

L'étude des différents domaines en particulier ressources humaines et finances montrait que les outils utilisés étaient peu tournés vers un objectif de gestion, de dialogue avec les responsables de service, d'aide à la décision mais plus vers une présentation statistique propre à chaque service.

En matière de management, la situation de l'hôpital n° 3 de Nanchang peut être schématisée de la façon suivante :

- l'idée partagée de rechercher un objectif de gestion efficiente
- l'absence de formalisation partagée des pratiques de management.

Cette analyse ressort de différents éléments : des discussions avec les responsables de l'hôpital de Nanchang, du contrat fait par les hospitaliers français et experts qui ont étudié, lors de leur mission, le fonctionnement des services administratifs et le processus décisionnel, et enfin avec les résultats de l'enquête menée auprès des cadres.

a – Le partage d'un objectif d'une bonne gestion

Il s'agit d'un élément indiscutable que l'on retrouve dans l'établissement à tous les niveaux de management.

Les échanges précédents et l'enquête ont montré que les acteurs de l'hôpital ont la volonté d'utiliser au mieux les moyens qui lui sont attribués pour préserver l'intérêt de structure ainsi que de développer autant que faire se peut la « structure interne » dont il a la charge.

Ces constats montrent également que ces mêmes acteurs veulent agir chacun va agir dans leur périmètre de responsabilité :

- le directeur général a la double volonté de développement de l'hôpital et de la maîtrise budgétaire,
- les médecins le souci d'augmentation d'activité et la volonté d'éviter les gaspillages,
- les cadres la maîtrise des effectifs parfois même en dépassant le niveau de gestion de chacun des services.

Ces volontés clairement exprimées à tous les niveaux de management ne trouvent malheureusement pas de traduction concrète, chiffrées et partagées entre les acteurs.

Ces bonnes intentions dont la sincérité ne peut être mise en doute ne peuvent donc faire l'objet :

- ni d'un objectif quantifié
- ni donc d'une évaluation.

b – L'absence de formalisation partagée :

Cette absence de formalisation constitue à l'évidence le défaut majeur du système de management de l'hôpital de Nanchang. Elle se traduit sous deux aspects :

- absence de méthode,
- absence d'outils partagés.

1 – Absence de méthode

Dans ce cadre, il apparaît que la difficulté majeure réside dans la non formalisation d'objectifs fixés (et ou négociés) entre le directeur général et les acteurs hospitaliers.

Ainsi chaque chef de service a parfaitement conscience que le directeur général (ou l'établissement) attend de lui que son service fonctionne bien sans pour autant qu'il soit en situation de valoriser cette attente en termes :

- d'activité à réaliser, en général il imagine que c'est plus que l'année précédente, mais sans lui-même fixer son taux de progression
- de consommation de moyens, probablement pas plus que l'année précédente.

De la même manière lorsque le directeur général fixe l'objectif général à l'établissement d'occuper la place de leader régional en matière de prise en charge du cancer du sein cet objectif, au demeurant très largement consensuel, n'est pas décliné dans les secteurs concernés.

Autrement dit, les services cliniques et médico-techniques n'ont pas connaissance des conséquences de cet objectif sur leur propre fonctionnement :

- objectif d'activité : nombre de patients, nombre d'interventions, types d'interventions,
- organisation médicale entre les différents services concernés,
- mutualisation des moyens.

Sans objectif clairement fixé (encore moins négocié) il est clair qu'aucun dialogue de gestion réel ne peut être organisé. De la même manière, il est impossible de mettre en œuvre une politique de contractualisation et encore plus d'intéressement, alors même que ce dernier point constitue une attente forte (sinon une revendication) en particulier de la part du corps médical.

2 – Absence d'outils partagés

Cette absence est la conséquence du constat précédent. Sans objectif chiffré, il est évidemment impossible de mettre en place des tableaux de bord permettant à tous les acteurs hospitaliers de suivre le niveau de réalisation des objectifs.

Sans tableaux de bord partagés, chacun met en place en fonction de ses propres besoins de gestion des documents certes adaptés mais propres à chaque usage et parfois non cohérent avec ceux utilisés par d'autres services. Seul le service de statistiques échappe un peu à ce dysfonctionnement. Ce point sera développé dans un des chapitres suivant consacré au contrôle de gestion.
Il s'ensuit donc une multitude de ″tableaux de bord″ propres à chaque service qui, s'ils traduisent bien le souci de bonne gestion évoqué en début de paragraphe, ne permettent pas de mettre en place une gestion réellement plus performante.
C'est le cas de ressources humaines ou il existait beaucoup de données reprenant différents thèmes ainsi que le démontrent les tableaux joints en annexe.

On trouve des tableaux de bord sur la répartition du personnel entre les différentes catégories (personnel médical, infirmier, médico-technique, administratif) (Annexe 7) sur les qualifications du personnel en différents niveaux (Annexe 8) avec des niveaux de précision importants comme les niveaux plus précisément des diplômes (Annexe 9) en doctorat, master, diplôme universitaire, autres diplômes.

Ces tableaux de bord concernent l'ensemble des personnels de l'hôpital. D'autres concernent des services en particulier. C'est par exemple celui du personnel des services du cancer du sein divisé en 3 secteurs avec une répartition ensemble du personnel, médecins et infirmiers. Une qualification du personnel tant médical qu'infirmier (Annexe 10) ou celui des services de gynécologie, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie (Annexe 11)

Il n'existe pas de tableaux de bord sur le suivi financier par service ou d'indicateurs sur la charge de travail.

La même problématique se retrouve évidemment pour le contrôle de gestion comme nous le développerons dans la Partie III.

5.2.1.2 La prise de conscience de la nécessité de développer ces outils

Comme nous l'avons indiqué, les discussions, les échanges, l'enquête permet d'affirmer qu'une partie importante des cadres hospitaliers, que ce soit l'équipe de direction, les cadres médicaux, les cadres paramédicaux, a une forte perception de son niveau de management à l'hôpital et des améliorations qu'il convient d'y apporter, en particulier dans les domaines d'aide à la décision, du suivi budgétaire, du suivi des effectifs, de la définition et du suivi des objectifs.
Cette motivation vient de l'évolution de leur système économique qui s'applique évidemment de plus en plus au secteur public et pour ce qui nous concerne au système de santé et aux hôpitaux publics. En effet, la gestion des hôpitaux publics est issue d'un système bureaucratique, avec des décisions prises au niveau de l'état, de la province, de la mairie. Il convient de rappeler qu'en Chine chaque province est de la taille de la France, le parti communiste reste très présent. Dans chaque hôpital existe un représentant du parti avec une équipe plus ou moins importante.

Auparavant, le représentant du parti était le numéro un au niveau de la gouvernance de l'hôpital, le directeur le numéro deux. Aujourd'hui la hiérarchie a été inversée donnant une prééminence à la gestion et à la technique même si le représentant du parti reste avec des avis importants par exemple au niveau de la gestion du personnel, des avancements en particulier et s'il est présent avec le directeur général à de nombreuses réunions.
En ce qui concerne la coopération il a à chaque fois que les délégations françaises se sont rendues en Chine assisté à toutes les réunions, à tous les repas officiels à côté du directeur général.

Ce dernier dirigeant les débats et prononçant les discours officiels. Il faut rappeler également que le paiement des agents de l'hôpital continu à être réalisé au niveau de l'Etat.

Néanmoins l'autonomie de gestion devient de plus en plus importante car les chinois commencent à rencontrer des difficultés financières et sont à la recherche d'efficience. En effet, la concurrence est apparue avec le secteur public entre hôpitaux publics et avec le secteur privé qui s'est largement développé.

5.2.1.3 La validation du constat initial par une enquête de terrain

Cette validation a été entérinée à travers plusieurs phénomènes observés.

Le premier a été l'intérêt porté par le directeur général de l'Hôpital n° 3 de Nanchang sur un certain nombre de dossiers.

Le deuxième c'est la demande du directeur général de l'hôpital n° 3 d'approfondir un certain nombre de thèmes afin de les présenter auprès de l'équipe de direction et de la communauté médicale afin d'en mesurer l'intérêt.

Le troisième est la demande formulée par les chinois lors des missions effectuées par les délégations françaises de leur présenter certains thèmes, l'organisation de réunions avec questions/réponses auprès d'un certain nombre d'interlocuteurs chinois administratifs, médicaux et paramédicaux.

Dans le même ordre d'idées, les demandes formulées par les chinois lors de leurs missions en France pour approfondir par des visites au Centre Hospitalier de La Rochelle, dans d'autres hôpitaux, par des entretiens sur certains thèmes.
Ces premières marques d'intérêt ont été validées par la réalisation d'une enquête.

Le directeur général de l'hôpital n° 3 de Nanchang nous a également demandé de réaliser une enquête auprès de 3 catégories de personnel (Annexe 12). Une première enquête auprès de la direction générale et des cadres de direction. La deuxième auprès des cadres médicaux, paramédicaux et administratifs. La troisième auprès d'un groupe de travail d'une vingtaine de personnes qui avait été mobilisée pour réfléchir sur les outils et méthodes de management pouvant intéresser les hospitaliers de l'hôpital n° 3 de Nanchang.

Une question essentielle a été posée dans l'enquête : pensez-vous que la gestion hospitalière relève d'une spécialisation et est-ce qu'il y a urgence à se l'approprier ?

Tableau n° 12 : Tableau de synthèse des réponses à la question sur la nécessité d'une spécialisation en gestion hospitalière

Intitulé des questions	Réponses possibles	Directeur général, cadres de direction	Cadres médicaux, paramédicaux, administratifs	Groupe de travail
Pensez-vous que la gestion hospitalière relève d'une spécialisation	NON	0 %	1 %	0 %
	OUI	57,1 %	60 %	42,11 %
Est-ce qu'il y a urgence à se l'approprier		42,9 %	39 %	57,89 %

Un enseignement essentiel ressort de cette première question. Pour l'ensemble des hospitaliers de Nanchang, la gestion hospitalière relève d'une certaine spécialisation, d'un certain déficit dans le constat actuel. A noter que ce sont les cadres médicaux, paramédicaux et administratifs qui semblent avoir le moins conscience de l'urgence.

Tableau n° 13 : Tableau de synthèse de l'enquête réalisée auprès des hospitaliers de l'hôpital N° 3 de Nanchang

Intitulé des questions	Réponses possibles	Directeur général, cadres de direction	Cadres médicaux, paramédicaux, administratifs	Groupe de travail
Pensez-vous que le mode de management de l'hôpital N° 3 de Nanchang a besoin d'être modifié ?	Non Oui Urgent	0 % 57 % 43 %	3,4 % 61,8 % 34,8 %	0 % 52,63 % 47,37 %
Quels sont les outils de management qui paraissent les plus importants ?	Gestion de la stratégie Gestion par objectif Gestion de la performance	0 % 14,3 % 85,7 %	39,3 % 27 % 83,7 %	36,84 % 15,79 % 47,37 %
Que doit-on améliorer dans le management des services ?	Optimisation économique Gestion par objectif Gestion de la qualité	28,6 % 28,6 % 42,8 %	16,9 % 24,7 % 58,4 %	31,58 % 26,32 % 42,10 %
Que pensez-vous qui soit le plus difficile dans le management des services ?	Gestion et contrôle des coûts Gestion de la performance Gestion de la qualité	14,3 % 42,9 % 42,8 %	13,5 % 41,5 % 45 %	21,05 % 26,32 % 52,63 %
Pensez-vous que le regroupement des services puisse améliorer les soins au patient autour d'une pathologie ou d'un profil patient ?	Oui Ne sait pas Non	57,1 % 42,9 % 0 %	56,3 % 34,8 % 8,9 %	68,42 % 31,58 % 0 %

Un certain nombre d'enseignements peuvent être retirés du questionnaire.

Une majorité indique que le modèle hospitalier actuel a besoin d'être modifié et ce d'une manière assez urgente. Il convient de noter que la proportion la plus importante est dans la catégorie des cadres administratifs, médicaux et soignants.
Le pourcentage des sondés pensant qu'il n'a pas besoin d'être modifié est infirme.

Sur les outils de management qui sont les plus importants, on observe des divergences importantes.
Au niveau de la direction générale et des directeurs adjoints on voit bien que l'accent est mis d'une manière très prioritaire sur la performance, ceci concorde dans le cadre de l'évolution de la gestion des hôpitaux chinois de la perception par la direction de la recherche de l'efficacité. La gestion par objectif est par contre relevée mais avec un petit pourcentage et ce qui peut paraître le plus surprenant c'est le pourcentage nul concernant la gestion de la stratégie.

Au niveau des cadres administratifs, chefs de service médicaux, cadres soignants, sur la question quels sont les outils de management qui vous paraissent les plus important, c'est la gestion de la stratégie qui arrive en premier avec derrière une gestion de la performance et un petit peu après la gestion par objectif.

Après discussion avec un certain nombre de cadres médicaux, paramédicaux et administratifs cette divergence sur la gestion de la stratégie entre la position de la direction générale, des directeurs adjoints et des cadres administratifs, chefs de service médicaux et cadres soignants apparaît nettement. Elle peut s'expliquer car au niveau de la direction générale, très clairement la gestion de la stratégie est intégrée comme étant de la responsabilité de la direction générale qui décide, mais avec un certain nombre de directives qui sont données au niveau de l'Etat, en particulier à travers le bureau de la santé de l'entité de la mairie. Donc sur le plan de la stratégie, on reste dans un système au niveau de la direction générale avec un certain nombre de contraintes.

Pour les cadres administratifs, médicaux et paramédicaux, il apparaît qu'ils souhaitent à leur niveau avoir une vision de la stratégie qu'ils ont à mener, vision de la stratégie de la direction générale sur l'établissement et de sa concrétisation dans les services et là, ils sont dans l'attente d'outils pour faire ce lien.
La gestion de la performance est importante mais on le voit bien, d'une manière bien moindre que pour la direction et en cela on peut se rapprocher de la situation française et de l'appropriation par les cadres médicaux, en France par exemple à travers les pôles, des cadres administratifs et des cadres soignants de cette notion de performance économique et de contraintes budgétaires qui évolue assez lentement et d'une manière pas du tout uniforme.

La gestion par objectif ensuite est intéressante avec 27 % de réponse puisqu'on pourra l'appliquer à la notion de pôle que l'on verra plus tard, ce sera l'outil le plus plébiscité.

Pour le groupe de travail on retrouve des chiffres assez similaires au groupe précédent des cadres avec une notion de gestion de la performance un petit peu significative et importante dans les priorités qui sont demandées.

Les attentes des hospitaliers des différentes catégories de l'hôpital de Nanchang pourront bien évidemment être un facteur important d'orientation des choix des outils qui seront priorisés pour apporter une réponse à leurs préoccupations premières.

5.2.2 La priorisation des outils

Une fois le constat d'absence d'outils de gestion performants établi et une certaine urgence à pallier à cette problématique, il est apparu nécessaire de prioriser les outils.
Cette priorisation a été fait autour de 2 axes, sur la base des attentes exprimées par les acteurs de l'hôpital n° 3 de Nanchang et leurs possibilités d'adaptation à l'environnement chinois.

5.2.2.1 Sur la base des attentes exprimées par les acteurs de l'hôpital de Nanchang

Le questionnaire nous apporte également un certain nombre de réponses pour cibler d'une manière plus précise les attentes des hospitaliers.

Le questionnaire avait une orientation assez ciblé sur l'évolution du management des services puisqu'un certain nombre d'items que nous allons voir se retrouvent par rapport à ce secteur.

Pour les cadres de la direction générale et les cadres de direction à la réponse qu'est-ce-que vous pensez qui doit être amélioré dans le management des services, la qualité apparaît en premier et ensuite l'optimisation économique et la gestion par objectif.

Pour le groupe des cadres médicaux, paramédicaux et administratifs, il est important de noter que c'est la qualité qui arrive aussi en premier mais d'une manière beaucoup plus importante et l'optimisation économique vient en dernier avec en second une gestion par objectif qui est dans des chiffres à peu près équivalent à ceux de la direction.
Pour le groupe de travail on retrouve la gestion de la qualité en premier mais un pourcentage important sur l'optimisation économique puisque ce groupe était d'origines assez diverses et enfin la gestion par objectif.

A la question qu'est-ce-que vous pensez qui est le plus difficile dans le management du service, pour les cadres de direction c'est à équivalence la gestion de la performance et la gestion de la qualité médicale avec ensuite la gestion et le contrôle des coûts, pourcentage que l'on retrouve à peu près d'une manière équivalente avec les cadres administratifs, médicaux et paramédicaux et pour le groupe de travail avec une sensibilité plus importante à relever sur la gestion et le contrôle des coûts.

Comme nous l'avons noté précédemment les attentes ont été aussi clairement exprimées par le directeur général en premier lieu dans sa visite en France et les différentes missions qui ont été effectuées par une délégation française en Chine et par les différentes missions de cadres envoyé en France pour cibler les différents thèmes qui avaient été sélectionnés.

Une première conclusion peut être faite identifiant les thèmes sur lesquels les outils où méthodes de management pourront être présentés : une meilleure gestion d'une manière générale, une gestion par objectif, un meilleur contrôle des coûts. Tout ce qui va permettre une optimisation économique, une meilleure gestion de la performance.
Un item revient en chapeau à l'ensemble de ces attentes médico-économiques, c'est la recherche de la qualité, de la qualité médicale en particulier. Il convient de noter que ces conclusions et que l'item central sur la qualité des prestations données au patient pourrait être exactement transposable aux réponses que l'on pourrait avoir auprès des hospitaliers français.

5.2.2.2 Sur la base de leurs possibilités d'adaptation à l'environnement chinois

Ceci est un élément absolument clé du travail de transfert des outils de management français vers la Chine. En effet, nous verrons sur les points suivants que certains outils ou certaines formes de management qui avaient pu être sélectionnés par les chinois se sont heurtés d'une manière plus ou moins importante à leur possibilité d'être mise en œuvre par rapport à l'environnement chinois tant au niveau politique qu'au niveau du mode de financement des hôpitaux.
Ceci étant deux contraintes clés de l'adaptation à l'environnement qui pourrait être absolument rédhibitoire ou plus ou moins rédhibitoire comme nous le verrons ensuite, il est à noter que pour la mise en place de certains outils ou certaines formes de management, on retrouve exactement les mêmes freins que dans les hôpitaux français qui vont être liés aux

acteurs dans leur positionnement hiérarchique et les jeux de pouvoir qui existent, par également les habitudes de fonctionnement qui sont difficiles à modifier, par des circuits de connaissance de l'information et des conséquences qui peuvent en être tirées sur des décisions, mais également sur des modes de rémunération, en particulier du corps médical, qui peuvent être un frein pour des modifications de mode de gestion.

5.2.3 Les outils présentés

Au vu des constats que nous avons pu présenter précédemment et afin d'étudier sur quelles bases de priorisation les outils et les méthodes de management pouvaient être approchées, il a été décidé de faire une première sélection, d'une manière générale, sur l'organisation de l'hôpital et en particulier des services, sur les ressources humaines et sur le contrôle de gestion.

Nous présenterons pour chacun de ces différents outils 3 approches :

- une description de l'outil dans les hôpitaux français et plus particulièrement à la Rochelle,
- l'intérêt cet outil pour les hospitaliers chinois,
- la perception de cet outil pour les hospitaliers chinois

5.2.3.1 Sur la Gouvernance

Le directeur général de l'hôpital de Nanchang a été très intéressé par la présentation des modes de gouvernance :

5.2.3.1.1 Description du mode d'organisation

L'organisation des conseils de surveillance et la même pour l'ensemble des hôpitaux français sur tout le territoire.

Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration.

Ces missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement tant médicaux que non médicaux et des personnalités qualifiées dont des représentants d'usagers.
Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

L'enjeu qu'a été cette réforme du conseil d'administration vers le conseil de surveillance était de permettre de faire évoluer la gouvernance de l'établissement partagée entre le directeur et le conseil d'administration vers une gouvernance reposant sur une direction renforcée concernant avec le directoire sous le contrôle du conseil de surveillance pour un meilleur pilotage de l'établissement.

Il se prononce sur la stratégie de l'établissement au regard du rapport présent par le directeur sur la gestion de l'établissement, il délibère sur le projet d'établissement.
Il exerce un contrôle sur la gestion globale de l'établissement et plus particulièrement sur la gestion financière.
Il se prononce sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (Annexe 13).

5.2.3.1.2 L'intérêt de ce mode d'organisation pour les hospitaliers chinois

Le directeur général, au vu de ce qui existe au niveau des cliniques privées chinoises ou existe un conseil d'administration, était intéressé par ce mode de gouvernance qui n'existe pas dans les hôpitaux publics chinois.

5.2.3.1.3 La perception de ce mode d'organisation pour les hospitaliers chinois

La perception de ce mode de gestion était pour les hospitaliers français une certaine autonomie dans leur gestion par rapport à ce qu'ils connaissent en Chine avec l'Etat incarné au niveau de la mairie, du bureau de la santé et de la présence du parti au sein de l'hôpital lui-même.

A noter qu'au niveau des hospitaliers français il a été exposé aux hospitaliers chinois qu'il y a avec ce nouveau conseil de surveillance une diminution importante des pouvoirs du président du conseil de surveillance par rapport au conseil d'administration précédent.
Le conseil de surveillance ne se prononce plus par exemple sur le budget. Il a un rôle de contrôle assez limité. L'Agence Régionale de Santé a pris une importance de plus en plus forte. On observe une recentralisation des pouvoirs de l'administration centrale via l'ARS. C'est le cas également pour la nomination des directeurs ou auparavant le rôle du président du conseil d'administration était essentiel et est devenu beaucoup moins important.

5.2.3.2 Sur l'organisation de l'hôpital

5.2.3.2.1 L'organisation en pôles

L'organisation de l'hôpital chinois détaillé dans les chapitres suivants et bien sûr celle constatée de l'Hôpital n° 3 de Nanchang sont relativement proches sur certains aspects de celle des hôpitaux français avant la volonté de réforme.
Celle-ci repose sur une multiplicité de services relativement étanches par rapport aux autres services de l'hôpital.
Cette organisation produit dans les deux cas en France et en Chine les défauts bien connus :

- absence de collaboration,
- concurrence médicale,
- absence de mutualisation.

Dans ce cadre, l'interrogation sur la possibilité d'adapter la mise en œuvre des pôles à l'Hôpital de Nanchang apparaît naturelle.
Ce point sera développé dans le Chapitre VI, il s'agit d'abord ici de présenter les aspects majeurs de cette réforme en France.

5.2.3.2.1.1 Description du mode d'organisation en pôles

Les objectifs

« La mise en œuvre des pôles constitue un élément central de l'évolution du management à l'hôpital. ». (NOBRE et LAMBERT, p 1)

Ce principe posé par l'ordonnance du 3 mai 2005 répond à trois objectifs :

- compte tenu de la dimension généralement trop réduite des anciens services, introduire dans le fonctionnement de l'hôpital un niveau pertinent d'organisation et de gestion (volonté de taille critique),
- favoriser le pilotage médico-économique dans un contexte financier rigoureux avec un financement à l'activité,
- décentraliser la prise de décisions en confiant les responsabilités aux chefs de pôle et l'encadrement.

Ces trois objectifs étant bien évidemment soutenus vers celui plus global d'amélioration de la performance et de l'efficience économique de l'hôpital et repose sur deux points : le découpage et le fonctionnement interne.

5.2.3.2.1.2 Le découpage

1 – Le constat

Au moment de la proposition de réforme de l'organisation la situation dans les hôpitaux français met en évidence de manière sinon systématique, au moins très fréquente les éléments suivants :

- multiplicité des services de petite taille,
- étanchéité de ceux-ci entre eux et parfois par rapport à l'établissement.

La multiplicité des services s'est aggravée au cours des vingt dernières années. Cette évolution peut se schématiser de la manière suivante :

- 1 : existence de services à forte capacité comportant plusieurs UF,
- 2 : transformation des UF en services, très souvent pour permettre à des praticiens hospitaliers d'obtenir statutairement la fonction de chef de service. Chaque UF et donc chaque service correspondant alors à une discipline médicale particulière,
- 3 : éclatement au sein même des UF d'une même discipline médicale avec les mêmes objectifs, créer des fonctions de chef de service, parfois uniquement pour régler des conflits personnels entre praticiens hospitaliers.

Cette logique a conduit à des découpages hospitaliers comportant de nombreux services et donc très peu d'UF. Dans la pratique, les UF ont été très souvent transformées en services. Parallèlement et mécaniquement, la taille de ces services s'est évidemment réduite de manière considérable.

Pour autant le fonctionnement de ces services n'ont pas évolué du fait de cette multiplicité de configuration. L'étanchéité qui prévalait et qui parfois pouvait être supportée sans trop de dommages du fait de la taille des services s'est maintenue voire même aggravée.

L'hôpital se retrouve donc confronté à une double difficulté :

- l'existence de multiples projets de service, pas toujours cohérents, parfois même concurrents :
- des unités (services) autonomes, (étanches), de taille ne permettant pas une gestion efficiente.

2 – Les préconisations de découpage

Le pôle apparaît donc comme un regroupement de secteurs, services et UF ayant des activités communes complémentaires définies selon une logique de simplification et de déconcentration.

Ce pôle a des objectifs d'activité et de qualité fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction.

Ce pôle sera construit autour soit d'une logique de pathologies ou de filières de prise en charge, (exemple : pôle/mère/enfant, gériatrie…) soit une logique d'organes (exemple : pôle thorax/tête/cou …) soit une logique de prestation (exemple : pôle pharmacie/biologie/médico-technique…).

Ces pôles sont définis conformément au projet médical d'établissement.

Au-delà du règlement des problèmes évoqués ci-dessus, l'enjeu du découpage est de garantir que les pôles soient constitués autour d'une logique institutionnelle axée sur la prise en charge du patient et sur la filière l'organe ou le parcours de soins, de manière à ce que le projet de pôle puisse permettre une mise en œuvre optimale du projet médical de l'établissement. (NOBRE et LAMBERT, p 13)

La cohérence du découpage des pôles et l'intégration adaptée des différentes logiques de découpage est une étape essentielle de la gouvernance de l'établissement car elle conditionne le bon fonctionnement du pôle et la détermination d'un projet de pôle structuré permettant de dépasser les seules logiques de service.

« La recherche de la pertinence du découpage en pôles n'est toutefois pas chose aisée. Elle nécessite au préalable d'identifier les difficultés et freins potentiels et de dépasser certains questionnements autour d'une démarche participative et transparente ». (NOBRE et LAMBERT, p 12)

Ceci posé, les premières expériences de découpage ont montré que dans la pratique, la logique médicale s'est souvent heurtée à de nombreuses difficultés et au frein et qu'elle a

été largement concurrencée par des considérations pratiques (géographie de l'établissement) ou relationnelles (volonté de travailler ensemble, ou l'inverse).
Ainsi, « les logiques institutionnelles de découpage qui tendent à optimiser la prise en charge du patient apparaissent très souvent atténuées par d'autres considérations d'autres pratiques, géographiques, relationnelles. En effet les affinités personnelles entre praticiens et notamment entre chefs de service peuvent jouer dans certains cas un rôle déterminant ou à minima tempérer les rapprochements que supposés les stratégies médicales de l'établissement. A l'inverse des antagonismes du corps médical peuvent avoir pour conséquence de bloquer les regroupements pourtant pertinents ». (NOBRE et LAMBERT, p 13)

Dans un établissement d'Aquitaine, des considérations budgétaires ont même été évoquées pour exclure un service d'un pôle au motif que celui-ci était largement déficitaire et qu'il était susceptible de compromettre l'équilibre financier du pôle lui-même et donc ses capacités de discussions contractuelles avec la direction de l'établissement.
De la même manière, dans un contexte d'urgence à réaliser le premier découpage, de nombreux établissements ont choisi la facilité en procédant à des regroupements géographiques. Cette formule pas forcément assise sur une logique de filière médicale a au moins le mérite de faciliter les objectifs de gestion et en particulier la mutualisation des moyens.
En tout état de cause une attention doit donc être apportée à cette étape cruciale que constitue le découpage des pôles afin de veiller à ce que le redécoupage n'aboutisse pas à des modifications et des rapports implicites de pouvoir, au réveil des craintes de mise sous tutelle des médecins par les gestionnaires, ou des antagonismes au sein de la communauté médicale elle-même.
Au-delà de ces aspects de logique de découpage il importe de souligner que la réalisation de celui-ci exige une méthodologie rigoureuse et transparente. On l'a vu, la modification d'une organisation (encore plus quand elle est ancienne) n'est pas chose aisée. A l'hôpital ou les logiques médicale et gestionnaire peuvent parfois s'opposer c'est évidemment le cas, d'autant plus aujourd'hui que le découpage en pôles ne nécessite pas l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement (ce qui n'était pas le cas à l'origine).
La transparence constitue donc un enjeu essentiel pour obtenir de la communauté hospitalière sinon un consensus, au moins la garantie que ce travail a été réalisé dans un contexte participatif.
Deux points majeurs sont indispensables :

- un état des lieux partagé,
- les objectifs poursuivis tant en termes d'organisation médicale que de gestion.

Le concept de taille critique est également un élément important à prendre en considération.

Les pôles doivent constituer « un échelon pertinent d'organisation intermédiaire entre management par spécialité (le service) et un management centralisé. C'est échelon permet alors le regroupement et une mutualisation de moyens et d'équipements, en affichant une masse critique suffisante pour mettre en commun des ressources humaines et matériels, permettre une flexibilité dans leur utilisation, voire une fongibilité des enveloppes.

Dès lors le pôle devient également un échelon pertinent de mesure de la performance : activité et finances, certes mais aussi et surtout qualité et sécurité des soins dispensés aux patients, enseignement, recherche ». (DOMI, p 30)

Dans les établissements publics de santé de taille relativement importante on a rapidement admis que cette taille critique était atteinte dès lors que le pôle employait environ 200 agents, ce seuil semblant garantir la possibilité d'une gestion réellement décentralisée.

Enfin, il faut également souligner le caractère forcément évolutif du découpage.

Par principe le découpage d'un établissement ne saurait être figé. Celui-ci devant évidemment s'adapter :

- en fonction de l'évolution de l'hôpital,
- en fonction de l'évaluation faite du découpage initial.

Cet aspect s'est d'autant plus facilement vérifié en France que le premier découpage a dû être réalisé de manière relativement rapide, dans un contexte forcément marqué par un peu de défiance.

Les différentes enquêtes réalisées montrent bien que de nombreux établissements ont :

- d'une part fait évoluer le découpage initial, très souvent d'ailleurs en réduisant le nombre de pôle pour en augmenter le périmètre et ainsi bénéficier de davantage de facilités de gestion,
- d'autre part ont envisagé au-delà des premières modifications, le processus de découpage comme un processus vivant et continu connecté à une réalité d'établissement.

A titre d'exemples figurent en annexes 14 et 15 :

- le découpage du Centre Hospitalier de La Rochelle,
- les modifications apportées au découpage du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Au total, il apparaît ainsi qu'un bon découpage

- permettra de définir un projet de pôle cohérent, et ainsi dépasser la simple compilation d'un projet de services,
- conciliera les logiques de découpage et celles des processus formels de suivi.

Ainsi et au-delà de la simple modification du périmètre des structures internes, les pôles apparaîtront réellement comme :

- témoins des filières de prise en charge,
- garants du décloisonnement de l'hôpital,
- échelon pertinent d'organisation et d'analyse de la performance,
- consécration du principe de subsidiarité.

Ces deux derniers points seront évoqués dans les chapitres suivants.

5.2.3.2.1.3 Le management des pôles

Ce point sera étudié sous trois aspects :

- la gouvernance,
- la délégation,
- la contractualisation.

a – La gouvernance

La mise en place des pôles ne se limite pas évidemment à une simple modification du découpage des hôpitaux. La réforme a également prévue l'adaptation de l'organisation interne de ces nouvelles structures avec le double objectif :

- de rapprocher la décision du terrain pour responsabilisé les équipes médicales et l'encadrement,
- de mieux maîtriser l'utilisation des ressources de l'hôpital.

La gestion du pôle va donc reposer sur le trio : Chef de pôle/Cadre de pôle/Corps administratif.

Initialement un conseil de pôle était prévu, il a été supprimé par la suite. Ceci étant dit, la question de l'association du personnel à cette gestion reste posée.

Le chef de pôle est l'acteur clé du dispositif. L'évolution de la règlementation l'a d'ailleurs transformé de responsable à chef. « Ce chef de pôle voit donc son autorité et sa responsabilité renforcée avec une plus grande marge de liberté dans l'organisation interne ; il signe seul le contrat et non plus au nom d'une représentation du pôle. Il a par ailleurs des liens hiérarchiques étroits avec le directeur qui le nomme et fixe les conditions du contrat.

Son contenu et les responsabilités directes qui en découlent constituent un socle pertinent pour créer un management de proximité. In fine, la loi, avec le chef de pôle, a pour objectif de créer un nouveau type de manageur médical ». (NOBRE et LAMBERT, p 30)

Statutairement il s'agit d'un praticien hospitalier nommé par le directeur pour une durée de 4 ans qui ne peut cumuler les fonctions de chef de pôle et de Président de CME.

Dans sa brochure de mars 2012 « Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences », l'ANAP définit précisément les missions de chef de pôle de la manière suivante :

> « - le chef de pôle contribue à la stratégie de l'établissement en proposant des dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement et la politique de santé publique des besoins des patients sur le territoire.
>
> - Il déploie la politique de l'établissement au travers d'un projet de pôle qu'il définit sur la base d'un contrat de pôle et met en œuvre avec ses équipes pour atteindre les objectifs fixés.
>
> - Il définit, pilote et anime l'organisation interne la mieux adaptée pour une prise en charge efficiente des patients, en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le pôle.
>
> - Sur le court et le moyen terme, il contribue avec les directions fonctionnelles à la gestion des ressources du pôle en recherchant l'équilibre financier et en participant à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique institutionnelle de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.
>
> - Il s'appuie sur des indicateurs pour piloter l'adéquation entre moyens et activité, afin d'atteindre les objectifs de la performance médico-économique contractualisée avec la direction.
>
> - Il joue un rôle d'animateur structurant le pôle et en communiquant les objectifs du contrat de pôle de façon pédagogique pour fédérer les services autour du projet de pôle.
>
> - Il entretient une culture commune entre les professionnels du pôle, au service du patient, en s'appuyant sur les compétences clés des équipes et en développant la transversalité.
>
> - Il renforce la notoriété du pôle et donc de l'établissement, en développant des liens privilégiés auprès de ses interlocuteurs professionnels et des patients ».

Figure également en Annexe 16 la fiche de poste du praticien chef de pôle d'activité médicale ou médico-technique utilisée au Groupe Hospitalier de La Rochelle

Au-delà du chef de pôle, le fonctionnement du pôle est également assuré par un cadre de pôle et un cadre administratif qui ont la charge de l'assister ainsi que par un conseil de pôle.

Le cadre de pôle

Le cadre de santé de pôle est clairement positionné par la règlementation comme un assistant du chef de pôle. Il est donc placé sous son autorité fonctionnelle.

Le cadre de santé assiste donc le chef de pôle pour l'organisation, la gestion générale du pôle.

Il traite l'ensemble des questions liées à la gestion des personnels non médicaux.

Il participe à la gestion générale du pôle ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle. Il a évidemment la charge de l'organisation et du management de l'encadrement.

Ces missions consistent donc dans :

- l'organisation globale des activités de soins,
- l'encadrement et l'animation de l'équipe des cadres de santé,
- l'optimisation des séjours des patients dans le respect des contraintes de qualité, de sécurité,
- l'optimisation de l'utilisation de moyens tant humain que matériel,
- la traduction des projets d'établissement et de pôle au niveau des équipes et la définition des plans d'action correspondants.

A titre d'exemple figurent en annexe :

- la fiche de poste d'un cadre de santé de pôle extraite de la charte gouvernance d'un EPS (Annexe 17),
- la fiche métier d'un cadre supérieur de pôle au Centre Hospitalier de La Rochelle (Annexe 18).

Le cadre administratif

Comme le cadre de santé, le cadre administratif assiste le chef de pôle, il est donc placé lui-aussi sous son autorité fonctionnelle.

Bien que prévu dès le début par la règlementation, la mise en place effective de ce poste s'est faite de façon très progressive et très différente selon les établissements.

Dans beaucoup d'hôpitaux le poste n'a pas été créé considérant que la fonction pouvait être assurée par le cadre de santé. Quand il a été créé et selon l'objectif de gestion et l'importance des missions, il l'a été sous des dénominations différentes :

- assistant de gestion lorsque le niveau de délégation de gestion mis en œuvre dans l'hôpital est plus faible,
- cadre administratif quand la délégation de gestion est plus conséquente.

Quoiqu'il en soit, le cadre administratif a pour mission d'assister le responsable de pôle dans la gestion et le pilotage médico-économique du pôle en lien avec le cadre de santé. Il est également l'interlocuteur privilégié du dialogue de gestion à établir entre les pôles et :

- toutes les directions fonctionnelles, en particulier celles des finances et des ressources humaines,
- le contrôle de gestion.

Il doit également par sa connaissance des dossiers administratifs constituer une interface et un élément facilitateur dans la relation entre le pôle et les directions administrative et technique.

A titre d'exemple, figure en Annexe 19 la fiche métier d'un cadre gestionnaire de pôle utilisée au Centre Hospitalier de La Rochelle.

Le conseil de pôle

L'esprit général de la réforme de 2005 basée sur l'idée de délégation et de contractualisation allait évidemment de pair avec celle de concertation interne.

A l'origine, la règlementation avait prévu la création d'un conseil de pôle censé assurer celle-ci.

Les textes plus récents (loi HPST) ont supprimé l'obligation de constituer un conseil de pôle mais ont maintenu l'idée de la nécessaire organisation de cette concertation en laissant libre les centres hospitaliers de l'organiser.

Quelques établissements ont ainsi maintenu en l'état le fonctionnement des conseils de pôle, d'autres tout en affirmant le caractère obligatoire pour le chef de pôle d'organiser la concertation interne, l'ont laissé libre de le faire.

A titre d'exemple figure en Annexe 20 un extrait de la charte de gouvernance d'un centre hospitalier sur ce point :

b – La délégation de gestion

Ce principe posé dès l'origine de la réforme a été confirmé et amplifié par la loi HPST en particulier par les dispositions du décret du 11 juin 2010.

Ce mode de gestion répond à deux objectifs :

- satisfaire une revendication médicale et des avantages d'autonomie

- améliorer l'efficience.

Il répond aussi à ce qui pouvait apparaître comme des blocages bureaucratiques dans la gouvernance antérieure ainsi que le montre le dessin suivant.

Concrètement, ce décret pose le principe de la possibilité :

- d'une délégation de gestion dans les domaines suivants :
  - tableau prévisionnel des effectifs et répartition,
  - profil de poste, recrutement, affectation au sein des pôles, organisation et continuité des soins, formation continue, fermetures saisonnières.
- d'une délégation de signature pour l'engagement des dépenses dans les domaines suivants :
  - remplacements et heures supplémentaires,
  - médicaments et dispositifs médicaux,
  - dépenses hôtelières,
  - équipement mobilier informatique,
  - entretien et réparation des équipements.

L'organisation interne retenue devra figurer au conseil de pôle, il appartient donc à chaque établissement de définir les niveaux souhaités de délégation.

La mise en œuvre de la délégation de gestion repose sur le principe de subsidiarité.

Le pôle permet la mutualisation des moyens des structures internes qui le composent. La taille du pôle permet d'atteindre un seuil à partir duquel une gestion réelle est possible :

c'est au niveau de chaque pôle que pourra être pris et mis en œuvre un ensemble de décisions, qui peuvent concerner, par exemple, les ressources humaines, les achats de matériels ou le recours à des prestations internes à l'établissement. L'échelle du pôle est également pertinente pour mettre en œuvre un réel management des équipes médicales et soignantes.

Afin que chaque décision puisse être prise le plus près possible d'où elle doit être mise en œuvre, le principe de subsidiarité s'affirme comme fondement de la démarche. Il s'agit de rapprocher la décision du terrain, de donner à tous les acteurs une plus grande proximité avec le décideur. Ce principe est mis en œuvre à travers la démarche de contractualisation. Au regard des priorités et des projets que chaque pôle définit et hiérarchise, un contrat est négocié avec le Directeur et le Président de la CME. Ce contrat, précise à la fois les objectifs et les moyens du pôle.
Dans ce cadre, chaque pôle bénéficie de la délégation de gestion, qui est la déclinaison du principe de subsidiarité dans l'établissement : le pôle est libre de décider de ses priorités, de son organisation et de l'utilisation qu'il fait des moyens qui lui sont alloués pour l'année considérée, en respectant les objectifs et principes de fonctionnement de l'ensemble de l'établissement. Les crédits qui sont délégués au pôle sont ainsi fongibles entre eux. Cette démarche doit aussi permettre de simplifier les procédures et les pratiques en cours dans l'établissement. A l'intérieur de chaque pôle, les Unités Fonctionnelles et Unités Médicales actuelles continuent à servir de base aux imputations de moyens et d'activité.

Si les engagements pris dans le contrat de pôle ne sont pas respectés, et en cas de problème majeur de fonctionnement du pôle, il peut être mis fin à tout ou partie de la délégation pour les pôles concernés, après avis du Directoire.

Une fois, défini le principe, il reste à en préciser les modalités pratiques, dans la mesure où à l'évidence, le fait de décider d'une délégation, ne signifie que « tout est possible » pour le chef de pôle.

- ***Le champ de la délégation :***

Le champ réglementaire

L'exercice d'une délégation ne peut se concevoir que dans le cadre juridique qui régit les établissements publics de santé, et doit donc respecter les dispositions légales et règlementaires.

Le champ institutionnel

Au-delà des aspects réglementaires, la délégation s'exercera également dans le cadre de règles institutionnelles définies au niveau de l'établissement, et notamment pour ce qui concerne la politique en matière de ressources humaines ou d'achats,…..

Les niveaux de délégation :

Deux niveaux de délégation sont à distinguer :

- la décision de gestion est prise par le pôle qui informe les directions fonctionnelles concernées pour la mise en œuvre. A ce niveau, la décision est exécutoire de plein droit.
- la proposition du pôle nécessite soit une intervention réglementaire de la Direction, soit une décision d'opportunité des directions fonctionnelles, du Directeur ou du Directoire, avant de pouvoir devenir exécutoire.

- Les domaines de la délégation

Tous les domaines de la gestion sont concernés, qu'il s'agisse du fonctionnement ou de l'investissement.

De la même manière, les choix des établissements ont été très différents dans les niveaux de délégation attribués aux pôles. On peut quand même observer un niveau de délégation plus important pour les aspects de fonctionnement (y compris budgétairement) que pour ceux d'investissement.

Si beaucoup d'établissements ont été prudents, et ont choisi de s'engager très progressivement dans la réforme, d'autres ont opté pour des projets plus ambitieux.

Au CH de Valenciennes, « l'objectif a été d'enclencher un mouvement irréversible dans son principe afin de limiter, autant que faire se peut, toutes les résistances et un retour en arrière par la suite.

Cela s'est traduit par une décision majeure de la direction générale déléguant 85% des crédits d'exploitation et certains crédits d'investissement ». (JAHAN, p 204)

Pour illustrer cette délégation, figure en Annexe 21 la liste des délégations y compris budgétaires accordées aux pôles.

Quel que soit le niveau de délégation retenu par l'établissement, les processus de délégation doivent être bien décrits pour éviter les incompréhensions entre les pôles et les directions fonctionnelles. A titre d'exemple, figurent en Annexe 22 deux extraits en matière de ressources humaines de choix d'établissements, l'un pour le remplacement du personnel médical, le deuxième pour le recrutement du personnel soignant.
Certains établissements ont même rédigé des « guide de procédures de délégation » en particulier dans le domaine des RH, afin de préciser autant que possible le rôle et la responsabilité de chaque intervenant. Figurent en Annexe 23 deux extraits du guide réalisé par le CH de Périgueux et concernant l'accueil de nouveaux agents. Les autres aspects de la GRH (recrutement, évaluation, procédure disciplinaire,…) font évidemment l'objet de fiches analogues.

Les délégations de gestion ont été exposées à la fois en Chine lors d'une mission des hospitaliers français d'une manière théorique et lors des missions des hospitaliers chinois, ils ont pu voir sur le terrain, au niveau des directions fonctionnelles, des directions de pôles et des différents pôles, leur application pratique.
L'exemple le plus significatif au Centre Hospitalier de La Rochelle concerne la délégation de gestion en matière de ressources humaines. Cet exemple est détaillé en Annexe 24.

Les contrats de pôle ont été présentés aux hospitaliers chinois en particulier avec le contrat : neurologie/oncologie/pneumologie. Leur description figure en Annexe 25.

Il apparait que dans les établissements qui se sont réellement engagés dans la réforme, ces nouveaux principes ont été plutôt bien perçus, laissant imaginer un retour en arrière peu probable.

5.2.3.2.1.4 La contractualisation

La contractualisation est aussi un des volets important de la réforme de la gouvernance. Déjà évoquée dans les années 90, cette possibilité a été transformée en obligation par les ordonnances relatives à la nouvelle gouvernance.
Désormais les dispositions du code de la santé publique stipule que « les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation internes avec leurs pôles d'activité ».

« Le contrat négocié et puis co-signé entre le directeur et le chef de pôle définit les objectifs d'activité de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat ».

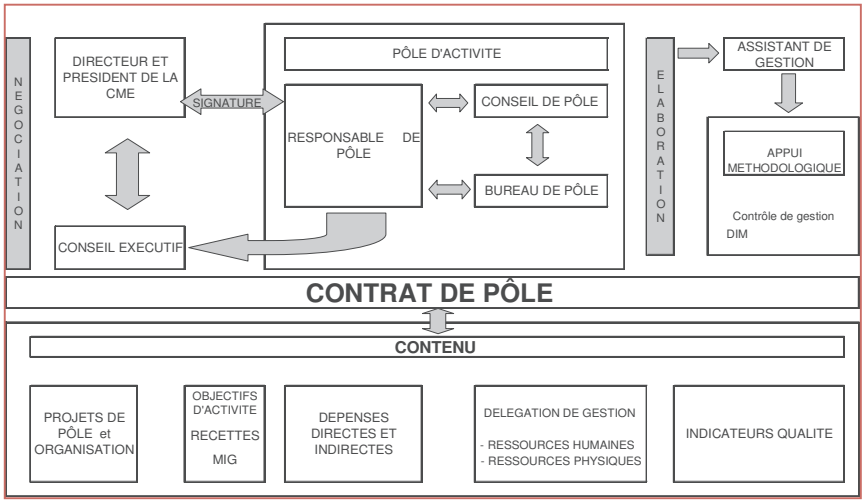
« Les conditions d'exécution du contrat notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle font l'objet d'une évaluation annuelle ».
Le président de la CME a la charge de vérifier la conformité du contrat au profit médical de l'établissement.

Ce contrat de pôle s'inscrit dans le cadre :

- du projet d'établissement,
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le Centre Hospitalier et l'Agence Régionale de Santé,
- du Contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles signé avec l'Agence régionale de Santé.

Il retrace les engagements du pôle et ceux de l'établissement.
La règlementation en fixe la durée de quatre ans. Pour intégrer la dimension budgétaire essentielle, certains EPS ont choisi soit de signer des contrats annuels, soit de conclure des contrats de quatre ans, mais avec des avenants annuels.
Le principe même de concept du contrat, suppose une réelle négociation entre les co-contractants. C'est évidemment le cas, lorsque cette discussion à lieu à l'hôpital. Le contrat devra donc détailler, bien sur les engagements du pôle, mais aussi ceux de la direction. Le contrat de pôle ne peut en effet se résumer à des obligations imposées aux pôles par la direction sans aucune contrepartie. Enfin, les règles d'évaluation doivent aussi figurer dans ce contrat.
L'organisation générale de la démarche de contractualisation peut être résumée par le schéma suivant, extrait d'une présentation du processus dans un CHU.

Figure n° 1 : démarche générale de contractualisation dans un CHU



Les éléments contenus dans les paragraphes suivants ont été extraits de divers contrats conclus dans plusieurs EPS.

Les engagements du pôle

Des objectifs peuvent être fixés au pôle dans les 6 domaines suivants.
Les principaux objectifs fixés à chaque pôle sont généralement présentés en Directoire avant négociation avec les pôles puis inscription dans le contrat de pôle.

1/ Respect des moyens mis à disposition par l'établissement

Le pôle s'engage à respecter dans le cadre des règles de la délégation de gestion, les moyens mis à sa disposition par l'institution et indiqués dans le contrat de pôle. Ces moyens sont exprimés :

- soit en valeur financière : par exemple, montant des crédits délégués,
- soit en quantité : par exemple, nombre de mensualités de remplacement,
- soit en ratio quantité / activité, par exemple : nombre de B / RUM,

Un exemple de document figure en Annexe 26.

2/ Développement de l'activité et des recettes

Les unités d'œuvre sont différentes selon les types d'activités :

- activité MCO : nombre de Résumés d'Unités Médicales (RUM), recettes GHS en euros (Assurance Maladie), nombre de suppléments et valorisation, nombre de consultations externes
- activité SSR : nombre de Résumés Hebdomadaires codés

Pour les activités médico-techniques : coûts unitaires calculés selon la Base d'Angers, nombre d'unités d'œuvre produites pour l'extérieur (actes CCAM, nombre de B, m3 stérilisés).

Un exemple de document figure en Annexe 27.

3/ Mise en place des projets stratégiques

Les projets sont fonction du pôle concerné, du projet d'établissement, du contexte du territoire de santé, du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARS, du Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles.

4/ Amélioration des organisations

Les objectifs fixés peuvent être les mêmes pour l'ensemble de l'établissement (par exemple, dans les contrats de pôle 2010 : augmentation du pourcentage de sorties avant midi), ou propres à un pôle (exemples : amélioration du taux d'occupation des salles de bloc opératoire ; informatisation de certains secteurs ….)

5/ Gestion des ressources humaines

Les objectifs fixés peuvent être les mêmes pour l'ensemble de l'établissement (par exemple, respect du taux cible d'absentéisme de courte durée de l'établissement) ou propres à un pôle (exemple : limiter le turn-over de personnels dans certains secteurs, développer la promotion professionnelle).

6/ Qualité, évaluation et gestion des risques

Les objectifs fixés peuvent être les mêmes pour l'ensemble de l'établissement ou propres à un pôle.

Exemples d'objectifs :

- qualité de l'information délivrée au personnel du pôle

- transmission des tableaux de service : objectif à 100 %
- taux de retour des questionnaires de sortie par service et/ou pôle : objectif à 50 %
- nombre de plaintes mensuelle / annuelle : objectif de réduction de 50 %

Les engagements de l'établissement

Dans le cadre des règles de la délégation de gestion, les moyens attribués au pôle sont inscrits au contrat.

Un exemple figure en Annexe 28.

La Direction du Contrôle de Gestion garantit la mise à disposition des tableaux de bord, conformément aux principes définis plus haut. La Direction s'engage à répondre aux questions des pôles sur les données des tableaux de bord.

L'évaluation de la mise en œuvre

Un bilan annuel de la mise en œuvre des contrats de pôle est réalisé par chaque pôle, en lien avec la Direction de la Stratégie, et présenté au Directoire.

L'atteinte des objectifs est validée par le Directoire et peut donner lieu à un intéressement.

Un bilan quadriennal est également réalisé et sert de base à la conclusion du contrat de pôle suivant.

Un exemple de cette procédure d'évaluation entreprise au Centre Hospitalier de La Rochelle figure en Annexe 29.

5.2.3.2.1.5 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur la mise en place des pôles

Lors des différentes visites et présentations, l'intérêt des hospitaliers chinois pour ce type d'organisation est apparu très rapidement. Beaucoup ont une analyse des dysfonctionnements de l'hôpital chinois qui peut s'apparenter à celle qui a pu être faite à propos des problèmes rencontrés dans les hôpitaux français et qui ont conduit à la définition d'un projet d'organisation en pôles d'activité :

- Multiplication de structures internes,
- Absence de mutualisation,
- Concurrence médicale,
- Prise en compte insuffisante dans l'organisation des filières médicales.

A partir du moment, où le même constat est fait, il apparait logique d'imaginer qu'une même solution peut être envisagée.

5.2.3.2.1.6 La perception des hospitaliers chinois sur l'organisation en pôle

La perception initiale des hospitaliers chinois s'est essentiellement concentrée sur l'aspect regroupement et possibilités de mutualisation et correspondait bien à leur souci de meilleure gestion et d'amélioration de la performance. Cet aspect du projet présenté a été immédiatement perçu comme un élément de progrès facilement transposable à l'hôpital chinois et susceptible de régler de nombreux problèmes d'organisation.

A l'inverse, les aspects liés à la gouvernance des pôles et portant sur la délégation de gestion et la contractualisation, n'ont pas été perçus ni comme des conditions de progrès, ni comme des réformes susceptibles d'être facilement mises en place dans les établissements actuellement, compte tenu de leurs principes de gestion qui restent encore très centralisés.

5.2.3.2.2 L'organisation en hôpital de jour

5.2.3.2.2.1 La description du mode d'organisation dans les hôpitaux français et plus particulièrement à La Rochelle

Les hospitaliers chinois ont étaient très intéressés par les modes d'hospitalisation « hôpital de semaine/hôpital de jour » et tout particulièrement l'hôpital de jour qu'il ne connaisse pas d'une manière organisée en Chine.
Par rapport aux différents types d'hospitalisation qui ont été étudié :

– l'hospitalisation complète avec un accueil des patients 7/7 jours, 24/24 heures et 365/365 jours,

– l'hospitalisation de semaine avec un accueil des patients en hospitalisation du lundi matin au vendredi en fin d'après-midi, pour une prise en charge des patients nécessitant de 1 à 4 nuits d'hospitalisation, le service étant fermé le week-end ce qui amène d'importantes économies de personnel mais qui nécessite une organisation très structurée pour, soit en chirurgie dans la programmation opératoire soit également en médecine sur la bonne évaluation des patients qui relève de ce type d'hospitalisation afin de ne pas avoir ou le minimum de transferts en fin de semaine des patients vers une autre unité.

- l'hospitalisation de jour avec une ouverture du service chaque jour de la semaine sur une amplitude de 10 à 12 heures par jour.

Evidemment l'hospitalisation complète a été écartée puisque celle-ci existe sur l'hôpital chinois mais ce qui a été particulièrement étudié est l'hospitalisation de semaine et l'hospitalisation de jour.

Néanmoins, concernant l'hospitalisation complète, une étude a été menée pour comparer en fonction du nombre de lits les effectifs qui existaient tant au niveau des cadres qu'au niveau des infirmiers qu'au niveau des aides-soignants et quelle présence existait sur la semaine et sur le samedi et sur le dimanche afin de pouvoir voir qu'elle était la charge de travail par rapport aux ratios de personnels.

Cette étude a été menée d'une manière identique sur l'hospitalisation de semaine sachant que la seule différence comme il a été indiqué concerne la présence des personnels sur le week-end samedi et dimanche.

Le point qui a été particulièrement étudié concerne l'hospitalisation de jour qui n'existait pas en termes d'hospitalisation sur l'hôpital chinois.

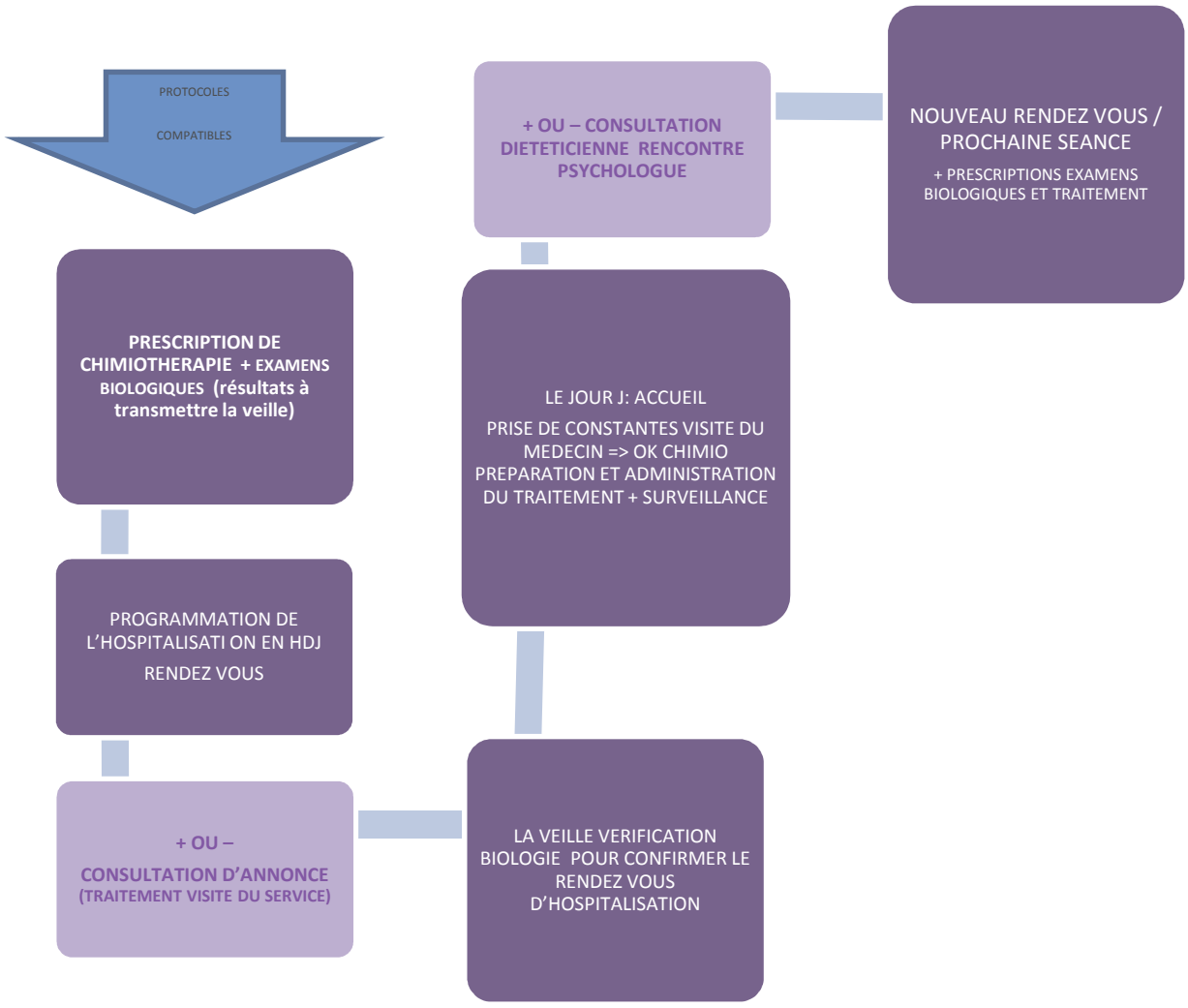
L'hôpital de jour a fait l'objet d'une étude et d'une présentation approfondies à la fois en France et en Chine sur son fonctionnement au niveau des hôpitaux de jour de chirurgie ambulatoire et au niveau des hôpitaux de jour de médecine avec en particulier l'oncologie et les autres secteurs d'hôpitaux de jour qui existent sur l'hôpital de La Rochelle.

On rappellera que l'hospitalisation de jour est donc l'ouverture d'un service chaque jour de la semaine sur une amplitude de 10 à 12 heures par jour pour des patients bénéficiant d'un acte programmé avec une hospitalisation de quelques heures, plusieurs patients pouvant se succéder sur une même place dans la journée et des soins techniques d'exploration fonctionnelle chirurgicaux et anesthésiques préprogrammés et adaptés étant prodigués aux patients ce qui nécessite des pratiques très bien protocolisées.

Enfin, une cartographie très claire des patients éligibles à cette prise en charge avec une anticipation de l'hospitalisation et un retour à domicile doit être particulièrement prise en compte pour avoir une efficacité importante.

Il est à noter que l'intérêt des chinois s'est porté particulièrement sur l'hôpital de jour d'oncologie qui était évidemment par rapport à tout ce que nous avons pu décrire, leur spécialité première.

Figure n° 2 : PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE EN HOPITAL DE JOUR ONCOLOGIE



Le processus de prise en charge en hôpital de jour concernant l'oncologie a été particulièrement remarqué par les hospitaliers chinois.

En effet, comme l'indique le schéma ci-dessus, suite à une prescription de chimiothérapie et d'examens biologiques, une programmation en hospitalisation de jour et une prise de rendez-vous est effectuée. S'il s'agit de la première consultation il y a ce que l'on appelle une consultation « d'annonce » pour discuter avec le patient de son cancer et de son traitement ainsi qu'une visite des locaux et de l'environnement ou il va être traité.
La veiller, il y a une vérification biologique pour confirmer ou non le rendez-vous d'hospitalisation puisqu'en fonction du résultat la chimiothérapie peut être pratiquée ou non.
Si la biologie est bonne, le jour « J » il y a accueil du patient, prise de constantes, visite du médecin avec une préparation et une administration du traitement avec une surveillance adaptée.
A la suite de cette chimiothérapie il peut y avoir une consultation de diététicienne par rapport aux repas ou une rencontre avec un psychologue en fonction de l'état du patient.
Un nouveau rendez-vous est pris pour une prochaine séance avec une prescription d'examens biologiques et de traitement et le cycle se reproduit.
Ceci démontre et nécessite une organisation parfaite, un processus qui est parfaitement rodé dont le patient connaît parfaitement la mise en œuvre et qui permet de mettre en œuvre et de faire succéder dans l'hôpital de jour un certain nombre de patients.
Cette procédure comme nous l'avons déjà indiqué a été parfaitement comprise et retenue par les hospitaliers chinois pour leurs unités de cancérologie mais plus spécifiquement sur le cancer du sein.

Ont été étudiés les avantages que comporte ce type d'hospitalisation avec une diminution des risques d'infection nosocomiale, d'alitement prolongé qui est particulièrement important pour les personnes d'un certain âge, qui également est une réponse importante aux attentes des patients aujourd'hui, la présence de professionnels sur un temps utile, c'est-à-dire de renforcer tout ce qui peut être efficience, développer plus de technicités et d'expertises et évidemment ceci diminue tout ce qui est activité d'hôtellerie et d'entretien de la vie courante et par conséquent qui a des répercussions sur les coûts budgétaires de prise en compte des patients.

Ont été étudiées également les conditions de mise en œuvre comme ceci a déjà était souligné la mise en place des hôpitaux de jour nécessitent une rigueur organisationnelle dans la programmation de la prise en charge pour que l'hospitalisation se déroule de la manière la plus efficace tout retard dans la prise en charge d'un acte technique ou d'une

programmation au bloc opératoire ayant des conséquences importantes sur la chaîne de prise en charge du patient.

La pré-hospitalisation est également à prendre en compte d'une manière importante puisqu'il convient de bien définir quels sont les patients éligibles à ce type d'hospitalisation et en particulier concernant la prise en charge anesthésique ou bien d'examens de laboratoire ou de radiologie qui doivent être effectués avant cette hospitalisation. L'autre point concerne la post-hospitalisation avec le suivi du patient puisque celui-ci doit avoir un suivi par exemple par un appel téléphonique du lendemain ou sur d'autres jours afin de vérifier qu'il n'y a pas de problème. Organiser avec le patient un possible appel de l'établissement en cas d'incidents importants et prévoir comme pour les autres types d'hospitalisation, une rééducation ou une prise en charge post-hôpital de jour à domicile ou en activité extérieur, suivant la pathologie du patient.

Un point essentiel a été étudié qui est tout ce qui concerne pour les hôpitaux français la règlementation qui s'applique à ce type d'activité, à ce type d'hospitalisation en particulier qu'elles étaient les conditions qui devaient être réalisées pour que les actes qui soient accomplis dans ce type d'hospitalisation soient bien considérés comme une hospitalisation de jour puisque la règlementation française peut prévoir une tarification de jour par forfait quel que soit l'acte, forfait qui va être différent suivant les hôpitaux de jour de médecine ou suivant les hôpitaux de chirurgie.

5.2.3.2.2.2 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur les hôpitaux de jour

Les hospitaliers chinois ont vu tout l'intérêt qu'il y avait à cette organisation entre l'hospitalisation complète et les consultations externes avec en particulier son application au niveau des services de cancérologie avec les chimiothérapies. En effet, les hospitaliers chinois ont un problème très important comme nous l'avons vu à partir des statistiques, c'est le nombre très élevé de patients qui doivent recevoir une chimiothérapie. Or, l'implantation actuelle des locaux où sont pratiquées les chimiothérapies est dispersée dans plusieurs services et les espaces sont exigus. La recherche d'une organisation très ciblée avec un processus très précis leur permettrait de mieux organiser leur propre processus ainsi que le nombre de passages de patients. D'ailleurs, cela a abouti à une mise en place partielle de cette organisation.

5.2.3.2.2.3 La perception des hospitaliers chinois sur les hôpitaux de jour

Toute la difficulté de cette mise en œuvre réside pour les hospitaliers chinois à la non existence d'une tarification pour ce type d'hospitalisation.
D'ailleurs les hôpitaux de jour ont été mis en place aux urgences et 15 lits d'hôpitaux de jour ont été installés en cancérologie. Mais les effectifs ne sont pas normés et il est appliqué un forfait hospitalier mais qui ne correspond en aucun cas au forfait hôpital de jour qui existe en France.

5.2.3.2.3 L'organisation sur plusieurs sites

5.2.3.2.3.1 La description de l'organisation hospitalière sur plusieurs sites au Centre Hospitalier de La Rochelle

Il est à noter que les hospitaliers chinois étaient très intéressés sur la manière dont étaient organisés, en France et sur l'exemple du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, les établissements sur plusieurs sites.
En effet, l'hôpital de La Rochelle dispose d'un site qui regroupe tous les services MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) et le service des urgences, un site qui regroupe l'hôpital psychiatrique avec à proximité un autre site qui regroupe tous les services de gériatrie.

A côté de ces sites, il y a 3 établissements : un sur l'Ile de Ré à l'hôpital de Saint-Martin de Ré avec des Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et de l'EHPAD, un sur la commune d'Aigrefeuille l'établissement de Marlonges qui était un établissement SSR et un troisième établissement qui est un EHPAD qui se situe sur la commune de Surgères.

L'hôpital de La Rochelle a mis en place une organisation sur ces sites : un directeur adjoint en charge de la MCO, un de la psychiatrie et du médicosocial, un de la gériatrie et de l'ensemble des sites de Saint-Martin de Ré, Marlonges et Surgères.

Ces directeurs adjoints ont en charge leur pôle et le « parcours patient » respectivement de MCO, psychiatrie et gériatrie.

Dans chacun des sites a été mise en place une organisation avec des attachés d'administration qui sont au quotidien dans l'établissement.

Le directeur adjoint sur le secteur de la gériatrie, ayant en charge plusieurs sites, il ne peut être en permanence sur chacun des sites.

Cette organisation fait suite à une organisation en sites qui avait été expérimentée à La Rochelle précédemment avec un directeur de site et une « mini équipe de direction » ressources humaines, services économiques et directeur des soins, ce qui évidemment a beaucoup d'incidence avec le fonctionnement des directions fonctionnelles.

Cette expérience s'est heurtée à la mise en place des pôles et est devenue d'une certaine manière inopérante d'où la modification de son organisation sachant que certains établissements ont plutôt mis en place une organisation avec un directeur adjoint qui a en charge une direction fonctionnelle et qui a en charge un ou plusieurs pôles avec différents directeurs référents.

5.2.3.2.3.2 L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur l'organisation hospitalière en sites

L'expérience ancienne du Centre Hospitalier de La Rochelle a particulièrement intéressée les hospitaliers chinois puisqu'elle permettait de leur exposer des avantages et des inconvénients que le Groupe Hospitalier de La Rochelle avait pu vivre d'une manière très concrète et très opérationnelle.

Le directeur général et les hospitaliers chinois doivent mettre en place une organisation de type « sites » puisqu'ils vont avoir à gérer 2 établissements : un site sur l'hôpital actuel N° 3 de Nanchang qui être très remodifié quant à la composition des services qui resteront sur ce site et un 2ème site avec l'ouverture du nouvel hôpital.

Les 2 sites ayant une certaine distance puisque l'un est en centre-ville et l'autre dans la nouvelle ville de Nanchang.

Les hospitaliers chinois par conséquent s'interrogent beaucoup sur la manière la plus efficace pour gérer ces 2 établissements.

5.2.3.2.3.3 La perception par les hospitaliers chinois de l'organisation en sites

A travers les différents exposés des modes d'organisation expérimentés à La Rochelle, dès la typologie des établissements, de leur situation géographique, les hospitaliers chinois ont vu comment ils pouvaient gagner du temps à tester ces modes d'organisation sur plusieurs sites.
L'expérience du directeur général de La Rochelle dans ses postes précédents ou il avait testé ces différents modes d'organisation sur plusieurs sites ce qui a été perçu par les hospitaliers chinois comme un élément supplémentaire de validation des modes d'organisation testés.

Le troisième thème qui avait intéressé les hospitaliers chinois portait sur le domaine des ressources humaines et plus particulièrement sur la formation continue médicale et non médicale.

5.2.3.3 Sur les ressources humaines

Plusieurs sujets ont intéressés les hospitaliers chinois concernant les ressources humaines. Les tableaux de bord de suivi financier et des personnels, le suivi des effectifs médicaux seront développés dans la partie consacrée au contrôle de gestion.
Des techniques mises en place au Centre Hospitalier de La Rochelle appelés SIIPS qui sont des études de charge de travail ont été particulièrement intéressantes pour les hospitaliers chinois par rapport au déménagement d'un certain nombre de services vers le nouvel hôpital N° 3.
Cet outil a fait l'objet d'une présentation lors de la dernière mission de la délégation française à Nanchang. Celle-ci est à l'étude avec la direction des soins pour voir si elle peut être adaptée aux hôpitaux chinois.
Le sujet qui avait été retenu en premier concerne la formation continue.

5.2.3.3.1 La formation continue des personnels hospitaliers en France

La formation continue des personnels hospitaliers en France ou dite « formation tout au long de la vie » est une formation qui permet d'entretenir et de mettre à jour ses connaissances pendant toute sa vie professionnelle.

Elle est obligatoire pour certains professionnels hospitaliers, en particulier les personnels en contacts avec les malades, c'est le cas des médecins, des infirmières et des aides-soignants dans le cadre d'un dispositif récent qui s'appelle le Développement Professionnel Continu (DPC).

Les établissements hospitaliers ont le choix entre deux solutions, soit passer par un organisme national dénommé l'ANFH (Association Nationale de Formation du Personnel Hospitalier), soit gérer eux-mêmes leurs crédits. Aujourd'hui, l'ANFH gère 99% des budgets de formation des hôpitaux, CHU, hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et tout le secteur médico-social, à l'exception de quelques établissements et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

L'ANFH finance la formation professionnelle, accompagne les établissements, favorise le partage d'expériences, accompagne les parcours professionnels des agents.
L'intérêt principal de cette organisation est la mutualisation des fonds.

Les hôpitaux français doivent consacrer une partie de la masse salariale à la formation continue, 0,5% des salaires pour le développement professionnel continu des médecins pour les CHU, 0,75% pour les centres hospitaliers. Pour les autres personnels soignants, administratifs ou techniques, les établissements doivent consacrer :

- 2,1% de la masse salariale au plan de formation incluant le DPC, le plan de formation : les actions de formation sont généralement courtes, moins d'une semaine, elles doivent permettre de mettre à jour les connaissances des personnels qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques,
- 0,6% de la masse salariale pour les études promotionnelles, c'est-à-dire les études longues, jusqu'à 3 ans, pour obtenir un diplôme plus élevé, les études promotionnelles : les actions de formation sont longues (au moins un an) et doivent être diplômantes, les études promotionnelles concernent très majoritairement les diplômes de cadres de santé, d'infirmiers et infirmiers spécialisés, d'aides-soignants.
- 0,2% de la masse salariale pour le CFP (congé de formation professionnelle) pour les formations de type projet personnel ou les reconversions. Le congé de formation

professionnelle : les formations sont courtes ou longues, elles correspondent à des projets personnels ou de reconversion pour exercer un tout autre métier non hospitalier.
Quelle que soit la taille de l'établissement hospitalier ou médico-social employeur, celui-ci a donc l'obligation de consacrer ces sommes à la formation du personnel.

Le professionnel hospitalier français concerné n'a rien ou presque rien (tout à fait à la marge) à financer dans ses études liées à la formation continue. C'est l'établissement employeur qui finance en passant par l'ANFH.

L'ANFH en quelques chiffres :

- Plan de formation : 1 000 000 par an de départs en formation qui sont financés,
- Etudes promotionnelles : 18 000 études promotionnelles prises en charge chaque année,
- Congé de formation professionnelle : 3280 congés de formation professionnelle, 1320 validations des acquis de l'expérience (VAE) et 3458 bilans de compétences accordés, le bilan de compétence étant souvent fait avant une reconversion, celui-ci ayant pour objectif de faire le point sur les capacités d'évolution de l'agent et les orientations qu'il peut prendre.
- Développement Professionnel Continu (DPC) Médical : plus de 29000 départs pour les médecins.

Il existe un autre dispositif : la VAE, Validation des Acquis de l'Expérience a pour objectif d'obtenir tout ou partie d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification.
C'est aussi la possibilité d'accéder à un cursus de formation sans justifier du niveau d'études ou des diplômes ou titres normalement requis. Les personnes concernées sont celles qui peuvent justifier au total d'au moins trois ans d'activité en rapport avec le diplôme, le titre ou le certificat visé. Ces agents peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un congé pour validation des acquis de l'expérience, ces acquis étant validés par des commissions au niveau de l'Etat.

Les schémas de la formation ANFH figure en Annexes 30.

Au niveau de chaque hôpital, il est conçu un plan de formation continue. Ce plan est réalisé de la manière suivante :

- La démarche préalable au recensement des besoins de formation

Le budget prévisionnel du plan de formation de l'année suivante est calculé dès le mois d'avril au vu des prévisions de cotisations ANFH de l'année en cours et à hauteur de 1 % du total des cotisations ; 10 % minimum de ce montant est consacré aux mensualités de remplacement des agents partis en formation, 90 % sont répartis en 4 enveloppes :

- L'enveloppe institutionnelle : 45 %
  Elle est utilisée pour financer les formations qui découlent des plans nationaux en matière de santé, des orientations retenues par le projet d'établissement et des obligations réglementaires et statutaires.
- L'enveloppe de projets de pôle : 40 %
  Elle est consacrée au financement des besoins de formations issus du projet de pôle et des projets de service. Sa répartition par pôle est faite en fonction de l'effectif budgétaire en équivalent temps plein.
- L'enveloppe de demandes individuelles : 12 %
  Elle est destinée à la prise en charge financière des projets personnels des agents en lien avec leur activité professionnelle ou leur projet professionnel.
- L'enveloppe d'arbitrage : 3 %
  Il s'agit en quelque sorte d'une réserve dont l'utilisation est définie par la commission de formation, en fonction des projets présentés (en règle générale cette enveloppe permet de constituer des groupes de formation supplémentaires en lien avec des demandes individuelles d'agents ou de renforcer les formations institutionnelles les plus demandées par les agents).

Dès le mois de mai, une note de service est diffusée à tous les agents pour les informer du lancement du recensement des besoins de formation. Celle-ci est diffusée en même temps que la note sur l'évaluation-notation des agents dans la mesure où l'entretien de formation doit être mené conjointement à l'entretien professionnel.

Les chefs de pôle sont également destinataires d'une note rappelant l'articulation du plan autour des différents axes et le montant de l'enveloppe de pôle attribuée pour l'année.

- Le recensement

Les besoins de formation qui découlent de l'entretien de formation sont saisis par le cadre dans le logiciel GESFORM Intranet, outil informatique mis à disposition de l'établissement par l'ANFH. Ainsi, pour chacun des agents de son équipe, le cadre formalise l'entretien en faisant un bilan des actions passées et en recueillant les souhaits et besoins en matière de formation en lien avec l'entretien professionnel. Cet entretien doit être signé par le cadre et l'agent et archivé dans le dossier administratif de l'agent.

A l'issue de ce recensement, l'assistant de gestion de pôle, avec l'aide du service formation, édite les états récapitulatifs de l'ensemble des demandes de formation du service, procède à l'évaluation financière de ces demandes, puis, présente celles-ci sont présentées en bureau de pôle au mois de septembre de chaque année.
Le pôle valide les actions de formation qu'il souhaite retenir dans le cadre de l'enveloppe budgétaire dont il dispose.

La construction du plan de formation doit s'opérer dans le respect des critères suivants :

- toute demande validée par le service comme institutionnelle mais qui ne figure pas dans la liste validée par l'institution et la commission de formation sera automatiquement rebasculée en demande de pôle.
- les demandes de service qui font l'objet d'un refus par le pôle ne peuvent faire l'objet d'une requalification en demande individuelle. Le pôle doit en informer le cadre concerné qui informera l'agent du refus.
- toutes les demandes d'ordre individuel sont présentées à la commission de formation de novembre. Cependant, en raison du nombre très important de ces demandes au regard du budget disponible (12% du budget formation), la commission a mis en place des critères lui permettant d'éclairer ses choix :
    - l'agent doit engager son Droit Individuel à la Formation (crédit annuel d'heures de formation professionnelle)
    - l'agent doit motiver sa demande de formation
    - le cadre doit donner un avis favorable ou défavorable motivé
    - le cadre doit juger du niveau de pertinence de la demande de l'agent
    - l'action demandée doit faire suite à une formation précédente ou l'agent n'a pas eu de formation à titre individuel depuis plus de 3 ans, exception faite pour les demandes dans le cadre d'une formation réglementaire.

Un même agent ne peut pas faire plus de deux demandes de formation.

- La mise en œuvre du plan de formation

Le service de la formation adresse un courrier d'acceptation ou de refus à tous les agents ayant fait une demande de formation à titre individuel. Pour les demandes qui sont acceptées, l'agent contacte le service de la formation afin d'organiser la mise en place de cette action. Le cadre du service est informé des dates de départ en formation bien en amont afin d'anticiper le départ de l'agent.

Les formations qui relèvent du projet de pôle se mettent en place, soit directement avec le cadre de santé du service concerné soit avec le cadre supérieur de pôle.

L'organisation et la mise en place des formations dites « institutionnelles » incombent au service formation en lien avec l'encadrement de proximité et l'encadrement supérieur.

Toute action de formation de groupe qui nécessite l'intervention d'un organisme de formation extérieur doit faire l'objet d'une mise en concurrence. Pour cela un cahier des charges est rédigé par le responsable de formation, le cadre supérieur de santé du pôle ou toute autre personne compétente en la matière. Ce cahier des charges comprend les objectifs, le contenu de la formation ainsi que la période souhaitée. Il est diffusé aux prestataires de formation via le site internet de l'établissement, qui s'ils sont intéressés, adressent une offre de formation. L'ensemble des offres est étudié par le responsable de formation et le cas échéant le cadre supérieur ou toute autre personne qui a participé à la rédaction du cahier des charges. L'offre qui répond le mieux aux critères définis dans le cahier des charges à un moindre coût est retenue. Le choix est validé par le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Achats.

- Le suivi du plan de formation

A la fin du premier semestre, le service formation fait un point sur l'état d'avancement du plan de formation de l'année avec le cadre supérieur de santé et l'assistant de gestion de pôle. Si des formations sont annulées pour diverses raisons, le pôle peut alors proposer de nouvelles actions toujours dans le respect de l'enveloppe budgétaire dont il dispose. Les

crédits disponibles et non utilisés par un pôle sont réaffectés sur l'enveloppe globale du budget formation.

La Commission de Formation est saisie, en juin de l'année en cours, des modifications ou des nouvelles demandes de formation, dossiers qu'elle étudie toujours dans le respect d'une part des critères initialement définis, d'autre part des financements disponibles.

Le cadre supérieur de pôle et l'assistant de gestion disposent en temps réel des informations relatives au déroulement du plan de formation du pôle, en particulier le suivi financier, via le logiciel GESFORM intranet et ils ont la possibilité d'éditer des fiches de suivi par agent, par service, par pôle, par catégorie professionnelle, par types de formation.

Chaque formation, qu'elle soit de groupe ou individuelle, fait l'objet d'une évaluation pour notamment mesurer l'atteinte des objectifs, la qualité des interventions, le respect du cahier des charges, etc. Ces évaluations sont prises en compte pour reconduire, ou pas l'action de formation, adapter le cahier des charges, préciser ou modifier les objectifs au regard des attentes des stagiaires.

5.2.3.3.2 L'intérêt du mode de gestion de la formation continue pour les hospitaliers chinois

Ce n'est pas l'organisation particulière avec l'organisme qu'est l'ANFH qui a intéressé les hospitaliers chinois puisqu'il s'agit d'une organisation nationale et que celle-ci n'est pas transposable en Chine.
En revanche, plusieurs points ont attiré leur attention.
Le premier concerne la démarche appliquée à La Rochelle concernant la construction du plan de formation. C'est un processus qui permet de recenser les besoins des agents hospitaliers à partir de plusieurs critères : les besoins de l'institution qui sont arrêtés prioritairement pour tous les services ou tous les agents en fonction du thème concerné, les besoins propres à chaque service en lien avec leur spécialité, les individuels des agents. Au moment de l'évaluation de l'agent, son cadre détermine avec lui, en fonction de son bilan, les objectifs spécifiques qui lui sont assignés pour l'année suivante et les formations qui lui sont nécessaires.
Le deuxième concerne la délégation de gestion auprès des pôles concernant la formation continue. Chaque pôle dispose d'un crédit dédié que le chef de pôle, avec le bureau de pôle

et le cadre supérieur de santé du pôle, utilise pour le financement d'actions de formation qu'il juge prioritaires.

Le troisième point concerne le suivi du plan de formation. Chaque agent dispose d'un passeport individuel de formation qui permet de recenser toutes les formations dont il a bénéficié. Mais surtout, l'établissement dispose d'un logiciel dédié à la formation qui permet de suivre, au cours de l'année, l'exécution du plan de formation en termes de réalisation et de suivi financier. Ce point particulier a intéressé les hospitaliers chinois qui n'ont pas de suivi très approfondi de l'ensemble des formations des agents et qui gèrent un peu au coup par coup.

Enfin, ils ont manifesté leur intérêt pour l'application au corps médical d'un plan de formation organisé avec une commission médicale de formation qui établit des priorités collectives et individuelles.

5.2.3.3.3 La perception des hospitaliers chinois sur l'organisation de la formation continue au Centre Hospitalier de La Rochelle

En Chine, chaque établissement gère sa formation et il n'y a pas d'organisme collecteur comme en France. Pour les personnels soignants, il est organisé au niveau de l'établissement, ce qui est appelé « les petites conférences » chaque mardi après-midi par des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement. Les personnels ont aussi la possibilité d'aller suivre des formations à l'extérieur mais celles-ci sont conditionnés à certaines durées de présence dans l'établissement, suivant les catégories (plus de 3 ans, plus de 5 ans) à l'exception des personnels hospitaliers spécialisés qui ont la possibilité d'aller suivre des formations extérieures.

D'une manière générale, les personnels peuvent suivre des formations soit en interne, soit en externe, soit les deux.

Le processus, une fois la demande individuelle faite, suit le circuit hiérarchique avec un accord du cadre et un accord de la direction des soins. Chaque année, dans l'hôpital, un budget est consacré à la formation, le Directeur pouvant ajouter un certain nombre de crédits en fonction de la situation budgétaire de l'établissement et des demandes des agents.

En ce qui concerne la formation des médecins, il est important de noter que beaucoup de formations des médecins sont, à l'instar de ce qui se passe en France, prises en charge par des laboratoires. Pour bénéficier d'une formation, les médecins doivent recueillir l'avis favorable du chef de service et du directeur-adjoint en charge du personnel médical.
Il existe une procédure pour le remboursement des frais pris en charge par les agents au niveau des transports, de l'hôtellerie (chambre et repas) mais, ce qu'il convient de souligner, c'est l'absence d'un réel suivi financier. Il n'y a pas non plus de service de formation continue individualisé. Les personnes qui sont en charge de la formation effectuent plusieurs autres tâches comme par exemple la recherche ou l'information. Chacun, personnels soignants et personnels médicaux, a des responsables de formation qui sont différents, directeur des soins pour les paramédicaux et directeur-adjoint médical pour les médecins.

Enfin, les syndicats sont absolument exclus dans le processus de formation et ne donnent en aucun cas leur avis.

Par rapport à leur mode de fonctionnement qui vient d'être décrit, le mode d'organisation de la formation au Centre Hospitalier de la Rochelle répondait à une évolution de la gestion globale de l'hôpital avec des critères de mise en œuvre qui s'appliquent à l'ensemble de l'établissement, un suivi de l'activité de formation et financier service par service ainsi qu'au niveau global de l'établissement.

5.2.3.4 Sur le contrôle de gestion

Malgré la volonté et les objectifs affichés d'une gestion efficace, l'absence d'un véritable contrôle de gestion à l'hôpital N° 3 de Nanchang, traduit bien une forme de gouvernance plus marquée par l'administration que par une gestion réellement tournée vers la performance.

Comme cela a été le cas dans les hôpitaux français, cette difficulté d'implantation du contrôle de gestion peut-être liée à la sociologie de l'hôpital mais aussi au mode de financement de l'hôpital chinois.

Cette analogie laisse supposer que l'on puisse s'inspirer de l'exemple des hôpitaux français pour tenter de le généraliser à l'hôpital chinois.

Ce point sera traité autour de 3 aspects majeurs :

- les enjeux,
- le positionnement,
- le rôle.

5.2.3.4.1 Les enjeux et défis du contrôle de gestion

Les enjeux

- Améliorer la performance

Le contrôle de gestion doit suivre dans les hôpitaux la même évolution que dans les entreprises, en passant progressivement, d'une part d'une simple technique de contrôle à un véritable mode de management, d'autre part, d'un outil centré sur les besoins de la direction générale à un outil très largement partagé par les opérationnels.

Pour l'hôpital, en particulier en France, un élément majeur a été à l'origine de cette évolution, il s'agit de la réforme du financement. Ce dernier point devrait être un élément facilitateur pour l'hôpital de Nanchang dans la mesure où une part importante des recettes des hôpitaux chinois est directement liée à leur activité. Sans parler de tarification à l'activité comme en France, il est quand même possible d'évoquer une part de proportionnalité de la recette avec l'activité.

Ce mode de financement permet de lever deux obstacles majeurs en termes de gestion optimale, d'une part la perte d'autonomie de l'établissement, d'autre part la « culpabilisation » de l'activité médicale uniquement envisagée sous l'angle des charges générées.

Dans ce contexte, les enjeux pour le contrôle de gestion consistent en la nécessité de s'adapter aux nouvelles attentes en matière de :

a - connaissance de l'activité,
b – connaissance de coûts,
c – gestion de projet.

a – La connaissance de l'activité :

La description de l'activité devient dans un contexte de financement fondé sur celle-ci, un élément majeur de la ressource de l'hôpital. Il importe donc que le contrôle de gestion anime et assure au sein de l'hôpital la fonction de recueil et de collecte de cette information puisqu'elle est source de ressources pour l'hôpital.

b – La connaissance de coûts :

La connaissance des coûts apparaît plus largement encore comme une nécessité puisque ces coûts vont devoir être confrontés à des tarifs.

La comptabilité analytique change donc de statut en passant de celui de « rituel réglementaire à celui d'outil de gestion » (PAGES).

Cet objectif suppose que le contrôle de gestion soit en mesure de développer les outils permettant de calculer les coûts pour l'ensemble des activités de l'établissement. Il s'agit d'un enjeu très important pour l'hôpital.

c – La gestion des projets

Il s'agit d'un enjeu pour le contrôle de gestion puisque la mise en place d'une gestion de projets doit permettre d'engager une réflexion autour de l'utilité du projet, l'évaluation des risques, les charges à assumer, les recettes attendues, la performance financière de l'investissement « au total l'enjeu majeur pour le contrôle de gestion consiste à la fois à faciliter l'introduction d'une culture de gestion dans les établissements mais aussi par la suite à s'adapter aux nouvelles exigences techniques et surtout à favoriser la généralisation de cette culture gestionnaire à l'hôpital (ce qui n'est pas sans nécessiter des vertus pédagogiques fortes à l'égard d'un public parfois réticent où hermétique) ». (GROLLIER, MEDEE et PERARD)

Avant la réforme du financement on pouvait considérer que le contrôle de gestion à l'hôpital était la situation « d'un assiégeant à la recherche de son cheval de Troyes » (NOBRE).

On peut proprement dire aujourd'hui pour les hôpitaux français que cette réforme du financement a parfaitement remplie cette mission faisant passer le contrôle de gestion aux yeux des soignants et des médecins du rang de gadget à celui d'outil capable de générer des effets sur la qualité des soins et sur la situation financière de l'établissement.

5.2.3.4.2 Le positionnement du contrôle de gestion à l'hôpital

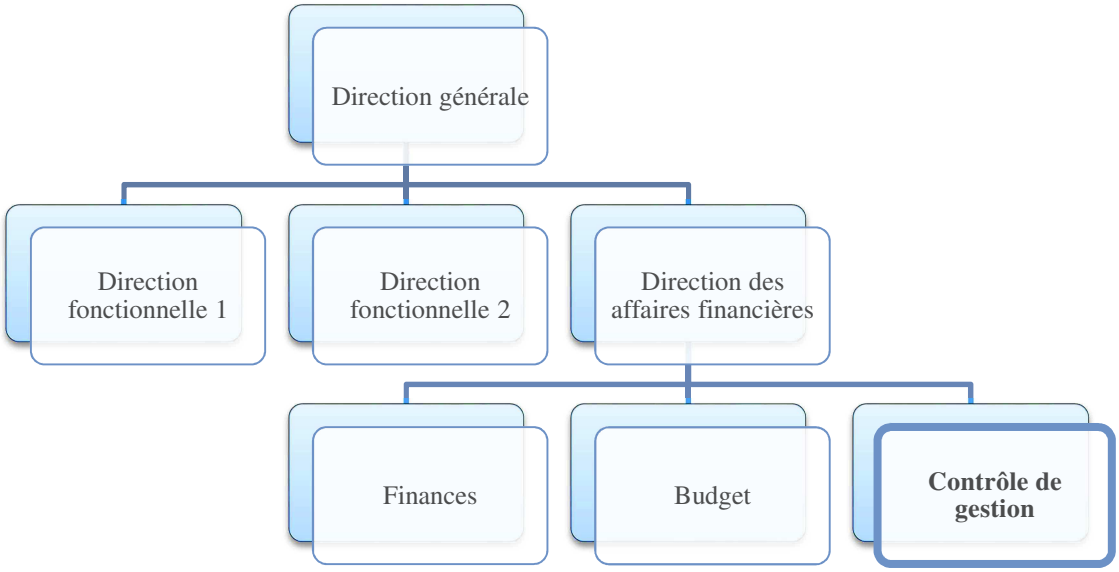
Il s'agit d'un point important car si l'on peut espérer que la perception du contrôle de gestion par les hospitaliers dépend très largement de sa capacité à fournir les bonnes informations, cette perception est également influencée par le rattachement fonctionnel de ce service. Il s'agit donc d'une problématique majeure.

a - Le rattachement à la direction des affaires financières

Selon une étude réalisée en France en 1998, dans les entreprises de plus de 500 personnes (GODENEUR et FORNERINO), plus de 60 % des services de contrôle de gestion sont rattachés aux directions financières des entreprises.

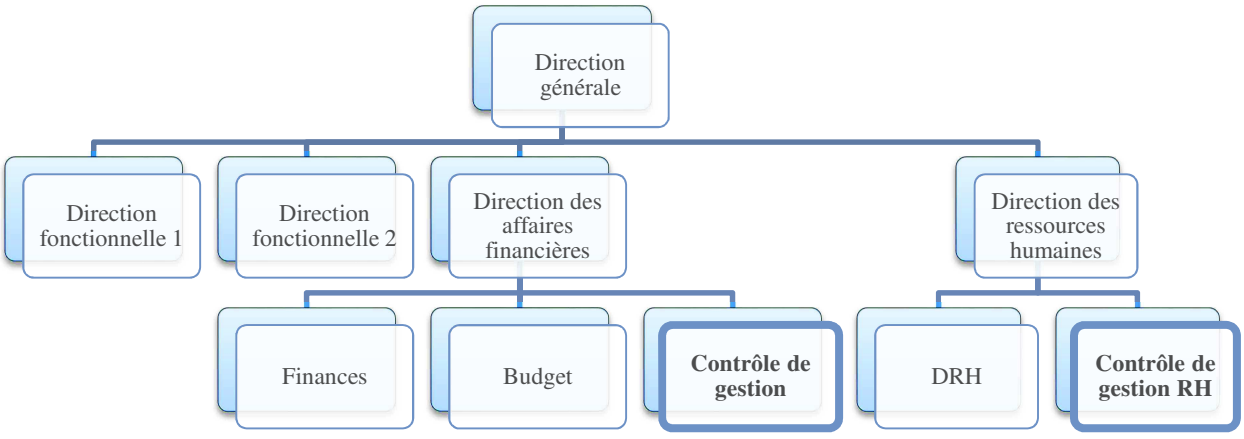
Dans les établissements hospitaliers, cette proportion est nettement plus importante, probablement de l'ordre de 80 %.
Cette solution a longtemps été analysée comme la plus opérationnelle en particulier dans les établissements hospitaliers les plus petits ou une autre solution paraît difficile. Elle présente toutefois un certain nombre de difficultés, la plus importante étant peut-être celle de donner l'image d'un contrôle de gestion uniquement centré sur les aspects budgétaires et financiers.

Elle peut être schématisée de la manière suivante :



Par ailleurs, son rattachement à une direction fonctionnelle peut rendre plus difficile les liens avec les autres opérationnels dans la mesure où le contrôle de gestion peut apparaître dans ce cadre, à la fois comme juge et parti.

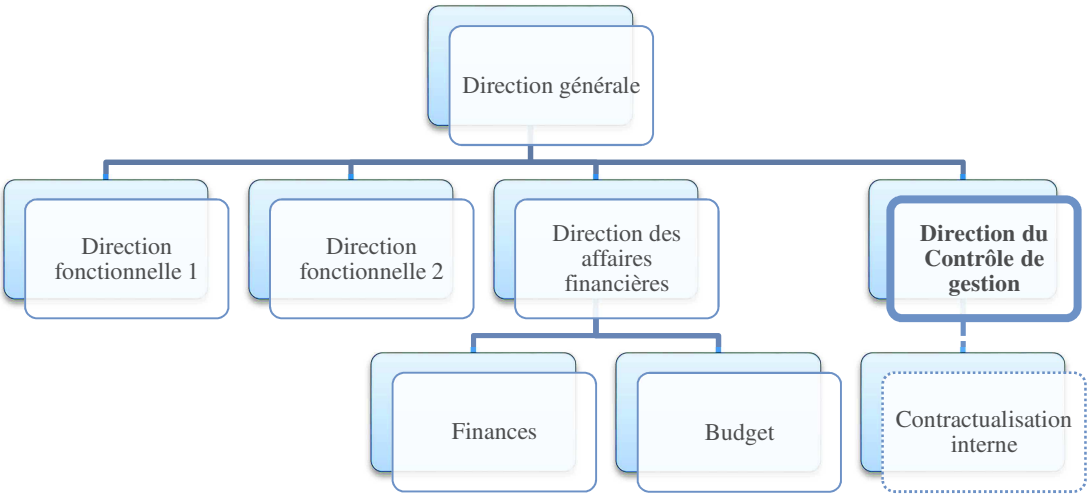
Enfin, ce positionnement peut générer dans d'autres directions fonctionnelles la volonté de créer au sein de ces directions des services « concurrents » et qui consisterait à développer pour chacune des directions financières une petite antenne du contrôle de gestion, en particulier au niveau de la DRH ; c'est un petit peu ce qui se passe à l'hôpital de Nanchang dans la mesure où on l'a constaté dans les paragraphes précédents, l'existence d'outils de contrôles de gestion au sein de chacune des directions fonctionnelles. Dans ce cas, l'organisation se présente sous la forme suivante :



b – La création d'une direction fonctionnelle spécifique

Il s'agit dans cette hypothèse de créer une direction fonctionnelle contrôle de gestion au même titre que les autres directions fonctionnelles.

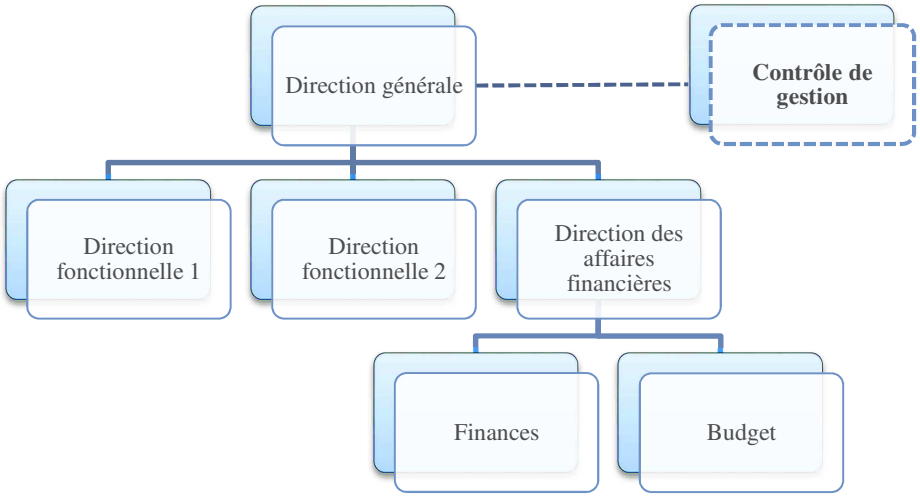
Cette solution présente l'avantage d'offrir une plus grande liberté au contrôle de gestion, notamment par rapport à la direction financière.



Ce positionnement permet également de renforcer les autres missions du contrôle de gestion sur l'analyse de la performance autre que ceux strictement financiers.

c – Le rattachement à la direction générale

Dans ce cas, le contrôle de gestion est en prise directe avec la stratégie et les besoins de la direction. Ce positionnement, en particulier dans les établissements les plus importants, favorise les préoccupations plus larges que dans le cas d'un rattachement à la direction des affaires financières. Elle apporte également une légitimité forte au contrôle de gestion.



5.2.3.4.3 Le rôle du contrôle de gestion à l'hôpital

Selon la fiche métier publiée par le Ministère de la Santé en France, le contrôle de gestion ″analyse en permanence les résultats de l'activité et les coûts des différents services et propose des actions destinées à optimiser les résultats et consolider la viabilité des différentes structures. Il réalise des études prospectives des résultats de ces structures, et éclaire ainsi les choix stratégiques de l'équipe de direction, des cadres et des médecins responsables. Le contrôleur de gestion aide les décideurs à définir la stratégie de développement de l'hôpital et de ces différentes activités. Selon les postes, différentes spécialisations existent le contrôleur budgétaire par exemple encadre la préparation des différents budgets, suit leur application et analyse les écarts survenus en cours d'année.″ (http://www.sante.gouv.fr/controleurdegestion). Le contrôleur de gestion devra donc comme dans les entreprises, d'une part aider les responsables fonctionnels à prendre les décisions, d'autre part aider les opérationnels à contrôle et à maîtriser leurs actions au sein de leurs unités. (GROLLIER, MEDEE et PERARD).

Le contrôle de gestion aura donc à développer les outils suivants :

- prévisions à court terme et fixation d'objectifs
- suivi des performances économiques : comptabilité analytique, contrôle budgétaire
- analyse des écarts : proposition de réaction
- assistance et conseils au manageur
- action de correction
- action de simulation

Deux points méritent d'être précisés à propos du rôle de ce contrôleur de gestion.

a – La dimension communication

Contrairement au rôle historique du contrôle de gestion, cette fonction ne peut plus aujourd'hui être tournée exclusivement vers les besoins de la direction générale mais s'ouvrir de plus en plus vers les responsables opérationnels. Le partage de la culture de gestion devient un enjeu majeur et il appartient au contrôle de gestion de la développer ″le contrôleur de gestion ne peut donc se limiter à l'accumulation de tâches techniques indispensables : comptabilité analytique, tableaux de bord réalisés dans son bureau, il doit être présent sur le terrain afin de participer à l'analyse en compagnie des opérationnels et d'organiser avec eux un dialogue de gestion le plus abouti possible. Le contrôle de gestion est aussi un organe d'échange d'informations avec des unités de production. Cette mission exige des liens réguliers, étroits et confiants avec ces unités. « Le contrôleur de gestion ne doit donc pas être un agent confiné derrière son clavier d'ordinateur mais bien un prestataire interne de service, clairement identifié, présent et reconnu sur le terrain ». (GROLLIER, MEDEE et PERARD)

b – La maîtrise et la fiabilisation du système d'information hospitalier

La mission de base du contrôle de gestion est de fournir des informations à l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

Cette mission impose au contrôle de gestion d'une part qu'il connaissance parfaitement le système d'information hospitalier pour savoir ce qu'il est possible d'en obtenir ou pas, d'autre part d'adapter les outils aux possibilités du système d'information, enfin il doit également être capable de le faire évoluer en cas de besoins.

Par ailleurs, et il s'agit d'un aspect majeur de sa mission, le contrôleur de gestion doit pouvoir s'assurer de la fiabilité générale du système d'information. En effet, la diffusion d'une information non fiable n'est d'une part d'aucune utilité pour l'ensemble des manageurs hospitaliers et d'autre part elle jette le discrédit sur l'ensemble des informations produites et devient donc est un élément de perturbations très important sur le dialogue de gestion à mettre en place.

Le contrôleur de gestion doit donc porter une grande attention à la fiabilité du système d'information et agir auprès de l'ensemble des directeurs fonctionnels concernés par l'alimentation du système d'information pour que les informations qui sont produites à l'intérieur du système soient parfaitement fiables.

Sur cette base il apparaît possible aujourd'hui de définir quelles sont les principales tâches à développer en particulier à l'hôpital de Nanchang.

D'abord, structuration du service et des objectifs, en particulier sur les aspects d'analyse d'activité et de calcul des coûts, ensuite définition et diffusion des tableaux de bord, enfin organisation du dialogue de gestion. Ces points seront développés précisément dans la troisième partie dans le cours du chapitre IX.

L'intérêt porté par les hospitaliers chinois sur le contrôle de gestion

Le souci de bonne gestion, l'amélioration de la performance sont on l'a dit des constantes partagées au sein de l'hôpital chinois, tant par le directeur général que par le corps médical et l'encadrement soignant.

Ces éléments ont bien sûr constitués dès les premiers échanges, une demande de la part des hospitaliers chinois quant aux méthodes et outils de suivi et d'évaluation de la gestion utilisés dans les hôpitaux français en général et à La Rochelle en particulier.

Ces demandes étaient par ailleurs également sous tendues par le fait que le DG de l'hôpital de Nanchang considérait que les outils utilisés dans son établissement étaient susceptibles de progrès.

Compte tenu de ce contexte, le contrôle de gestion a rapidement constitué un axe fort d'intérêt à développer au cours de cette collaboration.

La perception des hospitaliers chinois sur le contrôle de gestion

L'organisation du suivi de gestion à l'hôpital de Nanchang est basée sur des outils conçus et utilisés par chacune des directions fonctionnelles pour les informations qui la concernent.

Il existe donc des tableaux de bord différents pour chaque type d'informations : activité, recettes, dépenses, personnel, …. Cette multiplication des outils présente au moins deux inconvénients majeurs :

- Le risque d'incohérence entre les différents documents, par exemple définitions différentes d'un même item,
- L'absence de mesure globale de la performance d'une unité.

Au cours des diverses présentations effectuées, les hospitaliers chinois ont donc très rapidement perçu l'intérêt d'une évolution de leurs outils pour des documents et un service de contrôle de gestion unique.

Des tableaux de bord « centralisés », un service de contrôle de gestion unique, ont donc été très rapidement perçus comme des sources de progrès à la fois pour la connaissance que peut avoir le directeur général du fonctionnement des services, mais aussi pour le développement d'un dialogue de gestion beaucoup plus pertinent et donc efficace.

CHAPITRE VI – LES OUTILS RETENUS ET LES RAISONS DU CHOIX

6.1 La méthode utilisée

Nous avons montré dans le chapitre précédent à partir de quelle réflexion des outils ou modes d'organisations ont été identifiés comme ayant un intérêt à être étudiés. Il s'agit :
- de la gouvernance, du conseil de surveillance ;
- de l'organisation de l'hôpital, l'organisation en pôle, l'organisation en hôpital de jour, l'organisation sur plusieurs sites ;
- les ressources humaines, la formation continue
- le financement, la mise en œuvre du contrôle de gestion.

Dans ce chapitre VI, nous étudierons la démarche qui a été utilisée pour présenter les outils et méthodes de management et comment celle-ci a été validée. Puis nous verrons quelles sont les raisons du choix opéré. Enfin, nous présenterons les outils ou méthodes de management qui n'ont pas été retenus, ceux qui ne sont pas développés dans l'immédiat et ceux qui ont été retenus.
La démarche de priorisation des outils s'est faite en deux temps par la présentation des outils envisagés, par leur validation dans le cadre d'une enquête.

6.1.1 Par une démarche de présentation des outils et méthodes de management

Présentation des outils en chine

Tous les outils pressentis ont été présentés en Chine à l'hôpital N° 3 de Nanchang lors des visites et missions des hospitaliers français en Chine dans le cadre de conférences à partir de supports audiovisuels et de présentation d'expériences.

Tableau n° 14 : les missions réalisées

Dates des missions	Missions		Thèmes présentés et approfondis
	En Chine	En France	
Décembre 2013	Directeur Général CHLR Directeur des Ressources Humaines CHLR Ingénieur Directeur des Services Techniques CH Niort Médecin gynécologue CHLR Médecin pédiatre CHLR		Proposer au regard du modèle français une organisation pour le nouveau site de l'hôpital n°3 en construction à Chaoyang dans différents domaines (gouvernance, ressources humaines, travaux) Travailler avec l'équipe de direction de Nanchang sur une organisation géographique des services au sein du nouveau site Structurer sur l'ensemble de l'hôpital (site existant en centre-ville et nouveau site de Chaoyang) les activités du pôle femme-enfant, en particulier la spécialisation sur la prise en charge du cancer du sein
Août 2014	Directeur Général CHLR Directeur des Soins Experts universitaires		Présentation aux cadres chinois de dispositifs de management, en particulier sur la gouvernance des services à travers les pôles et les hôpitaux de jour. Signature d'une nouvelle convention de jumelage pour 3 ans pour poursuivre les échanges de cadres de direction, de médecins et de cadres soignants et signature d'une nouvelle convention permettant de faire venir des experts dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital n° 3 Présence du Maire et du Directeur du bureau de la santé permettant aux responsables hospitaliers chinois d'être renforcé dans la poursuite de leur action de coopération et d'expertise
Novembre 2014		Directeur-adjoint Médecins	Approfondir sur le terrain des dispositifs de management présentés à l'Hôpital de Nanchang
Mars 2015	Directeur Général CHLR Directeur-adjoint CHU de Poitiers, Président de l'Association Confucius et Hippocrate		Relancer une formation des directeurs d'hôpitaux de Nanchang au management hospitalier Présentations très concrètes lors de réunions avec les cadres de direction, médicaux, paramédicaux sur la gouvernance à travers les pôles Mise en place d'un comité de pilotage et de groupes de travail pour mener la réflexion sur les pôles
Août 2015	Directeur Général CHLR Directeur des Soins Expert universitaire Délégué de la FHF région Nouvelle Aquitaine auteur d'ouvrages sur le		Accompagner l'hôpital n° 3 de NANCHANG dans sa réflexion sur la mise en place des pôles à l'ouverture du nouvel hôpital en regroupant les quatre services de cancérologie et les services médico-techniques qui participent à l'activité. Développer les outils de contrôle de gestion avec une application concrète sur les pôles Développer les échanges sur l'organisation paramédicale Profiter de l'expérience des chinois sur les traitements du cancer du sein de par le nombre extrêmement important de cas traités tant au niveau des techniques chirurgicales, de chimiothérapie que de chirurgie réparatrice ; et pour les chinois de voir les techniques et traitements utilisés en France
Juillet 2016		Médecins chinois cancérologue et cardiologues	Fonctionnement des pôles Techniques de traitement du cancer
Septembre 2016	Directeur Général CHLR Médecin cancérologue CHLR Cadre supérieur de pôle CHLR Délégué de la FHF région Nouvelle Aquitaine auteur d'ouvrages sur le contrôle de gestion		Les techniques de chimiothérapie La présentation, l'organisation et le fonctionnement d'un pôle avec un focus particulier sur l'organisation paramédicale Le contrôle budgétaire appliqué aux pôles

Présentation des outils en France

Ces outils ont aussi été présentés lors de la visite des missions chinoises de l'hôpital N° 3 de Nanchang en France sous forme d'exposés théoriques à partir d'un diaporama, puis dans la pratique sur le terrain au niveau des différents services.

Au fur et à mesure que les outils pressentis ont été sélectionnés, leur approfondissement tant en Chine qu'en France a bien évidemment été réalisé.

6.1.2 Par une validation auprès des hospitaliers par l'intermédiaire d'une enquête

Comme il a été indiqué précédemment, dans le 5.2.2.1 au titre de la priorisation des outils et l'examen des attentes exprimées par les acteurs de l'hôpital chinois, cette même enquête a permis, sur les mêmes items, à partir des résultats, de retenir un certain nombre d'outils. C'est le cas des outils de management qui paraissaient les plus importants dans le domaine de la stratégie, de la gestion par objectifs ou de la gestion de la performance, et des points qui devaient être améliorés dans le management des services au niveau de l'optimisation économique, de la gestion par objectifs ou de la gestion de la qualité.

Tableau n° 15 : Questionnaire sur le management des services

INTITULE DES QUESTIONS	Réponses possibles	DG – Cadres de direction	Personnels cadres médicaux – paramédicaux et administratifs	Groupe de travail
Pensez-vous que le regroupement des services puisse améliorer les soins aux patients autour d'une pathologie et d'un profil patient	Non Oui Ne sait pas	0 % 57,1 % 42,9 %	8,9 % 56,3 % 34,8 %	0 % 68,42 % 31,58 %
Quels sont les rôles et missions du chef de service, gestionnaire de stratégies ?	Gestion de la stratégie	0 %	30 %	84 %
Le chef de service est-il un gestionnaire par objectifs ?	Oui	85,7 %	52,8 %	15,79 %
Est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire de mettre en place un assistant de gestion auprès du chef de service ?	Non Oui	14,3 % 71,4 %	7,9 % 71,9%	5,27 % 73,68 %
Ceci est-il urgent ?	Oui	14,3 %	20 %	21 %

On voit là aussi qu'une majorité des réponses s'oriente vers le fait que le regroupement des services comme la présentation qui a été faite en pôles peut améliorer les soins aux patients autour d'une pathologie ou d'un profil patient.

La direction générale et les directeurs-adjoints qui déterminent la stratégie de l'établissement considèrent que ce n'est pas dans les missions des chefs de service de définir la stratégie alors que pour les cadres administratifs, médicaux et soignants, et pour les groupes de travail à une plus grande majorité, il serait important qu'ils puissent être associés à la définition de la stratégie de l'établissement, en particulier à travers leurs pôles.

On constate cette différence importante où la direction générale voit bien cette définition des objectifs qui peuvent être assignés aux chefs de service, ceci étant beaucoup moins prégnant pour les cadres médicaux, soignants ou administratifs.

Sur la responsabilité de la gestion opérée un petit pourcentage se dégage sur cette gestion opérationnelle pour la direction générale et les cadres.
Une assistance administrative liée à une gestion de pôle semble intéressante pour les hospitaliers de l'hôpital de Nanchang sans qu'une urgence soit importante.

6.2 Les raisons du choix

Plusieurs facteurs sont intervenus dans les choix effectués. D'abord ceux liés aux outils eux-mêmes. Ainsi l'opportunité d'ouverture du nouvel hôpital constitue également un élément favorable.

6.2.1 Les facteurs liés aux outils et méthodes de management

Deux facteurs se dessinent.
Le premier facteur est lié à la pertinence du choix relatif aux différents outils de management. Ils évaluent cette pertinence par rapport à un certain nombre de critères. On peut citer les attentes et les demandes faites au directeur général et aux cadres de direction par l'Etat pour un meilleur suivi de leur budget et une gestion plus efficiente. Cela concerne en particulier les recettes qui proviennent des malades en dehors des crédits

d'Etat et qui sont la marge de manœuvre de l'établissement. Cette pertinence qui peut être également évaluée à l'aune des attentes des cadres médicaux, paramédicaux ou administratifs dans leur relation et leur manière de gérer leur service et à l'intérieur de leur service.

Le deuxième facteur important est l'adaptabilité. Celle-ci peut être mesurée par rapport à différents facteurs comme le contexte politique de la Chine et le fonctionnement politique de la tutelle chinoise sur les hôpitaux. Le système hiérarchique qui existe en Chine est lié comme nous l'avons vu dans la première partie, à des notions culturelles et des évolutions plus ou moins importantes et possibles de cette culture.

Enfin, par des éléments financiers, par rapport au mode de financement des hôpitaux chinois. En effet, la grande majorité des crédits des hôpitaux provient de l'Etat. Néanmoins, les hôpitaux peuvent avoir des recettes qui proviennent directement des patients, ceci constitue la nouveauté dans le financement des hôpitaux chinois. Ils ont extrêmement important car ils permettent d'engager des nouveaux projets ou d'acquérir de nouveaux équipements. Les choix des outils et des méthodes de management qui peuvent renforcer l'efficience de l'établissement et par conséquent les recettes seront un élément déterminant dans le choix des outils.

6.2.2 L'opportunité de l'ouverture du nouvel hôpital

La construction et l'ouverture du nouvel hôpital N° 3 de Nanchang est un élément extrêmement important quant au choix des outils qui ont été retenus.
En effet, le transfert d'un certain nombre de services, comme ceux liés à la cancérologie, vers le nouvel hôpital, a permis d'envisager, lors de ce transfert, des modifications, des adaptations, des prises en compte de nouveaux outils dans l'organisation médicale et paramédicale de ce nouvel établissement.
Le fait également de maintenir deux sites, l'hôpital ancien et l'hôpital nouveau avec des services transférés est un élément important sur le choix des chinois.
Enfin, l'utilisation de ressources en interne et de ressources externes par rapport au financement et au fonctionnement du nouvel hôpital sont des facteurs importants de recherche et de mise en place d'outils sur la gestion financière et le contrôle de gestion.

L’hôpital CHAOYANG BRANCH

6.3 Les outils et méthodes de management non retenus

6.3.1 Les outils et les raisons de leur élimination

Le Conseil d’administration est une modalité de gouvernance qui est restée en l’état.

En effet, le directeur général de l’hôpital n°3 de Nanchang était très intéressé pour voir comment une telle institution pouvait être un apport dans la gestion de son établissement.

En fait, l’idée de ce type d’organe institutionnel était basé sur un constat qu’il avait fait de fonctionnement des établissements publics/privés de santé qui fonctionnaient et qui fonctionnent en Chine et dans les établissements qu’il avait vu dans la ville de Nanchang avec une institution non pas identique mais assez similaire au niveau de ces établissements. C’est pourquoi il a souhaité étudier et faire étudier ce conseil d’administration. Assez rapidement le constat a était fait que le mode de fonctionnement des hôpitaux publics en Chine avec une tutelle qui est liée à l’Etat à travers la mairie, les institutions communales de la ville de Nanchang en l’occurrence, ou des organes qui y sont rattachés comme le bureau de la santé ou d’autres bureaux en intra qui gèrent un certain nombre de domaines liés au fonctionnement de l’hôpital.

Le deuxième élément d'une certaine tutelle est comme nous l'avons décrit le responsable du Parti et la cellule de ses collaborateurs qui siègent au sein de l'hôpital au côté du directeur général.
Dans ce cadre d'environnement et de fonctionnement institutionnel du Parti Communiste chinois et du fonctionnement sur cette partie encore d'une manière très bureaucratique au niveau de la tutelle, il a semblé très vite que le conseil d'administration, aujourd'hui le conseil de surveillance, tel qu'il existe dans les institutions hospitalières françaises et tel qu'il existe avec un certain aménagement dans les structures hospitalières privées chinoises ne pouvait être transposé dans les hôpitaux.

L'étude de cet outil et de sa transposition a donc été abandonnée.

6.4 Les modes d'organisation en attente

Deux projets ont été différés, ceux liés à la gestion de la formation continue et partiellement pour l'organisation de l'hôpital de jour.

6.4.1 Les outils et les raisons de leur mise en attente

6.4.1.1. La formation continue

Ce qui a particulièrement intéressé les hospitaliers chinois concerne tout ce qui évolue autour du plan de formation de l'établissement.
D'abord le circuit du recensement du plan de formation tel que nous avons pu le décrire : comment s'établissent les demandes institutionnelles, les demandes des services, les demandes individuelles, comment le calendrier est conçu, comment tout cela s'intègre avec les pôles et comment les pôles bénéficient d'une délégation concernant la gestion des crédits de formation pour les personnels du pôle, comment est suivi l'état d'avancement du plan de formation et en particulier le lien qu'il peut y avoir avec ce dont l'hôpital dispose comme outil fourni par l'ANFH au niveau du logiciel informatique.

Bien sûr, il n'est pas envisageable d'avoir une structure identique à ce que fourni l'ANFH au niveau des établissements hospitaliers français mais un logiciel qui peut être autre que le logiciel Gesform de l'ANFH peut être utilisé dans un hôpital chinois ainsi que la vision de

veille sur ce domaine, la fonction achat des formations et la fonction conseil des personnels hospitaliers avec une structuration d'un service réel de formation continue.
Tous ces aspects ont particulièrement intéressés les hospitaliers chinois.

Il a été convenu avec les hospitaliers français de laisser en attente provisoirement ce dossier puisque c'était tout ce qui concernait les pôles avec l'ouverture du nouvel hôpital qui était jugé prioritaire et que tous les dossiers ne pouvaient pas être traités à la foi.

6.4.1.2 Les hôpitaux de jour

En ce qui concerne les hôpitaux de jour, ceux-ci en fait ont vu une application en Chine sur l'hôpital N° 3 de Nanchang après ce qui a été présenté en Chine et ce qui a été vu par les hospitaliers chinois en France.
Le point essentiel d'achoppement est le financement de ces hôpitaux de jour qui n'existe pas en Chine.

Le directeur général de l'hôpital n° 3 de Nanchang a fait un certain nombre de démarches pour essayer de voir comment il pouvait bénéficier d'un système de tarification pour ces hôpitaux de jour.
Aujourd'hui cette démarche n'a pas encore abouti mais ces hôpitaux de jour ont néanmoins étaient mis en place avec un mode de financement qui n'est pas aussi performant au niveau des recettes que ce qui existe en France.

6.5 Les outils et méthodes de management retenus

Au final et sur la base de la même méthodologie d'analyse que pour les paragraphes précédents, deux outils ont semblé devoir être retenu et priorisé dans le cas d'expérimentation de l'évolution du management d'une part la mise en place des pôles, d'autre part le contrôle de gestion.

6.5.1 Les outils et les raisons de leur maintien

6.5.1.1 La mise en place des pôles

Dans ce premier cas, il est apparu en particulier à la communauté hospitalière de Nanchang qu'il était important de réformer l'organisation actuelle de l'établissement pour la rendre plus performante en retenant l'idée d'un regroupement de services médicaux afin de rendre l'hôpital beaucoup plus lisible d'une manière générale, de permettre un certain nombre de mutualisations susceptibles d'économies, ce qui correspond également à un objectif majeur du directeur général, enfin dans le cas particulier du cancer du sein et l'on verra dans les paragraphes suivants que c'est sur cette activité qu'a porté la priorisation, pour afficher la performance globale de l'hôpital et en particulier le positionnement de l'établissement sur ce type d'activité.

6.5.1.2 Le contrôle de gestion et les tableaux de bord

Dans ce domaine un certain nombre d'actions étaient menées par l'hôpital compte tenu de la volonté affichée du directeur général de disposer d'une gestion relativement performante, ceci étant dit, les outils disponibles dans l'établissement méritaient d'être revus pour être rendus plus efficaces en particulier sur trois points fondamentaux :

- d'une part la structuration d'une réelle mission de contrôle de gestion,
- d'autre part la mise en place d'un service de service de contrôle de gestion,
- enfin, la définition et la mise en œuvre d'un dialogue de gestion beaucoup plus organisé que le dialogue existant actuellement.

Ces points seront développés dans la troisième partie de cette thèse.

CONCLUSION

Nous avons pu étudier dans cette seconde partie le cheminement de la réflexion tant en France qu'en Chine qui a amené à sélectionner les outils et les modes de management et organisationnel.

Ceux-ci ont porté que la gouvernance globale de l'établissement, l'agrandissement de la gouvernance sur plusieurs sites, l'organisation des services en pôles, la mise en place d'hôpitaux de jour, l'organisation de la formation continue, la mise en œuvre d'un véritable contrôle de gestion.

Certains outils ou modes de management ont été éliminés, d'autres mis en réserve ou installés partiellement et enfin certains ont été choisi pour être particulièrement étudiés et

leur implantation réalisée dans l'hôpital N° 3 de Nanchang en les adaptant au contexte hospitalier chinois.

PARTIE III – EXPERIMENTATION ET MISE EN ŒUVRE

Nous avons pu étudier dans la seconde partie quels étaient les outils qui avaient été retenus. Nous présenterons dans cette partie III les expérimentations qui ont conduit à la mise en œuvre des outils effectivement retenus. Deux domaines ont été particulièrement visés. Le premier concerne la mise en œuvre des pôles, le second concerne la mise en œuvre du contrôle de gestion.

CHAPITRE VII – LA MISE EN ŒUVRE DES POLES

Le choix de ce type d'organisation repose on l'a vu dans le cours du chapitre 5, repose en partie sur le fait que les hospitaliers chinois ont constaté des dysfonctionnements liés à leur structure, proches de ceux constatés en France et qui ont justement conduit à la mise en œuvre de cette réforme. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, on peut espérer que ce qui a « marché » en France puisse également fonctionner en Chine, même si le concept de pôles se limitera au moins dans un premier temps à l'organisation d'un nouveau découpage de l'hôpital.

Dans ce chapitre, seront donc successivement abordés :
- les points mettant en évidence, les similitudes et écarts d'organisation entre les hôpitaux français et chinois et celui de Nanchang en particulier,
- la démarche entreprise à Nanchang pour mettre en œuvre ce projet.

7.1 L'organisation des hôpitaux chinois

Deux points seront successivement traités, d'abord les spécificités de l'organisation générale, ensuite les règles de fonctionnement des unités cliniques.

7.1.1 L'organisation générale

Au plan de l'organisation générale, l'hôpital chinois se distingue par deux aspects majeurs :

- L'existence à côté du DG, d'un directeur représentant le parti communiste,
- L'existence de directeurs adjoints « en charge » des services cliniques et médico-techniques.

Le directeur représentant le parti communiste a notamment en charge :

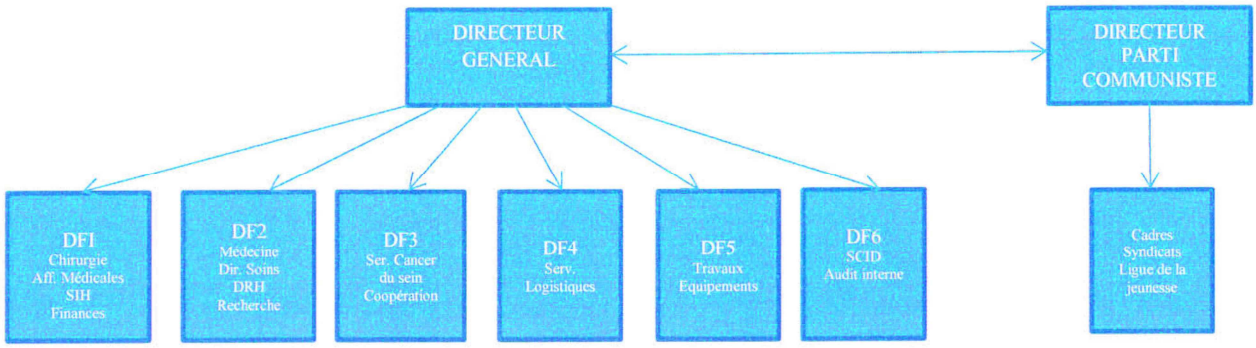
- La gestion des carrières, en particulier celles des cadres,
- Les relations avec les syndicats,
- La médecine du travail,
- La gestion des plaintes,
- La ligue de la jeunesse.

Les fonctions du directeur général, sont définies de la manière suivante :

- La mise en œuvre des objectifs en matière de santé, fixés par l'état et la région,
- La gestion générale de l'établissement,
- L'amélioration de la qualité des soins, la réduction des coûts, l'amélioration générale de l'efficacité et de l'efficience,
- La formation du personnel afin de garantir leur bon fonctionnement à l'égard des patients ainsi que le respect des règles d'éthique,
- La mise en œuvre des procédures de contrôle pour s'assurer du bon respect de la règlementation et des procédures déterminées au niveau de l'hôpital,
- Le recrutement et la gestion des personnels,
- La définition et la mise en œuvre des projets d'investissement : travaux et équipements ;

Le directeur général est bien sur assisté de directeurs adjoints, l'un de ceux-ci a la charge de « l'organisation » en lien avec les responsables médicaux des services médico-techniques et cliniques.

Compte tenu, de ces caractéristiques, l'organigramme de la direction de l'hôpital de Nanchang peut être schématisé de la manière suivante :



7.1.2 Le découpage en structures internes

De ce point de vue, on l'a déjà constaté, les principes de découpage de l'hôpital chinois, sont tout à fait comparables à ceux des EPS français. L'analyse met en évidence une multiplication des services, souvent de petite taille (inférieure à 30 lits), avec une habitude d'autonomie et/ou de concurrence (en tout cas de non collaboration) avec les autres services.

Même si l'action de la direction est importante par rapport à l'hôpital français dans le fonctionnement interne du fait de la présence active d'un « directeur médical » chargée de la représenter dans le service, le fonctionnement du service repose sur le responsable médical et le cadre soignant.

Les missions du chef de services sont les suivantes :

- Définir l'organisation de l'activité médicale,
- Garantir la formation continue permanente de l'équipe médicale,
- S'assurer du respect des règles et des procédures,
- Garantir la sécurité médicale dans le service,
- Permettre l'apprentissage des nouvelles technologies,
- S'assurer de la bonne gestion des dossiers médicaux.

Le cadre soignant est chargé :

- De l'élaboration et de la mise en œuvre de l'organisation du travail soignant dans l'unité,
- Du contrôle du respect des procédures de soins par le personnel soignant,
- De l'évaluation des soins, en lien avec le responsable médical du service,
- De la formation des équipes soignantes,
- Du contrôle du respect des règles d'hygiène.

7.2 L'organisation de l'hôpital n°3 de Nanchang

L'hôpital de Nanchang ne se distingue pas dans son organisation des autres hôpitaux chinois, l'exemple de l'activité autour du cancer du sein présentée dans ce paragraphe en constitue une bonne illustration

7.2.1 Présentation du découpage en structures internes

SERVICES MEDICO-TECHNIQUES		
LIBELLE DU SERVICE	TYPE D'ACTES	ACTIVITE - NOMBRE D'ACTES
LABORATOIRES	BIOCHIMIE	5 250 854
	BACTERIOLOGIE	24 046
RADIOTHERAPIE		224 872
MEDECINE NUCLEAIRE		17 656
ANATOMO-PATHOLOGIE		86 055
BLOC OPERATOIRE	INTERVENTIONS NIVEAU 1	4 182
	INTERVENTIONS NIVEAU 2	1 292
	INTERVENTIONS NIVEAU 3	2 111
	INTERVENTIONS NIVEAU 4	175
HEMODIALYSE	SEANCES	12 191
	AUTRES ACTES	951
EXPLORATIONS PNEUMOLOGIE		1 011
STERILISATION		136 505
PHARMACIE	PRESCRIPTIONS MEDECINE OCCIDENTALE	291 978
	PRESCRIPTIONS PHYTOTHERAPIE CHINOISE	19 007
RADIOLOGIE	SCANNER	28 311
	IRM	8 130
	ECHOGRAPHIE	147 474
	RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE	157 821
ECG		33 231
EEG	DOPPLER	1 259
	EEG	357
EG		1 467
UNITE DOULEUR		6 711
ENDOCRINOLGIE	GLYCEMIES	118 170
	AUTRES ACTES	1 436

LISTE DES SERVICES CLINIQUES			
LIBELLE SERVICES	CAPACITE EN LITS	NOMBRE D'ENTREES	DMS
PNEUMOLOGIE	50	2 106	13,8
CARDIOLOGIE 1	56	2 028	10,6
CARDIOLOGIE 2	28	1 635	10,2
GASTRO-ENTEROLOGIE	34	1 275	9,0
NEUROLOGIE	23	1 235	9,1
ENDOCRINOLOGIE	46	1 536	10,6
NEPHROLOGIE	20	355	16,0
ONCOLOGIE	30	1 219	13,3
HEMATOLOGIE	5	139	11,4
CANCER DU SEIN 3.1	28	2 716	8,4
CANCER DU SEIN 3.2	24	2 625	6,8
CHIRURGIE DIGESTIVEE	29	1 342	9,9
CHIRURGIE HEPATIQUE	15	127	11,2
GESTION DE LA DOULEUR	2	3	14,8
CHIRURGIE THORACIQUE	20	33	8,5
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	55	1 069	16,6
UROLOGIE	20	361	12,6
NEUROCHIRURGIE	20	425	13,8
ORL	4	94	7,2
OPHTALMOLOGIE	2	5	5,0
CANCER DU SEIN 1	55	2 992	6,9
CANCER DU SEIN 2	55	3 130	7,8
GYNECOLOGIE	20	564	5,8
OBSTETRIQUE	21	1 932	4,6
MEDECINE CHINOISE TRADITIONNELLE	5	3	9,0
REANIMATION	14	113	16,1
URGENCE	7	218	8,5
PEDIATRIE	28	937	6,2
NEONATALOGIE	29	932	11,6

7.2.2 Le cas particulier de la cancérologie (ou cancer du sein)

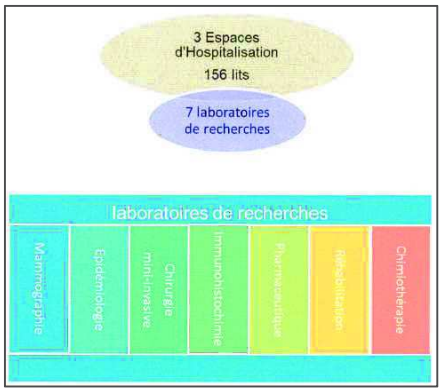
L'exemple de la cancérologie ou plus précisément de l'activité liée au cancer du sein est un exemple très significatif de l'hôpital de Nanchang dans la mesure ou

- d'une part l'organisation de cette activité correspond précisément aux règles d'organisation de l'activité médicale et soignante de l'hôpital de Nanchang,
- d'autre part qu'il s'agit de l'activité de référence de cet établissement et sur laquelle tant le directeur général que la communauté médicale souhaitent positionner l'hôpital de Nanchang comme le référent régional en la matière.

L'activité du cancer du sein a été créée dans l'hôpital à compter des années 1972. Il s'agissait alors des premières activités chirurgicales mammaires au niveau de la région.

7.2.2.1 Liste et description des services

Cette activité concerne directement, trois unités d'hospitalisation et sept laboratoires de recherche. Il s'agit ici du périmètre baptisé « centre du sein ».



Au-delà de ces unités, sont également concernées par cette activité, d'autres unités :

- service de médecine cancérologique, avec une forte activité de chimiothérapie,
- unité d'échographie,
- unité d'imagerie médicale,
- centre de dépistage.

Toutes ces unités pourraient intégrer un pôle lié à cette activité. De la même façon, l'hôpital envisage au moment de l'ouverture du nouvel hôpital l'ouverture d'un service de radiothérapie dont on peut également imaginer qu'il pourrait intégrer le pole déjà constitué.

7.2.2.2 Commentaires

La description de cette activité dans le paragraphe précédent illustre bien l'éclatement de cette activité sur de nombreux services d'hospitalisation, médico-techniques, de chimiothérapie, etc.

Pour la seule activité étiquetée cancer du sein, on note l'existence de quatre services étiquetés comme tels, dans l'établissement. Pour ces services d'hospitalisation l'analyse de l'activité ne met pas en évidence des différences majeures. A titre d'exemple pour le premier semestre 2015 on note :

- une proportion de diagnostic de cancer du sein à peu près identique entre les quatre services,

- des durées moyennes de séjour équivalentes pour chaque type de patient,
- un pourcentage de patientes opérées équivalent,
- des interventions chirurgicales de même type (par exemple : aucun niveau 4 et même répartition entre les niveaux 1, 2 et 3).

La seule différence concerne une utilisation plus importante des techniques micro-invasives dans les services étiquetés C1 et C2.

Même s'il existe au sein de ces quatre services des points d'intérêt différents pour chacun des médecins, il n'apparaît pas de différence significative quant à la pratique médicale entre ces services. Cette constatation est évidemment un élément majeur de la réflexion à venir.

S'agissant du service de médecine, qui correspond au cinquième service d'hospitalisation, on note que 80 % de l'activité est consacrée à la chimiothérapie. Globalement, ce service réalise donc la quasi-totalité des chimiothérapies après intervention chirurgicale. Les services étiquetés cancer du sein prennent eux en charge celles avant opération.

Le souhait du service de médecine est bien sûr d'arriver à une centralisation de toutes les chimiothérapies et à un regroupement avec la radiothérapie lorsque cette activité aura débutée au moment de l'ouverture du nouvel hôpital.

Au niveau des données de production et en particulier d'hospitalisation, on note également pour les quatre services des indicateurs en forte progression :

- l'évolution du nombre de séjours est en augmentation régulière :
    - Service 1 : + 6,8 %,
    - Service 2 : + 33 %,
    - Service 3-1 : + 23 %,
    - Service 3-2 : + 24 %.

- Les taux de rotation sont également plus importants. Ils sont particulièrement élevés pour les deux unités du service cancérologie 3, supérieur à 40 % pour une moyenne de l'établissement à 31,5 %.

- Les taux d'occupation sont soit stable pour le premier service soit en augmentation dans tous les cas ils sont très élevés.

- De la même manière, pour l'ensemble des services, les durées moyennes de séjour sont toutes en diminution.

L'évolution constatée sur les dernières années et les six premier de l'année 2015 est la même pour le service de médecine/cancérologie. Ce service traite en moyenne plus de 120 patients par moi. La DMS est presque à 12 jours et le taux d'occupation des lits est à environ 130 %.

S'agissant des données de consultations, pour les quatre services, l'activité est également en progression très importante par rapport à 2014. On note pour les six premiers mois de l'année une évolution supérieure à 22 104 consultations, soit + 50 %.

Les consultations dites normales représentent 56 % de l'activité, les évolutions les plus importantes concernent les consultations d'urgence et gratuites.

Les consultations de dépistage et de suivi ne sont pas intégrées dans le suivi fourni par les services statistiques.

En conclusion, pour l'ensemble des services d'hospitalisation et sans que l'on puisse en distinguer certains, on note une activité très importante pour tous les services concernés par la pathologie et en évolution très favorable.

S'agissant de l'analyse des moyens et d'abord pour ce qui concerne les budgets de service, même si le terme budget n'est surement pas adéquat, on note dans les quatre cas des services d'hospitalisation cancer du sein une augmentation sensible des recettes par rapport aux six premiers mois de 2014.

Tableau n° 16 : Suivi des recettes 1er semestre 2015

上半年收入总表　　单位：元

项　　目	本期数 2015	上年同期数 2014	同比% Evolution %
医疗收入 Activité	214,851,426.65	183,862,806.87	16.85
财政补助收入 Etat	230,905,138.81	17,862,848.68	1192.66
科教项目收入 Recherche	1,219,321.04	25,000.00	4777.28
其他收入 Autre	813,505.57	588,201.25	38.30
合　　计	447,789,392.07	202,338,856.80	121.31

S'agissant des effectifs médicaux et infirmiers, on note là aussi des proportions équivalentes même si l'on peut faire apparaître un certain nombre de différences :

- service 1 : 7 médecins, 13 infirmières,
- service 2 : 8 médecins, 14 infirmières,
- service 3-1 : 7 médecins,
- service 3-2 : 7 médecins pour 17 infirmières au total de ces deux derniers services,
- service de médecin /cancérologie on note 15 médecins, 14 infirmières et 6 agents médico-techniques.

Les ratios activité/moyens, font également l'objet d'une diffusion mensuelle par le service « statistiques » et permettent de ce fait une forme de « benchmark ».

Tableau n° 17 : Analyse activité d'hospitalisation

医生人均每日担负住院床日 排前五的科室:
HOSPITALISES PAR MEDECIN ET PAR JOUR

名次 CLT.	科室 SERVICE	人均床日 NOMBRE	医师人数 EFFECTIF
1	乳二科	8.6	9
2	乳三科(1)	8.5	7
3	呼吸内科	7.4	14
4	乳一科	7.2	8
5	乳三科(2)	6.1	8

Tableau n° 18 : Analyse activité de consultations

医生人均出院人数 排前五的科室:
CONSULTATIONS PAR MEDECIN ET PAR JOUR

名次	科室	人均出院	医师人数
1	乳二科	33.2	9
2	乳三科(1)	33.1	7
3	乳一科	31.6	8
4	乳三科(2)	26.1	8
5	呼吸内科	17.9	14

Au total on note un éclatement des services apparemment non justifié ni par une analyse de l'activité ni par une quantification de l'activité.

7.2.3 - Conclusion provisoire

Au-delà des difficultés d'organisation et économiques générées par cet éclatement de services :

- absence de mutualisation,
- concurrence médicale, etc.

La conséquence majeure bien comprise par le directeur général et aussi par le corps médical et l'encadrement soignant, c'est la difficulté de mettre en évidence cette activité comme réellement organisée au sein de l'hôpital alors même qu'il s'agit de l'activité majeure de l'établissement et que le directeur général, et au-delà l'ensemble de la communauté hospitalière, ambitionne très clairement de se positionner en la matière comme le référent régional.

7.3 Les perspectives d'évolution

D'une manière générale, à l'hôpital n°3 de Nanchang aujourd'hui, la démarche qui vise à constituer des pôles est plus acceptée que réellement comprise. De fait, les attentes des hospitaliers sont relativement floues pour beaucoup d'interlocuteurs. Cette démarche reste essentiellement, aujourd'hui, celle du directeur général et fondée essentiellement sur des éléments de gestion probablement destinés à imposer quelques contraintes économiques supplémentaires.

Pour autant, les médecins et les cadres des services sont, dans leur grande majorité, d'accord sur l'existence de pratiques médicales cohérentes entre les services et donc sur la nécessité de corriger un certain nombre de différences importantes dans ce domaine pour des activités de même nature. Ils sont dans tous les cas en totale symbiose avec l'objectif affiché par le directeur général : favoriser l'image de l'hôpital.

Au final et compte tenu des ″réserves″ des hospitaliers sur ce projet, il est apparu nécessaire de procéder par étapes. La première étape consiste à expérimenter la méthode sur un secteur d'activité, la deuxième consiste, si l'expérience est concluante, à généraliser la méthode au moment de l'ouverture du nouvel hôpital.

Bien évidemment et compte tenu de l'intérêt porté à la cancérologie dans cette hôpital, le choix de l'expérimentation s'est porté sur l'ensemble des activités autour du cancer du sein.

7.3.1 Le choix d'une démarche progressive, test sur une activité : le cancer du sein

Comme indiqué précédemment, le choix de cette activité c'est imposé naturellement. D'abord parce que la communauté hospitalière a bien compris l'intérêt qu'il y avait à positionner cette activité comme une activité de référence au niveau de la région, d'autre part parce que le fonctionnement actuel de l'ensemble de ces services fait apparaître un certain nombre de difficultés, difficultés qui sont liées premièrement à l'augmentation de l'activité et à la capacité des différents services, à la concurrence médicale entre ses services, à l'absence de coopération ou d'entraide en cas de difficultés pour un service, à l'existence de règles d'évaluation externes différentes.

Sur la notion de concurrence les cadres soulignent que cette notion ne concerne pas le personnel infirmier mais exclusivement le personnel médical.

Enfin et même si les points d'intérêt sont différents pour un certain nombre de médecins du pôle, il apparaît possible lorsque l'on discute avec eux de pouvoir dégager un projet médical commun à l'ensemble du pôle. De la même manière, et par rapport à l'idée de création d'un pôle, les interlocuteurs de cette activité, même pour ceux qui y sont favorables, n'ont pas d'attentes précises à part une mise en commun des moyens, la rédaction d'un projet commun et unique.

Par exemple, les aspects liés à la gestion, à la contractualisation, à la délégation restent encore assez flous à ce jour. Ils s'interrogent clairement sur le bénéfice qu'ils pourraient en tirer au plan de l'intéressement des services et des personnels : créations de postes, amélioration de la rémunération. Certains craignent que dans la pratique, les services continuent d'exister de la même manière qu'aujourd'hui simplement seul l'environnement aura été modifié.

Toutefois et la discussion avec les différents services cancer du sein le montre, les participants sont sinon convaincus de manière définitive, au moins près à tenter l'expérience.

Ceci dit, quelques-uns, peu nombreux, voient dans le pôle aucun changement ″c'est toujours le directeur qui décidera de tout″ au pire la création d'une couche supplémentaire de gestion. Lors d'une réunion regroupant l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux des différents services liés à l'activité cancer du sein, un questionnaire avait été remis à chaque participant pour essayer de connaître leur sentiment sur les évolutions de l'organisation en pôle.

Les réponses suivantes ont été recensées :
- sur la nécessité d'un changement de mode de gestion, la réponse oui à 90 %
- sur l'acceptation des pôles sur la base des modèles proposés : réponse oui à 76 %
- sur l'inclusion de l'activité dépistage dans le pôle : réponse oui à 83 %
- sur la réorganisation des activités de chimiothérapie : réponse oui à 68 %.

L'interrogation sur les objectifs de la constitution des pôles : il apparaît pour 51 % des réponses que l'objectif est un objectif de gestion et pour 60 % l'objectif consiste essentiellement à une réduction des coûts mais aussi une augmentation de la rémunération. Sur le fait qu'il existe de la concurrence au sein des services liés à une même discipline, la réponse est oui à 90 % et sur le fait qu'il s'agit essentiellement d'un projet plus administratif que médical, la réponse est oui à 80 %.

A noter toutefois que lors de cette enquête un certain nombre de personnes ont répondu qu'aucun il paraissait pertinent de réfléchir sur un modèle d'organisation différent du mode actuel, mais qu'il était risqué ″d'adopter″ un modèle étranger sans l'adapter aux conditions locales.

Enfin et même dans un contexte d'expérimentation l'idée était de bien définir les règles et principes à respecter :

1 - La mise en place des pôles doit s'accompagner d'une révision des organisations en particulier au sein des unités d'hospitalisation. Il ne faut donc pas juxtaposer des services qui conserveraient leur organisation.

2 – La mise en commun de moyens doit être la règle et doit renforcer la souplesse de gestion.

3 – La rédaction d'un projet unique cancer du sein augmentera la crédibilité de l'hôpital dans ce domaine vis-à-vis des autorités.

4 – Il faut prévoir la possibilité à terme de développer la contractualisation, l'intéressement. Ce dernier point étant un élément de motivation important par rapport au personnel médical et d'encadrement.

7.3.2 Les scénarios envisagés

Après plusieurs discussions avec l'ensemble des acteurs des services concernés, en particulier les médecins, l'encadrement mais aussi les infirmières, trois scénarios ont été mis au point.

Ces différents scénarios reposent sur des niveaux d'intégration des services et des modifications d'organisation différents.

Dans le premier scénario, si tous les services sont concernés par le nouveau découpage, en revanche l'organisation interne n'est pas modifiée. Chaque service conserve donc sa propre structure interne et ses activités.

Le deuxième scénario, est beaucoup plus ambitieux en termes de réorganisation. Dans cette hypothèse, l'objectif est de regrouper les activités par nature et donc de structurer le pôle sur la base du principe : une structure interne et une seule par activité. Ainsi par exemple, il n'existe plus dans ce scénario qu'une seule unité de chimiothérapie contre quatre dans le scénario précédent.

Le scénario 3, le plus modeste en termes de réorganisation, prend en compte la difficulté de mise en place rapide du projet et intègre la nécessité d'une avancée par étapes. Il reprend donc les principes du scénario 1, en les appliquant seulement aux seuls services cancer du sein qui conservent donc leur propre organisation, mais sont regroupés afin de pouvoir mettre en commun un certain nombre de moyens.

Ces trois scénarios sont détaillés dans les paragraphes suivants.

7.3.2.1 Scénario 1

Dans cette hypothèse, l'objectif est de regrouper au sein d'un pôle cancer du sein l'ensemble des activités d'hospitalisation médico-technique ou de prévention liées à cette activité.

Services **Cancer du sein 1** **Cancer du sein 2** **Cancer du sein 3** - Hospitalisation - Médecine - Chirurgie - Chimiothérapie - Consultations, - Recherche, - ……	**Médecine cancérologie** - Hospitalisation, - Chimiothérapie - Consultations, - Recherche, - ……	**Imagerie** - Echographie - ……	**Dépistage**

Ce scénario relativement simple à mettre en place laisse subsister dans leur configuration actuelle les anciens services de médecine de cancérologie, d'imagerie tant pour l'échographie que la mammographie et l'activité de dépistage. Par contre, les services de cancer du sein 1, 2 et 31-1 et 3-2 sont regroupés pour l'ensemble de leurs activités au sein d'une seule structure interne.

7.3.2.2 Scénario 2

Ce scénario remet en cause plus profondément l'ensemble des organisations existantes. Il est basé sur l'organisation non pas sur la base des structures internes préexistantes mais sur la distinction de l'ensemble des activités.

On distinguera donc :

- une structure interne de chimiothérapie qui aura en charge l'ensemble des activités de préparation d'hospitalisation, d'hospitalisation de jour
- une structure interne regroupant l'ensemble des unités d'hospitalisation à la fois de médecine et de chirurgie
- une structure interne préexistante liée au dépistage et à la prévention
- une structure interne liée à l'échographie et à la mammographie et enfin aux activités de recherche qui jusque-là étaient réparties dans l'ensemble des services essentiellement d'hospitalisation.

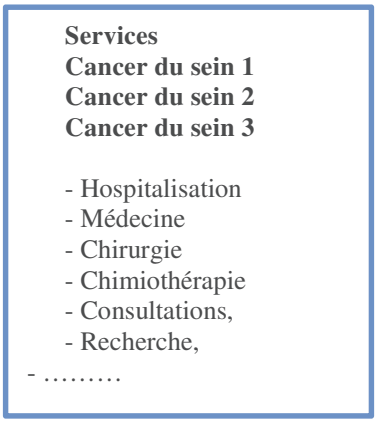
Chimiothérapie - Préparation -Hospitalisation - Hospitalisation de jour, - ……..	Services **Hospitalisation 1** **Hospitalisation 2** **Hospitalisation 3** - Médecine, Chirurgie	**Dépistage**	**Echographie**	**Recherche**

C’est donc une organisation qui modifie beaucoup plus profondément l’organisation interne et qui nécessite probablement une réflexion beaucoup plus importante que le scénario n° 1.

7.3.2.3 Scénario 3

Les discutions au sein de l’hôpital sur ces deux hypothèses de nature différente ont permis de mettre en évidence des positionnements très différents. Le personnel infirmier apparaît plutôt favorable au scénario n° 2 même si la centralisation d’une unité de chimiothérapie les inquiète pour les aspects de charge de travail.

En revanche, la création d’une unité de préparation correspond à une attente très forte. Le personnel médical, pour sa part, est très partagé. Certains voient dans ce changement de structure l’obligation pour eux de modifier l’organisation personnelle. Toutefois, les freins et difficultés liés à la mise en place d’un scénario regroupant l’ensemble des activités (scénario 1 ou 2) conduisent à envisager une hypothèse N° 3 concernant uniquement les quatre services d’hospitalisation cancer du sein, cancer du sein 1, cancer du sein 2, cancer du sein 3-1 et 3-2



Ce scénario certes très partiel par rapport à l'ambition initiale du projet présente l'avantage d'une mise en œuvre plus facile et plus rapide.

7.3.3 Le scénario retenu

Compte tenu de la volonté du directeur de tester une application, des incertitudes de la communauté hospitalière sur l'ensemble du projet, le scénario N° 3 apparait beaucoup plus facile à mettre en œuvre. Il présente par ailleurs l'avantage de régler les problèmes liés aux trois (ou quatre) services de cancer du sein qui sont probablement ceux dont la problématique est la plus importante. De plus, ce scénario présente l'avantage de pouvoir être, beaucoup plus rapidement que les autres, mis en place et doit permettre une évaluation assez large avant l'ouverture du nouvel hôpital.

Durant cette expérimentation, il appartiendra à la communauté hospitalière de se positionner sur le choix du scénario 1 ou 2 au moment de l'ouverture du nouvel hôpital. Dans ce cadre et à ce moment-là, il appartiendra aussi d'intégrer dans l'un des scénarios l'activité de radiothérapie qui devrait paraître à ce moment-là.

7.4 Les conditions de mise en œuvre et généralisation

Deux éléments ont amené de profondes modifications sur les orientions et priorités en matière de gestion. Le premier concerne au début de l'année 2016 le changement de directeur général à la tête de la direction de l'Hôpital n°3 de Nanchang. Le deuxième est de recentrer toutes les énergies (en particulier celles des directions administratives) sur la finalisation du nouvel hôpital qui a pris beaucoup de retard et la préparation de son ouverture en 2017.

En conséquence, tous les autres projets liés, en particulier ceux liés à l'amélioration de la gestion et au sein de ceux-ci, ceux développés dans le cadre de la collaboration franco chinoise ont été différés après l'ouverture du nouvel hôpital.

Toutefois, s'agissant de la démarche d'organisation en pôles, et pour :

- d'une part, ne pas stopper brutalement les démarches déjà engagées,
- d'autre part, tenter de régler certaines problématiques liées au fonctionnement des services,

le directeur général a décidé qu'une expérimentation devait être conduite, toujours sur le même périmètre des services « cancer du sein », en matière d'apprentissage de la mutualisation.

Cette nouvelle organisation, baptisée « fonctionnement multi-services » pour la distinguer du projet initial d'organisation en pôles a été confiée à l'encadrement soignant en lien avec les responsables médicaux, a été mise en place au cours du mois de septembre 2016. Il est donc encore trop tôt pour procéder à une réelle évaluation. Toutefois, il apparait après quelques semaines de fonctionnement que cette organisation a permis :

- de faire face à plusieurs épisodes de tension dans certaines unités, grâce à des ajustements et déplacements de personnel,
- globalement une meilleure compréhension par chacun des difficultés potentielles des acteurs des autres unités de ce regroupement,
- probablement une première approche, qu'il conviendra de valoriser le moment venu, du fonctionnement par pôles.

Même si cette première expérience de mutualisation, ne concerne dans un premier temps que le personnel soignant et dans une moindre mesure des moyens matériels, c'est-à-dire probablement (compte tenu du mode de fonctionnement antérieur des cadres) la partie la plus facile de l'exercice, il reste que les principes de celle-ci sont à ce jour également validés par le corps médical, qui :

- a joué le jeu sans adopter de comportements égoïstes par rapport à leur service,
- a pu apprécier le règlement d'un certain nombre de problèmes dans leur propre service de manière plus fluide qu'auparavant.

Il apparait au bout du compte, que cet exercice, même s'il a différé de quelques mois le démarrage effectif de l'organisation en pôles d'activité, sera finalement un élément facilitateur, au moment de la mise en place effective de la nouvelle organisation.

CONCLUSION

Malgré le report du projet à l'ouverture du nouvel hôpital, les réflexions et discussions sur ce sujet ont été très riches et ont permis une véritable appropriation du sujet dans

l'établissement, au moins sur la partie théorique. Les acteurs hospitaliers ont réellement pris conscience de la nécessité d'une révision de l'organisation pour non seulement améliorer l'efficience de l'hôpital, mais également la prise en charge du patient.

Bien sûr, les discussions ont montré, comme en France, des difficultés pour certains à modifier des organisations personnelles anciennes. Difficultés qui ont conduit à privilégier un processus très progressif avec le choix de scénario « facile ».

Pour autant, il apparait que cette première phase qui a permis une très large discussion autour des sujets d'organisation de la structure constitue une première étape à une évolution future plus ambitieuse.

CHAPITRE VIII – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTROLE DE GESTION

Le développement des outils de contrôle de gestion est rapidement apparu aux yeux des hospitaliers de Nanchang, comme une possibilité intéressante compte tenu d'une part de leur intérêt naturel pour une gestion efficace et des outils déjà existants, d'autre part des exigences croissantes des pouvoirs publics en matière d'efficience de la gestion des hôpitaux.

Avant d'examiner en détail, ce qui a été réalisé au centre hospitalier de Nanchang (8.3), nous examinerons la situation de cette technique d'abord dans les entreprises (8.1), puis à l'hôpital (8.2).

8.1 Le contrôle de gestion dans les entreprises chinoises

Dans la littérature chinoise, la définition du contrôle de gestion diffère sensiblement de celle qu'on retrouve en France, même si l'on constate actuellement une évolution vers un rapprochement. Le contrôle de gestion en Chine est en effet, essentiellement orienté vers le contrôle de la norme et de la loi.

Le contrôle de gestion est ainsi défini comme l'ensemble des règles qui permettent de veiller à ce que l'organisation interne de l'entreprise et chaque membre du personnel œuvrent pour la réalisation des objectifs prédéterminés.

Ce contrôle de gestion insiste sur le développement très important :

- D'outils de calcul des coûts internes,
- De contrôle des opérations financières,
- D'outils d'audit interne.

Au-delà de ces objectifs généraux, d'autres missions sont également affectées au contrôle de gestion :

- L'amélioration des conditions d'utilisation des biens de l'entreprise, c'est-à-dire :
    - La réduction du gaspillage,
    - La lutte contre la corruption et/ou vol,
- La facilitation des décisions d'investissement,

- La rationalisation de l'information comptable et sa conformité aux règles nationales.

Même si les aspects de contrôle, voire de surveillance budgétaire apparaissent très importants, le développement du contrôle de gestion, c'est-à-dire l'accroissement de ses missions, constitue un élément majeur de la stratégie et de la gestion des entreprises.

Dans des entreprises de plus en plus complexes, il est absolument indispensable de disposer d'outils de contrôle interne pour assurer la cohérence et la coordination des différents plans d'actions dans les structures.

De la même manière, dans un contexte de forte concurrence commerciale, le contrôle de gestion doit être un élément garantissant une prévention et une gestion des risques économiques, permettant le développement de l'entreprise.

Au final, les missions majeures demeurent tout de même celles liées :

- A la conformité comptable,
- Au contrôle et à la maitrise des coûts internes,
- D'une manière générale au contrôle interne.

La mise en place aujourd'hui de procédures de contrôle de gestion et d'audit interne apparaît comme une nécessité pour le développement des entreprises chinoises. Il importe donc que les dirigeants d'entreprises se saisissent rapidement de ce problème, ce qui passe également par leur formation afin qu'ils soient en mesure de mobiliser tous les acteurs, à tous les niveaux de la structure et pour pouvoir développer autour de ce thème une véritable culture d'entreprise.

Pour Xing De Dian, professeur à l'université de Pékin, l'existence au sein de l'entreprise d'une place importante réservée au contrôle de gestion, constitue un indicateur important de sa bonne santé. Le renforcement de ces outils constitue donc un enjeu essentiel pour les entreprises chinoises.

8.2 Le contrôle de gestion à l'hôpital

Le développement du contrôle de gestion dans les hôpitaux chinois est relativement récent et encore peu organisé. Il s'agit toutefois d'une tendance irréversible car elle correspond à une volonté affirmée des pouvoirs publics, dans le cadre des réformes en cours au niveau du pays.

La définition du contrôle de gestion à l'hôpital ne diffère évidemment pas beaucoup de celle observée pour les entreprises. Le concept de contrôle, voire de sanction et de conformité aux normes restent essentielles, pour autant et c'est aspect peut être lié au caractère récent de cet outil à l'hôpital, les missions nouvelles se développent également.

En effet, si la conformité juridique, le contrôle des activités, le suivi budgétaire restent les missions majeures, il apparait pour QINGJIE Li de l'hôpital de Fushun que « dans le contexte actuel de concurrence entre les établissements, le contrôle de gestion ou contrôle interne est un moyen efficace de promouvoir la compétitivité de l'hôpital, d'améliorer son niveau global de performance en gestion et donc d'assurer son avenir ».

Le contrôle de gestion à l'hôpital est aujourd'hui fondé sur quatre principes :

- Le principe de l'approche globale : ce qui signifie que tous les aspects de l'hôpital sont concernés par cet outil, tant pour ce qui est du court ou du long terme,
- Le principe de légalité : il s'agit ici de réaffirmer que le respect des règles et des normes est essentiel et que le contrôle de gestion est de bien s'en assurer,
- Le principe de l'équilibre, entre l'objectif général d'amélioration de l'efficacité du fonctionnement et ceux plus ponctuels d'amélioration des processus et de répartition des responsabilités,
- Le principe de l'intérêt public, qui impose même dans un contexte de plus en plus prégnant d'économie de marché, de conserver le concept d'un hôpital protecteur et promoteur de la santé pour l'ensemble de la population.

Dans le contexte actuel, deux points doivent faire l'objet d'amélioration pour faciliter le développement de cet outil qui reste encore embryonnaire à l'hôpital, l'établissement de normes et la qualification du personnel :

- L'absence de normes harmonisées : certes des normes existent, en particulier au plan financier, mais elles sont pour l'essentiel applicables aux entreprises du secteur privé. L'élaboration de normes et/ou de références purement hospitalières facilitera d'une part le contrôle lui-même, mais aussi le benchmarking entre établissements, et à terme la construction de bases de données inter hospitalières, aujourd'hui inexistantes.
- La qualification du personnel chargé du contrôle de gestion : une évolution de la qualification du personnel est indispensable pour accompagner l'évolution de la fonction contrôle de gestion. Aujourd'hui ces missions sont essentiellement

assumées par des comptables, naturellement portés sur les fonctions de contrôle de conformité. L'élargissement de l'éventail des questions à traiter, nécessite donc, soit un recrutement lui-même élargi, soit une formation des agents en fonction.

La mise en place d'outils de comptabilité analytique constitue également un objectif important. L'objectif de gestion (maitrise) des coûts est clairement imposé aujourd'hui à l'hôpital public. Il convient donc que chaque établissement se dote d'outils permettant d'évaluer la réalité des coûts par rapport aux cibles fixées. Le Ministère de la Santé considère en effet, que cette préoccupation doit être quotidienne pour l'ensemble des acteurs hospitaliers. Il importe donc d'améliorer le taux d'utilisation des ressources de l'hôpital et de réduire les couts afin d'obtenir le meilleur ratio possible : coût-efficacité.

Au total, il apparait clairement qu'aujourd'hui, l'hôpital ne dispose pas d'un contrôle de gestion adapté aux nouvelles exigences liées aux réformes en cours et à l'application (au moins partiellement) aux hôpitaux des principes de l'économie de marché.

Pour QINGJIE Li, le développement du contrôle de gestion doit donc constituer pour les hôpitaux une priorité.

8.3 Le contrôle de gestion à l'hôpital n°3 de NANCHANG

Il n'existe pas à proprement parler de contrôle de gestion à l'hôpital de Nanchang, en tout cas pas en tant que service ou structure dédiée à cette fonction. Cette absence constitue évidemment une difficulté par rapport à l'objectif fixé de développement de cette fonction (§8.3.2). Pour autant, on ne peut pas dire pour autant que cette technique est totalement étrangère au fonctionnement de l'hôpital, il existe ainsi au sein même de l'établissement des éléments très favorables qui peuvent constituer une base de départ particulièrement intéressante (§8.3.1).

8.3.1 Les éléments favorables

Ces éléments favorables sont liés d'une part à la volonté de la direction de promouvoir l'idée d'une gestion et d'une performance globale de l'établissement la plus efficiente possible, cette volonté étant largement partagée au sein de l'hôpital, d'autre part à l'existence préalable de nombreux outils de suivi.

8.3.1.1 – la volonté de l'établissement

Si l'établissement ne dispose pas réellement d'un service de contrôle de gestion rattaché soit au directeur général soit à une direction fonctionnelle, il faut insister sur un certain nombre de points favorables qui incitent à penser que le développement du contrôle de gestion peut se faire dans les meilleures conditions dans cet établissement.

1 – L'idée partagée par l'ensemble de la communauté hospitalière que le concept de bonne gestion est une nécessité absolue pour le développement de l'hôpital. Tout le monde dans l'établissement qu'il s'agisse bien sûr de la direction mais également de la communauté médicale ou de l'encadrement a bien conscience que l'hôpital ne peut se développer et cela fait partie des projets de chacun, que dans un contexte de bonne gestion.

2 – Ce souci de bonne gestion constitue également une priorité du directeur général qui souhaite disposé d'éléments de suivi les plus pertinents possible et pour partie les partager avec l'ensemble de la communauté médicale.

3 – Le dernier point est probablement aussi important et découle des deux premiers, c'est l'existence dans l'établissement, de manière éparpillé dans l'ensemble des directions fonctionnelles, de nombreux outils de gestion, outils partagés soit avec la direction soit avec les services opérationnels.

8.3.1.2 - L'existence d'outils de suivi

8.3.1.2.1 : les outils développés par le service financier :

Le service assure le suivi des dépenses par mois, ce document est diffusé au Directeur Général et au Directeur des finances.

Il s'agit d'un document complet faisant apparaitre :

- le suivi des recettes,
- le suivi des dépenses,
- des analyses graphiques,
- un commentaire détaillé sur la situation budgétaire de l'établissement.

Tableau n° 19 : le suivi des recettes au 30 juin 2015, en Yuan (1 yuan = 0,1365€)

上半年收入总表　　单位：元

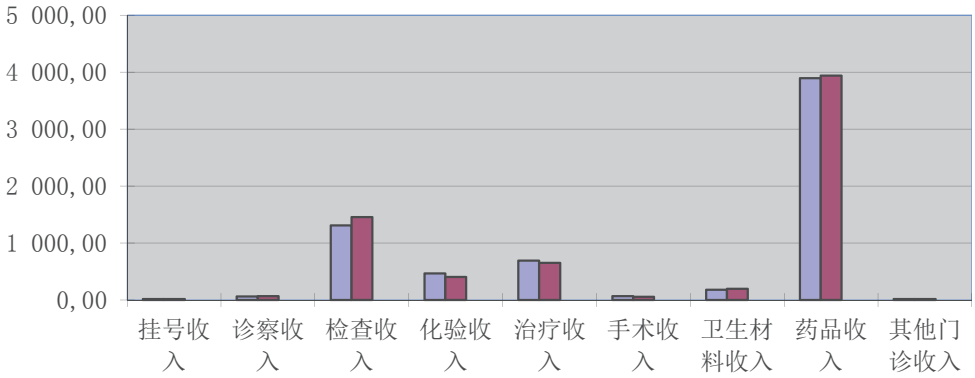
项　目	本期数 2015	上年同期数 2014	同比% Evolution %
医疗收入 Activité	214,851,426.65	183,862,806.87	16.85
财政补助收入 Etat	230,905,138.81	17,862,848.68	1192.66
科教项目收入 Recherche	1,219,321.04	25,000.00	4777.28
其他收入 Autre	813,505.57	588,201.25	38.30
合　计	447,789,392.07	202,338,856.80	121.31

Tableau n° 20 : le suivi des dépenses au 30 juin 2015

上半年支出总表　　单位：元

项　目	**本期数 2015**	**上年同期数 2014**	**同比%**
一、医疗业务成本 activité	245,058,149.83	197,543,386.86	24.05
二、财政项目补助支出 projets	199,119,945.61	1,036,119.00	19117.86
三、科教项目支出 recherche	767,013.00	25,472.00	2911.20
四、其它支出 autre	362,497.44	513,604.58	-29.42
合计	445,307,605.88	199,118,582.44	123.64

Figure n° 3 : détail et évolution des recettes d'ambulatoire entre 2014 et 2015



1 : frais d'inscription,

2 : appels médecins,

3 : examens,

4 : laboratoires,

5 : soins,

6 : interventions chirurgicales,

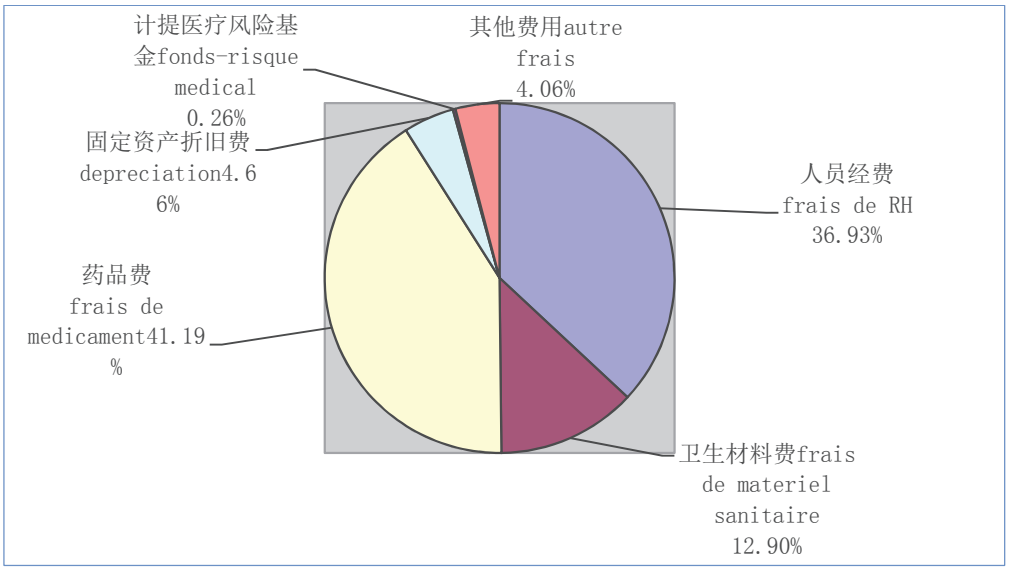
7 : dispositifs médicaux,

8 : médicaments,

9 : autres.

Les postes de recettes les plus importants concernent : les médicaments, les examens et les laboratoires.

Figure n° 4 : répartition des dépenses



Les postes les plus importants concernent :

- les médicaments : 41 %,
- le personnel : 37 %,
- le matériel : 12 %.

La suite du document fait le point de façon littérale sur :

- le taux de réalisation des recettes,
- le taux de réalisation des dépenses,
- la liste des services en « difficulté » :
    - insuffisance de recettes,
    - dépenses en augmentation importante

8.3.1.2.2 Les outils développés par le service du personnel

Si le service du personnel dispose d'un état des lieux précis sur la structure, la qualification, l'organisation générale, il n'existe pas en revanche de documents de suivi par service traitant des effectifs et/ou des dépenses.
La direction des soins disposent en revanche d'un tableau de bord établi bimestriellement et destiné au calcul de la « part motivation » du salaire des infirmières. Ce document permet un suivi des effectifs et de l'activité infirmière réalisée par service.

Tableau n° 21 : feuille de calcul de la prime de motivation des infirmières

2015年5、6月护理奖金（60%）发放表

项目 / 科室	护士人数	风险系数	总风险系数	20%奖金（60%中	总工作量（加辅助岗位	80%奖金（元）	(60%原奖金-辅助岗位降幅)*40%	(60%原奖金-辅助岗位降	60%总奖金（元）
一病区	35.00	1.15	40.25	2723	23762	6804	40393-	50491	100412
二病区	21.00	1.1	23.1	1563	21481	6151	19564	24455	51732
三病区	18.05	1.1	19.855	1343	18731	5364	16717	20897	44321
五病区	25.00	1.15	28.75	1945	28930	8284	38390	47988	96607
六病区	17.00	1.1	18.7	1265	20749	5942	18434	23043	48684
七病区	19.00	1.1	20.9	1414	21265	6089	29455	36819	73778
八病区	27.00	1.15	31.05	2101	23722	6793	31765	39706	80365
十病区	22.63	1.15	26.025	1761	32844	9405	30074	37592	78831
十三病区	10.60	1.1	11.66	789	11827	3387	12858	16072	33106
十五病区	11.95	1.1	13.145	889	10786	3088	13388	16735	34101

- colonne 1 : liste des services,
- colonne 2 : effectif,
- colonne 3 : coefficient de difficulté affecté pour un an par la direction des soins à tous les personnels du service,
- colonne 4 : 2 x 3,
- colonne 5 : incidence « salariale » du facteur risque ou difficulté,
- colonne 6 : activité infirmière, cette activité correspond au recensement des actes réalisés, à chaque acte est attribué un coefficient par la direction des soins,
- colonne 7 : incidence « salariale » du facteur activité,
- colonne 8 : incidence « salariale » difficulté au niveau du service.
- colonne 9 : incidence « salariale » activité au niveau du service.
- colonne 10 : incidences « salariales » globalisées au niveau du service.

8.3.1.2.3 Les tableaux de bord développés par le service « comptabilité »

Ce service réalise un suivi détaillé des dépenses et des recettes par mois et par service. Ce document est diffusé aux services. La réalisation de ce document n'a pas pour objectif un suivi précis de gestion, mais constitue un élément du calcul de la part « motivation » des

rémunérations. Il peut constituer toutefois, sous réserve de validation, une base pour la mise en place dans l'établissement d'une première forme de comptabilité analytique, permettant un calcul des couts de production, au moins en charges directes. Ce travail qui intéresse le DG, nécessitera préalablement une réflexion et l'élaboration d'une méthodologie intégrant les règles de découpage de l'établissement ainsi que celles d'affectation des charges.

Tableau n° 22 : suivi des dépenses par service

	DEPENSES MAI JUIN 2015															
	salaire personnel	rémunération pour heures supplémentaires	frais de bureau	déplacement	Amort du logement	Amort immo	materiaux medical	autre materiaux	Consommables	impression	sang	SAMU	électricité	endettement de patient	frais de gestion	TOTAL
肿瘤内科	114286,78	8480	796,7	0	1800	7058,4	131212,05	2420,1	2032,06	843,3	13413	480	5368,72	0	5000	293191,11
cancero medicine														0		
乳腺一科	110107,62	6840	603,5	0	2782,48	3218,16	136352,5	2890,3	252	1110,9	460	0	8928,85	0	4250	277796,31
service1														0		
乳腺二科	114364,94	5160	666,5	7853,5	2824	5855,32	260698,13	4968,4	2516,5	1521,6	920	0	13344,18	0	4650	425343,07
service2														0		
乳三1科	86941,72	3758,87	223,38	0	1557,59	3201,33	210585,53	2017,12	2241,71	933,55	0	0	8712,23	0	3330	323503,03
service3														0		
乳三2科	76420,32	2921,13	173,32	0	967,63	1988,79	187973,95	1566,48	1733,53	723,95	0	0	6761,75	0	2950	284180,85
service3														0		
合计TOTAL	502121,38	18680	1666,7	7853,5	8131,7	14263,6	795610,11	11442,3	6743,74	4290	1380	0	37747,01	0	15180	1604014,37

Tableau n° 23 : suivi des recettes par service

								2015 - RECETTES JUIN					
科室	西药	中药费	中草药	治疗费	手术费	化验费	检查费	其他	挂号费	住院费	卫材费	合计	去年同期收入
	medicaments occidentanx	traditionnds chinois	herbes medicales chinoises	soigner	operation	analyse chimiqne	examen	autre	frais dinscription	hospitisation	prix des materiaux medical	total	precedent
肿瘤内科MC	1 035 627,15	27 633,93	0,00	92 179,00	3 060,00	132 664,50	86 995,00	527,00	690,00	22 874,00	110 282,59	1 526 428,63	1 265 075,43
cancero médecine													
乳腺一科	1 172 229,62	198 549,11	0,00	109 959,40	133 540,00	207 782,00	408 549,00	2 508,30	7 701,00	38 966,00	426 039,97	2 705 824,40	2 356 880,63
service1													
乳腺二科	1 204 633,41	344 746,50	8 677,80	140 375,90	202 610,00	301 674,00	480 276,00	3 234,00	8 593,00	49 249,00	580 206,50	3 324 276,11	2 577 327,41
service2													
乳三1科	1 125 895,74	177 792,90	0,00	138 844,30	172 200,00	255 447,40	421 273,00	1 314,00	7 401,00	34 376,00	322 498,59	2 657 042,93	1 805 092,58
service3													
乳三2科	831 152,10	104 119,27	0,00	90 927,90	84 770,00	196 899,00	271 986,00	294,00	3 108,00	21 255,00	290 250,15	1 894 761,42	1 808 779,83
service3													
合计TOTAL	5 369 538,02	825 207,78	8 677,80	480 107,50	593 120,00	961 802,40	1 582 084,00	7 350,30	26 803,00	143 846,00	1 618 995,21	10 581 904,86	8 548 080,45

Ce suivi des recettes associé au tableau précédent peut constituer une base permettant notamment après traitement des charges indirectes le calcul d'un résultat budgétaire par service. Il conviendra bien sûr au préalable, de définir une méthodologie précise afin de s'assurer de la pertinence des résultats. Les demandes de nombreux acteurs hospitaliers en matière d'intéressement, en particulier de la part des médecins mais également de l'encadrement peuvent constituer un encouragement à développer cet outil.

8.3.1.2.4 Les documents produits par le service statistiques

La mission de ce service consiste uniquement dans la production et l'analyse de tableaux de bord. Il travaille exclusivement sur des données d'activité.

Les documents produits sont les suivants :

- données d'hospitalisation, par mois et par service,
  - données « traditionnelles »,
  - données « plus médicalisées »,
- données de consultation, par mois et par service,
- analyse mensuelle pour présentation à l'encadrement :
  - données établissement,
  - performance des services,
  - ratios activité / moyens en personnel médical et non médical.

Données d'hospitalisation :

Les exemples présentés concernent l'activité des services de cancérologie :

- cancer du sein 1,
- cancer du sein 2,
- cancer du sein 3.1,
- cancer du sein 3.2,
- « clinique » de consultations
- médecine « cancérologie ».

Tableau n° 24 : données d'hospitalisation des services cancer du sein

南昌市第三医院

医院住院部分同期对比分析报表

报告期:2015年01月至06月　基期:2014年01月至06月

科室	入院人数 ENTREES				出院人数 SORTIES				平均病床周转次数ROTATIO				平均病床工作日 UTILISATIO				平均病床使用率 TOM				出院者平均住院天数 DMS			
	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%
乳腺肿瘤一科	1316	1232	84	6,8	1291	1216	75	6,2	23,5	22,1	1,4	6,2	176,5	177,2	-0,7	-0,4	97,5	97,9	-0,4	-0,4	7,4	7,8	-0,4	-5,3
乳腺肿瘤二科	1483	1115	368	33,0	1441	1097	344	31,4	26,2	19,9	6,3	31,4	228,1	198,1	30,0	15,1	126,0	109,5	16,6	15,1	8,5	9,7	-1,2	-11,9
乳腺肿瘤三科(1)组	1238	1000	238	23,8	1217	961	256	26,6	43,5	34,3	9,1	26,6	369,0	320,8	48,2	15,0	203,9	177,2	26,6	15,0	8,4	8,9	-0,5	-5,5
乳腺肿瘤三科(2)组	1182	954	228	23,9	1159	933	226	24,2	48,3	38,9	9,4	24,2	357,6	334,3	23,3	7,0	197,6	184,7	12,9	7,0	7,3	8,3	-1,0	-12,0
合计	**5219**	**4301**	**918**	**21,3**	**5108**	**4207**	**901**	**21,4**	**31,5**	**26,0**	**5,5**	**21,2**	**254,1**	**232,4**	**21,7**	**9,3**	**140,4**	**128,4**	**12,0**	**9,3**	**7,9**	**8,7**	**-0,8**	**-9,2**

Ce tableau est destiné à mettre en évidence l'activité d'hospitalisation des quatre services cancer du sein : 1, 2, 3.1 et 3.2.

L'objectif est de comparé les évolutions des indicateurs par rapport à l'année précédente, ici le 1er semestre 2015 avec la même période de 2014.

On note ainsi,

- Une augmentation du nombre d'hospitalisations dans tous les services, mais plus sensible dans les services : 2, 3.1 et 3.2. + 33 % notamment pour le service cancer du sein 2.
- De la même manière, les indicateurs liés à l'utilisation de la structure : taux de rotation des lits, taux d'utilisation, taux d'occupation traduisent des évolutions mettant en évidence des augmentations d'activité dans tous les services.
- Les Durées Moyennes de Séjour sont relativement proches entre les services traduisant probablement des types de prises en charge similaires. Les évolutions pour tous les services sont également favorables : baisse sensible, jusqu'à 12 % dans le service 2.

Tableau n° 25 : durées moyennes de séjour en fonction du type d'activité, dans les trois services cancer du sein

南昌市第三医院

乳腺各组收治病人详细情况表

时间	项目	乳一科	乳二科	乳三科(1)	乳三科(2)	小计
2015年 1-6月	出院总人数 SORTIES	1291	1441	1217	1159	**5108**
	: 平均住院天数 DMS	7, 4	8, 5	8, 4	7, 3	**7, 9**
	乳癌患者人数 CANCER DU SEIN	169	161	181	145	**656**
	: 平均住院天数 DMS	19, 9	20, 1	21, 2	19, 6	**20, 2**
	乳癌患者手术人数 PATIENTS OPERES	150	152	152	123	**577**
	: 平均住院天数 DMS	21, 4	20, 7	23, 0	21, 0	**21, 5**
	旋切手术人数 MICRO CHIRURGIE	222	243	21	158	**644**
	: 平均住院天数 DMS	4, 8	4, 7	4, 3	5, 1	**4, 8**
乳癌旋切编码	85, 9103					
乳癌患者编码	c50. 000--c50. 902					
	d05. 000--d05. 999					

Ce tableau a pour objectif de préciser pour chacun des services cancer du sein, la durée moyenne de séjour par type de patients admis dans le service. Sont ainsi distinguées :

- Les DMS pour l'ensemble des patients accueillis,
- La DMS pour les seuls patients pour lesquels un diagnostic de cancer du sein a été posé,
- La DMS pour ces derniers patients, qui ont subi une intervention chirurgicale,
- La DMS pour les patients diagnostiqués cancer du sein et opérés par une technique de microchirurgie.

Comme pour le tableau précédent, on note des valeurs d'indicateurs très proches entre les différents services.

Tableau n° 26 : répartition des interventions chirurgicales par niveau

1er semestre 2015

Services	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	total
Cancer du sein 1	0	153	21	424	598
Cancer du sein 2	0	149	25	539	713
Cancer du sein 3.1	0	154	29	336	519
Cancer du sein 3.2	0	122	22	403	547
total	**0**	**578**	**97**	**1702**	**2377**

Ce tableau met en évidence, le type et la complexité des interventions chirurgicales réalisées par chacun des services de cancer du sein.

Le niveau 1, correspond au niveau le plus simple, le niveau 4 correspond au niveau le plus complexe. La répartition au cours du premier semestre 2015, ne fait apparaitre aucune intervention de niveau 4. Généralement ce type d'activité réalisée sur une année est relativement faible : un peu plus de dix interventions annuelles par service.

On note également une répartition d'activité assez proche entre les différents services.

Tableau n° 27 : données médicalisées, résultats médicaux

南昌市第三医院

住院病人动态统计表

统计时间： 2015-01-01 至 2015-06-30

科室	期末	住院者动态												出院者	实际	平均	平均	实际	出院者	治	好	死	床位	病床
	实有	期初	期内	他科	出院人数							转往	期末	占用总	开放总	开放	病床	占用总	平均住	愈	转	亡	使用	周转
	床位	在院	入院	转入	总计	出院病人数					其它	他科	留院	床日数	床日数	床位数	工作日	床日数	院天数	率	率	率	率	次数
		人数	人数	人数		小计	治愈	好转	未愈	死亡		人数	人数							%	%	%	%	(次)
SERVICE	LITS	PRE.	ENT	MUT〈	SORT		GUERI	AMEL	NONA	DCD	AUTRE	MUT〉	PRE.	JOURS	JOUR T		T UTIL	JT REE	DMS	GUERI	AME	DCD	TOM	T ROT
乳腺肿瘤一科	55	31	1316	8	1291	1272	851	408	13	0	19	5	59	9571	9955	55,0	176,5	9709	7,4	66,9	32,1	0,0	97,5	23,5
乳腺肿瘤二科	55	43	1483	4	1441	1413	1367	45	1	0	28	6	83	12279	9955	55,0	228,1	12546	8,5	96,7	3,2	0,0	126,0	26,2
乳腺肿瘤三科(1)组	28	39	1238	5	1217	1089	1083	3	3	0	128	2	63	10191	5068	28,0	369,0	10332	8,4	99,4	0,3	0,0	203,9	43,5
乳腺肿瘤三科(2)组	24	41	1182	2	1159	1126	1115	8	3	0	33	11	55	8468	4344	24,0	357,6	8582	7,3	99,0	0,7	0,0	197,6	48,3
合计	**162**	**154**	**5219**	**19**	**5108**	**4900**	**4416**	**464**	**20**	**0**	**208**	**24**	**260**	**40509**	**29322**	**162,0**	**254,1**	**41169**	**7,9**	**90,1**	**9,5**	**0,0**	**140,4**	**31,5**

Ce tableau exprime à la fois des données de **structure** : capacité, journées réalisables (JOUR T, JT REEL), des données d**'activité** : entrées, sorties, des données d'**organisation** : taux d'occupation et taux de rotation des lits, ainsi et ce qui contribue à l'intérêt majeur de ce tableau des données relatives aux **résultats médicaux** : patients guéris, patients améliorés, patients non améliorés, patients décédés.

Tableau n° 28 : données médicalisées, résultats médicaux

南昌市第三医院

临床医疗指标统计表

统计时间: 2015-01-01 至 2015-06-30

科室	诊断符合情况												三日确诊		手术\操作情况								危重病人抢救			
	出院病人数	门诊与出院		入院与出院		术前与术后		临床与病理			放射与病理				总人数	术前		无菌					总例数	成功数	死亡数	成功率(%)
		符合数	符合率(%)	符合数	符合率(%)	符合数	符合率(%)	总例数	符合数	符合率(%)	符合数	符合率(%)	确诊数	确诊率(%)		住院天数	平均住院天数	总数	甲级愈合		感染					
																			例数	率(%)	例数	率(%)				
	sort	diag	% diag	ent	% diag	opé.	% diag	med	patho		rad. path		diag/3 jours		int	jour avant op	DMS	micro		taux réuss	inf		réa		dc	
乳腺肿瘤一科	1272	1265	99,4	1266	99,5	585	99,8	540	539	99,8	443	99,8	1272	100,0	587	1742	3,0	572	568	99,3	1	0,2	0	0	0	0,0
乳腺肿瘤二科	1413	1410	99,8	1409	99,7	719	100,0	617	617	100,0	474	100,0	1413	100,0	721	1777	2,5	708	707	99,9	1	0,1	0	0	0	0,0
乳腺肿瘤三科(1)组	1089	1088	99,9	1084	99,5	507	100,0	449	449	100,0	143	100,0	1089	100,0	507	1631	3,2	491	489	99,6	0	0,0	1	1	0	100,0
乳腺肿瘤三科(2)组	1126	1115	99,0	1084	96,3	568	99,8	493	490	99,4	483	99,4	1126	100,0	570	1797	3,2	526	525	99,8	0	0,0	1	1	0	100,0
合计	**4900**	**4878**	**99,6**	**4843**	**98,8**	**2379**	**99,7**	**2099**	**2095**	**99,8**	**1543**	**99,8**	**4900**	**100,0**	**2385**	**6947**	**2,9**	**2297**	**2289**	**99,7**	**2**	**0,1**	**2**	**2**	**0**	**100,0**

Ce tableau a pour objectif de préciser pour les quatre services de cancer du sein, les conditions de prise en charge des patients.

On note ainsi outre le nombre de patients pris en charge :

- la proportion de patients pour laquelle un diagnostic a été établi, la proportion pour laquelle le diagnostic a pu être établi en moins de trois jours,
- le nombre de patients opérés, et pour ceux-ci l'utilisation ou non de techniques de microchirurgie, le taux de réussite et le nombre de journées réalisées avant l'intervention,
- le nombre de passages en réanimation,
- le nombre de décès.

Tableau n° 29 : activité de consultation

南昌市第三医院

医院门诊部分同期对比分析报表

报告期:2015年01月至06月　基期:2014年01月至06月

科室	门诊合计 TOTAL				普诊 NORMALES				急诊 URGENTES				专家 EXPERTISE				其他 AUTRES DONT GRATUITES			
	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%	报告期	基期	增长量	增长率%
乳腺肿瘤一科	11529	8801	2728	31,0	5842	3872	1970	50,9	70	41	29	70,7	5147	4612	535	11,6	470	276	194	70,3
乳腺肿瘤二科	11828	6932	4896	70,6	6628	3133	3495	111,6	98	27	71	263,0	4467	3192	1275	39,9	635	580	55	9,5
乳腺肿瘤三科(1)组	10416	6311	4105	65,0	5585	3045	2540	83,4	93	22	71	322,7	4057	3014	1043	34,6	681	230	451	196,1
乳腺肿瘤三科(2)组	11104	6268	4836	77,2	6959	3400	3559	104,7	97	23	74	321,7	3459	2525	934	37,0	589	320	269	84,1
乳腺门诊	21634	16095	5539	34,4	11932	10207	1725	16,9	269	88	181	205,7	7772	5084	2688	52,9	1661	716	945	132,0
合计	**66511**	**44407**	**22104**	**49,8**	**36946**	**23657**	**13289**	**56,2**	**627**	**201**	**426**	**211,9**	**24902**	**18427**	**6475**	**35,1**	**4036**	**2122**	**1914**	**90,2**

Ce tableau a pour objectif de mettre en évidence pour les quatre services de cancer du sein et le service de consultations, l'évolution de cette activité entre les deux premiers semestres 2014 et 2015 pour chaque type d'activité :

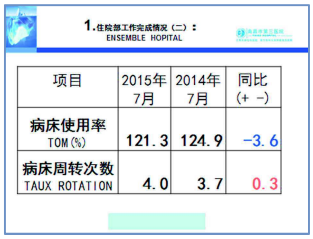
- les consultations dites normales,
- celles réalisées en urgences,
- celles réalisées dans le cadre d'une expertise,
- les consultations gratuites.

On constate également pour ce type d'activité et pour tous les services, une très forte progression comprise selon les services entre 31 et 77 %.

Synthèse mensuelle :

Tous les mois une réunion regroupant les médecins et l'encadrement de l'hôpital permet le point sur les données d'activité. Extraits du diaporama présenté au titre de l'activité du mois de juillet 2015,

Image n° 1 : Activité d'hospitalisation



1.住院部工作完成情况（二）：
ENSEMBLE HOPITAL

项目	2015年 7月	2014年 7月	同比 (+ -)
病床使用率 TOM(%)	121.3	124.9	-3.6
病床周转次数 TAUX ROTATION	4.0	3.7	0.3

Cette diapositive est traditionnellement la première diapositive de la présentation qui ensuite va se préciser par service. Il s'agit ici de mentionner pour l'ensemble de l'activité de l'hôpital, deux indicateurs qui apparaissent très significatifs aux yeux des hospitaliers chinois :

- le taux d'occupation,
- le taux de rotation des lits.

On note ainsi pour le premier semestre 2016, une baisse de cet indicateur, même s'il est à un niveau très élevé.

Image n° 2 : ratios activité / moyens
Hospitalisés par jour et par médecin

医生人均每日担负住院床日 排前五的科室：
HOSPITALISES PAR MEDECIN ET PAR JOUR

名次 CLT.	科室 SERVICE	人均床日 NOMBRE	医师人数 EFFECTIF
1	乳二科	8.6	9
2	乳三科(1)	8.5	7
3	呼吸内科	7.4	14
4	乳一科	7.2	8
5	乳三科(2)	6.1	8

L'objectif de la présentation mensuelle du service statistique est aussi de présenter une forme de benchmarking entre les services, en particulier sur des données de ratios : activité/moyens.
Généralement, cette présentation est faite dans l'ordre décroissant de performance.
On note donc sur cette diapositive que sur les cinq services dont les médecins prennent en charge jour le plus de patients hospitalisés, quatre sont les services de cancer du sein :

- 1 : cancer du sein 2,
- 2 : cancer du sein 3.1,
- 4 : cancer du sein 1,
- 5 : cancer du sein 3.2.

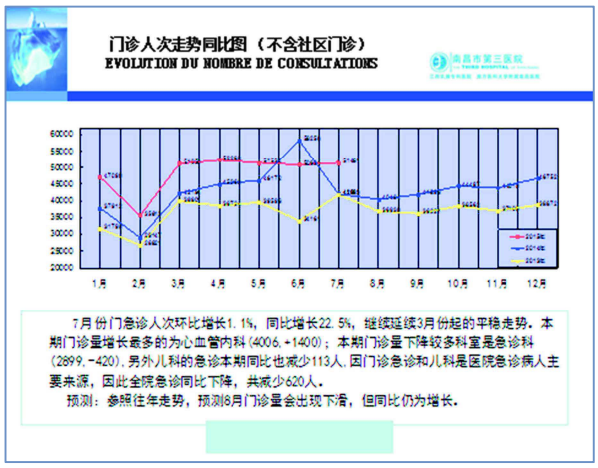
Image n° 3 : ratios activité / moyens
Consultations par jour et par médecin

医生人均出院人数 排前五的科室：
CONSULTATIONS PAR MEDECIN ET PAR JOUR

名次	科室	人均出院	医师人数
1	乳二科	33.2	9
2	乳三科(1)	33.1	7
3	乳一科	31.6	8
4	乳三科(2)	26.1	8
5	呼吸内科	17.9	14

Cette diapositive exprime comme la précédente le nombre de consultations réalisées par médecin et par jour. Elle mentionne pour information l'effectif médical de chaque service.
Le principe de présentation est le même que pour la précédente diapositive, c'est-à-dire selon un ordre décroissant en fonction du niveau de performance.
On note donc, comme pour le ratio hospitalisation une très bonne productivité des services cancer du sein que l'on retrouve ici aux quatre premières places.

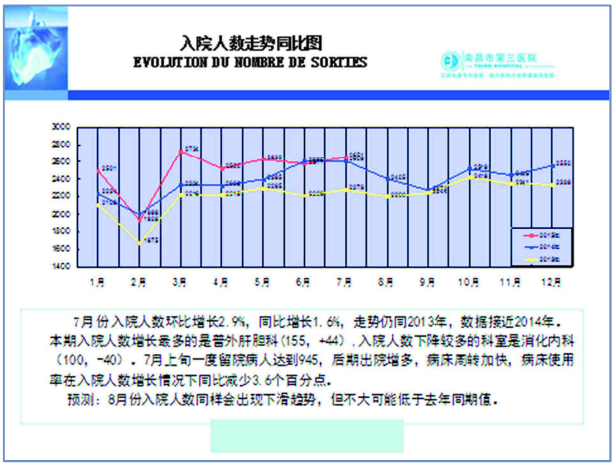
Image n° 4 : évolution mensuelle du nombre de consultations



Cette diapositive, présente pour l'ensemble de l'hôpital les évolutions mensuelles d'activité par rapport aux trois années précédentes.

Les données mettent en évidence une évolution régulière d'activité, qui traduit bien le dynamisme de l'hôpital.

Image n° 5 : évolution mensuelle du nombre de sorties



Cette diapositive a la même logique de présentation que la précédente. L'activité présentée ici est celle d'hospitalisation exprimée en séjours (sorties). La comparaison mensuelle est également faite par rapport aux trois exercices précédents.

La même analyse que pour l'activité de consultations peut être faite, il s'agit d'un constat d'une augmentation régulière d'activité sur la période étudiée.

Les documents observés traduisent bien le souci des services producteurs de réaliser un véritable suivi de gestion. Le niveau d'élaboration de ces tableaux de bord est également significatif d'une compétence technique et d'une évolution possible.
Pour autant, cette activité est trop centrée sur chaque service producteur et ses propres besoins, elle est donc insuffisamment organisée pour répondre aux attentes et objectifs affichés. Les progrès doivent donc être recherchés dans une démarche associant tous les services et garantissant donc une véritable cohérence au niveau de l'établissement.

8.4 Les éléments moins favorables

Les documents réalisés, à l'exception de ceux produits par le service statistiques, le sont pour l'usage du service producteur. Leur diffusion aux services concernés ne constitue pas l'objectif initial.
Dans de nombreux cas, il n'existe pas de valeur référence aux données produites à l'exception parfois des données de l'année précédente. La référence prévision et/ou objectif n'est jamais utilisée.
Même si des échanges existent sur la base de ces documents, ceux-ci restent très informels et très irréguliers dans leur périodicité. Il n'existe donc pas une discussion organisée autour de ces documents entre les services médicaux et administratifs qui pourrait s'apparenter à une forme de dialogue de gestion.
La fonction contrôle de gestion n'est pas centralisée, chaque service traite ce qu'il considère être ses propres données en fonction de ses propres besoins.
Ces critiques ne doivent pas masquer, la qualité de la production des différents services administratifs. Elles doivent seulement servir d'appui à un projet d'évolution.

Ce projet devra prendre s'attacher à résoudre les difficultés actuelles en ce centrant autour des trois thèmes suivants :

- la fonction contrôle de gestion telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui à Nanchang,
- la conception des tableaux de bord eux-mêmes,
- enfin le thème du dialogue de gestion.

8.4.1 La fonction contrôle de gestion

Comme on a eu l'occasion de le préciser dans les paragraphes précédents, cette fonction contrôle de gestion est assurée de manière éclatée entre un certain nombre de directions.

Les conséquences de cette organisation sont multiples. D'abord on peut souligner que du fait de cette organisation, s'il existe qu'une seule fonction contrôle de gestion, il existe à l'évidence plusieurs contrôleurs de gestion et donc potentiellement autant d'objectifs et de méthodes différentes, on verra dans les paragraphes suivants qu'il existe aussi de multiples outils ce qui malgré la volonté de maîtrise rend la fonction peut lisible pour les autres services et donc potentiellement moins efficace et génère pour l'ensemble de la communauté hospitalière une absence de lisibilité et donc un non-partage du dialogue de gestion.

Cette organisation génère actuellement une multitude d'outils : tableaux de bord conçus généralement en fonction des objectifs de la direction fonctionnelle concernée et sans lien avec les documents produits par les autres directions fonctionnelles dans ce même cadre. On constate donc de nombreuses sources d'information pour les services :

- pour l'activité - service statistiques,
- pour les recettes - service finances,
- pour les dépenses - service comptabilité,
- pour un certain nombre de données de personnel – direction des ressources humaines.

Autant de documents produits avec des maquettes différentes, parfois même des libellés d'information différents, ce qui peut conduire à des incohérences de lecture de la part des services et donc au bout du compte on peut être conduit à s'interroger sur la cohérence la diffusion de ces informations. Il n'existe aucun document de synthèse pour faire le point pour le point sur la situation de chacun des services.

Enfin, cette organisation pose le problème de la maîtrise globale de la fonction contrôle de gestion par la direction ou par l'une quelconque des directions fonctionnelles à laquelle il aurait confié cette mission.

8.4.2 Les tableaux de bord

La problématique liée au tableau de bord découle également de celle évoquée dans le paragraphe précédent pour la fonction contrôle de gestion à la fois pour les aspects de conception et d'utilisation de ceux-ci.

8.4.2.1 - La conception

Outre les problèmes déjà évoqués et liés à la multiplicité des maquettes et des libellés la conception des tableaux de bord utilisés à l'hôpital n° 3 de Nanchang font apparaître deux défauts majeurs.

Le premier est celui de l'existence de beaucoup trop d'informations sur chaque document ce qui les rend très souvent très difficilement lisibles. Le caractère nécessairement synthétique du tableau de bord n'est pas du tout intégré dans la conception. Il s'agit simplement de documents conçus pour permettre à la direction fonctionnelle concernée, d'assurer le suivi de gestion qui la concerne.

Le deuxième défaut réside dans l'absence de données de référence pourtant essentielles à la compréhension du tableau de bord et à sa discussion. Cette critique peut être atténuée car parfois la comparaison avec une période antérieure existe en particulier pour les données d'activité et parfois financières.

En revanche il n'existe aucune comparaison d'une part par rapport à une norme nationale ou régionale qui permettrait de positionner le service dans un cadre de benchmarking, d'autre part un objectif fixé ou négocié à atteindre.

Cette comparaison est pourtant essentielle pour visualiser l'écart favorable ou défavorable par rapport à un objectif et les éventuelles mesures à prendre.

Cette absence traduit bien l'absence globale du concept d'objectif discuté/négocié entre les services et la direction de l'établissement.

Ce constat est d'autant plus regrettable – mais donc aussi d'autant plus facile à lever - que beaucoup d'hospitaliers sont tentés comme l'indique les résultats du questionnaire d'août 2015 par la mise en place de processus d'intéressement sur la base de résultats obtenus.

8.4.2.2 - L'utilisation du tableau de bord

En conséquence des observations précédentes, l'utilisation du tableau de bord est évidemment centrée sur les besoins le plus souvent des directions fonctionnelles et parfois de la direction générale. A ce titre, on constate que tous les documents du suivi de gestion ne sont, par exemple, pas systématiquement transmis aux services concernés et quand c'est le cas uniquement pour information. En d'autres termes, ils donnent lieu très rarement à un dialogue structuré autour de ces informations entre les services et la direction.

La production du service statistiques est sans doute la plus proche de ce que l'on peut attendre de la fonction contrôle de gestion dans la mesure ou les tableaux de bord que produit ce service sont plus adaptés d'une part à la discussion avec les services , d'autre part par l'utilisation de ratios à une forme de benchmarking interne.

8.4.3 Le dialogue de gestion

Même si le service « statistiques » a également développée la pratique, même non formalisée, d'une discussion avec les services et d'une présentation, elle formalisée avec les services, mensuelle de l'ensemble des résultats de l'établissement à tous les services. Ce point ou plutôt son absence constitue également un défaut important du système de l'hôpital n° 3 de Nanchang.

Cette absence de dialogue de gestion formalisé qui bien sûr ne signifie pas une absence de dialogue entre la direction générale, les directions fonctionnelles et les différents services de l'hôpital, autour des thèmes de gestion est purement est simplement la conséquence d'organisation déjà évoquée de cette fonction dans cet hôpital.

Il s'agit pourtant d'un point sur lequel il sera probablement facile de progresser compte tenu du souhait exprimé à la fois par la direction générale et par les services.

8.5 La mise en œuvre des nouveaux outils

Cette mise en œuvre doit s'organiser autour de deux objectifs : d'abord l'organisation de la fonction, ensuite l'amélioration des outils.

8.5.1 L'organisation de la fonction

Après de larges discussions avec le directeur général et les responsables médicaux et soignants, le consensus a rapidement été trouvé sur la nécessité de structurer un service de contrôle de gestion. La centralisation de la fonction autour d'un servie unique est en effet rapidement apparu comme un facteur majeur susceptible de faire évoluer la technique, pour finalement l'imposer réellement au sein de l'hôpital. Cette nouvelle organisation, qui devrait à l'évidence se construire autour de l'actuel service « statistiques », parait seule de nature à réellement faire progresser la culture gestionnaire dans l'établissement.

Un groupe de travail a donc constitué été de « représentants » de la direction, de médecins et de cadres soignants pour réfléchir aux conditions de création de ce service. Le compte rendu de l'une de ces réunions figure en annexe n°31.

Après plusieurs réunions, les principes suivants ont été arrêtés :

- le service « statistiques » est choisi pour devenir le service de contrôle de gestion,
- son effectif devra être renforcé pour faire face à ses nouvelles missions,
- la responsable actuelle du service statistique est chargée en lien avec le groupe de travail de proposer une organisation et les règles de fonctionnement de ce service :
    - définition claire des missions,
    - organisation du service :
        - révision des effectifs,
        - organigramme,
    - validation du système d'information,
    - liens avec les autres services administratifs, source de données,
    - liens avec les services médico-techniques et cliniques,
    - organisation du dialogue de gestion.
- cette création devra être effective au moment de l'ouverture du nouvel hôpital.

8.5.2 L'amélioration des outils

Comme indiqué dans le paragraphe précédent, le projet de création d'un service d'un contrôle de gestion a été renvoyé à l'ouverture du nouvel hôpital, par contre, il a été décidé

de travailler sans attendre et à titre expérimental et afin d'acquérir une expérience préalable à l'ouverture du service, à un projet d'amélioration des tableaux de bord, à la fois sur l'aspect définition de la maquette, mais aussi et peut être surtout sur l'aspect apprentissage du dialogue de gestion.

Dans ce cadre, un groupe de travail a été constitué autour d'un directeur adjoint et des responsables médicaux et soignants des services cancer du sein, ce groupe s'est adjoint la participation de la responsable du service « statistiques » (pressentie comme la prochaine responsable du service de contrôle de gestion) ainsi que de celles de représentants des services administratifs source de données et déjà producteurs de tableaux de bord « spécialisés ».

Après plusieurs réunions, les principes suivants ont été arrêtés :

- expérimentation limitée au « pôle » cancer du sein,
- harmonisation des définitions d'items figurant dans différents tableaux,
- validation du système d'information,
- définition d'une maquette de tableau de bord **unique** associant les données fournies par les différentes sources,
- définition et mise en place d'un dialogue de gestion.

S'agissant du premier principe, la mise en place de ce projet simultanément à l'échelle de l'hôpital paraissait irréaliste et a rapidement été abandonnée. Le choix du périmètre du « pôle » cancer du sein allait de soi, dans la mesure où :

- les travaux préparatoires avaient porté sur ce secteur d'activité,
- les responsables médicaux et soignants de ces services apparaissaient très motivés pour avancer rapidement sur ce projet.

L'harmonisation des définitions des items, en fait le choix d'une seule définition pour chaque item, n'a pas posé problème sur le principe, chacun étant évidemment d'accord sur celui-ci. La mise en place pratique a nécessité bien sûr et sans surprise, chacun étant persuadé que la définition qu'il utilisait dans son secteur d'activité était la meilleure. La qualité de fonctionnement du groupe et son souci d'avancer a permis de régler ces petits points sans trop de difficultés.

La validation des données produites par le système d'information a mis en évidence quelques difficultés. Celles-ci ont été traitées de la manière suivante :

- il a été convenu que le tableau de bord à créer ne devait comporter que des données fiables,
- les items pour lesquels il existait encore des incertitudes ont été exclus du tableau de bord, dans l'attente de la fiabilisation du système d'information.

Pour ce qui concerne, la définition d'une maquette unique, si le consensus n'a pas posé problème sur le principe, les discussions ont été plus longues sur le choix des indicateurs et en particulier sur leur limitation. Il a toutefois été convenu que la maquette finalement retenue pourrait faire l'objet tout au long de l'expérimentation de discussions sur son éventuelle évolution : nouveaux indicateurs ou à l'inverse suppression de certains.
Au bout du compte, le groupe a validé la maquette suivante :

Tableau n° 30 : maquette du tableau de bord

TABLE DE BORD DE POLE CANCER DU SEIN 乳腺中心统计表							
统计时间: 2016-01-01 至 2016-01-31							
indicateur - 项目	service - 科室	Sercice cancer du sein 1 乳腺一科	Service cancer du sein 2 乳腺二科	Service cancer du sein 3-1 乳腺三科1组	Service cancer du sein 3-2 乳腺三科2组	consultations 单独门诊（乳腺门诊+乳腺中医）	cancerologie médicale 肿瘤内科
I ACTIVITE业务量							
I.1 - HOSPITALISATION住院							
Nombre d'admissions 入院人数 *							
Nombre de journées *							
durée moyenne de séjour(= L8 JOURNEES/L7 ADMISSIONS) 平均住院天数 *							
Nombre d'interventions chirurgicales 住院手术人数 *							
Nombre de sorties - nombre de séjours 出院人数							
Nombre de chirurgie du cancer du sein 乳癌手术人数							
durée moyenne de séjour après chirurgie de cancer du sein 平均住院天数							
Nombre de mammotomes 旋切手术人数							
durée moyenne de séjour après mammotomes 平均住院天数							
Nombre de séances de radiothérapie 放疗人数							
Nombre de séances de chimiothérapie 化疗人数							
I.2 - CONSULTATIONS门诊							
Nombre de consultations 门诊人次 *							
I.3 - RECETTES收入							
total							
medicaments 药品	médecine occidental e西药费						
	中成药						
	médecine traditionnelle 中草药						
床位费frais de lit							
II MOYENS							
II.1 - RESSOURCES HUMAINES人力资源管理							
mensualités payées médecins							
mensualités payées infirmiers							
absentéisme médecins : Jours non travaillés							
absentéisme infirmiers : Jours Non Travaillés							
II.2 - MOYENS BUDGETAIRES预算管理							
dépenses médicales *							
autres dépenses *							
II.3 - ACTES MEDICO-TECHNIQUES							
examens médicaux nombre d'actes 检查费 en	CT 费						
	ultrason 彩超费						
	biologie 化验费						
	anatomo-pathologie 病理费						
	radiologie 放射（钼靶）费						
III ORGANISATION 组织管理							
Taux de rotation 病床周转次数*							
Taux d'occupation 病床使用率 *							
III.2 - CONSOMMATIONS MT医技支出							
Nombre d'actes de Radio par séjour 放射 *							
Nombre d'actes de Labo par séjour 实验室 *							
III.3 - RATIOS ACTIVITE/MOYENS RH人力资源管理							
nombre d'hospitalisations/ médecins *							
nombre de consultations/ médecins *							
nombre d'hospitalisations/infirmiers *							
nombre de consultations/infirmiers *							
IV ANALYSE QUALITATIVE DE L'ACTIVITE MEDICALE 医疗总收入							
Niveau de soins护理级别	Ⅰ级						
	Ⅱ级						
	Ⅲ级						
Nobre de perfusion intraveineuse静脉输液人次							
Nobre de PICC PICC置管人次							
Nobre de soins pour PICC PICC维护人次							
Nobre de drainage à vide负压引流护理人次							
Nobre de éducation sanitaire健康教育人次							
Nobre de réhabilitation康复训练人次							

Celle-ci est organisée autour de quatre chapitres différents :

- activité,
- moyens,
- organisation,
- activité médicale.

Si la partie relative à l'activité ne pose pas de problème particulier, celle relative aux moyens a nécessité que soient apportées quelques précisions quant aux périmètres de certains items (dépenses médicales par exemple). Les données relatives à l'organisation sont apparues essentielles aux membres du groupe afin de mettre en place une forme de benchmarking entre les services. Enfin, pour ce qui concerne la quatrième partie, celle-ci a été élaborée à la demande forte des responsables médicaux, ces indicateurs leur paraissant essentiels à évaluer le niveau de leur activité médicale.

Cette première maquette ne comporte en revanche aucune référence soit historique, soit par rapport à des objectifs. Les membres du groupe qui ont validé cette nécessité, ont toutefois repoussé cette mention à une première évolution des tableaux de bord pour deux raisons :

- les références historiques existent, mais l'analyse du système d'information a démontré leur faible fiabilité. Elles pourraient donc être sources d'erreur d'analyse.
- Les références "objectifs" n'existent pas encore.

La mise en œuvre de ce tableau a débuté dès le début de l'année 2016.

Enfin, pour ce qui concerne le dialogue de gestion, les objectifs étaient multiples. Il s'agissait d'abord d'en définir les règles « théoriques », ensuite de les mettre en œuvre au plan pratique. Dans ce dernier cas, l'objectif portait autant sur l'apprentissage commun que sur le dialogue lui-même.

Le groupe a décidé que l'organisation pratique de ce dialogue de gestion appartenait au responsable du service « statistiques », qui a donc la charge :

- De la diffusion mensuelle du tableau de bord aux responsables médicaux et cadres des services et aux représentants de la direction,
- De la présentation de son analyse lors de la réunion,
- De l'‘organisation de la discussion,
- De la rédaction et de la diffusion des comptes rendus des réunions,
- Du suivi des décisions prises lors de ces réunions.

Après plusieurs mois de fonctionnement, il apparait que ces réunions sont une source d'enrichissement du dialogue, du fait :

- De la formalisation de celles-ci, ordre du jour, préparation, compte rendu,
- De la discussion de tous les thèmes au sein de la même séance,

- De l'acquisition progressive par tous les acteurs,
    - Des concepts du dialogue de gestion,
    - De l'habitude du travail en commun.

CONCLUSION

La mise en œuvre de ce projet a été facilitée par :

- La volonté générale d'amélioration des outils de gestion,
- L'attente forte de la part des acteurs (médecins et cadres) des services cliniques.

Sur ce dernier point, lors des présentations à l'hôpital de Nanchang et lors des visites organisées au centre hospitalier de La Rochelle, les médecins et les cadres ont été très rapidement intéressés par la richesse des informations relatives au fonctionnement de leurs services et dont ils pouvaient disposer et qui leur faisaient défaut aujourd'hui.

L'établissement d'un dialogue de gestion entre la direction générale et eux-mêmes sur la base de tableaux de bord partagés leur ait rapidement apparu comme un progrès majeur, bien sûr pour l'établissement, mais aussi (et surtout) pour leur capacité à négocier avec la direction des évolutions stratégiques et/ou budgétaires.

A l'inverse, la nécessité d'évolution vers une information centralisée et partagée a été plus difficile pour les services administratifs qui y ont vu une forme de dépossession de leurs pouvoirs. Dans ce cas, la mobilisation du directeur général est essentielle est permettre une évolution des positions. La création d'un service par redéploiements de moyens d'autres services reste une chose difficile, en Chine comme en France. Pour autant, ce principe a été acté, il reste désormais à le mettre en pratique.

Le choix d'une démarche progressive, a aussi permis de faire évoluer les mentalités, certes plus lentement, mais en tout cas de telle sorte qu'un retour en arrière soit exclu.

Au bout du compte, ce travail même partiel (un tableau de bord, un secteur d'activité) constitue à l'évidence une première expérience qui devrait se révéler très fructueuse au moment de sa généralisation et plus encore lors de la création du service de contrôle de gestion courant 2017 avec l'ouverture du nouvel hôpital.

CHAPITRE IX – PRINCIPAUX RESULTATS : DES SIMILITUDES AUX SPECIFICITES DU CONTEXTE HOSPITALIER DE LA COOPERATION MANAGERIALE FRANCO-CHINOISE

Nous avons recensé et présenté précédemment les problématiques identifiées dans la littérature ainsi que les conditions pour réussir dans le cas d'une coopération managériale entre des entreprises occidentales et des entreprises chinoises.
Ensuite, nous avons mis l'accent sur un cas concret pour analyser ce que l'expérience de la coopération entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang nous a appris sur une coopération managériale entre hôpitaux et quelles en étaient les conditions de réussite.

Dans le présent chapitre, nous allons, dans une première partie, analyser, à partir des thèmes retenus et décrits dans la littérature les convergence ou divergences entre ce qui est identifié dans la bibliographie et ce qui a été observé dans l'expérience hospitalière concernant la coopération entre l'hôpital de La Rochelle et l'Hôpital de Nanchang.

Dans une seconde partie, nous présenterons, à partir des éléments tirés de l'expérimentation réalisée, quelles clés de la réussite peuvent être identifiées et proposés pour réussir une coopération managériale.

Après avoir appréhendée une approche concernant la conduite globale d'une coopération managériale dans les deux parties précédents, la troisième partie aborde une perspective ingénierique en se focalisant sur le management de pôle et sur le contrôle de gestion. Elle s'attachera à mettre en lumière les propositions qui peuvent être retirées de la mise en œuvre effective à l'hôpital n° 3 de Nanchang de l'organisation des services de cancérologie en pôle et du contrôle de gestion.

9.1 Convergences et divergences sur les éléments de réussite d'une coopération managériale entre littérature et résultats de la recherche

Ce paragraphe reprend les huit thèmes identifiés dans la littérature (valeur ajoutée, convergence d'intérêt, …) . Pour chacun des thèmes sont présentés dans un premier temps le rappel des apports de la littérature. Puis dans un deuxième temps sont synthétisés les

constats réalisés sur le terrain dans l'expérience de coopération managériale entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang.
Enfin, une troisième partie présente ce qui peut être retenu à partir des convergences et des divergences entre la littérature et ce qui a été constaté sur le terrain d'observation scientifique, l'objectif étant de préciser les caractéristiques principales qui se dégagent.

9.1.1 La notion de valeur ajoutée

9.1.1.1 La valeur ajoutée dans la littérature

Le marché chinois représente un fort potentiel pour les entreprises occidentales. Mais celui-ci est soumis à une forte concurrence car de nombreuses entreprises y développent déjà de nombreuses activités car elles ont su développer une valeur ajoutée en cohérence avec ce contexte spécifique. Il est donc primordial pour une entreprise privée française qui veut mettre en œuvre une coopération avec une entreprise chinoise d'apporter une forte valeur ajoutée. Celle-ci peut être recherchée par plusieurs biais. L'entreprise française dispose d'une technologie que ne possèdent pas les chinois, ou tout au moins pas aussi avancée. Une remarque peut être faite sur ce sujet. Il y a souvent une réticence de la part des entreprises françaises par rapport au transfert de la technologie. Il faut bien se dire que de toutes les façons, les chinois réussiront à obtenir cette technologie d'une manière ou d'une autre, à un moment où à un autre, soit par l'acquisition et l'intégration des technologies occidentales, soir par leur propre recherche et développement.
Ce qui est important, c'est que l'entreprise française garde la partie la plus critique et conserve toujours une avance sur l'innovation. Cette valeur ajoutée peut se faire par la marque à laquelle les chinois sont très attachés. Les français ont une réputation certaine sur la qualité de leurs produits, en particulier par la reconnaissance et la valeur de leur marque. Ce peut être également par la différenciation des produits ou des services. Plutôt que d'avoir des produits généralistes qui vont s'adapter à tout et par conséquent avec plus ou moins de bonheur, les entreprises françaises ont des produits spécifiques qui répondent mieux aux attentes des consommateurs.

9.1.1.2 La valeur ajoutée dans l'expérience hospitalière : des objectifs communs apparus rapidement

Dans l'expérience de la coopération hospitalière entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang, la valeur ajoutée est essentielle. Elle est réciproque et joue aussi bien pour l'hôpital n° 3 de Nanchang que pour le Centre Hospitalier de La Rochelle.

Il faut au préalable rappeler que d'une manière plus générale, telle une marque pour le secteur privé, la reconnaissance au niveau international de la valeur du système de santé français c'est avérée essentielle et se rapporte clairement à cette notion de plus-value.

Plus particulièrement pour l'hôpital n° 3 de Nanchang, trois points peuvent être mis en exergue pour expliquer la valeur ajoutée perçue du côté chinois.

- Le premier point concerne l'expertise française reconnue par les chinois dans la construction d'un hôpital neuf. Dans le cadre de la construction du nouvel hôpital n° 3 de Nanchang, les hospitaliers chinois ont envoyé tout le projet du nouvel hôpital et tous les plans de ce nouvel hôpital afin que les services techniques de l'hôpital et les directeurs en charge des travaux puissent les étudier et y apporter leurs observations. Ceci s'est concrétisé par une mission de l'ingénieur en chef et du directeur des travaux à Nanchang. Le rapport qui a été écrit a abouti à un certain nombre de prises en compte de modifications pour le nouvel hôpital.

- Le deuxième point d'expertise concerne le domaine médical avec plusieurs spécialités qui ont constitué des vecteurs de coopération.

Les hospitaliers médicaux chinois étaient intéressés par la manière dont était pris en charge, par rapport à leur spécialité, le cancer du sein aussi bien le traitement médical que chirurgical, la reconstruction, la prévention au niveau de l'hôpital de La Rochelle. Un point très particulier les a intéressés concernant la délivrance des chimiothérapies. En effet, l'hôpital de La Rochelle dispose d'un système quasiment unique en France sur la sécurisation de la préparation des chimiothérapies avec un outil breveté qui s'appelle DRUGCAM.

Ce système qui a été développé par les pharmaciens de l'hôpital de La Rochelle et une société privée commence non seulement à être installé dans les hôpitaux français mais également à être exporté à l'extérieur, en particulier aux Etats-Unis.

Le domaine de la cardiologie qui est une des spécialités assez poussée au Centre Hospitalier de La Rochelle a également attiré l'attention des hospitaliers chinois tant au niveau des soins intensifs que de la rythmologie ou de l'angioplastie.

Ceci s'est concrétisé par la venue du chef de service de cardiologie chinois au Centre Hospitalier de La Rochelle.

La diabétologie et la pédiatrie ont également fait l'objet d'intérêt et de missions de la part des médecins chinois.

- Le troisième point est sûrement celui qui était le plus innovant pour les hospitaliers chinois. Il concerne l'expertise sur les modes d'organisation. Plusieurs domaines d'expertise de ce domaine d'expertise ont été listés dans l'expérience de transferts d'outils ou de modes organisationnels.

Le premier domaine d'expertise concerne la réorganisation des services en pôles. Il portait principalement, dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital, sur le regroupement des services de cancérologie et des services logistiques ou médico-techniques qui s'y rapportent.

Le deuxième domaine d'expertise concerne la mise en place d'un service de contrôle de gestion avec la fourniture d'un certain nombre de tableaux de bord. Ceci est en rapport avec la mise en place des pôles puisque il relève d'un dialogue constructif entre la direction générale et les médecins du pôle et l'ensemble du personnel par rapport à un contrat à passer entre eux sur des objectifs et un suivi de ces objectifs.

Le troisième domaine d'expertise relève de la l'expérience de l'hôpital de La Rochelle sur le fonctionnement sur plusieurs sites. Celle-ci est ancienne au Centre Hospitalier de La Rochelle. Cette maîtrise du fonctionnement en multisite a fait l'objet d'un intérêt renforcé pour les hospitaliers chinois avec le projet du nouvel hôpital et la conservation de l'hôpital actuel qui implique une répartition des services entre ces deux localisations et un fonctionnement sur ces deux lieux.

Pour le Centre Hospitalier de La Rochelle, l'expertise identifiée et reconnue chez le partenaire chinois porte essentiellement sur le domaine médical et plus particulièrement sur la cancérologie et la pédiatrie.

L'hôpital n° 3 de Nanchang est reconnu non seulement au niveau de la province du Jiangxi (population équivalente à la France) mais aussi au niveau national. L'hôpital dispose de plusieurs services de cancérologie dont trois spécialisés sur le cancer du sein. Ils ont une expertise tant chirurgicale que médicale et de radiothérapie. Il dispose d'une unité de prévention sur le cancer du sein qui est très avancée et novatrice sur une population extrêmement importante et enfin il dispose d'un laboratoire de recherche sur le cancer du sein.

Le deuxième service, dans une moindre mesure, est la pédiatrie/néonatalogie. La reconnaissance de cette expertise s'est traduite par des missions des cancérologues français et des chirurgiens de l'hôpital de La Rochelle spécialisés sur le cancer du sein et du chef de service de pédiatrie/néonatologie.

9.1.1.3 La valeur ajoutée : un socle fondateur à une coopération managériale

La littérature a montré la nécessité d'apporter voire d'échanger une valeur ajoutée pour les entreprises. Dans notre cas nous avons également observé que pour les hôpitaux elle est essentielle aussi. C'est le fondement de toute coopération. Si elle n'existe pas, il peut y avoir un début de réflexion de mise en œuvre d'une coopération. Par contre, celle-ci s'exprime différemment dans le cas des entreprises et des hôpitaux. Pour les entreprises, elle est plus large car elle va toucher le savoir-faire, l'expertise, la technique, mais aussi le produit. Pour les hôpitaux, elle va être essentiellement centrée sur le savoir-faire et l'expertise tant médicaux ou chirurgicaux, qu'organisationnel ou de gestion.

9.1.2 La convergence d'intérêts

Une fois le domaine de la coopération apparaissant bien cerné pour les chinois et les français, il convient de s'attacher à la gestion de la convergence d'intérêts

9.1.2.1 La convergence d'intérêt dans la littérature

Il est important d'avoir une convergence d'intérêts, de partager les mêmes objectifs. Il faut être dans une relation gagnant-gagnant. En effet, si les parties sont d'accord sur une valeur ajoutée mais qu'il n'y a pas de convergence d'intérêts, la coopération ne peut s'établir. Cette convergence d'intérêts ce peut être la possibilité d'exporter un produit, un savoir-faire et par conséquent de développer son chiffre d'affaires, de créer des filiales en Chine à partir d'une maison mère. Mais l'inverse entre la Chine et la France peut se vérifier également.

9.1.2.2 La convergence d'intérêt dans l'expérience hospitalière. Une convergence d'intérêt complémentaire

La convergence d'intérêt, le partage d'objectifs se sont fait immédiatement. Pour les hospitaliers français, la réputation de l'hôpital n° 3 de Nanchang dans le domaine du traitement du cancer du sein tant médical que chirurgical, le nombre de cas traités en raison de la population, donnait une validation évidente à cette expertise dans le traitement du

cancer du sein. L'existence d'un laboratoire de recherche était un élément supplémentaire pour mettre en valeur ce que faisaient les médecins chinois. Enfin, l'étude de leur système de prévention, au regard du volume de la population concernée, était également un élément déterminant.

Compte tenu de l'évolution de leur système économique qui vise à rechercher une efficience, une performance, les outils et modes de management français en place au Centre Hospitalier de La Rochelle étaient des éléments essentiels dans l'intérêt que les hospitalier chinois pouvaient porter à la coopération managériale. Cela se concrétisa par un mode organisationnel avec le regroupement des services en pôles, le fonctionnement des services avec des contrats d'objectifs et un suivi avec des tableaux de bord permettant un dialogue de gestion entre la direction et les médecins. Ces tableaux de bord provenant d'une réorganisation et de la mise en œuvre d'un véritable bureau de contrôle de gestion permettent de faire une synthèse de l'ensemble des données provenant des directions fonctionnelles. Ils sont à la disposition de la direction générale.

Le mode de gouvernance de l'établissement sur plusieurs sites et l'expérience ancienne qui existait à La Rochelle étaient également un intérêt complémentaire pour les hospitaliers chinois. On voit bien que pour les hospitaliers français et pour les hospitaliers chinois la convergence d'intérêt est apparue rapidement, essentiellement médicale pour les français mais surtout médicale et organisationnelle pour les chinois.

9.1.2.3 Convergence d'intérêts : des objectifs à définir en priorité

Ce facteur de convergence d'intérêts et de partage d'objectifs est le deuxième fondement d'une coopération. S'il y a l'existence d'une valeur ajoutée mais qu'il n'y a pas de convergence d'intérêts, si nous ne sommes pas dans une relation gagnant-gagnant, il est évident que la mise en œuvre d'une coopération sera vite déséquilibrée. Ceci aboutira rapidement à ce que l'un des deux partenaires n'y voyant aucun intérêt pour lui se désintéressera de cette coopération et celle-ci sera très vite dans une impasse.

9.1.3 La politique institutionnelle

La prise en compte de la politique institutionnelle du pays qu'est la Chine est essentielle. Les français doivent en effet intégrer un certain nombre de points très particuliers pour réunir toutes les conditions de réussite d'une coopération.

9.1.3.1 La prise en compte de la politique institutionnelle dans la littérature

La littérature montre qu'il est important d'établir à tous les niveaux des relations étroites et dans la durée avec les autorités locales tout en comprenant la politique du Gouvernement autour de priorités par secteur mais aussi géographiques.
Le Gouvernement ayant une voix déterminante dans beaucoup d'affaires en Chine, il est indispensable de maintenir une bonne relation avec lui, il est important d'intégrer les spécificités gouvernementales du système chinois.
C'est pourquoi nous avons vu combien il est important pour les entreprises d'avoir des relais sur place. Le département de la Charente-Maritime a installé un bureau permanent en Chine afin de faciliter les démarches des entreprises auprès des autorités institutionnelles, avec des permanents multiculturels sur place pour acquérir la connaissance des rouages institutionnels locaux et ainsi éviter toute faute ou perte de temps inutile.
Il convient de se concentrer sur le contenu et la qualité du projet, générer des intérêts économiques et créer des emplois mais rester dans la direction encouragée par le gouvernement. Il faut identifier un bon interlocuteur au niveau pertinent dans l'organisme gouvernemental. Il est nécessaire d'associer la politique et la loi à la culture dans tout le processus de demande d'approbation du projet. Il faut obtenir non seulement le soutien des numéros uns, mais aussi des subalternes. En Chine, la prise de décision est souvent consensuelle et non à la majorité comme en occident. Les subalternes essaient toujours de suivre la direction voulue par leurs chefs. Si un membre de l'équipe s'y oppose, il ne sera pas approuvé. Il faut entretenir une relation active et appropriée avec les hauts fonctionnaires et ne pas oublier que la notion de réseaux est extrêmement importante en Chine.

9.1.3.2 La prise en compte de la politique institutionnelle dans les hôpitaux. Une vision locale plus importante liée à la taille du pays

Il est important comme nous l'avons vu dans la littérature d'établir des relations étroites et dans la durée avec les autorités locales mais il faut souligner que le système gouvernemental chinois en raison de la taille du pays est décentralisé.
En matière de politique publique, les autorités centrales définissent avec beaucoup d'autonomie les règles détaillées conformément à la situation locale.

En conséquence, par rapport à un pays comme la France ou les règles vont être beaucoup plus nationales et uniformisées, la notion de province, on rappellera qu'en Chine les provinces sont de taille équivalente souvent à la France, auront beaucoup plus d'autonomie et seront d'une manière beaucoup plus importante à prendre en compte.

Du côté chinois, dans l'expérience entre les deux hôpitaux, nous avons vu combien le rôle du Maire de Nanchang, du Directeur Général du Bureau de la Santé et de son service sur l'expertise internationale est important. Il a été nécessaire que les hospitaliers français rencontrent les institutionnels chinois pour préciser et développer le projet commun. Le relationnel à ce niveau est très important. Ce sont ces institutions qui donnent leur accord à la création d'une coopération internationale, permettent aux hospitaliers de pouvoir venir en France et donnent des crédits pour assurer les missions. Il ne faut pas oublier le rôle du représentant du Parti Communiste. C'est le numéro 2 à l'intérieur de l'hôpital. Il peut également être un frein ou un moteur pour le déroulement de la coopération.
Du côté français, dans l'expérience entre les deux hôpitaux, nous avons vu que le Maire, Président du Conseil d'Administration puis du Conseil de Surveillance, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et le Bureau International à la Direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé avaient un rôle très incitatif ou pouvaient être un frein important.

9.1.3.3 La prise en compte de la politique institutionnelle du pays : facteur essentiel à l'implantation et au développement d'une coopération managériale

A partir de l'expérimentation réalisée nous pouvons constater qu'il y a convergence entre ce que dit la littérature et la situation pour les hôpitaux quant à la nécessité de prendre en compte la politique institutionnelle du pays. Mais nous avons vu qu'avec la décentralisation, considérant la taille du pays, les autorités locales ont un rôle d'autant plus déterminant dans la conduite des hôpitaux, le tout étant renforcé par le représentant du Parti à la direction de l'hôpital.
Les institutionnels auront un rôle important mais moindre dans le privé que dans le public car ce sont les acteurs qui détiennent les sources de financement.
Quand nous avons discuté de la mise en œuvre des hôpitaux de jour à l'hôpital, ceci a pu se mettre en place au niveau organisationnel sans trop de difficulté, mais nous avons buté sur le financement des hôpitaux de jour qui dépend des modes de financement public.

9.1.4 La notion de temps

Une fois la coopération établie, il convient de prendre en compte le facteur temps, qui est très important dans la pérennité de la coopération. A la notion de temps on peut accoler directement le mot durée. Il faut savoir qu'il faut donner du temps pour construire et mettre en œuvre une coopération managériale.
Mais indirectement une autre notion est liée à celle du temps, c'est la vision. Dans tout projet on trouver une recherche d'objectifs. Ceux-ci peuvent se situer dans une vision à court terme ou une vision à long terme.

9.1.4.1 La notion de temps dans la littérature

Pour créer une coopération il est nécessaire de prendre en compte la notion du temps. Il est important de passer du temps à identifier, sélectionner un partenaire en regardant la convergence des objectifs, la réputation et les expertises, sa performance, sa compétitivité, ses ressources financières et humaines, ses clients, ses fournisseurs, son style de managements, ses relations gouvernementales. Il faut s'assurer à l'avance de sa crédibilité, sélectionner un partenaire de force égale, sélectionner un partenaire chinois autonome mais compatible, un partenaire très actif et fort. Tout cela nécessite du temps.
La notion qui va avec elle du temps est celle de la vision. Il convient de ne pas avoir une vision à court terme et de vouloir brûler les étapes. N'avoir qu'une vision à court terme est à coup sûr une source d'échec. Il est donc essentiel de construire cette coopération sur le long terme. Or l'étude de la littérature nous montre qu'une vision à court terme est une approche plus française et qu'une vision à long terme est une approche plus chinoise.

9.1.4.2 La nécessité pour les hôpitaux d'une longue période de mise en oeuvre

L'expérience de la construction de la coopération entre l'hôpital de La Rochelle et l'Hôpital de Nanchang a montré qu'elle a nécessité plusieurs années. La première convention a été signée en 2011. Au départ, comme nous l'avons vu, ce sont les directeurs adjoints chinois qui ont été formés par des directeurs d'hôpitaux français de la région Poitou-Charentes qui ont amené leurs directeurs généraux à souhaiter construire un jumelage entre hôpitaux chinois et hôpitaux français. Il a donc fallu connaître les directeurs

généraux et cela prend du temps. Il a fallu du temps pour que les directeurs chinois acceptent que les hospitaliers français puissent examiner quels étaient leurs modes de gestion, de quels outils ils disposaient. Il a été important de définir avec eux qu'elles pouvaient être leurs attentes, et de quelle manière les hospitaliers français puissent y répondre. Ceci non pas dans une relation de supérieur à inférieur, mais dans une relation d'égal à égal, les chinois pouvant jouer leur rôle d'expert dans le traitement du cancer du sein et les hospitaliers français pouvant jouer leur expertise au niveau de la gestion hospitalière. Il a fallu des missions, tant des français en Chine pour examiner gestion chinoise et ce qu'ils pouvaient apporter comme expertise, que des missions chinoises en France pour voir sur le terrain quels étaient les modes de management organisationnels ou les outils qui existaient en France. Il était nécessaire que ces derniers puissent s'entretenir à la fois avec les directeurs-adjoints, les chefs de services et les médecins pour se faire une idée du fonctionnement et de la pertinence des modes d'organisation comme celle des pôles ou de la mise en œuvre d'un contrôle de gestion entre les services et la direction.

9.1.4.3 Une nécessité absolue de prise en compte du temps pour construire une vision à long terme dans la confiance

La notion de temps est importante dans les deux cas, aussi bien au niveau des entreprises que des établissements hospitaliers. Elle est sûrement plus prégnante dans le cas des entreprises privées puisqu'il y a des enjeux financiers liés à cette notion de temps. Il faut que les entreprises puissent avoir un certain nombre de résultats économiques, les investisseurs ne pouvant accepter de ne pas avoir de retour sur investissement sur une période trop longue.

En ce qui concerne les hôpitaux l'approche est différente. Il n'y avait pas, entre l'hôpital de La Rochelle et celui de Nanchang, une notion d'intérêt financier directe. Bien sûr, il y avait des intérêts financiers en terme d'augmentation d'activité du côté français par rapport à l'approche médicale, chirurgicale et de reconstruction sur le cancer du sein qui pouvait être liée à plus d'attractivité pour les patientes atteintes de cette pathologie. Il pouvait aussi y avoir une question financière pour les hospitaliers chinois sur le plan de l'efficience de leurs services car un des éléments de regroupement des services en pôles, à travers la mutualisation, la définition des objectifs et de leur suivi, était de pouvoir augmenter l'activité et réduire les coûts. Il en est de même avec la mise en place du contrôle de gestion et les tableaux de bord, liés dans un certain nombre de cas aux contrats d'objectifs et de moyens passés à l'intérieur des pôles, qui permettent de développer cette efficience

économique. Il est donc nécessaire de travailler sur le long terme avec une application constante de pouvoir mettre en œuvre d'une manière très pratique un certain nombre de modes de management ou d'outils, ce qui était le cas avec l'ouverture du nouvel hôpital. D'ailleurs, sur cette notion du temps, l'expérience nous a montré que la construction d'un nouvel hôpital a été reportée de deux ans et que la réorganisation des services en pôle de cancérologie sur le nouvel hôpital a dû intégrer cette notion de report d'ouverture.
Nous pouvons noter que liée à cette notion de temps, il y a la notion de confiance. Pour qu'un partenariat fonctionne il faut créer de la confiance entre les partenaires et pour créer cette confiance il est nécessaire d'avoir du temps.

9.1.5 La notion de réseaux

9.1.5.1 La notion de réseaux dans la littérature

Les notions de réseaux sont très importantes en Chine. Certaines qualités perçues dans la culture occidentale, qui sont liées à des notions de rapidité, de compétences, d'affirmation de soi, ne favorisent pas la relation alors que la relation est essentielle en Chine. Cette notion de réseaux tient aussi à la différence entre la notion d'individu et de collectif. La notion d'individu est plus liée à la culture française, celle du collectif à la culture chinoise. En Chine, l'individu n'est qu'une pièce d'un puzzle et par rapport à cela, il n'a de valeur que s'il est relié à un réseau. Le réseau permet, pour les entreprises, d'aller d'ailleurs beaucoup plus vite dans la construction de leurs coopérations.

9.1.5.2 Les réseaux et l'hôpital : Un gain de temps pour construire une coopération

La notion de réseaux fonctionne aussi très bien au niveau des hôpitaux. L'expérience a montré que c'était parce qu'en France l'ensemble des hôpitaux de la région Poitou-Charentes s'étaient regroupés dans l'association Confucius et Hippocrate pour former des directeurs d'hôpitaux qu'ils ont pu toucher le réseau des hôpitaux publics de la ville de Nanchang et créer, au niveau de chaque hôpital, un travail de coopération.

9.1.5.3. Nécessité de s'appuyer sur des réseaux pour s'implanter durablement

Il y a bien une réelle convergence entre les entreprises et les hôpitaux sur la notion de réseaux et il est très important pour construire une coopération, de mesurer combien cette notion de réseaux est fondamentale dans la création d'une coopération.

9.1.6 La notion de prise de décisions dans la littérature et les hôpitaux

La notion de prise de décision est très importante quant à la conduite de la coopération. La manière dont les décisions seront prises influence beaucoup la stratégie qui sera suivie.

9.1.6.1 La notion de prise de décisions dans la littérature

Cet élément de la prise de décision est essentiel dans la conduite d'une coopération.
Il faut intégrer que la prise de décision en Chine se fait en équipe. La confrontation ou l'objection sont généralement évitées. Souvent ce qui est observé dans la littérature c'est le chef qui s'exprime et l'attitude des managers est plus celle de l'écoute et d'un rôle d'exécutant de la décision prise par le chef.
Pour un manager français, celui-ci va chercher à expliquer les causes pour faire adhérer ses interlocuteurs à sa décision.
En Chine, quand un manager s'exprime, il convient surtout de ne pas discuter ce que d'ailleurs personne ne fait. Si jamais un manager essaie de se justifier ou de s'expliquer, ses collaborateurs ne vont pas le comprendre et même prendre cela pour une faiblesse. Les chinois vont s'adapter en permanence dans leur prise de décisions.
Un chinois, dans la discussion va souvent ne pas aller droit au but mais avancer pas à pas en contournant les thèmes qui peuvent poser problème pour arriver au cœur du sujet à la fin.
Les chinois prennent beaucoup moins de temps à discuter ou à argumenter, ils sont davantage dans l'action.
Il faut bien intégrer que la primauté du groupe est très importante sur l'individu dans une culture collective plutôt qu'individuelle.
Un chef d'entreprise ne décide jamais seul ni contre l'avis de ses collaborateurs.
La relation et l'affectif sont très importants pour un chinois. La relation individuelle est par conséquent indispensable et, comme nous l'avons déjà précisé, la création d'une confiance est très longue à obtenir.

9.1.6.2 La notion de prise de décisions et les hôpitaux. Un consensus exacerbé

Sur la prise de décision nous avons noté une différence entre ce que nous apprend la littérature et ce que nous avons constaté à l'hôpital.

A l'hôpital, les relations entre collègues sont souvent compliquées, les chefs restent prudents et font des efforts pour donner l'impression que la décision est collégiale en demandant souvent l'avis de tout le monde et en s'assurant qu'il n'y a aucune objection.

Souvent l'engagement des membres de l'équipe s'avère moins dynamique. En fait, nous observons qu'en Chine les équipes de direction vont converger et aller dans le même sens, plus facilement qu'en France, pour donner naissance à une décision collégiale.

Le manager d'une entreprise privée aura surement plus de marge de manœuvre sur la prise de décisions que dans une entreprise publique ou dans un hôpital ou la recherche du consensus sera beaucoup plus importante.

Dans le cas de la construction et du développement de la coopération entre le centre hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang, les constats qui ont été faits précédemment se sont révélés très concrètement à de nombreux moments. Nous pouvons prendre pour exemple les longues discussions auxquelles j'ai assisté entre les directeurs généraux de chacun des deux établissements concernés, lorsqu'il s'agissait de procéder à la rédaction des conventions, puis à leurs modifications. Il pouvait apparaître au directeur général de l'hôpital de La Rochelle qu'à la fin des entretiens, les choses semblaient arrêtées. Or, dans les jours qui suivaient, une réunion était organisée avec le directeur général de l'Hôpital de Nanchang, le représentant du Parti et l'équipe de direction à l'occasion de laquelle le directeur général demandait l'avis de l'ensemble de ses collègues pour avoir un avis collégial. Ceci entraînait souvent, comme nous l'avons indiqué, un manque d'engagement dans les équipes de direction, un manque de dynamisme pour s'engager dans la stratégie qui était mise en place et dans les développements qu'il était nécessaire de réaliser.

Nous avons pu constater, au niveau de la mise en place des pôles, de la création d'une cellule de contrôle de gestion et des outils qui allaient avec, le peu d'empressement à avancer sur ces deux sujets. Il a fallu à chaque fois que le directeur général relance les choses auprès des directeurs-adjoints car moi-même je n'arrivais pas à faire évoluer les dossiers comme cela aurait été souhaitable. Ce qui s'est produit avec l'équipe de direction a été similaire avec le corps médical pour la création des pôles.

En effet, la décision de regrouper les services de cancérologie dans le nouvel hôpital avait été prise au niveau du directeur général puis avait été entérinée par l'équipe de direction et, lors de réunions, avait été présentée et semblait acquise avec les chefs de service. Dans la réalité, il n'en était rien. Une résistance s'est installée au niveau des chefs de service et médecins des différents services qui n'ont pas montré un grand empressement pour avancer sur la voie de la construction des pôles. Ils ne pouvaient pas s'opposer à l'idée de définition d'objectifs, de mutualisation, d'une plus grande efficience, mais en fait, la raison qui bloquait l'avancement du dossier était la répartition financière des primes aux médecins qui étaient différentes d'un service à l'autre. Le regroupement en pôle remettant en cause toute cette redistribution financière. Il a fallu donc retrouver cette cause cachée pour retravailler et avancer sur cette fonction de pôle.

9.1.6.3 Une prise de décision ou la collégialité l'emporte sur la décision individuelle du manager

Nous pouvons faire le constat que ce qui a été décrit dans la manière de prendre des décisions par le responsable tant dans les entreprises que dans les hôpitaux est très similaire. Les différences tiennent au fait que le manager d'une entreprise privée aura beaucoup plus de marge de manœuvre sur la prise de décisions que dans une entreprise publique ou à l'hôpital. En effet, dans celui-ci, il y aura une recherche du consensus qui sera beaucoup plus importante, et ceci n'est pas sans conséquence sur le thème que nous avons vu précédemment, qui est la notion du temps.

9.1.7 La notion de changement

Les conceptions du temps, de la manière dont les décisions prises, de la stratégie qui est arrêtée, des objectifs qui sont assignés, ont des impacts très importants sur la notion de changement. Néanmoins, il faut également intégrer un élément culturel lié à cette notion de changement.

9.1.7.1 La notion de changement dans la littérature

Pour un chinois, le chemin n'est pas tracé d'avance. Il se fait au fur et à mesure. Ce qui est plus important que le but à atteindre, c'est le chemin que l'on va prendre. La tradition chinoise appelle donc l'individu à s'adapter au monde et non à le transformer. Le manager

chinois ne cherche pas à soumettre la réalité extérieure à sa volonté ni à s'imposer car s'imposer s'est toujours susciter des résistances, des rivalités, il va être plus dans une démarche que sur un modèle de changement.
Le bon dirigeant va avancer en s'appuyant sur un certain nombre d'éléments porteurs d'une situation. Il va plus procéder par petites touches plutôt que de provoquer une rupture brutale qui va susciter toujours des résistances. C'est presque comme s'il voulait que le changement soit le plus inaperçu possible pour éviter le maximum de résistance. Ceci est très important car cela va avoir des conséquences sur le fait que tout ce qui est théorie, modèle ou boîte à outils devra être complètement adapté pour être le mieux accepté possible au niveau de l'entreprise.

9.1.7.2 La notion de changement et les hôpitaux. Une adaptation sans rupture

Cette approche du changement va se retrouver exactement de la même manière au niveau des hôpitaux.
Un dicton chinois dit que « le changement est le fruit de la collaboration des contraires et non le résultat d'une lutte et des réalités hostiles ou contradictoires » (Confucius).
Il montre bien que dans le mécanisme de construction d'une coopération managériale, coexiste des dynamiques opposées, antagonistes, conflictuelles. Au final, elles cohabitent.
Dans l'exemple de notre coopération, ceci s'est avéré parfaitement exact dans la construction des pôles. Le directeur général a préféré avancer à petits pas , l'objectif étant d'avoir une mutualisation, et à terme un regroupement des services de cancérologie dans le nouvel hôpital mais ceci fait apparaître une évolution lente, même avec beaucoup de retours en arrière, ce qui nous ramène encore à la notion du temps qu'il faut pour conduire le changement. Même si le directeur général va savoir et a vu quels étaient les résultats en France de l'organisation en pôles, et qu'il y adhère, il sait qu'il va lui falloir du temps pour mener ce changement. Même si le changement est conduit d'une manière différente en France, on s'aperçoit qu'il a fallu aussi beaucoup de temps pour mettre les pôles en place bien qu'il s'agissait d'une réforme nationale et obligatoire pour l'ensemble des hôpitaux.
Le même constat peut être fait pour la mise en place du service du contrôle de gestion où le changement a été conduit progressivement à partir du service statistiques qui paraissait le plus apte à avoir et à recueillir l'ensemble des données, sans construire immédiatement un service de contrôle de gestion.

9.1.7.3 Une pratique d'un changement sans rupture

Comme nous l'avons vu, la convergence est très importante sur la notion de conduite de changement entre les entreprises et les hôpitaux. Il convient cependant de noter que les principes que nous avons évoqués de la manière dont est conduit le changement en Chine va être encore plus prégnant pour les hôpitaux car ils vont être moins liés, comme nous l'avons vu précédemment, à des questions économiques que ne le sont les entreprises.

9.1.8 Particularités de la culture chinoise influençant la gestion d'une coopération managériale

La culture chinoise est l'héritière de trois traditions millénaires, le taoïsme, le confucianisme et le bouddhisme. Ces traditions ont créé un lien entre religion, culture, mode de pensée et comportement.
Elles sont à la base d'une pensée complexe en opposition à la pensée rationnelle.
Cette pensée complexe induit certains éléments en dehors de ceux principaux que nous avons étudiés précédemment.

9.1.8.1 Influence de la pensée chinoise sur la conduite d'une coopération dans la littérature

Il faut qu'une entreprise intègre que certaines différences culturelles ont une importance sur les affaires.
Les chinois vont d'une manière générale chercher l'harmonie ce qui va donc influencer leur comportement. Le chinois obéit aux ordres et évite de provoquer les autres tandis que le français cherche souvent à attaquer, à provoquer, à tout discuter. L'harmonie reste l'une des plus grandes valeurs traditionnelles chinoises. Il vaut mieux donner l'impression que tout va bien, que tout le monde est content plutôt que de prendre le risque de casser l'harmonier d'un groupe.
A l'inverse, en France, la confrontation aux autres, l'expression de son opinion, donner son avis, même et surtout s'il est divergent fait partie du processus de décision dans les organisations. La confrontation est un jeu social très prisé. Un français sera beaucoup plus direct qu'un chinois. Un chinois évite de créer des conflits ou d'entrer en conflit direct avec les autres. Il essaie de les éviter et de les contourner. Il est très important de ne pas

offenser un chinois. Un chinois va se remettre beaucoup plus en cause qu'un français qui va souvent rechercher la cause chez les autres.
Il est important de ne pas montrer de complexe de supériorité vis-à-vis des chinois. Les chinois sont plus dans l'intuition et l'action par opposition à la réflexion et la discussion. Ils sont plus orientés vers l'action et préfèrent une approche pragmatique.

Un autre élément que nous retrouvons est celui de la difficulté à planifier les choses. A l'inverse de ce qui se passe en France, les français planifient beaucoup, en particulier les rendez-vous, les réunions il est plus difficile de planifier quelque chose en raison des risques d'annulation de dernière minute. C'est une forme de procrastination, c'est-à-dire une tendance à remettre au lendemain des décisions à prendre, à les ajourner, à temporiser.
Il en résulte un mode d'organisation qui n'est pas rigide et qui doit être adaptable.

9.1.8.2 Influence de la pensée chinoise sur la conduite de la coopération hospitalière : des différences culturelles à prendre en compte pour ne pas commettre d'erreurs

Comme nous l'avons vu précédemment, les éléments qui influencent la pensée chinoise et qui ont des conséquences sur la conduite d'une coopération entre entreprises privées s'appliquent également au niveau des hôpitaux.
Dans toutes les missions qui se sont passées en Chine, nous avons pu constater qu'il n'y avait jamais eu d'affrontement direct entre le directeur général et l'équipe de direction ou entre le directeur général et les médecins. Ceci pouvait laisser penser que l'ensemble des acteurs, à la suite d'une réunion, était d'accord sur ce qui était proposé. Dans un certain nombre de cas, il n'en était rien et l'expérience a montré que dans la pratique, des points qui avaient été évoqués ne se mettaient pas en place car il y avait des freins extrêmement forts de la part de tel ou tel acteur.
Sur le problème de la planification, nous avons aussi vérifié combien il était difficile d'obtenir des rendez-vous avec les différents responsables chinois et qu'il était impossible à la délégation française qui demandait une planification lors de ses rencontres avec un certain nombre de responsables hospitaliers chinois d'obtenir ces rendez-vous. Lorsque ceux-ci étaient obtenus, la pratique a montré qu'il y avait toujours des décalages dans le temps, au niveau de la journée et/ou de la semaine, et que des rendez-vous qui étaient

arrêtés par rapport à un ordre du jour précis étaient reportés au lendemain ou à un jour postérieur.

9.1.8.3 Des conduites de management influencées par des différences culturelles

On constate que les influences qui ont été vues dans la littérature sur les modes de management ont une influence très forte sur la coopération managériale.
Elles s'appliquent encore plus sur la coopération managériale des hôpitaux.
En ce qui concerne les notions d'harmonie, cette influence se révèle encore plus. Elle s'explique par une moindre pression économique immédiate comme cela peut être le cas avec des investisseurs privés.
Ceci s'est vérifié dans le choix de regroupement, de mutualisation des services de cancérologie. D'un choix très intégratif on est passé à une organisation plus multiservices.
Il est donc très important d'acter au niveau des réunions ce qui a été décidé et l'habitude d'un procès-verbal signé par les participants par exemple, comme cela peut se faire dans les hôpitaux français, n'est pas une pratique dans les hôpitaux chinois. Cela peut apparaître comme une perte, un manque de confiance.
Sur le problème de la planification, en particulier la planification des rendez-vous, cela a un rôle essentiel pour mener une opération de coopération managériale. En général, les missions faites d'un côté ou de l'autre sont assez courtes, le temps est donc compté. De ce fait, il est important d'avoir un minimum de planification pour être le plus efficace possible. Néanmoins, même s'il faut insister pour essayer d'avoir ces rendez-vous, il faut intégrer l'idée que ceux-ci peuvent tout-à-fait changer.
De l'étude de la littérature et de l'expérience hospitalière, il en ressort un trait culturel très significatif, c'est le pragmatisme des chinois, leur grande flexibilité qui aboutit à ce qu'ils parviennent le plus souvent à trouver une solution.
Il convient donc de prendre en compte ces différences entre la Chine et la France qui vont jouer un rôle primordial dans la conduite d'un projet de coopération managériale. Il est important d'intégrer que le modèle occidental ne s'applique pas directement en Chine et que bien sûr il faut tenir compte de l'environnement et l'adapter.
Il est important, dans la mesure du possible, de former les français qui vont en Chine ou les chinois qui viennent en France pour pouvoir appréhender les différents environnements et éviter des réactions inadaptées, comprendre que les chinois n'ont pas le même raisonnement, la même logique que les français et inversement.

Lorsque l'on croise les expertises et les points de vue sur les images de la Chine en France et de la France en Chine, un certain nombre de lignes peuvent être dégagées. Les perceptions croisées apparaissent déséquilibrées entre les 2 pays. Une Chine qui s'illusionne, une France qui balance entre crainte et amitié.

La perception de la Chine par les français apparaît aussi peu claire qu'est profonde la méconnaissance de sa culture et de son histoire. Alors même que l'opinion reste globalement favorable, beaucoup continuent de considérer l'empire du milieu comme une menace économique. Ce stéréotype semble profondément enraciné.

Quant aux chinois, leur enthousiasme sur la France donne du panache à un pays qu'ils considèrent haute de gamme, sophistiqué, bercé par la culture bien que de plus en plus insécurisé et ancré dans une forme de romantisme, mais on remarque souvent le niveau de déception des chinois lors de leur premier déplacement dans l'hexagone. Néanmoins, on assiste à un changement profond pour les deux pays de leur image qui passe par les voyageurs, les médias et les entreprises. Ce sont eux qui vont structurer l'image d'un pays.

Pour passer de la méconnaissance à la compréhension partagée, il convient d'éviter les interprétations pour au contraire privilégier l'action, l'expérimentation, le contact, l'innovation, les échanges. C'est ce que nous avons essayé de montrer par l'expérience qui a été menée entre l'hôpital n° 3 de Nanchang et l'Hôpital de La Rochelle. C'est là que vont se situer tous les enjeux et une phrase peut résumer dans cette coopération, ces transferts d'outils et de modes de management, le fait que « le génie de la Chine c'est l'absorption tout en gardant sa singularité ». Nous avons pu vérifier ce principe tout au long de l'expérience de la mise en place d'outils et de modes de management.

Au regard de ce que nous venons d'étudier comme élément de réussite d'une coopération managériale entre les entreprises publiques et privées et l'expérience menée entre hôpitaux publics, nous avons déterminé quels étaient les clés indispensables.

9.2 Les clés incontournables de la réussite d'une coopération

L'examen des huit thématiques précédentes conduit à proposer quelques clés essentielles pour mettre en œuvre une coopération managériale :

1 – Il est essentiel pour construire une coopération managériale d'avoir un socle fondateur. Les hôpitaux doivent apporter une valeur ajoutée qui soit reconnue, apporter une expertise également reconnue dans un domaine qui peut être médical, technique ou de management.
2 – Une fois le socle de la coopération managériale établit, il est indispensable pour établir celle-ci d'avoir une convergence d'intérêts. Il faut partager les mêmes objectifs. Ceux-ci peuvent être de différents ordres : économique, médical, technique, managérial. Ils peuvent être cumulatifs. Il faut rechercher à travers ces objectifs un équilibre dans la coopération.
3 – Il est très important de prendre en compte la politique institutionnelle de la Chine pour réunir toutes les conditions de réussite d'une coopération. Il est nécessaire d'établir à tous les niveaux des relations étroites et durables avec les autorités locales en intégrant les spécificités gouvernementales du système chinois. En raison de la taille du pays et d'une nécessaire décentralisation, il est important de prendre en compte que les autorités locales ont beaucoup d'autonomie pour définir la politique publique.
4 – Il est nécessaire pour construire et développer une coopération managériale de prendre en compte la notion du temps. Il est important d'intégrer qu'il faut du temps pour mettre en œuvre une coopération, de ne pas brûler les étapes. Lier à cette notion de temps celle de la vision que l'on va avoir pour atteindre les objectifs arrêtés. Ils peuvent se situer dans une mission à court terme ou à long terme. Il est essentiel pour construire une coopération d'être dans une vision à long terme. Il est important de noter que seule une mission à long terme permet de gagner la confiance du partenaire chinois.
5 – Il est fondamental de prendre en compte l'importance de la notion de réseau dans le développement d'une coopération. C'est un gain de temps et d'efficience assuré. Cette notion de réseau est liée à la notion d'individu et de collectif. Cette dernière est liée à la culture chinoise.
6 – La notion de prise de décision est très importante quant à la conduite de la coopération et de la manière dont la stratégie sera arrêtée. La prise de décision en Chine est collégiale. Le manager ne décide jamais seul ni contre l'avis de ses collaborateurs même si l'engagement du manager est très important et que personne ne discute son avis. La recherche du consensus est très présente.
7 – Il est important d'intégrer que le changement n'est pas dans la rupture mais dans l'adaptation, il faut comprendre qu'un chinois prend moins de temps à discuter ou argumenter qu'un français, qu'il est davantage dans l'action, tout en refusant de provoquer des ruptures brutales. Il va faire en sorte que le changement soulève le moins possible de résistance. Le chemin n'est pas tracé d'avance, il se fait au fur et à mesure. Ce qui est important, c'est le but à atteindre.

8 – IL convient pour travailler efficacement avec les chinois, il faut savoir d'adapter à leur méthode de travail, avoir une attitude adéquate pour traiter la complexité due aux différences culturelles : comprendre que les chinois ont un rapport différent avec la hiérarchie, être discret et souple, rechercher le compromis, ne pas faire perdre la face à un chinois, savoir qu'il est difficile de planifier les choses.

9.3. Les règles à respecter pour les transferts d'outils ou de méthodes de management dans le cas d'une coopération hospitalière

Si l'adaptation à l'environnement chinois de techniques de gestion importées de France, apparait possible, il reste qu'à l'exemple des deux projets mis en œuvre à l'hôpital de Nanchang, un certain nombre de règles doivent être respectées.

Dans l'exemple de Nanchang, certains principes sont communs, transversaux et ont une portée plus globale et seront naturellement présents dans les projets retenus ; d'autres principes seront propres pour chacun des projets retenus, la mise en place des pôles et du contrôle de gestion.

9.3.1 Les règles communes

Quatre points méritent d'être développés dans ce cadre :

- L'attrait de la nouveauté pour les chinois,
- L'adaptation à l'environnement et aux spécificités chinoise,
- La conduite de projet,
- La permanence de la stratégie.

L'attrait de la nouveauté constitue un élément favorable. Pour les thèmes présentés et/ou visités, les hospitaliers chinois ont manifesté un réel intérêt. Aucun a priori négatif n'a été constaté.
Certains projets n'ont pas été retenus, ou n'ont pas été jugés susceptibles de générer des progrès dans la gestion ou le fonctionnement de l'hôpital. Pour autant, aucune décision négative n'a été prise a priori, et les présentations et visites se sont toujours déroulées dans le meilleur esprit d'écoute. Tous les sujets ont été étudiés au fond, avant décision.
La nouveauté ne constitue donc pas une difficulté.

Le deuxième élément, dont on peut considérer qu'il est lié au premier, réside dans le fait que si la nouveauté n'est pas rejetée à priori, elle nécessite forcément une adaptation à l'environnement chinois pour être réellement acceptée et mise en place.
Il s'agit d'un point souvent évoqué avec plus ou moins de force durant les présentations. La spécificité chinoise et sa prise en compte constitue une revendication forte des hospitaliers chinois. Le fait qu'une expérience ait été menée avec succès à l'étranger, ne suffit pas à convaincre que cette expérience est transposable à l'identique avec le même succès en Chine. Il s'agit d'ailleurs d'un point qui a été souligné de manière forte lors de l'enquête effectuée auprès des hospitaliers, et en particulier sur le projet gestion des pôles.
Ne pas intégrer cette dimension, présente un risque majeur d'échec pour tout projet de transfert d'une organisation ou d'une méthode de management.

La conduite de projet est également un élément décisif dans la capacité de réussir.
Dans le cadre des échanges franco-chinois, il apparaissait souvent aux hospitaliers français que la centralisation de l'hôpital chinois se traduisait forcément dans les faits : le directeur général décide, tout le monde applique.
Dans la pratique, les choses sont plus complexes. Certes l'engagement du directeur général est un élément majeur de la réussite d'un projet. Un non engagement se traduit quasi surement par un échec. Pour autant, ce simple engagement n'est pas suffisant.
Des réunions peuvent se conclure par des accords à mettre en œuvre une action, et que rien ne se passe ensuite, si l'on n'adopte pas en même temps les mesures pour l'accompagner. Il est donc indispensable, c'est d'ailleurs ce qui a été fait pour les deux projets évoqués dans cette thèse, de nommer un chef de projet et des responsables opérationnels chargés de tâches précises et pour lesquelles ils doivent rendre des comptes.
Sans ce dispositif, les accords de principe ne se traduisent pas dans les faits.

Le quatrième point, qui a constitué dans notre cas une difficulté, concerne la permanence de la stratégie locale d'un établissement. Il s'agit certes, d'un point qui n'est pas totalement maitrisable par tous les acteurs du projet, mais qui est extrêmement important.
Dans le cas de notre expérience par exemple, le changement de directeur général à Nanchang à la fin de l'année 2015 et la définition (au demeurant parfaitement légitime) de nouvelles priorités a constitué une difficulté.
Il s'agit probablement d'un point sur lequel on doit s'interroger sur le risque avant de débuter un projet à long terme.

9.3.2 Les points liés au projet « mise en place des pôles »

Outre les principes évoqués dans le paragraphe précédent et totalement applicables dans le cas de la mise en place des pôles, en particulier ceux liés à la prise en compte de l'environnement spécifique de l'hôpital chinois et à la conduite de projet, les autres clés de la réussite sur ce dossier sont liés à la capacité de conviction du chef de projet sur le bien-fondé de la réforme face à des acteurs, dans ce cas essentiellement médicaux qui perçoivent mal la nécessité de :

- Remettre en cause leurs organisations personnelles,
- Définir de nouvelles règles de gestion.

Il apparait en effet que quel que soit l'intérêt théorique manifesté par certains médecins pour l'organisation en pôles, la mise en place de ceux-ci contribue à modifier au minimum leur organisation personnelle, qu'au surplus ils avaient eux-mêmes choisie et qui pouvaient dater de plusieurs années.

La mutualisation des moyens matériels et humains imposée par la mise en place des pôles constitue, à leurs yeux, au minimum une perte de confort, parfois présentée comme une perte d'efficacité au détriment de la prise en charge du malade.

Avant les pôles, leur fonctionnement était uniquement centré sur leur propre service, sans considération des difficultés des autres unités auxquelles ils n'avaient pas à contribuer à leurs résolutions.

Ce frein égoïste au changement est encore plus important si la proposition de réforme est encore plus large et touche à l'organisation générale de l'établissement et donc à ses règles de gestion : regroupement des activités, désignation de chefs de pôles, modification de la hiérarchie médicale. C'était notamment le cas dans la proposition de scénario 2 de regroupement des services au sein d'un pôle très large cancer du sein. Dans cette hypothèse, les modifications génèrent des attitudes d'autant plus frileuses que les modifications sont importantes.

Les techniques de gestion de la résistance au changement sont donc essentielles au règlement de ce type de comportements, au demeurant très souvent attendus.

9.3.3 Les points liés au projet « contrôle de gestion »

Dans le cas particulier de ce projet, la validation de principe a été relativement facile à obtenir, en particulier d'abord de la part du directeur général, ensuite de la part du corps médical et de l'encadrement qui y voyaient à juste titre pour eux le bénéfice de nombreuses informations sur le fonctionnement de leurs services et l'accroissement de leur capacité de négociation avec le directeur.

Comme pour la mise en place des pôles, la résistance au changement, en particulier de la part des agents chargés dans les différentes directions fonctionnelles qui estimaient inutile les modifications proposées à la fois sur le contenu des tableaux de bord et également sur la création d'un service contrôle de gestion. Sur ce point, l'engagement et l'autorité du DG, ont permis une évolution rapide de ces attitudes.

La mise en œuvre pratique en revanche a nécessité des compétences techniques en matière de :

- Contrôle de gestion,
- Système d'information.

Il appartenait en effet, au chef de projet de reprendre l'ensemble des documents existants, de les valider, d'uniformiser les définitions des items suivis et ensuite de définir une nouvelle maquette de tableaux de bord, puis d'organiser le dialogue de gestion.

Ces différentes tâches, nécessitaient en effet que la personne en charge du projet, dispose de la compétence théorique pour emporter la conviction des différents acteurs. Le choix de cette personne apparaissait donc comme un élément déterminant.
En effet, le concept de contrôle de gestion et le projet voulu par la direction générale étaient totalement nouveaux pour l'hôpital de Nanchang. La qualité de la conduite des réunions sur :

- Les objectifs du projet,
- La définition d'un nouveau service,
- Les maquettes des tableaux de bord,
- L'organisation du dialogue autour de ces outils,

reposait donc essentiellement sur la capacité du chef de projet à :

- Apporter les connaissances théoriques nécessaires,
- Convaincre les acteurs,
- Faire la preuve de la possibilité de mise en œuvre pratique.

Pour ce qui concerne la validation et/ou l'évolution du système d'information, les exigences sont les mêmes. Elles sont dans ce cas, renforcées par la nécessité d'un positionnement clair de la part de la direction générale. En effet, proposer des modifications parfois significatives à des habitudes anciennes suppose le soutien affirmé et sans équivoque du directeur général.

La présence dans l'établissement d'un agent disposant de ces compétences et la volonté du directeur général ont permis la réalisation de ce projet.

Le principal atout dans ce cas, pour emporter la conviction de tous et pour faire avancer durablement le projet, réside dans les capacités techniques du chef de projet.

CONCLUSION GENERALE

1 – Les résultats de la recherche

Nous avons décliné la problématique générale qui est la suivante : comment peut-on transférer et adapter des outils de management ou des modes de management hospitaliers français dans les hôpitaux chinois.
Cette problématique se décline en trois questions de recherche :
- comment s'est construite la coopération entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois ?
- quels sont les outils de management hospitaliers français qui peuvent être transférés entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois ?
- quelles sont les clés de la réussite d'une coopération hospitalière franco-chinoise à partir des enseignements tirés de la coopération entre l'hôpital n°3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle pour la construction d'autres coopérations entre des hôpitaux français et chinois.

La réflexion s'est faite autour de deux axes. Le premier a consisté à étudier, à travers la littérature francophone, anglophone et chinoise, les problématiques rencontrées dans une coopération managériale entre des entreprises privées françaises et chinoises, les explications qui étaient données à ces problématiques et les solutions qui étaient apportées.

Le deuxième axe a porté sur l'expérience particulière de coopération managériale entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'Hôpital n° 3 de Nanchang. Nous avons regardé comment s'est construite cette coopération, à partir de quels éléments fondateurs elle a démarré, et quelles ont été les raisons de sa construction tant du côté chinois que du côté français. Nous avons recherché les opportunités qui ont été des facteurs d'accélération ou de frein à la mise en œuvre de cette coopération. Nous avons fait un focus particulier sur les différences culturelles entre la culture chinoise et la culture occidentale qui ont joué un rôle important dans la construction de cette coopération managériale.
Nous avons ensuite étudié le pilotage de cette coopération avec le rôle particulier des acteurs de terrain et des institutions françaises et chinoises, et comment, sous l'influence à la fois des acteurs des institutions et de l'environnement économique et politique, ce pilotage avait évolué, et qu'elles avaient pu en être les difficultés, du fait notamment de l'environnement politique et économique.

Nous avons étudié les réflexions qui avaient été menées quant aux besoins de transfert d'outils ou de méthodes de management. Ces travaux ayant conduit à sélectionner un certain nombre d'outils qui ont pu être mis en œuvre.
Partant de ces éléments nous avons pu répondre à la première partie de la problématique qui portait d'une part sur la construction et le pilotage d'une coopération managériale franco-chinoise la construction de la coopération entre un hôpital public chinois et français. Nous avons également pu voir quels outils et méthodes de management pouvaient être transférés entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois.

2 - Les apports de la recherche

Nous avons essayé de déterminer, à partir de l'étude décrite précédemment, quelles étaient les conditions de réussite et les facteurs d'échec pour un partenariat managérial et plus particulièrement dans le cas d'un partenariat public. Nous avons montré les correspondances entre les constats de la littérature et ce qui a été observé sur le terrain d'observation scientifique pour vérifier qu'il existe des convergences dans la très grande majorité des cas. Nous avons aussi recherché et identifié quelles étaient les conditions particulières qui s'appliquaient aux entreprises publiques, et par conséquent aux hôpitaux, notamment les prises de décisions et les relations institutionnelles.

3 - Les limites de la recherche

Comme nous l'avons indiqué, la littérature sur la coopération managériale entre hôpitaux publics français et chinois est quasiment inexistante et nous avons axé notre étude sur un cas particulier, celui de la coopération managériale entre le Centre Hospitalier de La Rochelle et l'hôpital n° 3 de Nanchang. La limite de l'étude pourrait être de savoir si ce cas particulier, qui fait l'objet de notre thèse, est un cas isolé ou si les enseignements que nous avons pu tirer de sa construction, de son pilotage, et du transfert des outils ou modes de management, comporte des caractéristiques communes avec d'autres hôpitaux.

L'étude que nous avons mené sur les entreprises privées, qui se recoupe à travers les différents auteurs d'ouvrages ou d'articles, permet d'avancer que nous retrouvons les mêmes éléments, les mêmes problématiques, les mêmes solutions dans la construction et la mise en œuvre d'une coopération managériale hospitalière. Il existe quelques particularités, que nous avons décrites, qui s'appliquent au secteur public et hospitalier.

L'analyse que nous avons faite sur les deux centres hospitaliers chinois et français fait apparaître que les conditions de réussite ou d'échec sont, nonobstant ces quelques particularités, très similaires à ce que nous avons pu étudier dans la littérature. Par conséquent, les clés de la réussite d'une coopération managériale apparaissent comme tout à fait applicables à d'autres coopérations managériales entre des hôpitaux français et des hôpitaux chinois. Le phénomène de reproductibilité semble pouvoir être validé.

Comme nous l'avons vu dans l'étude particulière entre les hôpitaux de La Rochelle et de Nanchang, il faut prendre en compte un environnement qui sera toujours différent.

L'étude de notre cas a montré qu'il y avait un terreau particulièrement favorable qui tenait à plusieurs éléments : l'origine de l'établissement hospitalier, la volonté de ses acteurs, le positionnement de la région Poitou-Charentes et du département au regard d'une coopération managériale ancienne entre entreprises privées, une association et un regroupement d'hôpitaux très favorables à cette coopération avec la Chine. Ces facteurs, au demeurant très favorables, ne sont bien évidemment pas reproductibles dans l'ensemble des cas. Néanmoins, il est possible de rechercher, sur d'autres cas de partenariat, des éléments favorables, similaires ou pas, mais aussi de mesurer ceux qui pourraient être défavorables, pour se lancer dans une telle coopération.

4 - Les perspectives de la recherche

Les perspectives peuvent être étudiées à travers deux axes.

Le premier concerne l'étude particulière que nous avons menée. Il s'agit de suivre dans le temps, notamment avec l'ouverture du nouvel hôpital et le fonctionnement sur deux sites,

l'ancien et le nouveau, la manière dont les outils et les modes de management ont été réellement mis en place, leur évolution dans le temps, leur adaptation quant à leur mise en œuvre concrète sur le terrain compte tenu des pratiques.

Le second consiste à rechercher si d'autres expériences de coopération managériale entre hôpitaux sont susceptibles de faire l'objet d'une étude et si les clés de la réussite que nous avons définies se vérifient. Si celles-ci ont été utiles à des hospitaliers français et chinois pour construire et mettre en œuvre une coopération managériale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Caillau, H. (2015). Le paradoxe du poisson rouge. Une Voie.

Chen, S., Shu, T. (2013). Enlightment from Australian hospital budget management method on China. Chinese health Economics. Vol. 32.

Chun, H. 2012). The research on the Cross-culturel conflict management in sino-french joint venture enterprise.

Claxton, K., Paulden, M., Gravellett, Brower, W., Culyer, AJ. (2011). Discounting and decision making in the economic evaluation of health – Care technologie. Health economics.

Delnatte, JC., Schechter, F. (2010). Pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé : examen du déploiement des outils dans un paneld 'établissements de sané. Rapport de l'IGAS.

Drivet, R., Gautier, D., Conty, E., Segade, JP., (1993). De l'autonomie financière à la régulation externe : quels outils pour demain ? Gestion hospitalière. N° 325.

Duriez, G. (2012). Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction : impact de la T2A et réalité dans le groupe hospitalier de l'AP-HP. Rapport EHESP.

Feng, X,. Niu, M. (2013). Exploration and practice on management Pattern of one hospital with two campuses. Chinese hospital managemet. Vol. 48.

Fischer, J., Nonahan, T. (2012). Evaluation of real-time location systemes in their hospital contexts. Internationnal journal of medical informatics.

Fondation Perspective et Innovation. (2016). PME Horizon Chine. Nouveau modèle, économie, rite et bien-être : anticiper l'orientation de la Chine. Ginko.

Fondation Perspective et Innovation. (2016). La Chine hors de Chine. Ginko.

Gestion financière et pilotage médico-économique des pôles. (2013). Presses de l'EHESP.

Grolier, J., Médée, P., Pérard, Y. (2014). La comptabilité de gestion à l'hôpital. Contrôle de gestion et pilotage de la performance médico-économique. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

HAS. (2010). Service de l'évaluation économique et de la santé publique. L'évaluation économique à la Haute Autorité de Santé. Principes et méthodes.

Huang, Y. (2016). Thèse. Université de AnHui. Research one the construction of internal control système of QCSXZZ Division.

Jiang, C. (2013). Thèse. Transfer of HRM practices in French MNCs : the case of French subsidiairies in china. Université de Pau et du Pays de l'Adour. Ecole doctorale sciences sociales et humaines.

Kaplan, R. S., Norton, D. P., (2001). Comment utiliser le tableau de bord prospectif ? Edition d'organisation.

Li, C. (2014). Réussir sur le marché chinois. Eyrolles.

Line, P., Tang, J. ( ). Seci and inter-organizationnal and intercultural knowletge transfer : a case study of controvesies aroud a project of co-operation betwen France and China in the health sector.

Liu, L. (2013). Mon pays en matière de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux piblics. Jilin medical journal. Vol. 34.

Liu, Z,. Cao, P,. Cheng, Y. (2013). Size ans composition of hospital board in new healhcare reform in china. Chinese hospital management. Vol. 33

Meah, (2009). Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique des pôles, Créa, Créo, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion.

Ministère de l'emploi, du travail et de la santé. (2012). Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Bulletin Officiel n° 2011/9 bis. Fascicule spécial.

Nobre, T., Lambert, P. (2012). Le management de pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis.

Nobre, T. (2004). L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité. Centre d'étude des sciences appliquées à la gestion (CESAG). Université de Strasbourg.

Pagès, C. (2006). Contrôle de gestion et statistiques managériales à l'hôpital. Mémoire directeur d'hôpital. ENSP.

Tang, J,. Livre. P., Article EMeral Insight – SECI and inter-organizational ans intercultural knowledge transfer : a case-study of controversies aroud a project of co-operation between France and China in the health sector.

Wu, X. (2013). L'industrie de Hunan. Studio on the management for Sino-Foreign Cross-Cultural design team.

Xing, D,. (2016). Système de gestion de la recherche sur les entreprises : la structure organisationnelle, la gouvernance d'entreprise et de contrôle de gestion. Gestion de l'entreprise. 1673-1069.

Yang, L., Wang, J,. (2007). Sur la gestion des hôpitaux à l'étranger. Chinese hospital management. Vol. 48.

Yi, L., Lu, X., Zhao, X. (2013). Study on T-type management based on in hospital centralized diagnosis and treatment. Chinese hospital management. Vol. 33.

Yao, H., Fang, P,. Xie, J. (2013). Specialization of directors in public hospitals : hospital middle managers cognition and revelation. Chinese hospital management. Vol. 33.

Yu, Z., Lu, J. (2007). To make use of the latest performance excellence management of american hospital in china hospital management. Chinese health quality management. Vol. 14.

ANNEXES

Annexe 1 – Convention de coopération novembre 2011

Annexe 2 – Convention de coopération août 2014

Annexe 3 – Convention de coopération – missions – août 2014

Annexe 4 – Programme type de formation des directeurs d'hôpitaux chinois

Annexe 5 – Synthèse de la formation des médecins généralistes chinois

Annexe 6 – Future formation des directeurs d'hôpitaux chinois

Annexe 4 – Répartition du personnel en catégories à l'hôpital n° 3 de Nanchang

Annexe 8 – Niveau de qualification des personnels à l'hôpital n° 3 de Nanchang

Annexe 9 – Répartition des personnels en fonction des diplômes à l'hôpital n° 3 de Nanchang

Annexe 10 – Tableau de bord des services du cancer du sein à l'hôpital n° 3 de Nanchang

Annexe 11 – Répartition des personnels par catégorie gynécologie-obstétrique-pédiatrie-néonatalogie

Annexe 12 – Questionnaire sur la gouvernance

Annexe 13 – Conseil de Surveillance

Annexe 14 – Le découpage du Centre Hospitalier de La Rochelle

Annexe 15 – Le découpage par pôle du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Annexe 16 – Missions et compétences des chefs de pôle

Annexe 17 – Fiche de poste d'un cadre supérieure de santé de pôle

Annexe 18 – Fiche métier d'un cadre supérieur de pôle de poste utilisé au Centre Hospitalier de La Rochelle

Annexe 19 – Fiche métier d'un cadre gestionnaire de poste utilisé au Centre Hospitalier de La Rochelle

Annexe 20 – Extrait d'une charte de gouvernance

Annexe 21 – Les crédits délégués aux pôles

Annexe 22 – Guide de procédure de délégation – Ressources humaines

Annexe 23 – Guide des procédures de délégation de gestion dans le domaine des Ressources humaines

Annexe 24 – La délégation en matière de gestion du personnel au Centre Hospitalier

de La Rochelle
Annexe 25 – Un contrat de pôle Neuro-Pneumo-Onco
Annexe 26 – Le démarrage d'une nouvelle activité
Annexe 27 – Les moyens mis à disposition et indiqués dans le Contrat de Pôle
Annexe 28 – Les moyens attribués au pôle
Annexe 29 – La procédure d'évaluation entreprise au Centre Hospitalier de La Rochelle
Annexe 30 – Le schéma de financement de la formation ANFH
Annexe 31 – Compte rendu de réunion – Contrôle de gestion du 8 janvier 2016

CONVENTION DE COOPERATION

Entre :

- le Centre Hospitalier de La Rochelle
- l'Hôpital N° 3 de Nanchang

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1

La présente convention est destiné à initier, à institutionnaliser et à rendre effectifs les échanges scientifiques et le développement de la coopération dans les domaines susceptibles d'intéresser les deux établissements et plus particulièrement dans les domaines suivants :

- la formation des personnels médicaux
- les échanges d'expériences de spécialités

La coopération entre les deux parties a pour objet d'améliorer les niveaux techniques et de gestion des personnels hospitaliers et d'échanger des expériences et des spécialités en faveur du développement en commun.

ARTICLE 2

Les deux hôpitaux procéderont à une ou deux formations par an sur des échanges scientifiques, la gestion hospitalière et la gestion de soins. Le temps et le contenu de ces formations seront discutés et acceptés par les deux parties.

ARTICLE 3

Préalablement, les personnels hospitaliers qui ont participé à la formation et aux stages d'observation chinois devront acquérir une pratique usuelle de la langue anglaise et/ou s'être initié à la langue française à un niveau compatible avec la formation qu'ils auront à accomplir.
L'Hôpital N° 3 de Nanchang se chargera de la formation des langues.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnels des deux hôpitaux pour les échanges courts décidés par les deux hôpitaux.

ARTICLE 4

Les deux parties désigneront Madame Yan GONG comme coordinatrice chargée du suivi des programmes d'application de la présente convention.
Les deux parties organiseront une réunion par an, en présence des directeurs généraux des deux hôpitaux et de la coordinatrice ou toute autre personne que les directeurs généraux qu'ils désigneront à cet effet, pour évaluer le développement des actions de coopération et dresseront un bilan des actions réalisées, ou en cours de réalisation.

ARTICLE 5

Lors des échanges, chaque établissement prendra en charge les frais de déplacement, d'hébergement, de restauration et les dépenses diverses des personnels hospitaliers accueillis.

En revanche, les frais de déplacement entre l'Hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle seront à la charge de chaque employeur.

ARTICLE 6

La présente convention entrera en vigueur à la date de sa signature.

ARTICLE 7

La présente convention est conclue pour une durée de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Elle pourra être modifiée et complétée en commun accord par les deux parties.

La présente convention est en version française et chinoise, chaque version faisant également loi.

Elle est rédigée en 2 exemplaires.

Fait à La Rochelle, le 18 novembre 2011

Le Député Maire,
Le Président du Conseil de Surveillance
Du Centre Hospitalier de La Rochelle

Maxime BONO

Le Directeur Général,
Du Centre Hospitalier de La Rochelle

Alain MICHEL

Le Directeur Général,
de l'Hôpital n° 3 de Nanchang

Weiqi CUI

Annexe 2

CONVENTION DE COOPERATION

Entre:

- le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Re-Aunis
- l'Hôpital N° 3 de Nanchang

ARTICLE 1

La présente convention est destiné à initier,à institutionnaliser et rendre effectifs les échanges sciertifiques et le développement de la coopération dans les domaines susceptibles d'intéresser les deux établissements et plus particuliérement dans les domaines suivants ;

- la formation des personnels médicaus
- les échanges d'expériences de spécialitécialités

La coopération ent deux parties a pour objet d'améliorer les niveaux techniques et de gestion des personnels hospitaliers et d'échanger des expériences et des spécialités en faveur du développement en commun..

Le centre hospitalier de la Rochelle privilegera le sujet du cancer du sein dans le l'hôpital No 3 de Nanchang qui possède un pôle d'excellence.

ARTICLE 2

Les deux hôpitaux procéderont à une ou deux formations par an sur des échanges professionnels médicaux et de management(2 personnes chaque fois). La durée de formation est fixé d'une durée de 30 maximaume pour les médecin et 10-15 jours pour les cadres de gestion. La liste des personnes et le contenu de ces formations seront discutés et acceptés par les deux parties.

ARTICLE 3

Préalablemert,les personnels hospitaliers qui ont participé à la formation et aux stages d'observation chinois devront acquérir une pratique usuelle de la langue anglaise et/ou s'étre initié à la langue francaise à un niveau compatible avec la formation qu/ils auront à accomplir.

Pour les délégations de cadres, un interprete devra être prévu.

Les deux parties se chargeront de la formation des langues.

ARTICLE 4

Les deux parties désigneront Madame Yan GONG comme coordinatrice chargée du suivi des programmes d' application de la présente convention.

Les deux parties organiseront une réunion par an , en présence des directeurs généraux deux hôpitaux et de la coordinatrice ou toute autre personne que les directeurs gènèraux qu' ils désigneront à cet effet, pour èvaluer le dèveloppent des actions de coopèration et dresseront un bilan des actions rèalisèes, ou en cours de rèalisation.

ARTICLE 5

Lors des èchanges, chaque ètablissement prendra en charge les frais de

dèplacement, d' hèbergement, de restauration et les dèpenses diverses des personnels mèdicaux accueillis.

En revanche, les frais de dèplacement entre I' Hôpital N° 3 de Nanchang de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle seront à la charge de chaque employeur.

ARTICLE 6
La prèsente convention entrera vigueur à la date de sa signature.

ARTICLE 7
La prèsente convention est conclue pour une durèe de 4 ans, renouvelable par tacite reconduction.
Elle pourra ètre modifièe et complètèe en commun accord par les deux paries.
La prèsente convention est en version francaise et chinoise , chaque verslon faisant ègalement loi.
Elle est rèdigèe en 2 exemplaires.

Fait à La Rochelle , le 14 août 2014
Fait à Nanchang, le 14 août 2014

Le Président du Conseil de Surveillance,
Maire de la Ville de La Rochelle,

Jean-François FOUNTAINE

Le Directeur Gènèral,

Du groupe hospitalier de la Rochell-Re- Aunis

Alain MICHEL

Le Directeur Gènèral,

de Hôpital N° 3 de Nanchang

Weiqi CUI

2014.8.14

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis,

Thierry GODEAU

Annexe 3

CONVENTION DE COOPERATION

Entre:

- le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis
- L'hôpital N°3 de Nanchang

ARTICLE 1 : PRINCIPES

La convention est conclue sur les principes

- Du volontariat,
- De l'égalité entre les établissements.

L'objectif est d'améliorer les méthodes de management pour le nouveau site CHAO YANG de l'hôpital n°3 de Nanchang

La présente convention est destinée à favoriser l'apprentissage de nouvelles méthodes de gestion et la mise en place des projets sur le nouveau site.

ARTICLE 2 : ORGANISATION

Les deux Directeurs Généraux (DG) de chaque établissement sont responsables du projet de collaboration.

Il est constitué un comité de pilotage composé de la manière suivante :

Pour le CH de Nanchang :
Le DG,
La coordonnatrice du projet,
Un directeur adjoint,
Un médecin,
Un cadre soignant.

Pour le CH de La Rochelle
Le DG,
Un directeur adjoint
Un médecin,
Un cadre soignant.

Les missions du comité de pilotage :
Il fixe le programme annuel et procède à son évaluation.
Il arrête le choix des thèmes et choisit les intervenants.
Les réunions se tiennent sur site ou par visioconférence.

La coordonnatrice du projet est Mme GONGYAN. Elle est chargée :

- De la préparation de toutes les missions,
- Du suivi de tout le projet de coopération,

ARTICLE 3 CONTENU ET DOMAINES :

Les thèmes retenus en priorité sont les suivants :

a. CONSTITUTION DES POLES
   i. Cancer du sein,
   ii. Femme et enfant,
   iii. Cardio,
   iv. Rééducation.

b. GESTION DES POLES
   i. Découpage et organisation géographique,
   ii. Planification,
   iii. Management du pôle,
   iv. Contrat de pôle,
   v. Dialogue de gestion.

c. HOPITAL DE JOUR
   i. Règlement préalable du problème de financement,
   ii. Périmètre,
   iii. Organisation,
   iv. Planification,

d. CONTROLE DE GESTION
   i. Organisation du service,
   ii. Suivi budgétaire,
   iii. Comptabilité Analytique, Calcul des coûts,
   iv. Tableaux de bord de Gestion,
   v. Dialogue de gestion,

e. RESSOURCES HUMAINES
   i. Tableaux de Bord,
   ii. Calcul des effectifs par service ou par pôle,
   iii. Suivi des effectifs.

ARTICLE 4 : ORGANISATION DES MISSIONS :

a. Désignation des experts par le DG de La Rochelle,
b. Désignation du référent local par le DG de Nanchang,
c. La durée des missions est comprise entre 15 et 30 jours.
d. Indemnisation :

i. Sont à la charge du CH de Nanchang,
   1. Transport international et régional,
   2. Hébergement, (Hôtellerie, Restauration),
ii. Indemnisation forfaitaire de 1000 Y par jour,

ARTICLE 5 : La présente convention entrera vigueur à la date de sa signature.

ARTICLE 6
La présente convention est conclue pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction.
Elle pourra être modifiée et complétée en commun accord par les deux parties.
La présente convention est en version française et chinoise, chaque version faisant également loi.
Elle est rédigée en 2 exemplaires.

Fait à Nanchang, le 14 août 2014

Le Directeur Général,

Du groupe hospitalier de la Rochelle-Ré- Aunis

Alain MICHEL

Le Directeur Général,

de Hôpital N°3 de Nanchang

Weiqi CUI

2014.8.14

Programme de formation des directeurs d'hôpitaux chinois

Avril 2005				semaine 14							semaine 15							semaine 16							semaine 17						
	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	11	12	13	14	15	#	17	#	#	#	#	#	#	#	25	26	27	28	29	30	1
fin mission 3 : **Alain MICHEL** 25 h à Nanchang				Semaine libre **transfert en France et installation à Poitiers (IAE)**							**module 4:J.P. LEROY** Gestion qualitative et maitrise des risques à l'Hopital			**module 4:D. DEBROSSE** Gestion des etablissements **Privés + visite clinique** (echanges & discussion)				**Cours enseignants de l'IAE**							**module 5 : Les controles financiers dans le secteur sanitaire (ARH - URCAM -DDASS 86)**						
											horaires 9h - 12 h & 14h-16h)																				

Mai 2005		*Mai*		semaine 18							semaine 19						*Mai 2005*	semaine 20							semaine 21						
	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D		
Enseignement à l' IAE de POITIERS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	#	15	#	#	#	#	#	#	#	23	24	25	26	27	28	29		
		Cours enseignants de l'IAE							**module 6:système d'information à l'hopital (15h)** ***et Conférences sur sujets d'actualité*** thème 1 (2h30):**tutelle régionale - G. DESBORDE** thème 2 (2h30):point sur la **T2A - Th. LEFEBVRE** thème 3 (2h30):La **psychiatrie** en France **A. HAAS**							**Semaine recherche** travail personnel avec tuteurs : choix terrain stage + sujet d'etude (*etudiant/CHU/tuteur*)							Libre (synthese enseignements) ou **contrôles de connaissances**						

Réunion pédagogique des tuteurs et prise en charge des stagiaires:**organisation des stages, objectifs et role du tuteur, modalités de controles le Lundi 30 mai au CHU de Poitiers**

Juin à Septembre 2005	semaine 22 à 38 : stage encadré en hôpital (avec 4 semaines de congés à négocier cas par cas avec tuteur)
stage en HOPITAL	***juin, juillet aout et septembre 2005***

septembre 2005	semaine 39						
	L	M	Me	J	V	S	D
23 septembre 2005 **FIN stage en HOPITAL**	#	#	#	#	#	#	1
Enseignement à l' IAE (en presence des tuteurs)	**soutenance des mémoires de D.U.**						

Programme de formation des directeurs d'hôpitaux chinois

UNIVERSITE DE POITIERS

DIPLÔME D'UNIVERSITE de

MANAGEMENT SANITAIRE ET HOSPITALIER

Organisé par :

IAE de l'UNIVERSITE DE POITIERS (FRANCE)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
(région POITOU-CHARENTES - FRANCE)

INSTITUT FRANCO-CHINOIS DE MANAGEMENT DE
L'UNIVERSITE DE NANCHANG (R.P. de CHINE)

***OBJECTIF** : Formation aux techniques de management utilisées dans les hôpitaux français*

***PUBLIC CONCERNE :** médecins, directeurs d'hôpitaux et cadres responsables de la gestion du secteur sanitaire et hospitalier en Chine*

***FORMATION** : Six modules de formation d'une durée de 25 heures et stage de formation professionnelle de deux mois dans un hôpital de la Région Poitou-Charentes*

***NIVEAU DE FORMATION** : Diplômés de deuxième cycle des universités chinoises*

***LANGUE DE FORMATION** : Français*

***ENSEIGNANTS :** Directeurs d'hôpitaux et responsables de l'administration du secteur sanitaire et social en France.*

PROGRAMME DE FORMATION

1ère partie, en Chine, à l'Université de Nanchang
- Mars 2005 -

Module 1 : <u>Hôpital et environnement sanitaire et social français (comparatifs européens</u>)

Jean AUTEXIER Directeur adjoint du CHU de Poitiers

Module 2 : <u>Management interne et mesure de l'activité hospitalière</u>

Alain AMAT Directeur de l'hôpital de La Rochelle

Module 4 : Les personnels hospitaliers et médicaux en France (comparatifs européens)

Alain MICHEL Directeur de l'hôpital de Niort

2ème partie, en France, à l'IAE de l'Université de Poitiers - Avril et mai 2005

Module 3 : Gestion qualitative et maîtrise des risques à l'hôpital

Denis DEBROSSE, Directeur de l'hôpital d'Angoulême
Jean Pierre LEROY, Directeur adjoint du CHU de Poitiers

Module 5 : Organisation sanitaire en Région : Organisation administrative du système de santé, planification sanitaire, financement des établissements de santé et régulation

Jean Louis BONNET, Directeur l'Agence Régionale d'Hospitalisation Poitou-Charentes
Françoise LINSOLAS, Directrice adjointe de l'A.R.H. Poitou-Charentes

Module 6 : Système d'information hospitalier en France et comparatifs européens, La sécurité sociale en France (rencontres avec des responsables régionaux) Conférences ponctuelles selon *l'actualité* sanitaire et sociale en France

(▸ intervenants complémentaires à déterminer selon les thèmes abordés)

3ème partie, en France, stage en hôpital et soutenance à l'IAE

Juin et Juillet 2005 : STAGE *d'immersion professionnelle*

(intégration dans une équipe de DIRECTION d'un hôpital de la Région avec encadrement réalisé par un *tuteur* choisi parmi les directeurs hospitaliers)

Août 2005 : Congés et travail personnel de préparation du mémoire

Septembre 2005 : Rédaction du mémoire, en collaboration avec le tuteur

Fin Septembre 2005 : Soutenance publique du mémoire, à l'IAE de Poitiers

Confucius et Hippocrate

Association déclarée à la préfecture de la Vienne sous le N° W8630040950

SHANGHAI Gongli Hospital physicians' training : General Practitioners' clinical practice in France:

EVALUATION and SYNTESIS

After several presentations to SHANGHAI GONGLI's Hospital authorities on 2012 (November) and 2013 (May and November), we firmed with them a General Practitioner Training Cooperation Agreement. In this context, we arranged on 2013 a first training session for 13 doctors, from November 27 to December 13.

This training has been successful, and we plan to **repeat it on 2014** during 2 or 3 new sessions, beginning by a first general teaching from French experts, at SHANGHAI on April, and a first training program, combined with practical work placements in France, on May.

Answering to Dr GAO's solicitation, we propose you a new organization during your stay in POITIERS, with dwelling at ADAGIO Residence : Situated close to the railway station and 5 minutes walking far from Poitiers Centre, this residence offers fast access to many downtown restaurants and, for students that should prefer, easy cooking at home by themselves.

Starting from the first training evaluation, this new proposition for 2014 respects Dr GAO wishes and includes an important cost reduce**:** 53 060 € for 14 students**,** that is to say **3 790** € per student instead of **4 132** for last training.

Organization of the Teaching

- Week 18 - **SHANGHAI**: -**1** : basic knowledge of the French health care system, with comparisons about GP's role in other countries whose health care systems are different and their costs.

- **2** : selection of the 14 candidates for **May session**

- Weeks 19 & 20 : **stay in France - Poitou-Charentes region:**
- **Saturday 10** : Arrival at PARIS Charles de Gaulle Airport : Welcome in France by Jean AUTEXIER and TGV transport to Poitiers and to ADAGIO Residence (rest and free time)
- Sunday 11 : Rest and Poitiers' city discover
- Monday 12 : Faculty of Medicine: theory course on medicine and primary health care in France. (Succinct appreciation of the French GP's standards of competence and the definition of primary care in France) –Restaurant "Bistrot du boucher" : dinner gathering all students and their french tutors (both *private* and *from hospital* G.P.)
- Tuesday 13 to Thursday 15 : 3 days work placement at Hospital Emergency and Medical wards at one of the main hospitals of Poitou-Charentes (7 students) or GP's private office (7 students)
- Friday 16 : Faculty of Medicine, intermediate assessment with trainees and supervisors (opportunity to exchange experiences and change the program if necessary).

- Saturday 17/Sunday 18: free morning on 17 and Start at 4 p.m. to *Chateaux de la Loire* week end (night at *Hotel Abbey du chateau de Beaugency* and, on 18, visit of *Chateaux de Chambord* and *Chenonceau*– look at attached documents)

- 19 to Wednesday 21 : 3 days work placement at Hospital Emergency and Medical wards at one of the main hospitals of Poitou-Charentes (7 students) or GP's private office (7 students)

- Thursday 22 : Visit and Conference at **NIORT - IMA** (organization of world assistance network) and **La ROCHELLE** hospital (GP's management in public hospitals in France) - Dinner at *"André" restaurant*

- Friday 23 may: **- morning -** Poitiers ' CHU or Faculty of Medicine : Synthesis and global evaluation to assess the relevance of the topics and the performance of each teacher

- Lunch at Poitiers' CHU : Official conclusions and Training course Certificates deliverance to students

- Afternoon: transport to Poitiers railway station - TGV to PARIS (Montparnasse SNCF Station)

END of *Confucius et Hippocrate* services

Comparing with previous one, this program includes transport from PARIS to POITIERS (back and forth), all May dwellings from 10 to 22, and some restaurants, described in the schedule.

The final *PARIS week end* (and stay till you fly back to China) and the flight CHINA-FRANCE (about 1300 Euros) are not included in this price, but a new proposition could include them if you wish so.

If you agree this program, please **quickly send us a mail accepting it**, and confirm with an official letter and a first payment (25% of 52 920 Euros) to *Confucius et Hippocrate* association because we do need to be sure of the dates in order to guarantee those propositions

I precise that, for all those training or traveling operations in France, we do prefer *direct payment* from your bank to our association, which is a *non-profit* organization.

Looking forward to your answer and seeing you soon,
Yours sincerely.

Jean AUTEXIER

Confucius et Hippocrate President

Master's 1 Management		
Training given in China	**length 180 h**	**Targets and terms of recrutement : 20 doctors or similar** Doctors, interns or 3rd cycle students aiming at M**anagement** training
- Financial and accounting management - Human ressources management - data analysis and management control	**training**	6 or 7 weeks lessons in China (with guided studies) in English (at least for the slides) given by 6 French teachers (lecturers or specialists) at NANCHANG or in other big
- contract management and public-Private partnership - business law (content to be checked) - Dissertation or work experence report	**selection**	*Checking of doctor's (or Interns) diplomas and compulsary individual interview for candidates* wishing to acheive their master's through validation of their competence (A mixed Franco-Chinese JURY to validate)
-> trips, accomodation and exam procedure in China to be arranged with local partners		
Master' 2 : Health and Hospital Management (University Diploma - UD)		
Master 2 : Health and Hospital Management (Professional and University training)	**length 195 h**	20 Doctors (or Interns) and students recognised by **franco-Chinese Jury** as having right of **direct access to M2, after individual inerview**
Training completed in China	**105 h**	introduction to lessons and final selection of candidates admitted to M2, then 3 to 4 weeks of
- Statistical Health systems data - French hospital law, patients' rights - Strategic and financial hospital management - Management of staff, quality and risks	15 h 90h training (30h x 3)	lessons in China given by French Hospital Directors or health and social specialists **Hospital management training** (French system) by Hospital Directors of Greater West region : 3 or 4 Directors for 1 week, lessons given in English (at least the slides) with eventual resort to an *interpreter (not included in estimate)*
Training completed in France (20 days)	**90 h**	**11 days training, work experience and viva for dissertation summary for Master's 2**
- Introduction to parties in french health care (2 days) - visit to ***Regional Health Agency (ARS)*** (1 day) - GP, Specialists, general Medical Conucil (2 days)	12h 6h 12h	Hospital Directors and Doctors (state and private) Greater West and Poitou-Charentes Regions Directors from **ARS ,** Directors of Social Security Funds Doctors and those responsible for **Council of Order of Doctors,** Regional and departmental
- CHU - faculty of Medicine : medical Evaluation, Higher Health Authority, traciability,accreditation and quality control	18h (3 days)	Professors from CHU and Faculty of Medicine at POITIERS Experts specialising in Evaluation of medical competence
- Agricultural Fund and mutual Insurance Companies	6h	Directors or those responsible for Fund and mutual Insurance in Poitou-Charentes
- Master's 2 : supervision and individual monitoring validated by *Master's 2 : Health and Hospital management Option*	fixed rate	**Public viva in English before Jury : IPAG - CHU and Faculty of Medicine at POITIERS and teachers of UD involved in training for Master"s 2**
-> trips and accomodation in China to be arranged with local partners		

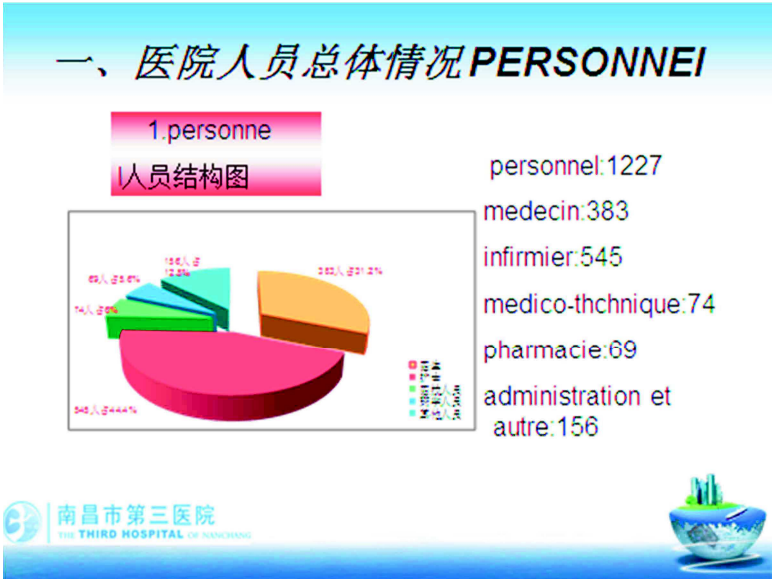
Cette formation devrait pouvoir démarrer en 2017.

	Durée	*Projets à envoyer au Dr CONG (rencontré le 26/12/2014 à PARIS)*
Formation réalisée en CHINE **Master 1 : Administration et management**	**180 heures**	**Cibles et modalités de recrutement : 20 médecins ou *assimilés, Médecins,*** *Internes ou* étudiants de **3ème cycle** désireux d'accéder à une formation en **MANAGEMENT**
- Gestion financière et comptable - gestion Ressources Humaines - analyse de données et contrôle gestion	**For ma tion**	cours en Chine (avec travaux Dirigés) en **anglais** (au moins les *slides)* dispensés par **6 enseignants** francais (Universitaires ou experts) pendant au moins une semaine à NANCHANG ou dans autres villes chinoises
- *Management public (contenu à préciser)* - droit des affaires (contenu à préciser) - droit comparé (contenu à préciser)	**Sé- lec- tion**	Contrôle des **diplomes** de médecins (ou internes) et **entretien individuel** obligatoire pour les candidats voulant accéder au Master par **validation** de leurs compétences **(JURY mixte franco-chinois** pour valider cet accès**)**
-> trajets et hébergements à prévoir		
Master 2 : Management Sanitaire & Hospitalier **(Formation professionnelle et universitaire)**	**Durée cours**	20 Médecins (ou internes) et Etudiants **Agrées par Jury franco chinois** pour avoir droit d'**accès direct au M2, après entretien individuel**
Formation réalisée en CHINE	**105 h**	**Introduction des cours et Sélection définitive des candidats admis au M 2**
- Données Statistiques Systémes de santé	**15 h**	cours en Chine délivrés par Directeurs d'Hopitaux français ou experts
- droit hospitalier français-droits du Patient - Gestion Stratégique et financière Hopital - gestion des personnels-Qualité-Risques	**3 Forma- tions de 30 h**	Formation au **Management Hospitalier** *à la française,* par des Directeurs d'Hopital de la *grande région Ouest :* 3 ou 4 **Directeurs** pendant 1 semaine - cours dispensés en anglais au moins les slides avec recours éventuel à un ***interpréte*** **(non inclus dans devis**)
Formation réalisée en FRANCE (20 jours)	**90 h**	
- Présentation acteurs de santé français (2 jours) - Visite ARS,CPAM, Mutuelle etc. (1 jour) - MG,Spécialistes, Conseil Ordre Médecin (2 J)	12 h 6 h 12 h	Directeurs Hopitaux et Médecins publics et privés (Région Ouest & Poitou-Charentes) Directeurs de Agence Régionale de Santé, Directeurs de Caisse de Sécurité Sociale Médecins et responsables des **Conseils de l'ordre,** Régional et Départementaux
- CHU-Fac Médecine:Evaluation médicale, HAS (1J) tracabilité, accréditation & contrôle qualité (3 J)	18 h (3 jours)	Professeurs du CHU et de la faculté Medecine de POITIERS Experts spécialiés pour l' Evaluation des compétences médicales
- Caisse Agricole et Mutuelles (1 J)	6 h	Directeur ou responsables de Caisse et de Mutuelle du Poitou-Chatrentes
- **Master 2** : encadrement et suivi individuel terminée *par délivrance du Master 2 - option management Sanitaire et Hospitalier*	**forfait**	**soutenance publique en anglais devant JURY : IPAG - CHU et Fac Médecine POITIERS** **et enseignants du DU impliqués dans formation du Master 2**

Annexe 7

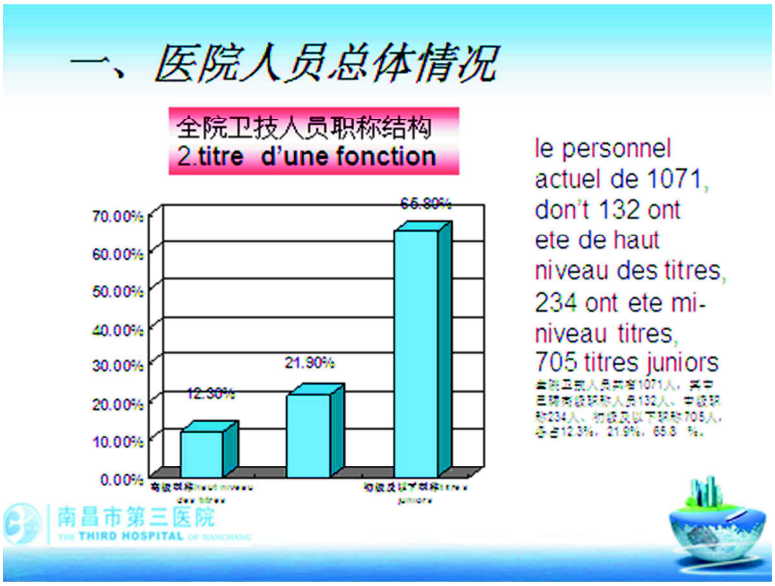
REPARTITION DU PERSONNEL EN CATEGORIES

A L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG



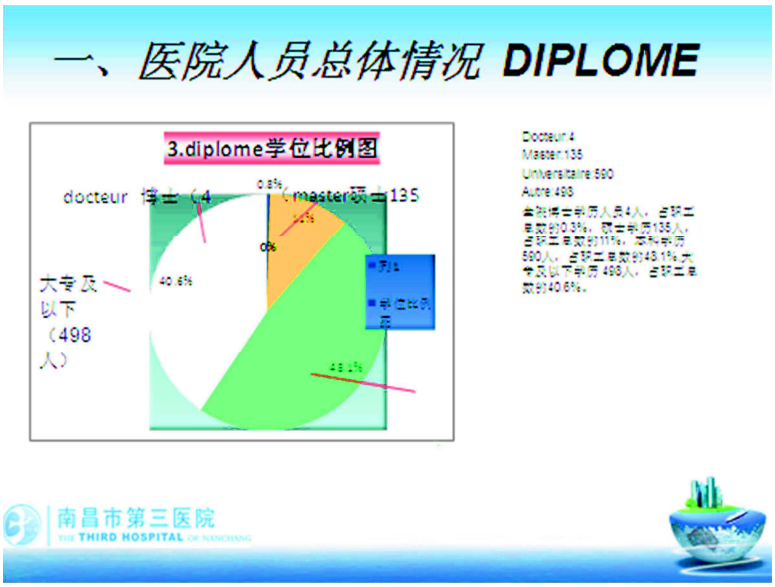
NIVEAU DE QUALIFICATION DES PERSONNELS

A L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG



REPARTITION DES PERSONNELS EN FONCTION DU DIPLOMES

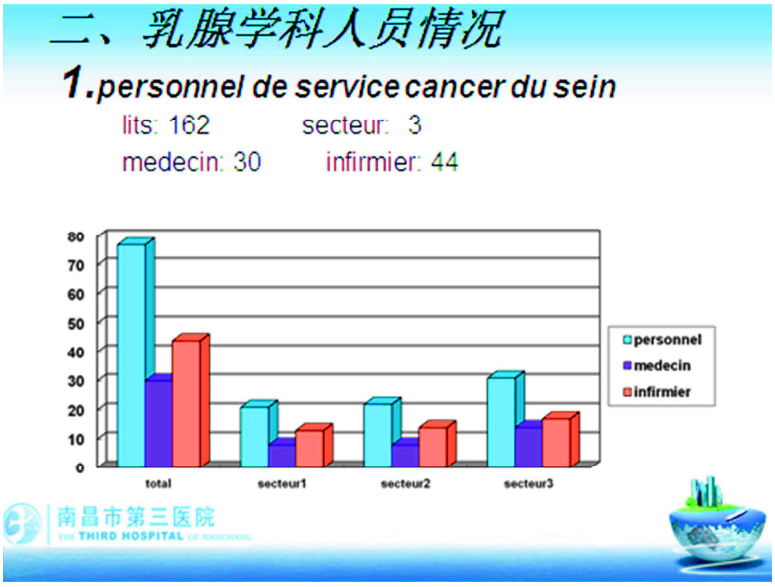
A L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG



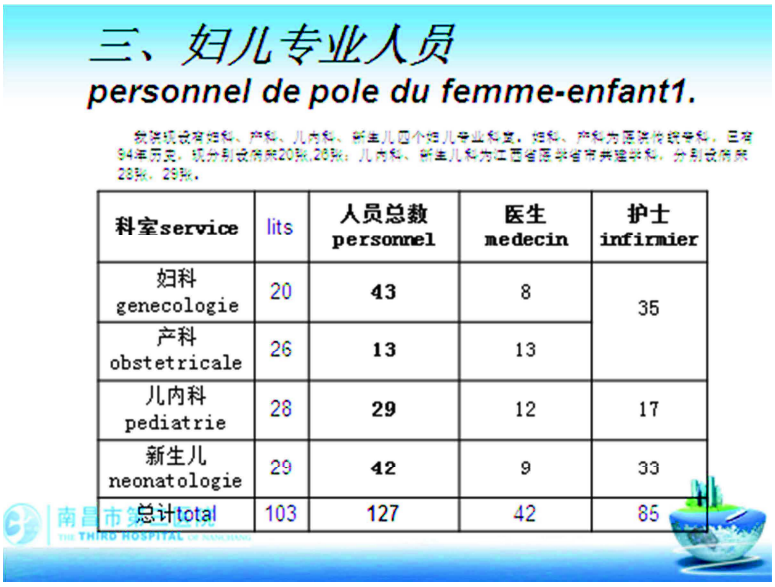
Annexe 10

TABLEAUX DE BORD DES SERVICES DU CANCER DU SEIN

A L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG



REPARTITION DES PERSONNELS PAR CATEGORIES
GYNECOLOGIE/BSTETRIQUE/PEDIATRIE/NEONATALOGIE
A L'HOPITAL N° 3 DE NANCHANG



三、妇儿专业人员

personnel de pole du femme-enfant1.

科室service	lits	人员总数 personnel	医生 medecin	护士 infirmier
妇科 genecologie	20	43	8	35
产科 obstetricale	26	13	13	
儿内科 pediatrie	28	29	12	17
新生儿 neonatologie	29	42	9	33
总计total	103	127	42	85

ANNEXE
QUESTIONNAIRE SUR LA GOUVERNANCE

Le questionnaire est composé de 10 questions :

1- Est-ce que vous pensez que le modèle de management hospitalier actuel a besoins d'être modifié ?

❒ Non ❒ Oui ❒ Urgent

2- Est-ce que vous pensez que la gestion hospitalière relève d'une spécialité ?

❒ Non ❒ Oui ❒ Urgent

3- Quels sont les outils de management qui vous paraissent les plus importants ?

❒ Gestion de la stratégie ❒ Gestion par objectifs ❒ Gestion de la performance

4– Qu'est-ce que vous pensez qui doit être amélioré dans le management des services ?

❒ Optimisation économique ❒ Gestion par objectif ❒ Gestion de la qualité

5– Qu'est-ce que vous pensez qui est le plus difficile dans le management du service ?

❒ Gestion et contrôle des coûts ❒ Gestion de la qualité médicale ❒ Gestion de la performance

6– Connaissez-vous le management de la gestion de crise et de risques ?

❒ Oui ❒ Non ❒ Pas du tout

7 – Est-ce-que vous pensez que le regroupement des services peut améliorer les soins au patient autour d'une pathologie ou d'un profil patient ?

❒ Oui ❒ Ne sait pas ❒ Non

8 – Quels sont les rôles et missions du chef de service ?

❒ Gestionnaire de stratégie ❒ Gestionnaire par objectifs ❒ Responsable de la gestion opérationnelle

9 – Est-ce-que vous pensez qu'il est nécessaire de mettre en place un assistant de gestion auprès du chef de service ?

❒ Non ❒ Oui ❒ Urgent

10 – A combien estimez-vous une bonne rémunération aujourd'hui ?

❒ 1/3 de plus ❒ 2 fois plus ❒ Plus

Les réponses

1 – Direction générale, directeurs adjoints (9 envois → 7 réponses)

1 - Est-ce que vous pensez que le modèle de management hospitalier actuel a besoins d'être modifié ?

❒ Non **0** ❒ Oui **57,1%** ❒ Urgent **42,9%**

2 - Est-ce que vous pensez que la gestion hospitalière relève d'une spécialité ?

❒ Non **0** ❒ Oui **57,1%** ❒ Urgent **42,9%**

3 - Quels sont les outils de management qui vous paraissent les plus importants ?

❒ Gestion de la stratégie **0** ❒ Gestion par objectifs **14,3%** ❒ Gestion de la performance **85,7%**

4 – Qu'est-ce que vous pensez qui doit être amélioré dans le management des services ?

❒ Optimisation économique **28,6%** ❒ Gestion par objectif **28,6%** ❒ Gestion de la qualité **42,8%**

5 – Qu'est-ce que vous pensez qui est le plus difficile dans le management du service ?

❒ Gestion et contrôle des coûts **14,3%** ❒ Gestion de la qualité médicale **42,8%**
❒ Gestion de la performance **42,9%**

6 – Connaissez-vous le management de la gestion de crise et de risques ?

❒ Oui **71,4%** ❒ Non **28,6%** ❒ Pas du tout **0**

7 – Est-ce-que vous pensez que le regroupement des services peut améliorer les soins au patient autour d'une pathologie ou d'un profil patient ?

❒ Oui **57,1%** ❒ Ne sait pas **42,9%** ❒ Non **0**

8 – Quels sont les rôles et missions du chef de service ?

❒ Gestionnaire de stratégie **0** ❒ Gestionnaire par objectifs **85,7%**
❒ Responsable de la gestion opérationnelle **14,3%**

9 – Est-ce-que vous pensez qu'il est nécessaire de mettre en place un assistant de gestion auprès du chef de service ?

❒ Non **14,3%** ❒ Oui **71,4%** ❒ Urgent **14,3%**

10 – A combien estimez-vous une bonne rémunération aujourd'hui ?

❒ 1/3 de plus **28,6%** ❒ 2 fois plus **0** ❒ Plus **71,4%**

2 – Cadres administratifs, chefs de service médicaux, cadres soignants (93 envois → 89 réponses)

1 - Est-ce que vous pensez que le modèle de management hospitalier actuel a besoins d'être modifié ?

❒ Non **3,4 %** ❒ Oui **61,8%** ❒ Urgent **34,8%**

2 - Est-ce que vous pensez que la gestion hospitalière relève d'une spécialité ?

❒ Non **1%** ❒ Oui **60%** ❒ Urgent **39%**

3 - Quels sont les outils de management qui vous paraissent les plus importants ?

❒ Gestion de la stratégie **39,3%** ❒ Gestion par objectifs **27%** ❒ Gestion de la performance **33,7%**

4 – Qu'est-ce que vous pensez qui doit être amélioré dans le management des services ?

❒ Optimisation économique **16,9%** ❒ Gestion par objectif **24,7%** ❒ Gestion de la qualité **58,4%**

5 – Qu'est-ce que vous pensez qui est le plus difficile dans le management du service ?

❒ Gestion et contrôle des coûts **13,5%** ❒ Gestion de la qualité médicale **45%**
❒ Gestion de la performance **41,5%**

6 – Connaissez-vous le management de la gestion de crise et de risques ?

❒ Oui **47,2%** ❒ Non **47,2%** ❒ Pas du tout **5,6%**

7 – Est-ce-que vous pensez que le regroupement des services peut améliorer les soins au patient autour d'une pathologie ou d'un profil patient ?

❒ Oui **56,3%** ❒ Ne sait pas **34,8%** ❒ Non **8,9%**

8 – Quels sont les rôles et missions du chef de service ?

❒ Gestionnaire de stratégie **30,3%** ❒ Gestionnaire par objectifs **52,8%**
❒ Responsable de la gestion opérationnelle **16,9%**

9 – Est-ce-que vous pensez qu'il est nécessaire de mettre en place un assistant de gestion auprès du chef de service ?

❒ Non **7,9%** ❒ Oui **71,9%** ❒ Urgent **20,2%**

10 – A combien estimez-vous une bonne rémunération aujourd'hui ?

❒ 1/3 de plus **14,6%** ❒ 2 fois plus **34,8%** ❒ Plus **50,6%**

3 – Groupes de travail (19 envois → 19 réponses)

1 - Est-ce que vous pensez que le modèle de management hospitalier actuel a besoins d'être modifié ?

❒ Non **0** ❒ Oui **52,63%** ❒ Urgent **47,37%**

2 - Est-ce que vous pensez que la gestion hospitalière relève d'une spécialité ?

❒ Non **0** ❒ Oui **42,11%** ❒ Urgent **57,89%**

3 - Quels sont les outils de management qui vous paraissent les plus importants ?

❒ Gestion de la stratégie **36,84%** ❒ Gestion par objectifs **15,79%** ❒ Gestion de la performance **47,37%**

4 – Qu'est-ce que vous pensez qui doit être amélioré dans le management des services ?

❒ Optimisation économique **31,58%** ❒ Gestion par objectif **26.32%** ❒ Gestion de la qualité **42,10%**

5 – Qu'est-ce que vous pensez qui est le plus difficile dans le management du service ?

❒ Gestion et contrôle des coûts **21,05%** ❒ Gestion de la qualité médicale **52,63%**
❒ Gestion de la performance **26,32%**

6 – Connaissez-vous le management de la gestion de crise et de risques ?

❒ Oui **31,58%** ❒ Non **68,42%** ❒ Pas du tout **0**

7 – Est-ce-que vous pensez que le regroupement des services peut améliorer les soins au patient autour d'une pathologie ou d'un profil patient ?

❒ Oui **68,42%** ❒ Ne sait pas **31,58%** ❒ Non **0**

8 – Quels sont les rôles et missions du chef de service ?

❒ Gestionnaire de stratégie **84,21%** ❒ Gestionnaire par objectifs **15,79%**
❒ Responsable de la gestion opérationnelle **0**

9 – Est-ce-que vous pensez qu'il est nécessaire de mettre en place un assistant de gestion auprès du chef de service ?

❒ Non **5,27%** ❒ Oui **73,68%** ❒ Urgent **21,05%**

10 – A combien estimez-vous une bonne rémunération aujourd'hui ?

❒ 1/3 de plus **5,26%** ❒ 2 fois plus **31,58%** ❒ Plus **63,16%**

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire
Article L6143-1
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;

- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Article L6143-2 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 101
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 (V)

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Article L6143-2-1 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement.

Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme.

Article L6143-2-2 En savoir plus sur cet article...
Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

Le projet médical comprend un volet "activité palliative des pôles ou structures internes". Celui-ci identifie les pôles ou structures internes de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

Article L6143-3 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 10
Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
Article L6143-3-1 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 (V)

Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur général de l'agence régionale de santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, soit de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé, en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ou lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3,

l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

Le directeur général de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine.

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du directeur, ou les attributions de ce conseil ou du directeur, sont assurées par les administrateurs provisoires. Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins. Le directeur général de l'agence peut en outre décider la suspension du directoire. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil de surveillance et le directoire régulièrement informés des mesures qu'ils prennent.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur général de l'agence. Au vu de ce rapport, ce dernier peut décider de mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L. 6131-1 et suivants. Il peut également proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois. A défaut de décision en ce sens avant la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

Article L6143-3-2 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 10
Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.

A peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus.
Article L6143-4 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du directeur mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5°, 7° et 8° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

2° Les décisions du directeur mentionnées aux 1° à 10° et 12° à 16° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article ;

2° bis L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7, sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

Pour les établissements de santé soumis à un plan de redressement en application de l'article L. 6143-3, l'état des prévisions de recettes et de dépenses et ses annexes ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7, sont soumis à l'approbation expresse du directeur général de l'agence régionale de santé.

Dans le cas prévu au deuxième alinéa du présent 2° bis, l'état des prévisions de recettes et de dépenses ne peut être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé si l'évolution des effectifs est manifestement incompatible avec l'évolution de l'activité de l'établissement de santé.

Les modalités d'application des deuxième et troisième alinéas du présent 2° bis sont fixées par décret ;

Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ;

3° Les décisions du directeur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relatives au programme d'investissement et au plan global de financement pluriannuel mentionnées aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 sont réputées approuvées si le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget n'ont pas fait connaître leur opposition dans des délais déterminés par voie réglementaire, du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.

Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est présenté en déséquilibre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut l'approuver dans les conditions fixées au 2° bis du présent article, après avis conforme des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Le contrat mentionné au 1° de l'article L. 6143-7 est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application du 2° bis du présent article. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

Article L6143-5 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 (V)
Modifié par LOI n°2014-58 du 27 janvier 2014 - art. 43

Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant, le président du conseil départemental ou son représentant et le président de la métropole ou son représentant, y compris dans les métropoles du Grand Paris, de Lyon et d'Aix-Marseille-Provence ;

2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

Article L6143-6 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 9

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

1° A plus d'un titre ;

2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

3° S'il est membre du directoire ;

4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Article L6143-7 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 136

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion. Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

Article L6143-7-1 En savoir plus sur cet article...
Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 9 (V)

La protection prévue à l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est mise en oeuvre au bénéfice des personnels de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article L6143-7-2 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2012-347 du 12 mars 2012 - art. 132

Le directeur est nommé :

1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche ;

2° Pour les centres hospitaliers régionaux, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé ;

3° Pour les établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance.

Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret.

Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1.

Les emplois de direction mentionnés aux 1° et 2° ouvrent droit à pension soit au titre de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière ou de la fonction publique territoriale, soit au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite, lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats ou des militaires. Un décret en Conseil d'Etat fixe l'indice de traitement sur la base duquel est effectuée la retenue pour pension. Ces mêmes emplois ouvrent également droit à cotisation au régime public de retraite additionnel obligatoire.

Article L6143-7-3 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Un décret fixe :

1° Les modalités d'exercice des fonctions de président de la commission médicale d'établissement ;

2° Les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, qui prévoit :

a) Les modalités des relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les pôles d'activité clinique et médico-technique au sein de l'établissement ;

b) Les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le président de la commission médicale d'établissement ;

c) Les moyens matériels et humains mis à disposition du président de la commission médicale d'établissement.

Article L6143-7-4 En savoir plus sur cet article...
Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 10
Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.
Article L6143-7-5 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires :

- le directeur, président du directoire ;

- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le directeur sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen ;

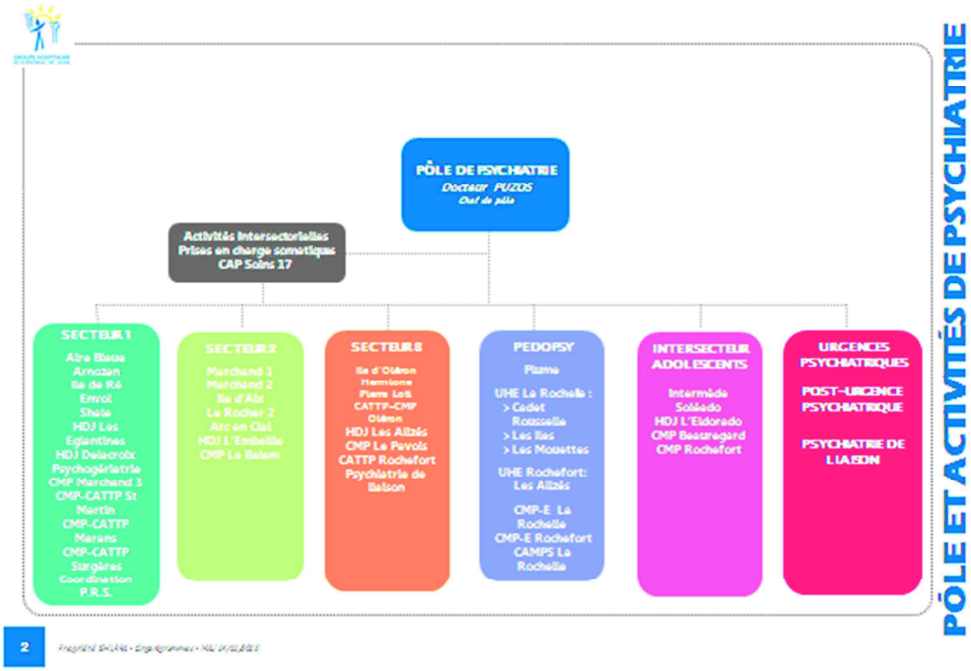
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la commission médicale d'établissement.

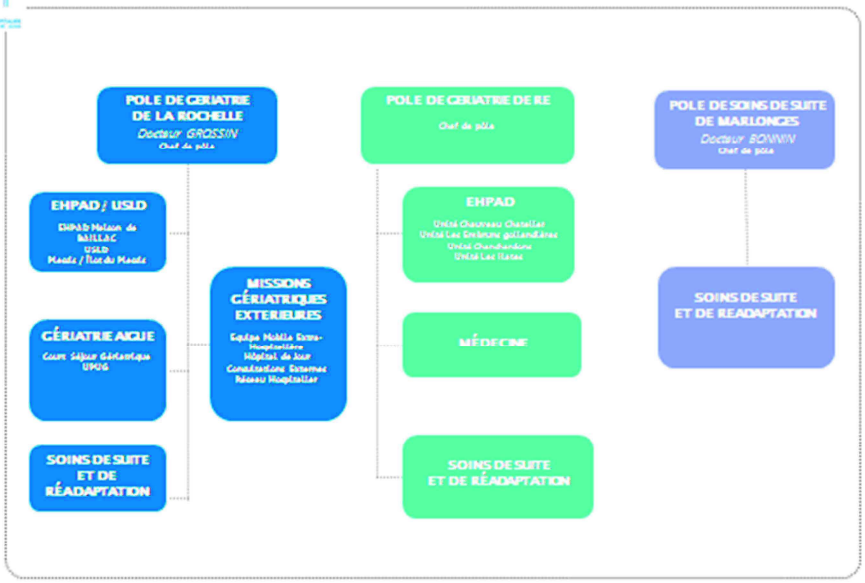
La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Article L6143-8 En savoir plus sur cet article...
Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 9
Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont, en tant que de besoin, déterminées par décret.

LE DECOUPAGE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE



PÔLE ET ACTIVITÉS DE GÉRIATRIE



Le découpage par pôle du Centre hospitalier de Saint-Quentin

Tableau 1.1. Redécoupage par pôles du centre hospitalier de Saint-Quentin

2006-2010	À compter du 1er janvier 2011	
Pôle 1 « Femme, Mère, Enfant »	« Femme, Mère, Enfant »,	Pôle n° 1
Pôle 2 « Réanimation, Anesthésie, SSPI, Cardiologie, USIC, Neurologie »	« Réanimation, Anesthésie, SSPI, Cardiologie, USIC, Neurologie »	Pôle n° 2
Pôle 3 « Chirurgie et spécialités chirurgicales »	« Chirurgie et spécialités chirurgicales »	Pôle n° 3
Pôle 4 « Gériatrie, Pneumologie, Rhumatologie, MPR, Oncologie, Anatomopathologie »	Cancérologie « Oncopôle » (y compris radiothérapie)	Pôle n° 4
	« Gériatrie, soins palliatifs, douleur, MPR »	Pôle n° 7
Pôle 5 « Médecines et spécialités médicales » (y compris radiothérapie)	« Médecine et spécialités médicales » (avec retrait de la radiothérapie)	Pôle n° 5
Pôle 6 « Urgence, Imagerie, Laboratoire, Hygiène, Pharmacie »	« Urgence, Imagerie, Laboratoire, Hygiène, Pharmacie »	Pôle n° 6
Pôle 7 « Psychiatrie Secteur B » Pôle 8 « Psychiatrie Secteur C »	« Pôle de psychiatrie »	Pôle n° 8
Pôle 9 « Management Gestion » (y compris DIM) Pôle 10 « Logistique et Technique »	« Activités – Ressources » « Investissement, Logistique, Technique » « Stratégie, politique de territoire » (y compris DIM)	Pôle n° 9 Pôle n° 10 Pôle n° 11

MISSIONS ET COMPETENCES DES CHEFS DE POLE

Tableau 7.1. Missions et compétences des chefs de pôle

Missions	Compétences spécifiques	Compétences transversales
Décliner la politique de l'établissement au sein du pôle et atteindre les objectifs contractualisés avec la direction : Négociation du contrat de pôle. Définition du projet de pôle.	**Stratégie et prospective en milieu hospitalier :** ➔ Développer une stratégie dans l'univers de la santé. ➔Déployer le projet d'établissement au niveau du pôle. **Pilotage médico-économique :** ➔ Gérer un budget en milieu médical, lire des tableaux de bord et identifier des indicateurs pertinents. ➔ Optimiser les leviers de performance économique.	**Management :** ➔ Assurer un management de proximité : savoir motiver, soutenir et valoriser les talents, adapter son mode de management en fonction des situations, gérer les conflits... ➔ Conduire le changement : susciter une dynamique collective favorisant la remise en cause des « habitudes », capitaliser sur l'expérience en favorisant l'émergence d'approches nouvelles. ➔ Manager avec leadership : motiver, entraîner, donner du sens, savoir prendre le recul nécessaire en situation de crise. ➔ Animer avec méthode : organiser les actions, utiliser des outils de pilotage, conduire les réunions de façon rigoureuse.
Organiser, en lien avec les équipes du pôle, le fonctionnement du pôle en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs du pôle.	**Pilotage des opérations :** ➔ Organiser avec les équipes la production des soins et la planification des ressources. ➔ Animer une démarche de progrès : identifier les sources de dysfonctionnements et organiser leur résolution progressive.	
Gérer les ressources humaines du pôle (en lien avec le cadre soignant de pôle et les directions des ressources humaines et des soins).	**Gestion des ressources humaines :** ➔ Organiser et développer les métiers et compétences (contribution à l'élaboration du plan de formation et de la politique de GPEC de l'établissement). ➔ Planifier les ressources humaines au regard des activités (organisation de la permanence des soins, gestion, le cas échéant, d'une enveloppe de remplacement...)	**Communication et négociation :** ➔ Communiquer efficacement avec un interlocuteur. ➔ Promouvoir ses activités : développer la notoriété de son pôle grâce à une communication pédagogique et valorisante. ➔ Négocier : imaginer et obtenir les accords les plus favorables.
Assurer la concertation interne au sein du pôle	*Cf.* Compétences transversales.	

FICHE DE POSTE
PRATICIEN CHEF DE POLE
D'ACTIVITE MEDICALE OU MEDICO-TECHNIQUE

Missions

Le praticien chef de pôle clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement. En cohérence avec les orientations stratégiques du projet d'établissement et du SROS, le chef médical du pôle élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle. Celui-ci prévoit notamment l'organisation générale, les orientations d'activité (quantitatives et qualitatives), les objectifs de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients, la recherche et l'organisation de l'enseignement.

Pour la gestion quotidienne du pôle et pour préparer les travaux soumis aux débats du conseil de pôle il est assisté d'un bureau de pôle et d'un vice coordonnateur de pôle.
Il agit dans le respect des missions et des responsabilités des services ou de structures internes.

Il négocie et cosigne le contrat de pôle avec le directeur général, le président de la CME. Il est chargé de la mise en œuvre de ce contrat, qui définit les objectifs d'activité, les moyens alloués, les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats de gestion et les conséquences en cas d'inexécution.

Activités principales - Attributions

✓***Management***

- *Il organise le fonctionnement technique du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités prévues dans le contrat*
- *Il coordonne la réalisation des actions d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et des évaluations des pratiques professionnelles*
- *Il assure, le cas échéant, la coordination avec les autres responsables de pôle*
- *Il nomme les praticiens titulaires responsables des unités*
- *Il donne son avis sur le recrutement du cadre supérieur de santé et de l'assistant de gestion qui l'assistent.*

✓***Animation***

- *Il préside et anime le Bureau de pôle.*
- *Il anime les équipes au sein du pôle.*
- *Il conduit la politique de communication et d'information au sein du pôle.*

✓***Gestion***

- *Il bénéficie de la part du directeur général d'une délégation de gestion*
- *Il suit l'exécution du contrat et prend les mesures nécessaires à son respect*
- *Il produit le bilan annuel de réalisation du contrat de pôle et le présente au conseil exécutif*
- *Il réalise le bilan annuel des actions prévues dans le projet de pôle*

Positionnement dans la structure

✓***Autorité fonctionnelle sur :***

- *Le cadre supérieur de santé ou la cadre sage-femme supérieur*
- *L'assistant de gestion*
- *L'ensemble des équipes médicales, soignantes et administratives du pôle*

Lien hiérarchique :

- *Le directeur général dans le cadre de la délégation de gestion*

Liens fonctionnels :

- *Les directeurs d'activités et de pôles*
- *Les responsables des autres pôles*
- *Les directions fonctionnelles*

Compétences requises

- *Management d'équipe et leadership*
- *Capacité à animer une équipe, à stimuler, à déléguer*
- *Intérêt pour la stratégie et la gestion*
- *Travail en équipe et en relation avec de multiples interlocuteurs*
- *Capacités relationnelles.*

Formation
Dispositif d'accompagnement

- *Formation en trinômes : responsable médical, cadre supérieur de santé et assistant de gestion*
- *Formation théorique et pratique adaptée.*

Conditions de nomination et modalités d'exercice

✓ *Nomination par le Directeur Général sur présentation d'une liste comportant au moins trois noms établie par le Président de la CME.*

✓ *Il peut être mis fin au mandat de Chef de pôle par décision du Directeur Général après avis du Président de la CME.*

✓ *La durée du mandat est de 4 ans, renouvelable.*

FICHE DE POSTE

CADRE SUPERIEUR DE SANTE DU POLE

1. SECTEURS D'ACTIVITE :
- ensemble des structures médicales composant le pôle,
- missions fonctionnelles transversales éventuelles.

2. MODALITES DE DESIGNATION :
Le cadre supérieur de santé de pôle est affecté par le Directeur sur proposition de la direction des soins et du responsable de pôle.

3. FONCTIONS :

3.1 Missions :
Le cadre supérieur de santé de pôle assiste le responsable de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence.
Sur le périmètre de son pôle et de ses éventuelles missions transversales, le cadre de santé :
- met en œuvre la politique institutionnelle et contribue à la réalisation du projet d'établissement,
- participe à la démarche qualité des soins et de l'accréditation,
- est un vecteur de l'information,

3.2 Activités majeures :
Le cadre supérieur de santé de pôle est responsable au niveau des équipes soignantes de l'application du projet de pôle.
Il participe à l'élaboration du projet et du contrat de pôle, notamment en ce qui concerne les activités de soins.
Il est destinataire des productions du contrôle de gestion, il participe, avec le responsable du pôle, à l'analyse des résultats et à la détermination des éventuelles actions correctrices à mettre en œuvre.
Ses compétences spécifiques dans le cadre des délégations de gestion sont précisées au chapitre délégations de gestion.

3.2.1 Gestion du personnel :
Le cadre supérieur de pôle, en liaison avec le responsable du pôle :
- élabore, aide et valide avec les cadres de santé les profils de poste de l'ensemble du personnel non médical soignant,
- participe aux affectations,
- gère le personnel non médical affecté dans le pôle,
- valide les plannings des structures internes du pôle en veillant à l'adéquation des effectifs par rapport à l'activité,
- valide la planification des congés des agents du pôle,
- gère les plannings et les demandes de congés des cadres de santé du pôle,
- définit les besoins pluriannuels de moyens de remplacement et de renfort du pôle dans le cadre de l'élaboration du projet de pôle.

3.2.2 Gestion du pôle :
Le cadre supérieur de santé du pôle :
- assiste le médecin responsable de pôle,
- aide à l'organisation des conseils de pôle,
- participe au suivi, au contrôle des tableaux de bord,
- contribue à l'élaboration du rapport annuel d'activité,
- définit les besoins et harmonise les priorités paramédicales,
- est responsable avec l'équipe de santé des locaux et de la sécurité,
- contribue à définir les besoins pluriannuels d'équipement non médical, dans le cadre de l'élaboration du projet de pôle en lien avec les cadres de santé,

***3.2.3 <u>Organisation des soins</u>** :*

Le cadre supérieur de santé du pôle :

- est le garant de l'application du projet de soins en cohérence avec le projet de pôle,

- veille en collaboration avec les cadres de santé au respect :

. de l'application et de l'évaluation des protocoles et procédures,

. de la qualité et de la sécurité des soins,

. des droits à l'information des patients,

. de l'adéquation de la réponse aux besoins des usagers.

- élabore avec les cadres les outils nécessaires à l'évaluation de la prise en charge du patient.

Groupe Hospitalier de La Rochelle Ré - Aunis

Direction des Ressources Humaines

FICHE METIER
Cadre Supérieur de Pôle

Page(s) : **1/4**

Thématique : *Management des ressources humaines*

Réf : *MRH-DRH.-FM-090*

Famille	Soins
Sous-famille	Management des soins
Code métier	05U10
Autres appellations	• Cadre soignant de pôle • Cadre supérieur de santé • Responsable paramédical de pôle • Cadre supérieur sage-femme de pôle
Définition / missions	• Décliner le projet d'établissement, plus particulièrement le projet de soin, au sein du pôle, en relation avec le chef de pôle. • Proposer, planifier, organiser et coordonner les soins / les activités d'un pôle, en veillant à la bonne utilisation des moyens et équipements dédiés, dans le respect des contraintes qualité hygiène sécurité et environnement, et en manageant l'équipe des cadres du pôle. • Mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles du pôle.
Spécialisation/Extensions	• En fonction du secteur d'activité et de l'environnement professionnel • Sur des fonctions transversales : RH / organisation / méthodes
Situation hiérarchique	• Rattaché au Directeur des soins • Rattaché au DRH pour le Cadre supérieur sage-femme de pôle
Conditions particulières d'exercice	• Travail dans les unités du pôle • Travail en équipe • Gestion de dossiers • Horaires réguliers • Participe aux permanences d'encadrement de semaine
Autonomie et responsabilités	• Autonomie dans l'organisation du travail dans un contexte institutionnel et réglementaire • Garant de la qualité et de la continuité des soins délivrés • Activités définies, suivies et évaluées par le supérieur hiérarchique • Encadrement d'une équipe à effectifs variables, selon la taille du pôle / secteur
Relations professionnelles les plus fréquentes	• Cadres de santé, cadres Sages-femmes et encadrement non soignant • Direction des soins et autres cadres supérieur de pôle / secteur • Chef de pôle et Assistant de gestion du pôle • Direction des pôles et des activités et Direction des soins pour la gestion et le suivi des projets • Autres directions (finances, ressources humaines, etc.) • Corps médical pour l'élaboration du projet et de la gestion du pôle • Partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations • Centres de formation pour la prise en charge des étudiants et stagiaires
Moyens techniques	• Technologies de l'information et de la communication • Matériels techniques de soins à disposition
Facteurs d'évolution	• Renforcement des contraintes juridiques et règlementaires • Evolution des méthodes de financement • Développement de missions transversales : ressources humaines (recrutement, formation, etc.), qualité et gestion des risques • Renforcement des politiques de réseau de soins • Renforcement de la problématique d'internalisation / externalisation des prestations • Evolution technologique des équipements, des matériels et des pratiques • Evolution des techniques de management

ACTIVITES
1. Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des compétences du personnel
2. Coordination et suivi de la prise en charge de prestations soignantes
3. Organisation et gestion des actes obstétricaux relevant de sa compétence (Cadre supérieur sage-femme)
4. Élaboration et mise en place de l'organisation des services, dans son domaine d'activité
5. Planification des activités et des moyens, contrôle et communication des données (reporting)
6. Planification de la réalisation du projet et/ou produit et des ressources
7. Organisation et suivi opérationnel des activités / projets, coordination avec les interlocuteurs internes et externes
8. Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
9. Gestion des moyens et des ressources : techniques, financiers, humains, informationnels
10. Élaboration et rédaction de rapports d'activité

SAVOIR-FAIRE / Compétences associées	Niveau requis *
A. Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes	Maîtrisé
A.1 Conseille et accompagne les cadres dans leurs missions quotidiennes (gestion des lits, absentéisme, gestion des conflits, etc.)	
A.2 Conseille et accompagne les cadres dans la réalisation des objectifs de leur(s) service(s) et/ou de leurs missions	
A.3 Négocie et propose les priorités du plan de formation sur son pôle et en suit la mise en œuvre en lien avec les cadres et le chef de pôle	
A.4 (Cadre supérieur sage-femme) Assure le management des sages-femmes dans le respect de leur autonomie	
A.5 Accompagne les cadres dans l'élaboration des rapports d'activité	
B. Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné	Expert
B.1 Arbitre au quotidien la pertinence des ressources en fonction des moyens et de l'activité (gestion de l'absentéisme, etc.)	
B.2 Assure les permanences d'encadrement régulièrement afin d'assurer la continuité de service de l'institution	
B.3 Participe aux recrutements et identifie les candidats potentiels en utilisant les techniques d'entretien	
B.4 Met en corrélation les recrutements en lien avec les effectifs alloués au pôle et l'activité	
C. Argumenter et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, dans son domaine de compétence	Maîtrisé
C.1 Etablit et formalise des partenariats avec des interlocuteurs internes et externes afin d'optimiser son activité	
C.2 Identifie et propose les moyens nécessaires en fonction de l'évolution du type et du volume d'activités	
C.3 Elabore des outils communs qui répondent aux attentes institutionnelles	
D. Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence	Expert
D.1 Elabore le projet, le contrat et les règles de fonctionnement du pôle en collaboration avec le chef de pôle et le directeur de pôle référent	
D.2 Décline le projet de pôle au sein des unités en collaboration avec le(s) chef(s) de pôle, le directeur référent de pôle et les cadres de proximité	
D.3 Identifie et choisit les personnes ressources à intégrer dans les groupes projets	
D.4 Négocie les moyens humains et financiers nécessaires au projet avec les directions fonctionnelles	
D.5 Pilote les projets en lien avec sa zone de responsabilité et de compétence	
D.6 Evalue, planifie et réajuste l'organisation du projet en fonction des besoins	
D.7 Contrôle et suit la qualité et la sécurité du projet dans son domaine de compétences	
E. Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence	Maîtrisé
E.1 Analyse les indicateurs d'activités et le bilan financier en recourant à la comptabilité analytique	
E.2 Identifie les pistes d'économie envisageables suite à l'analyse des bilans financiers et d'activités	

SAVOIR-FAIRE / Compétences associées	Niveau requis *
F. Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs	Maîtrisé
F.1 Délègue des activités et encourage la prise d'initiatives dans le respect de la réglementation	
F.2 Définit et fixe les objectifs individuels et collectifs en prenant en compte les axes institutionnels, les compétences et attentes des professionnels	
F.3 Evalue les performances individuelles et collectives afin de développer et valoriser les compétences de ses cadres collaborateurs	
F.4 Repère les compétences spécifiques des cadres de son pôle en les impliquant dans des projets institutionnels	
F.5 Mobilise les expertises afin de fédérer un collectif de travail autour d'objectifs partagés par les cadres de son pôle	
G. Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles	Maîtrisé
G.1 Met en place les dispositifs d'Evaluation des Pratiques Professionnelles en lien avec le service qualité et le chef de pôle	
G.2 Assure le suivi et l'analyse des évènements indésirables du pôle	
G.3 Analyse la qualité des prestations par le biais des indicateurs de suivi (gestion des risques, qualité, activité, etc.) et met en place les axes d'amélioration	
G.4 (Cadre supérieur sage-femme) S'assure de l'organisation et de la qualité de l'activité médicale des sages-femmes.	
G.5 (Cadre supérieur sage-femme) Veille à l'organisation de la saisie du codage des actes médicaux réalisés par les sages-femmes	
G.6 Evalue, identifie des axes d'amélioration éventuels et décline les objectifs attendus	
G.7 Reçoit les agents en difficulté, les conseille et les oriente dans leur projet professionnel	
H. Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes	Maîtrisé
H.1 Pilote, anime et communique auprès de l'équipe cadre du pôle afin de développer une dynamique transversale en impliquant et en responsabilisant les acteurs	
H.2 Prévient et régule les situations de conflit en favorisant le dialogue et les échanges, ou en sollicitant un arbitrage	
H.3 Met en place les outils nécessaires à l'échange d'informations au sein du pôle, interpôles et auprès des directions fonctionnelles	
I. Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation	Expert
I.1 Contrôle l'adéquation des moyens et des activités	
I.2 S'assure de la disponibilité des moyens pour la réalisation de l'activité	
I.3 Evalue la pertinence de la charge de travail des services de son pôle et propose les réajustements nécessaires	
I.4 Assure le suivi des moyens mis en place en optimisant leur utilisation à partir d'outils dédiés (plannings mensuels, plannings de congés, tableaux de bords, etc.)	
I.5 Supervise le suivi de l'état des compteurs de temps de travail et met en place les mesures correctives nécessaires	

* Niveau : Non requis / A développer / Pratique courante / Maîtrisé / Expert

CONNAISSANCES		Degré **
Connaissances principales	Soins	Connaissances approfondies
	Communication / relations interpersonnelles / gestion des conflits	Connaissances approfondies
	Encadrement de personnel	Connaissances approfondies
	Management	Connaissances d'expert
	Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances d'expert
	Gestion administrative, économique et financière	Connaissances approfondies
	Droit de la fonction publique hospitalière	Connaissances générales

** Degré : Connaissances Générales / Connaissances détaillées / Connaissances approfondies / Connaissances d'expert

FICHE METIER D'UN CADRE GESTIONNAIRE DE POSTE UTILISEE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

Groupe Hospitalier de La Rochelle Ré - Aunis	*Direction des Ressources Humaines*	
	FICHE METIER **Cadre gestionnaire de Pôle**	Page(s) : **1/3**
	Thématique : *Management des ressources humaines*	Réf : *MRH-DRH.-FM-034*

Famille	Management, gestion et aide à la décision
Sous-famille	Gestion et administration
Code métier	45S50
Autres appellations	• Cadre administratif de pôle • Assistant de gestion de pôle
Définition / missions	• Assister le Chef de pôle et le Cadre supérieur de pôle dans ses missions et dans l'analyse des données statistiques (ressources humaines, finances, activités) et mettre en place des indicateurs • Encadrer les secrétaires médical(e)s du pôle
Spécialisation/Extensions	• Eventuellement en fonction du secteur d'activité et de l'environnement professionnel
Situation hiérarchique	• Rattaché au Chef de pôle
Conditions particulières d'exercice	• Travail en bureau • Déplacements réguliers dans les services • Horaires réguliers • Risques de tension dans la relation aux personnes
Autonomie et responsabilités	• Autonomie relative dans l'organisation du travail • Activités définies, suivies et évaluées par le supérieur hiérarchique • Encadrement d'une équipe de professionnels
Relations professionnelles les plus fréquentes	• Chef de pôle et cadre soignant de pôle pour la coordination et la gestion du pôle • Directions fonctionnelles pour les échanges concernant les objectifs, moyens et réalisations (dans les domaines financiers et contrôle de gestion, RH, SI, services généraux, Qualité, etc.) • Direction de pôles et des activités pour le travail sur les projets des pôles et la mise en œuvre des contrats de pôle • Encadrement du pôle pour adapter les procédures, les fonctionnements • Encadrant des secrétariats médicaux pour la gestion des secrétariats médicaux • Secrétaires médicales
Moyens techniques	• Technologies de l'information et de la communication, • Logiciels relatifs au domaine d'activité
Facteurs d'évolution	• Evolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques • Evolutions des techniques de management

ACTIVITES
1. Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
2. Conception et réalisation d'outils et / ou de méthodes spécifiques au domaine d'activité
3. Organisation et suivi opérationnel des activités / projets, coordination avec les interlocuteurs internes et externes
4. Établissement / actualisation et mise en œuvre de procédures, protocoles, consignes, spécifiques à son domaine
5. Conseil aux décideurs (Directions, ligne hiérarchique) concernant les choix, les projets, les activités du domaine d'activité
6. Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
7. Élaboration et déploiement des programmes de formation, en relation avec l'équipe pédagogique
8. Veille spécifique à son domaine d'activité

SAVOIR-FAIRE / Compétences associées	Niveau requis *
A. Identifier, analyser, prioriser et synthétiser les informations relevant de son domaine d'activité	Expert
A.1 Suit, en lien avec la Direction des Affaires Médicales, la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Pôles et des Activités les éléments relatifs au contrat de pôle et à ses indicateurs	
A.2 Suit, en lien avec la Direction des affaires médicales les effectifs, les arrivées des internes, les renouvellements et les besoins en formation	
A.3 Participe à l'évaluation, à l'étude et au bilan des indicateurs définis	
A.4 Recense les besoins et formalise un plan d'équipement et un plan de travaux	
A.5 Garantit la communication au sein du pôle	
A.6 Participe aux enquêtes et aux études en apportant son expertise et en partageant des pistes de réflexion	
A.7 Maintient ses connaissances à jour sur les évolutions réglementaires liées à son domaine d'activité	
B. Rédiger et mettre en forme des notes, documents et /ou rapports, relatifs à son domaine de compétence	Expert
B.1 Réalise la saisie de documents de formes et contenus divers dans le respect de la charte graphique	
B.2 Synthétise les différentes informations issues des réunions, élabore un compte-rendu et le diffuse aux principaux acteurs dans des délais respectables	
B.3 Participe à l'élaboration de dossiers et/ou de projets institutionnels en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire	
B.4 Elabore et actualise les procédures liées à son domaine d'activité	
B.5 Utilise de façon adéquate les logiciels métiers liés à son domaine d'activité	
C. Définir, allouer et optimiser les ressources au regard des priorités, des contraintes et variations externes / internes	Maîtrisé
C.1 Planifie et gère le temps de travail des secrétaires médical(e)s dans le respect de la législation et de la réglementation	
C.2 Organise, planifie et réajuste au besoin les activités des secrétariats en relation avec l'équipe médicale et l'encadrant des secrétariats médicaux	
C.3 Elabore, négocie et suit le plan de formation dans le cadre de l'enveloppe dédiée	
D. Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence	Maîtrisé
D.1 Participe aux orientations du plan budgétaire en collaboration avec les responsables du pôle et le service financier	
D.2 Gère l'enveloppe d'intéressement	
E. Argumenter et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, dans son domaine de compétence	Maîtrisé
E.1 Anime le dialogue et facilite les échanges au sein d'une équipe afin de prévenir et de réguler les conflits en sollicitant un arbitrage le cas échéant	
E.2 Représente son service dans des réunions de travail intra-établissement en apportant son expertise et en partageant des pistes de réflexion	
E.3 Anime des réunions auprès des secrétaires médical(e)s à échéances régulières afin de transmettre et de recueillir des informations liées à leur domaine d'activité	
F. Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives / individuelles	Maîtrisé
F.1 Repère les compétences et les difficultés des secrétaires médical(e)s, notamment lors de l'entretien d'évaluation annuelle, afin de les traduire en axe de formation ou en proposition d'évolution professionnelle	
F.2 Evalue, après avoir recueilli l'avis des responsables médicaux, les performances et les compétences des secrétaires médical(e)s, identifie les compétences acquises et à développer	
F.3 Accueille et organise l'intégration, le suivi des nouveaux membres de l'équipe des secrétaires médical(e)s	
F.4 Identifie et transmet à l'encadré les connaissances et les savoir-faire professionnels en lien avec son niveau de formation, les objectifs fixés et sa future fonction	
G. Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence	Maîtrisé
G.1 Analyse et évalue chaque semaine la prestation des secrétaires médicales et la charge d'activité (retard de frappe, suivi des appels téléphoniques) à l'aide d'indicateurs de suivi en lien avec l'encadrant des secrétariats médicaux	
G.2 Collabore avec l'encadrant des secrétariats médicaux et les médecins pour la mise en place des projets institutionnels au sein des services	

SAVOIR-FAIRE / Compétences associées	Niveau requis *
H. Traduire la stratégie en orientations, en plans d'actions et en moyens de réalisation	Maîtrisé
H.1 Organise et coordonne des réunions intra et inter établissement	
I. Auditer l'état général d'une situation, d'un système, d'une organisation dans son domaine de compétence	Pratique courante
I.1 Propose les audits nécessaires à l'évaluation de la charge de travail et des dysfonctionnements	
I.2 Propose des projets pour répondre aux problématiques identifiées en lien avec le cadre supérieur et le chef de pôle	

* Niveau : Non requis / A développer / Pratique courante / Maîtrisé / Expert

CONNAISSANCES		Degré **
Connaissances principales	Gestion administrative, économique et financière	Connaissances approfondies
	Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances approfondies
	Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
	Droit de la fonction publique	Connaissances détaillées
	Droit hospitalier	Connaissances détaillées
	Gestion des ressources humaines	Connaissances détaillées
	Contrôle de gestion	Connaissances détaillées
	Méthodes d'évaluation médico-économique	Connaissances détaillées

** Degré : Connaissances Générales / Connaissances détaillées / Connaissances approfondies / Connaissances d'expert

EXTRAIT D'UNE CHARTE GOUVERNANCE

I.2 - MODALITES DE CONCERTATION AU SEIN DES POLES

I.21- Principes généraux

Le chef de pôle est responsable de l'organisation d'une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.
L'objectif est de favoriser l'expression des personnels et les échanges d'information en vue de leur participation à l'élaboration du projet de pôle, à la mise en œuvre du contrat de pôle et au fonctionnement du pôle.
La qualité de l'information du personnel fait partie des indicateurs mentionnés dans le contrat de pôle.

I.22- Dispositions transitoires

Une réflexion est en cours au sein du Centre Hospitalier de P pour définir les modalités de concertation au sein des pôles.
De façon transitoire, les conseils de pôle sont maintenus, avec la même composition, les mêmes attributions et les mêmes conditions de fonctionnement que dans la précédente charte.

I.23- Dispositions « nouvelles »

L'organisation de la concertation interne constitue une obligation pour le chef de pôle. Celle-ci pourra prendre la forme souhaitée par la forme et précisée par le règlement intérieur du pôle.
En tout état de cause, les attributions suivantes doivent être incluses dans les missions de cette « nouvelle instance » qui devra donc émettre un avis sur :

- *le règlement intérieur,*
- *le projet du pôle, sa stratégie,*
- *le projet de contrat interne,*
- *la politique de ressources humaines médicales ou non médicales,*
- *le programme d'équipement,*
- *l'organisation de la permanence des soins et l'élaboration des tableaux de service,*
- *le rapport d'activité,*
- *toutes les questions relatives au fonctionnement du pôle et de ses structures internes,*
- *le plan de formation,*
- *la politique qualité,*
- *les règles de répartition des moyens entre les unités médicales composant le pôle dans le cadre du projet d'établissement, du COM, des règles générales fixées par l'institution et des règles particulières énoncées au chapitre III « Délégation de gestion ».*
  Par ailleurs, il arrête les choix d'utilisation de l'enveloppe d'intéressement non pérenne.

Chaque réunion de l'instance de concertation du pôle fait l'objet d'un ordre du jour préalable communiqué à tous les membres de cette instance. A l'issue de chacune des réunions, un compte-rendu est établi avant la date de la prochaine réunion »

LES CREDITS DELEGUES AUX POLES

Ressources humaines **Chapitre 1. Recrutement** 1.1. Validation des profils de postes 1.2. Toutes correspondances relatives à la bourse à l'emploi
Chapitre 2. Evaluation 2.1. Fiches d'évaluation du nouveau personnel 2.2. Proposition de notation
Chapitre 3. Temps de travail 3.1. Contrôle médical/contrôle administratif 3.2. Gestion administrative du congé maternité et du congé paternité 3.3. Déclarations d'accident du travail pour les agents contractuels 3.4. Décisions de temps partiel 3.5. Courriers relatifs au compte épargne temps 3.6. Aménagement d'horaire spécifique 3.7. Courriers relatifs aux absences injustifiées
Chapitre 4. Formation – stage 4.1. Cahiers des clauses techniques des formations du pôle 4.2. inscriptions aux organismes de formation continue 4.3. Demandes de devis 4.4. Courriers aux agents relatifs à l'octroi d'une prise en charge au titre de la formation 4.5. Ordres de mission ANFH 4.6. Autorisation d'absence 4.7. Courriers relatifs à la gestion des stages (accord, organisation, convocation à un entretien), hors stages rémunérés restant de la compétence de la DRH 4.8. Conventions de formation
Chapitre 5. Divers 5.1. Ordres de mission dans le cadre de déplacements professionnels 5.2. Attestations diverses (travail, salaire, frais réel, absentéisme, temps partiel, CAF, Transvilles, supplément familial…) 5.3. Attestations relatives aux demandes de logement 5.4. Billets de réduction SNCF

5.5. Attestations Assedic

Titre 1. Budget de CDD délégué + une partie du budget de formation continue déléguée

Titre 2.

Chapitre 602

602 1 Médicaments courant et molécules coûteuses

602 2 DMI courants et DMI coûteux

Chapitre 615

615 22 Entretien et réparations biens immobiliers

615 2520 Entretien et réparation matériel de transport

615 2530 Entretien matériel de bureau

Chapitre 617

617 000 Etudes et recherches

Chapitre 618

618 100 Documentation générale

618 400 Concours divers cotisations

618 500 Frais de colloques, séminaires, conférences

Chapitre 622

622 600 Honoraires

Chapitre 623

623 600 Brochures et dépliants

623 700 Publications

Chapitre 614

624 500 Transports d'usagers

624 300 transports de corps des établissements

624 501 Transports des usagers (SMUR)

624 502 Transports secondaires

624 800 Transports divers

Chapitre 606

606 600 Fournitures médicales

Chapitre 611

611 120 Imagerie médicale

611 130 Laboratoires (analyses extérieures)

611 150 Consultations spécialisées

611 170 Hospitalisations extérieures

611 180 Autres prestations de service

Chapitre 613

613 152 Location de matériel médical

Chapitre 615

615 150 Entretien matériel médical

615 1511 Entretien de matériel de radiologie

615 1620 Contrat de matériel médical

615 1621 Contrat entretien du matériel médical

Titre 3

Chapitre 602

602 651 Fournitures informatiques stockées

602 6631 Vêtements de travail

Chapitre 606 1 (si compteurs individualisés)

606 110 Eau

606 120 Electricité

606 121 Gaz

606 130 Chauffage

Chapitre 606 2

606 230 Petit matériel et outillage

606 231 Petit matériel et outillage divers

606 2400 Bibliothèque médicale (pôle santé publique seulement)

606 2401 Bibliothèque des malades

606 2402 Fournitures scolaires et éducatives

606 2407 Loisirs enfants hospitalisés

606 2408 Loisirs divers

606 2409 Activités thérapeutiques

606 252 Fournitures informatique et logistique

606 250 Fournitures de bureau et imprimés

Chapitre 613

603 220 Location immobilière

613 253 Location matériel de transport

613 2581 Autres locations

Chapitre 625

625 700 Réceptions

Chapitre 626 626 500 Téléphone Chapitre 628 628 410 Informatique biomédicale 628 800 Autres prestations Chapitre 658 658 100 Frais de culte et d'inhumation 658 700 Participation frais de stage
Titre 4. Chapitre 681 681 1251 Amortissements matériel et outillage 681 1252 Amortissements matériels biomédicaux 681 126 Amortissements mobilier 681 127 Amortissements matériel de transport 681 1281 Amortissements matériel de bureau 681 1282 Amortissements matériel informatique

GUIDE DE PROCEDURES DE DELEGATION – RESSOURCES HUMAINES

Exemple 1

- *La gestion des absences de personnel médical*

En cas de vacance momentanée de postes, un crédit correspondant aux dépenses non engagées est délégué au pôle.
Ces crédits sont utilisés soit :

- *au recrutement de remplaçants,*
- *au recrutement d'intérimaires,*
- *au paiement de temps additionnel,*
- *à des vacations supplémentaires,*
- *à des recrutements d'autres personnels que médicaux.*

L'engagement se fait mensuellement sur la base d'1/12ème de la « dépense annuelle » du poste considéré.

Dans le cas où le pôle a la possibilité, au vu des crédits disponibles, de faire appel à une société d'intérim, il contacte la Direction des Affaires Médicales qui est seule habilitée à engager l'établissement auprès de la société d'intérim.

Exemple 2

- *Définition des profils de poste et recrutement des personnels*

- La définition des profils de poste est déléguée au pôle, dans le cadre du référentiel des métiers du Centre Hospitalier. Les profils de poste sont portés à la connaissance de la DRH et de la DS.
- Le recrutement est un acte de gestion relevant de la Direction de l'établissement. La DRH :
. Est garante du respect des statuts de la fonction publique hospitalière et de la conformité des qualifications des candidats,
. Assure la centralisation de la réception des candidatures, le courrier de réponse aux candidats retenus et non retenus, la gestion administrative des dossiers, les contacts avec la médecine du travail.
- Pour le choix des candidats, 3 situations sont à distinguer :

A. Les personnels non médicaux soignants « pré-affectés »
Le personnel « pré-affecté » se définit comme le personnel dont la qualification correspond à un poste vacant spécifique (par exemple : cadre de santé, sage-femme, IADE, IBODE, Infirmière-Puéricultrice, MERM, technicien de laboratoire….).
Les entretiens et la sélection des candidats sont assurés par le pôle, qui en informe la DRH et la DS.

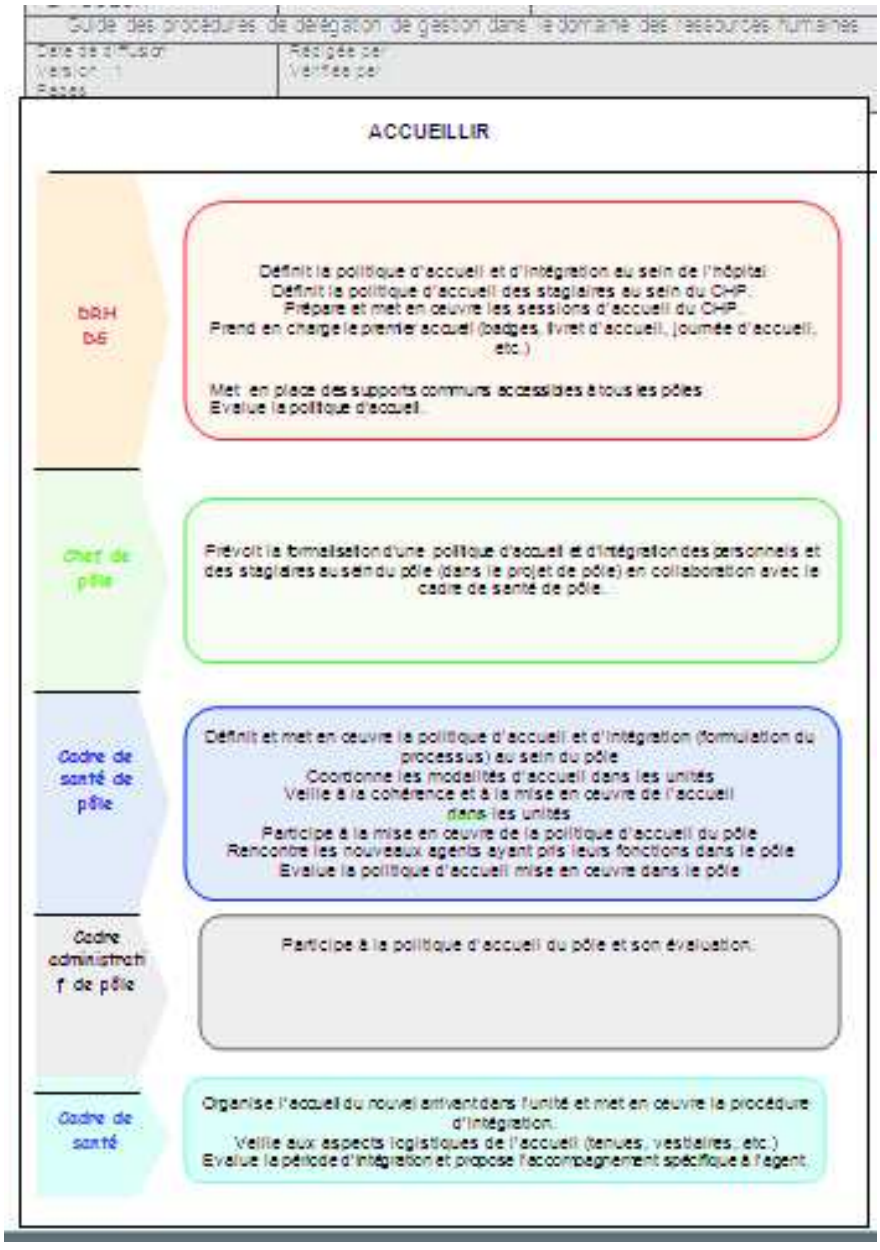
B. Les personnels non médicaux soignants qui ne sont pas « pré-affectés »
L'entretien, la proposition de recrutement et l'affectation au pôle sont réalisés par la DS (sorties d'école IDE, école d'AS…). La validation des recrutements se fait en concertation avec la DRH.

C. Cas particulier des candidatures externes de cadres de santé
Le Directoire est associé, après avis du chef de pôle, à la décision de recrutement et à l'affectation des cadres de santé recrutés en externe. L'entretien est réalisé par la DS, la DRH et un membre médical du Directoire.

Annexe 23

GUIDE DES PROCEDURES DE DELAGATION DE GESTION

DANS LE DOMAINE DES RESSORUCES HUMAINES



Date de diffusion Version : 1 Pages :	Rédigée par : Vérifiée par :

1 ACCUEILLIR UN STAGIAIRE AU SEIN DU POLE (autre que IFSI/IFAS/IFC3)

DRH / DS/DAM	POLE
➔ élabore une convention-type qui fixe les conditions juridiques d'accueil des stagiaires (hors IFSI) au sein de l'hôpital ➔ fixe, en liaison avec le pôle, les règles en matière d'accueil de l'ensemble des stagiaires au sein du pôle ➔ le cas échéant, assure un retour au pôle des appréciations de stage par les stagiaires.	➔ fixe, en liaison avec la DRH /DS les règles en matière d'accueil des stagiaires (hors IFSI) au sein du pôle : ▪ nombre maximum de stagiaires pouvant être accueillis au sein du pôle ▪ conditions matérielles liées à cet accueil (habillement, repas,...) ▪ modalités d'encadrement ▪ évaluation des stagiaires et rapports de stage ➔ Définit les capacités d'accueil en stagiaires au sein des unités du pôle ainsi que le type des activités qui peuvent être confiées au stagiaire. PROCEDURE A DEFINIR

ELEMENTS de CONTROLE

Par le Pôle et par la DRH, la DS et DAM :

➔ évaluation de l'accueil des stagiaires et de la qualité de son encadrement

LA DELEGATION EN MATIERE DE GESTION DU PERSONNEL AU CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

Celle-ci a été réalisée autour de 8 objectifs.

Le premier objectif concerne le suivi des effectifs.

Dans chaque fiche la première partie concerne les principes généraux.
La délégation de pôle s'exerce dans le respect du projet d'établissement, du projet social, du projet de soins, des objectifs définis dans le contrat de pôle, du droit du travail et du statut de la fonction publique.

Le pôle pour son fonctionnement dispose d'un volume d'effectifs médicaux et non médicaux. Il ne s'agit pas d'une enveloppe d'autorisation de crédits mais de moyens délégués calculés sous la forme de mensualités.
Ces derniers sont utilisés exclusivement pour recourir à du personnel. Ils ne sont pas fongibles avec d'autres crédits alloués au pôle ou entre eux, entre le personnel médical et le personnel non médical.

Le préalable à cette délégation de gestion sur le suivi des effectifs est l'accord annuel sur la situation de ceux-ci.
Le tableau des emplois budgétaires de chaque pôle reste une référence.
Chaque année l'effectif rémunérable permanent est défini par service en tenant compte de l'EPRD.
Il est établi sur la base d'un coût harmonisé par grade. Un suivi trimestriel des effectifs réellement rémunérés et travaillés est ensuite opérés et ce fait par service, structures internes et métiers.
Ce tableau de bord est établi par la direction des ressources humaines.
La réunion trimestrielle associant le bureau de pôle, la direction des ressources humaines et la direction permettra de procéder à une analyse commune de la situation et à valider les évolutions nécessaires compte tenu de l'activité et des projets développés.

En ce qui concerne la nature des ressources déléguées.

Les ressources humaines

1 – Chaque chef de pôle assisté par un cadre supérieur par délégation se voit délégué 4 types de moyens exprimés en mensualités ou en ETP dont il maîtrise l'utilisation, des modifications à coût variable dans la structure d'emploi également.

2 – Des moyens de remplacement pour gérer l'absentéisme court, c'est-à-dire mois de 30 jours.
L'absentéisme court pour les services de médecine/chirurgie/obstétrique gérés par 2 pôles : un pour la médecine et un pour les activités de chirurgie/urgences/réanimation permettant ainsi polyvalence et compétence.
Il est calculé un droit de tirage par pôle arrêté sur la base de l'absentéisme court : maladie, formation, autorisation d'absence, communiqué au chef de pôle.

3 - Des moyens pour faire face à des situations exceptionnelles par exemple un surcroit ou la mise en œuvre d'un projet qui pourrait nécessiter la location de moyens exceptionnels.
La décision d'octroi relève de la direction des ressources humaines et la répartition appartient au pôle.

4 – Un volume d'heures supplémentaires en équivalent temps plein, même si les heures supplémentaires dans le cadre du cycle de travail doivent demeurée l'exception, elles peuvent exister.
Un suivi régulier et au minimum trimestriel de la consommation de ce volume d'heures supplémentaires est réalisé et transmit au pôle.
Enfin, un certain nombre de ressources gérées par la direction des ressources humaines est par conséquent exclu de la délégation au pôle. Il s'agit notamment des absences pour maternité, longue maladie ou longue durée, du temps des permanents syndicaux.

L'évaluation des personnels

L'évaluation du personnel et des pratiques professionnelles sont coordonnées sous la responsabilité de la direction des ressources humaines.

1 – L'évaluation des personnels contractuels de courte.

Avant chaque échéance de contrat le chef de pôle ou par délégation le responsable d'unité, le cadre supérieur ou le cadre reçoivent les agents contractuels concernés et opèrent une évaluation de leur travail et de leur compétence.
Ils émettent un avis sur la poursuite de la relation contractuelle entre l'hôpital et l'agent qu'ils adressent à la direction des ressources humaines.
Le directeur des ressources humaines après du directeur des soins pour les personnels paramédicaux, décide de la poursuite du contrat en fonction des évaluations et des besoins en personnel. Il informe le pôle et l'agent de sa décision.

2 – **L'évaluation des personnels titulaires et des contractuels de longue duré**e.

La procédure d'évaluation annuelle est maintenue et renforcée en lien avec l'approche métier et la formation.
Par délégation du cadre supérieur de pôle, les cadres évaluent les personnels placés sous leur responsabilité dans le respect des procédures et des supports arrêtés par l'établissement.
Le directeur arrête la notation après avis des commissions administratives.

L'évaluation des cadres.
Les assistants de gestion sont évalués par le chef de pôle dont ils relèvent.
Les cadres de santé sont évalués par le cadre supérieur par délégation du chef de pôle.
L'avis du chef de service est précédemment sollicité.
Les cadres supérieurs de santé sont évalués par les directeurs de soins après avis du chef de pôle dont ils relèvent.

3 – **Recrutement et mobilité**

En matière de recrutement et de mobilité, tout changement dans la situation administrative ou professionnelle d'un agent et soumis selon le type de situation rencontrée soit à l'avis soit au visa du cadre du service dans lequel il exerce et nécessite un échange d'informations constant entre le cadre supérieur du pôle et la direction des ressources humaines sans le but d'améliorer la connaissance des mouvements de personnel.
Il s'agit essentiellement d'une mobilité intra-pôle qui est, elle, entièrement du ressort du cadre supérieur de pôle qui agit par délégation du chef de pôle.
Le cadre supérieur à recours au fichier des demandes de mobilité, il rend compte à la direction des soins qui valide le changement et en informe la direction des ressources humaines. L'avis du cadre supérieur et la décision de la direction des soins sont par support écrit transmis. La direction des ressources humaines formalise l'affectation et la diffuse.

En ce qui concerne la mobilité inter-pôle, lorsque qu'un poste n'est pas pourvu avec les moyens du pôle, le directeur des soins au vu des entretiens réalisés par le cadre supérieur du pôle propose l'affection au directeur des ressources humaines. Lorsque la mobilité est inter-pôle, cette proposition est transmise par support écrit, le directeur des ressources humaines formalise la décision et le diffuse.

En l'absence de candidature ou en cas de candidature ne correspondant pas au profil de poste, il peut procéder à un appel à candidature spécifique au poste concerné.
Le cadre supérieur de pôle concerné étudie le profil des candidats et les reçoit en entretien, le directeur des soins au vu de l'entretien réalisé par le cadre supérieur du pôle propose l'affectation à la direction des ressources humaines qui formalise la décision et la diffuse.

Pour la mobilité externe ou pour les autres personnels dont les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé, celle-ci est réalisée par la direction des ressources humaines.

4 – **Changement de positions statutaires**

Les principes sont les suivants :
Le cadre du service ou le cadre supérieur du pôle informent la direction des ressources humaines de demandes de changement de position statutaire dont ils ont connaissance et communiquent soit leur visa, soit leur avis.
La direction des ressources humaines informe le cadre du service ou le cadre supérieur du pôle des demandes des agents et communique sa décision.
Lors des arrivées et en particulier l'intégration des nouveaux agents les cadres des services formalisent l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels au sein du pôle dans le cadre des guides d'intégration réalisés par la direction des ressources humaines de l'établissement.
Pour les départs, mutations, détachements, l'avis du cadre supérieur de pôle est demandé.
Pour les demandes de disponibilité, le cadre du service et le cadre supérieur du pôle sont informés de la demande et émettent un avis.
S'il s'agit d'une disponibilité de droit, le cadre supérieur accorde cette autorisation en sollicitant un avis du cadre sur la date de mise en œuvre possible.

S'il s'agit d'une disponibilité n'obéissant pas à un motif de droit, l'autorisation de la direction des ressources humaines est accordée par la direction sous réserve des nécessités de service après avis du cadre de service et du cadre supérieur de pôle.
Pour les démissions dans le cadre d'une mutation, le cadre du cadre du service et le cadre supérieur du pôle sont informés et émettent un avis sur la date à laquelle peut intervenir ce mouvement.
Pour les départs à la retraite, l'agent sollicite une autorisation de départ. Il en informe au préalable le cadre de son service.
La direction des ressources humaines décide de la date effective de départ, en informe l'agent, le cadre du service et le cadre supérieur de pôle.
Pour toutes ces opérations les cadres et cadres supérieurs agissent par délégation du chef de pôle.

5 – **Le suivi des maladies et des accidents du travail**

La bonne application concernant le suivi des maladies et des accidents du travail repose sur un échange d'informations constantes entre la direction des ressources humaines et le pôle, destiné à améliorer la connaissance de l'absentéisme des personnels.
Les cadres du pôle interviennent en particulier pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.
Si l'agent estime que l'accident est grave il effectue une déclaration d'accident du travail qu'il transmet à la direction des ressources humaines après avis du cadre du service.
La direction des ressources humaines informe le cadre du service du retour de l'agent.
Si ce retour s'effectue sans restriction, l'agent retrouve son poste de travail sauf si la durée de l'absence fait qu'il a été pourvu par un autre agent.
Si ce retour s'effectue avec restriction, dans un premier temps, le pôle propose en inter une affectation dans le cadre de ses effectifs autorisés, avec aménagement de poste, si besoin. Dans un second temps, une commission réunissant les médecins du travail, la direction des ressources humaines, la direction des soins, est chargée de proposer des affectations permettant le maintien au travail et l'insertion professionnelle.

6 – **Gestion du temps de travail**

La gestion du temps de travail et la gestion des carrières sont sous la responsabilité de la direction des ressources humaines.
Les cadres garantissent la conformité des données transmises à la direction des ressources humaines.
La bonne application de ces principes repose sur un échange d'informations constant entre la direction des ressources humaines, la direction des soins et le pôle, destiné à améliorer l'organisation et le suivi du temps de travail des personnels.
Pour l'élaboration des plannings, c'est le cadre du service qui est garant et responsable du planning depuis l'élaboration jusqu'à la validation.
Dans chaque service existe une charte d'élaboration du planning du service qui précise les obligations propres au service en termes de répartition des postes de travail et que le cadre doit intégrer dans l'élaboration de ces plannings.

Pour la gestion du temps, les modalités d'organisation du temps partiel sont faites dans le respect des règles statutaires sous la responsabilité du cadre en fonction des nécessités de service.
Pour les autorisations d'absence et de congés, elles doivent faire l'objet d'une demande écrite auprès du cadre de santé ou du responsable de service qui accorde cette demande en fonction des nécessité de service si ces autorisations ne constituent pas un droit, elles sont facultatives.

7 – **Actions de formations**

La gestion des actions de formation continue est sous la responsabilité de la direction des ressources humaines garante de l'application du statut de la fonction publique et du respect des procédures d'achat public.
La direction des ressources humaines assure le lien avec les représentants des personnels, les organismes formateurs et l'organisme collecteur de fonds, l'ANFH.

Le plan de formation annuel de l'établissement s'organise autour de trois axes. Des priorités institutionnelles qui découlent des plans nationaux en matière de santé, des orientations qui sont retenues par le projet d'établissement ou des obligations statutaires, des demandes individuelles qui répondent à un projet personnel de l'agent en lien avec son activité professionnelles et les projets de service et de pôle qui correspondent aux besoins de formation issus des projets de service et de pôle ainsi que des demandes de formation émergeants des entretiens d'évaluation et de formation du personnel dès lors qu'ils relèvent d'une adaptation au poste de travail.

Une déconcentration de gestion est confirmée car les chefs de pôles après avoir sollicité pour avis les instances consultatives du pôle définissent leurs orientations et actions à retenir en fonction de l'enveloppe qui leur a été attribuée pour l'année. Cette fonction peut être déléguée au cadre supérieur de pôle.
Cette enveloppe représente 40 % du plan de formation.
Ces choix sont présentés à la commission de formation.

8 – **Le rôle du cadre dans la lutte contre les risques professionnels**

Au-delà du document unique et du PAPRIPACT le cadre engage des actions dans le domaine de l'analyse des accidents du travail, de l'absentéisme et de l'entretien de retour à l'emploi.
Il peut également faire tous types de propositions destinées à limiter ces risques professionnels.
Chaque cadre est sollicité une fois par an pour mettre à jour les risques recensés et leur cotation et/ou pour proposer de nouvelles actions au niveau du PAPRIPACT.
Le cadre doit indiquer si les actions de l'année ont été terminées, reportées ou poursuivies. Il doit aussi communiquer les actions nouvelles pour l'année à venir.
Pour les évènements indésirables et leur gestion par l'encadrement, à l'issue de l'envoi de cette déclaration d'évènement indésirable, la fiche est transmis automatique au cadre de santé du service pour analyse.
Au titre de la déconcentration de gestion, les initiatives peuvent être mises en œuvre par le cadre en fonction de l'évènement peuvent être :

- accompagner l'agent,
- initier des actions correctrices qui relèvent de son champ d'application,
- faire appel au préventeur des risques professionnels afin d'analyser la situation,
- faire directement appel aux directions concernées en informant le préventeur.

Pour les retours et le maintien dans l'emploi, les entretiens sont initiés et conduits par le cadre à son initiative.
Cette fiche d'entretien de retour et de maintien dans l'emploi est établie par le cadre sur la base du modèle institutionnel.
A l'issu de cet entretien, le cadre peut engager, dans le respect des règles statutaires et institutionnelles toutes les mesures destinées à régler la ou les problématiques rencontrées.

CONTRAT DE POLE NEURO-ONCO-PNEUMOLOGIE

Vu l'article L6146-1 du Code de la Santé Publique,
Vu l'article R6146-8 du Code de la Santé Publique,
Vu l'avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement en date du ,
Entre
Le Directeur, M. Alain MICHEL,
Et
Le Chef du pôle, Dr Dominique MEYER,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE
Conformément à la législation en vigueur, la démarche de contractualisation interne au Centre Hospitalier de La Rochelle repose sur la création du pôle d'activité comme entité organisationnelle et de gestion, et repose sur la signature d'un contrat entre le Directeur d'une part, et chaque Chef de pôle d'autre part, après avis du Président de la Commission Médicale
d'Etablissement.
Le contrat de pôle vise, dans le droit fil de la politique générale de l'établissement, à améliorer la qualité du service rendu aux patients, tout en responsabilisant l'ensemble des personnels du pôle à l'atteinte des objectifs d'activité, de qualité et d'efficience dans l'utilisation des moyens qui leur sont confiés.
Le présent contrat devra également faciliter l'articulation et la mise en oeuvre des objectifs du Schéma d'Organisation des Soins, et dans l'attente de la publication de ce schéma, du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, des priorités de santé publique, du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens entre l'ARS et le CH de La Rochelle, et du Projet d'Etablissement, qui seront pris en compte dans chaque projet de pôle.

Article 1 : OBJET DU CONTRAT
Le présent contrat a pour objet l'engagement réciproque des signataires concernant les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les orientations médicales, les modalités de délégation en terme de gestion des ressources humaines, les moyens, les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et d'intéressement du pôle.
Il constitue la mise en oeuvre des principes fixés par la législation, susceptible d'ajustements ultérieurs convenus par voie d'avenant entre les signataires.
Il constitue le socle du projet de pôle.

Article 2 : LE PERIMETRE DU POLE
Le pôle Neuro-Onco-Pneumologie est constitué des structures internes, services ou unités fonctionnelles suivantes :
- Service de Neurologie
- Service de Pneumologie
- Service d'Oncologie
- Service HAD
- Service UMDSP
- CSAPA – ELSA

Article 3 : LES OBJECTIFS GENERAUX
Le Chef du pôle Neuro-Onco-Pneumologie s'engage à :
- impliquer les personnels médicaux et non-médicaux dans la réalisation des objectifs du pôle dont il assume la responsabilité. Il cherche notamment avec eux à améliorer la qualité du service rendu aux patients, en organisant de façon efficiente le fonctionnement interne du pôle en fonction des moyens qui lui sont confiés. Cette démarche devra respecter les standards actuels de soins médicaux, les orientations et les objectifs de santé proposés par le bureau de pôle, ce, dans la mesure où ils sont en cohérence avec le Schéma d'Organisation des soins, et dans l'attente de la publication de ce schéma, le SROS ainsi que le Projet d'Etablissement,
- animer une concertation avec l'ensemble des personnels du pôle, conformément au règlement intérieur du CH de La Rochelle,
- constituer un Bureau de pôle qui participera activement à la conduite générale du pôle,
- proposer, après avis du Bureau de pôle, un suppléant du Chef de pôle qui assurera en cas de besoin la gestion courante du pôle, et remplacera dans ses fonctions le chef de pôle si des circonstances exceptionnelles l'exigent. Celui-ci sera désigné par décision du Directeur du Centre Hospitalier après avis du Président de CME,
- participer à l'élaboration d'un règlement intérieur de pôle dont les principes sont définis par l'établissement,
- proposer au Président de CME pour avis au Directeur pour décision un responsable pour chaque structure interne, service ou unité fonctionnelle du pôle afin d'assurer une gestion quotidienne opérationnelle,
- concevoir, en accord avec le Bureau de pôle, un projet de pôle pour la période 2011- 2014 en cohérence avec le schéma d'organisation des soins, et dans l'attente de sa publication, le SROS, le Projet d'Etablissement, ainsi que le présent contrat de pôle. Ce projet de pôle devra permettre d'apporter toutes modifications et précisions utiles aux clauses du présent contrat, au plus tard le 31 décembre 2011 par voie d'avenant,
- favoriser, en lien avec le Directoire, le développement des relations fonctionnelles et contractuelles avec les autres pôles de l'établissement, dont les activités sont complémentaires ou liées.

Article 4 : LES OBJECTIFS D'ACTIVITE

Dans l'attente de la mise en oeuvre du prochain projet de pôle et des évolutions d'activité qui pourront en découler, le pôle recherche prioritairement l'atteinte des objectifs d'activité suivants:

- Ne pas diminuer le volume d'activité atteint par les différentes structures du pôle, sous réserve des changements éventuels d'activité dont le pôle n'a pas la maîtrise,
- Organiser un recueil permettant de valoriser et de facturer exhaustivement et le plus rapidement possible les activités au fur et à mesure de leur réalisation : saisie des actes externes et internes, recueil des données PMSI, recueil des éléments variables de facturation (parcours de soins, modificateurs et suppléments, ALD, Prestations Inter établissements, etc.),
- Mettre en adéquation la durée des séjours à la DMS de référence prévue pour chaque GHS et identifier des séjours dont la durée moyenne est supérieure à la moyenne nationale et mettre en oeuvre de mesures permettant de réduire progressivement cet écart, y compris en collaboration avec les autres pôles, sauf justification médicale,
- développer des activités nouvelles prévues au Schéma d'organisation des soins, et dans l'attente au SROS, aux CPOM, Projet de territoire et Projet d'établissement telles que décrites en annexe.

Article 5 : LES OBJECTIFS DE QUALITE

Sur la base du programme d'actions annuel proposé par la Commission Médicale d'Etablissement et dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité menée au Centre Hospitalier de La Rochelle, certains objectifs sont identifiés comme prioritaires. Le Chef du pôle s'engage à poursuivre les objectifs de qualité suivants en organisant, en coopération étroite avec le DIM, le pôle support-logistique et gestion et les autres pôles référents concernés, la mise en place des outils et structures nécessaires à :

- pratiquer l'évaluation régulière de la qualité du dossier patient unique et circulant, et procéder aux améliorations qui en découlent,
- assurer l'information du patient sur ses droits, son état de santé et ses conditions de séjour,
- analyser la satisfaction des patients au travers des questionnaires de sortie, des enquêtes ponctuelles, des plaintes et réclamations, et mettre en oeuvre des mesures correctrices,
- renforcer la sécurité sanitaire par la gestion du risque infectieux, la prévention des infections nosocomiales, et l'amélioration des processus de soins (recueil et traçabilité du consentement aux soins, qualité des prescriptions, continuité de la prise en charge), la sécurisation du circuit du médicament et la mise en oeuvre du contrat de bon usage des médicaments, et des produits et prestations signé avec l'ARS,
- évaluer la prise en charge de la douleur et assurer sa traçabilité,
- entretenir la démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité, notamment par l'évaluation des pratiques professionnelles,
- assurer la continuité des soins entre l'établissement et son environnement (lettre de sortie, transmission des informations pertinentes en cas de transfert vers une autre structure, alimentation du Dossier Médical Personnel, liaison avec les réseaux de soins (par exemple, ceux financés par l'URCAM au titre de la DRDR) et améliorer le délai d'envoi des comptes rendus
- développer les analyses de causes suite au signalement d'un événement indésirable grave associé aux soins ou d'un courrier de plainte

Ces objectifs prioritaires seront revus annuellement en fonction des orientations retenues par la Commission Médicale d'Etablissement dans le cadre du programme d'actions.

Article 6 : LES OBJECTIFS FINANCIERS

Dans le cadre de la Tarification à l'Activité et de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, l'équilibre des dépenses et des recettes, à l'échelle de l'établissement, demeure nécessaire.

Il en résulte des objectifs financiers pour le pôle qui sont :

- maîtriser l'évolution des dépenses à activité constante, en recherchant les organisations les plus efficientes et en respectant le niveau actuel de qualité des soins médicaux ainsi que les objectifs de santé proposés par le Bureau de pôle, en cohérence avec le Schéma d'organisation des soins, et dans l'attente de sa publication, avec le SROS, ainsi qu'avec le Projet d'Etablissement.
- rechercher l'efficience économique au sein du pôle des activités nouvelles induisant une dépense supplémentaire, par l'apport de recettes supplémentaires excédant la dépense engagée, ou par redéploiement, avec l'aide du pôle support logistique et gestion dans le respect des bonnes pratiques médicales.

Le pôle et la Direction s'engagent à assurer le suivi et l'analyse des effectifs, des recettes et des dépenses du pôle, et à prendre les mesures de gestion permettant d'assurer ou d'améliorer son efficience économique.

Article 7 : ORGANISATION ET GESTION DU TEMPS MEDICAL

7.1. Gestion des tableaux de service

Chaque chef de service élabore un tableau de service prévisionnel. Il valide le tableau réalisé en fin de mois. Ce tableau est retracé sur GTMED.

Il doit comprendre toutes les absences quel qu'en soit le motif.

De nombreux éléments variables de paye résultant de ce tableau de service, il doit être sincère et fiable.

Le chef de pôle vérifie la cohérence de ces tableaux de service. En cas de difficulté il sollicite le chef de service pour résoudre la difficulté et arbitre si nécessaire.

7.2. Gestion des congés et des absences

Les personnels médicaux du pôle s'engagent à une planification des congés tout au long de l'année de manière à assurer la continuité et la permanence des soins sans à-coup.

Toutes les absences sont à prendre en compte y compris la formation ou autres absences.
Les congés estivaux doivent être suffisamment échelonnés sur la période de juin à septembre pour permettre un fonctionnement satisfaisant du service public.
Les chefs de service planifient et valident les absences et les congés.
Ils s'engagent à fournir aux cadres de santé cette prévision dans un délai compatible avec la nécessaire adaptation des moyens paramédicaux et administratifs.
Le chef de pôle veille à la cohérence de l'ensemble et arbitre si nécessaire en lien avec le cadre supérieur du pôle.

7.3. Organisation du temps médical
L'organisation du temps médical en service normal du lundi au samedi midi et en astreinte ou en garde relève en premier ressort du **chef de service**. Il doit ainsi s'assurer que la présence médicale couvre, sauf cas de force majeure, les différents « postes » de travail du service ou qu'elle répond à la répartition médicale prévue par l'unité.
Le chef de pôle vérifie la cohérence de l'ensemble de l'organisation au sein du pôle et en interaction avec les autres pôles.
Lorsque les changements d'organisation proposés peuvent avoir un impact sur la rémunération des médecins et le coût pour le Centre Hospitalier, il en réfère au Directeur des Pôles et des Activités et au Directeur des Affaires Médicales.
Le chef de pôle veille à la continuité et la permanence des soins par discipline conformément au tableau de garde arrêté par la CME, après avis de la CPS.

7.4. Suivi des internes
Le chef de service sollicite les agréments pour l'accueil des internes et les ouvertures de postes d'internes. Il les adresse au Chef de Pôle et à la Direction des Affaires Médicales.
Le chef de pôle coordonne l'ensemble des demandes d'agrément. Il propose, après avis des responsables de service, la répartition des postes d'internes à ouvrir chaque semestre au stade de la prévision.

7.5. Recrutement et suivi des carrières
Après avis du chef de service, **le chef de pôle** établit les profils de postes médicaux.
Il propose au Président de CME pour avis et au Directeur pour décision, en lien avec le chef de service, les recrutements à opérer dans le respect des différents statuts médicaux existants.
Il sollicite auprès du Directeur des Affaires Médicales, les remplacements médicaux indispensables en cas de congés maladie long ou maternité dans une approche économe du recours à l'intérim notamment.
Il est sollicité par la Direction des Affaires Médicales pour toutes les évolutions de la carrière des médecins du pôle et l'application des décrets statutaires, chaque fois que les textes le prévoient.

7.6. Plan de développement professionnel continu
Le Chef de Pôle coordonne le plan de développement professionnel continu de l'ensemble des médecins du pôle et en assure la transmission à la direction des Affaires Médicales.

Article 8 : DELEGATIONS DE GESTION EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES
Les délégations de gestion en matière de ressources humaines s'exercent dans le respect du projet d'établissement, du projet social, du projet de soins, des objectifs définis dans le contrat de pôle, du droit du travail et du statut de la fonction publique.
Ces délégations portent sur :
- le suivi des effectifs
- l'évaluation des personnels
- le recrutement et la mobilité
- le changement de position statutaire
- le suivi des maladies et des accidents du travail
- la gestion du temps de travail
- les actions de formation.

8.1. Le suivi des effectifs

8.1.1. Principes généraux
Le pôle, pour son fonctionnement, dispose d'un volume d'effectifs médicaux, et non médicaux. Il ne s'agit pas d'une enveloppe d'autorisation de crédits mais de moyens délégués calculés sous la forme de mensualités.
Ces derniers sont utilisés exclusivement pour recourir à du personnel, ils ne sont pas fongibles :
- avec d'autres crédits alloués au pôle
- entre eux (personnel médical/ personnel non médical).

8.1.2. Préalable : un accord annuel sur la situation des effectifs
Le tableau des emplois budgétaires de chaque pôle reste une référence.
Chaque année, l'effectif rémunérable permanent est défini par service ou structure interne et par métier en prenant en compte l'E.P.R.D.
Il est établi sur la base d'un coût harmonisé par grade.
Un suivi trimestriel des effectifs réellement rémunérés et travaillés est ensuite opéré et se fait par service, structure interne et métier. Ce tableau de bord est établi par la DRH et sera suivi, à terme, mensuellement.

La réunion trimestrielle associant le bureau de pôle, la DRH, et la Direction permettra de procéder à une analyse commune de la situation et à valider les évolutions nécessaires, compte tenu de l'activité et des projets développés, ainsi que la définition et l'analyse des objectifs contractualisés.

8.1.3. La nature des ressources déléguées

8.1.3.1. Les ressources humaines faisant l'objet d'une délégation au pôle

Chaque chef de pôle assisté par un cadre supérieur, par délégation, se voit déléguer 4 types des moyens, exprimés en mensualités ou en ETP dont ils maîtrisent l'utilisation. des moyens permanents par métiers correspondant à l'effectif pour faire fonctionner les services, définis en concertation avec le pôle et arrêtés par la Direction des
Ressources Humaines.

Le responsable de pôle ou le cadre supérieur, par délégation, peuvent proposer sur la base d'un argumentaire :

_ *des modifications à coûts constants dans la structure d'emplois*

Ces modifications sont transmises au Directeur des Soins ou au Directeur référent qui en valide la pertinence. En l'absence de motivation statutaire contraire, la Direction des Ressources Humaines procède à la modification du tableau des emplois.

_ *des modifications à coûts variables dans la structure d'emplois*

Ces modifications sont transmises au Directeur des Soins qui en valide la pertinence par rapport à l'organisation des soins.

La Direction des Ressources Humaines analyse la situation par rapport à l'EPRD et aux dispositions statutaires, décide ou non de modifier le tableau des emplois, en informe le pôle.

_ des moyens de remplacements pour gérer l'absentéisme court (- de 30 jours)

L'absentéisme court, pour les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, est géré par 2 pools (un pour la médecine, un pour les activités de chirurgie, Urgences-Réanimation permettant ainsi polyvalence et compétence). Il est calculé un droit de tirage par pôle (arrêté sur la base de l'absentéisme court : maladie, formation, autorisations d'absence..)
communiqué au chef de pôle.

Un pool de pôle est maintenu pour la gériatrie, il a vocation à être utilisé en lien avec les deux pools évoqués ci-dessus et avec de celui de la psychiatrie pour le métier aide soignant.

En psychiatrie, les remplacements sont assurés par les secteurs qui intègrent déjà ces effectifs ou par un pool central dédié.

_ des moyens pour faire face à des situations exceptionnelles

Un surcroit d'activité ou la mise en oeuvre d'un projet peuvent nécessiter l'allocation de moyens exceptionnels. La décision d'octroi validée par la Direction de la Coordination Générale des Soins relève de la DRH. La répartition appartient au pôle.

_ un volume d'heures supplémentaires (en ETP)

Les heures supplémentaires effectuées dans le cadre du cycle de travail doivent demeurer l'exception. Elles doivent être récupérées. Elles ne peuvent être cumulées pour constituer des récupérations en jours.

Elles peuvent, exceptionnellement, donner lieu à un paiement. Des règles précisent les modalités de mise en oeuvre du paiement de ces heures.

Un suivi régulier et au minimum trimestriel de la consommation de ce volume d'heures supplémentaires est réalisé et transmis au pôle.

Ces moyens attribués au titre des points 1, 2,3 et 4 sont imputés financièrement dans les unités qui en bénéficient. Un outil d'évaluation de la charge en soins permettra d'ajuster au mieux ces moyens.

8.1.3.2. Les ressources gérées par la Direction des Ressources Humaines et exclues de la délégation aux pôles

Il existe des motifs d'absences sur lesquels l'action du pôle comme celle de l'établissement est faible. Il s'agit notamment des absences pour maternité, des absences pour longues maladie ou longue durée, du temps des permanents syndicaux.

D'autres facteurs notamment la structure d'âge des personnels du pôle ou du service font qu'il ne serait pas équitable de faire peser cette dépense en réel sur le pôle concerné.

Aussi, les dépenses résultant des remplacements effectués à cette occasion seront mutualisées au prorata des effectifs des pôles.

C'est pourquoi, la direction des ressources humaines décide, dans le respect de l'EPRD, du volume financier qu'elle peut consacrer aux remplacements longs. Dans ce cadre, il est crée un pool central pour les remplacements longs gérés par la DRH et la Direction de soins.

Chaque remplacement sollicité par le pôle est validé par le Directeur des Soins, qui, en fonction de la situation des effectifs dans les services et de l'activité, opère les arbitrages nécessaires.

De même, lorsque la Direction des Ressources Humaines dispose de ressources supplémentaires, dont il n'est pas souhaitable de se séparer pour des raisons de bonne gestion (anticipations de recrutements, redéploiement, reclassement…), sur avis du Directeur des Soins, elle affecte ce personnel prioritairement dans les pools (ou à défaut dans les pôles ne
disposant pas de pool) pour des missions précises (ex : baisse des compteurs).

Cette consommation fait l'objet d'un suivi à la Direction des Ressources Humaines. Le pôle est régulièrement informé de cette évolution.

8.2. L'évaluation des personnels

La coordination de l'évaluation du personnel est sous la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines.

Elle comprend :

_ *L'évaluation des personnels contractuels de courte durée*

Avant chaque échéance de contrat, le chef de pôle, ou par délégation, le responsable d'unité, le cadre supérieur ou le cadre reçoivent les agents contractuels concernés et opèrent une évaluation de leur travail et de leur compétences.

Ils émettent un avis sur la poursuite de la relation contractuelle entre l'hôpital et l'agent qu'ils adressent à la Direction des Ressources Humaines.
Le Directeur des Ressources Humaines, après avis du Directeur des Soins, pour les personnels paramédicaux, décide de la poursuite du contrat, en fonction de l'évaluation et des besoins en personnel.
Il informe le pôle et l'agent de sa décision.
_ L'évaluation des personnels titulaires et des contractuels de longue durée :
La procédure d'évaluation annuelle est maintenue et renforcée en lien avec l'approche métier et la formation.
Les cadres évaluent les personnels placés sous leur responsabilité dans le respect des procédures et des supports arrêtés par l'établissement. Pour les personnels titulaires de la
Fonction Publique, ils proposent une évolution de la note dans le respect du protocole de notation. A terme, cette évaluation se traduira aussi par des propositions en termes d'avancement et de prime.
Pour les secrétaires médicales et les psychologues, la proposition est effectuée par le chef de pôle après avoir sollicité l'avis du chef de service et l'appui technique de l'assistant de gestion pour les secrétaires.
Le Directeur arrête la notation, après avis des Commissions administratives paritaires.
_ L'évaluation des cadres
Les assistants de gestion sont évalués par le chef de pôle dont ils relèvent.
Les cadres de santé sont évalués par le cadre supérieur. L'avis du chef de service est précédemment sollicité.
Les cadres supérieurs de santé sont évalués par les Directeurs des Soins. Ils sont reçus en entretien par ces derniers et le DRH. Cette procédure se fait en lien avec les Directeurs des Pôles et des Activités et après avis du chef de pôle dont ils relèvent.

8.3. Le recrutement et la mobilité

8.3.1. Principes généraux
Les cadres de santé et administratifs garantissent la conformité des données transmises à la Direction des Ressources Humaines.
En matière de recrutement et de mobilité, tout changement dans la situation administrative et/ ou professionnelle d'un agent est soumis, selon le type de situation rencontrée, soit à l'avis, soit au visa, du cadre du service dans lequel il exerce et nécessite un échange d'information constant entre le cadre supérieur du pôle et la Direction des Ressources Humaines, dans le but d'améliorer la connaissance des mouvements de personnels.

8.3.2. Le recrutement et la mobilité

A - Organisation de la mobilité
On entend par mobilité, tout changement d'affectation en vue de pourvoir un poste vacant. La procédure décrite ci-après concerne les infirmiers, les aides-soignants et les A.S.H. Pour les autres métiers, des appels à candidature spécifiques sont faits pour chaque vacance ou création de poste. Sauf nécessité de service et situation individuelle particulière, la mobilité est ouverte aux agents ayant 3 ans d'ancienneté dans leur poste.
Des règles particulières de mobilité interne peuvent être fixées pour le pôle de psychiatrie et pour certains postes spécifiques « aménagés ».
1/ Mobilité des infirmiers et des aides-soignants
L'appel à mobilité :
Il se fait par note de service, 1 fois par an pour les fonctions *infirmiers, aides-soignants et A.S.H*, avec 3 choix priorisés. Le visa du cadre de proximité du service auquel appartient l'agent, figure sur la demande de changement d'affectation. Un fichier de ces données est constitué et mis à disposition de chaque cadre supérieur de pôle.
Lors d'une vacance de poste : après entretien avec l'agent qui sollicite son changement d'affectation, le cadre supérieur du pôle d'accueil transmet son avis par écrit à la Direction des Soins et à la Direction des Ressources Humaines via une fiche interne commune.
Sur la base de profils de postes et de cet avis, les candidatures adressées à la Direction des Ressources Humaines sont examinées par les Directeurs des Soins.
La procédure de recours au fichier permet de :
- respecter les projets professionnels,
- anticiper les mouvements d'agents ou les recrutements à partir de la Gestion prévisionnelle des emplois,
- gérer en central les postes aménagés.

Pour chaque poste vacant, la Direction des Soins étudie si celui-ci doit être réservé pour un agent particulier, rencontrant certaines difficultés. Par exemple, ceux en situation de handicap ou dont le retour au travail est nécessaire sur des postes adaptés. Cette affectation se réalise en concertation avec la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, le Service de Santé au travail, le Service Social du Personnel pour permettre la poursuite du parcours professionnel de l'agent.

Mobilité intra pôle :
Celle-ci est entièrement du ressort du cadre supérieur de pôle qui agit par délégation du chef de pôle. Le cadre supérieur a recours au fichier des demandes de mobilité. Il rend compte à la Direction des Soins qui valide le changement et en informe la DRH. L'avis du cadre supérieur et la décision de la Direction de soins sont transmis par support écrit. La DRH formalise
l'affectation et la diffuse.

Mobilité inter pôles :
Lorsqu'un poste n'est pas pourvu avec les moyens du pôle :

1- Le Directeur des Soins, à la vue des entretiens réalisés par le cadre supérieur du pôle, propose l'affectation au DRH lorsque la mobilité est interpole. Cette proposition est transmise par support écrit. Le DRH formalise la décision et la diffuse.
2- En l'absence de candidature ou en cas de candidature ne correspondant pas au profil de poste, il peut être procédé à un appel à candidature spécifique au poste concerné. Le cadre supérieur du pôle concerné étudie le profil des candidats et les reçoit en entretien. Le Directeur des Soins, à la vue de l'entretien réalisé par le cadre supérieur du pôle, propose l'affectation à la DRH. Le DRH formalise la décision et la diffuse.
3- En dehors d'une situation urgente, les mobilités sont organisées 2 fois par an.

Recrutement extérieur
Lorsqu'aucun candidat interne ne correspond au profil de poste, en fonction de la situation des effectifs, le recrutement est demandé à la DRH, qui l'organise en collaboration avec la Direction des Soins. Cette dernière transmet sa proposition par support écrit, la DRH contrôle les aspects statutaires et financiers, formalise la décision et la diffuse.

2/ Mobilité des autres personnels dont les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé: en fonction de la GPEC, sur chaque poste déclaré vacant, un appel à candidature est réalisé par la Direction des Ressources Humaines.
Les demandes sont étudiées par la Direction des Soins et elles sont transmises aux chefs de pôle, aux cadres Supérieurs pour les cadres de Santé qui font part de leur avis par écrit. La Direction des Ressources Humaines procède à l'affectation.

B- Organisation du recrutement externe pour un emploi permanent :
- les fiches de postes réalisées par le pôle dans le respect du modèle institutionnel et du répertoire national des métiers doivent être validées par la Direction des Ressources Humaines après avis de la Direction des Soins pour les personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, AP, ASH, AMP, puéricultrices, IBODE et IADE…)
- Pour ces catégories, l'entretien de recrutement est réalisé par la Direction des Soins à travers les fonctions de cadre supérieur transversal. Le maintien de l'affectation dans le pôle donne lieu à un avis du chef de pôle.
- Pour certains métiers (médico-techniques, postes spécialisés), l'avis complémentaire du chef de pôle ou du cadre supérieur de pôle concerné est sollicité :
- Les entretiens de recrutement des sages-femmes sont réalisés par le cadre supérieur du pôle ou le cadre sage-femme
- Les entretiens de recrutement des kinésithérapeutes et de tous les personnels de rééducation, des préparateurs en pharmacie, des manipulateurs radiologie, des techniciens de laboratoire sont réalisés par la Direction des Soins à travers le cadre supérieur du pôle médico-technique et le responsable du service concerné
- Les entretiens de recrutement des psychologues sont réalisés par le DRH et le chef de pôle.
- Les entretiens de recrutement des assistants sociaux sont réalisés par le DRH et le chef de pôle.
- Les entretiens de recrutement des éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, éducateurs de jeunes enfants sont réalisés par le chef de service, la DRH et (ou) la DPA, le cadre supérieur.
- Les entretiens de recrutement des secrétaires médicales demeurent de la compétence de la DRH en cas d'affectation pérenne l'avis du chef de pôle est requis par écrit.
- Les entretiens de recrutement des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé sont réalisés parallèlement par le Directeur des Ressources Humaines et la Direction des Soins, l'avis du chef de pôle est requis par écrit.
Dans tous les cas, les avis sont transmis au Directeur des Ressources Humaines qui prend la décision de recrutement.

8.4. Le changement de position statutaire

8.4.1. Principes généraux
Les cadres de santé et administratifs garantissent la conformité des données transmises à laDirection des Ressources Humaines.
Ainsi :
- le cadre du service et/ou le cadre supérieur du pôle informent la Direction des Ressources Humaines de demandes de changement de position statutaire dont ils ont connaissance et communiquent, soit leur visa, soit leur avis.
- la Direction des Ressources Humaines informe le cadre du service et/ou le cadre supérieur du pôle des demandes des agents et communique sa décision.

8.4.2. Les changements de positions statutaires
8.4.2.1. LES ARRIVEES
A- L'intégration des nouveaux agents
Des journées d'intégration des nouveaux arrivants sont organisées par la Direction des Ressources Humaines en lien avec l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement, avec distribution d'un livret d'accueil.
La Direction des Soins organise une session de formation et d'intégration des infirmiers diplômés d'Etat.
Les cadres des services formalisent l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels au sein du pôle selon une procédure basée sur des objectifs contractualisés.
Un guide d'intégration des nouveaux agents est utilisé par l'encadrement.
Pour certains métiers et sur certains secteurs du Centre Hospitalier, un tutorat peut être mis en oeuvre.
B- Les changements de service ou de pôle (cf les fiches spécifiques).
8.4.2.2. LES DEPARTS
Pour tout départ, l'agent doit impérativement adresser une demande écrite à la Direction des Ressources Humaines qui en informera le cadre supérieur de pôle et le cadre de service.
Toute demande fait l'objet d'une réponse écrite.
A- La mutation/ le détachement

L'agent doit adresser une demande écrite.
Elle fait l'objet d'une décision de la Direction des Ressources Humaines quant à la date de départ, après avis du cadre supérieur du pôle et en fonction des nécessités de service.
B- La demande de disponibilité
L'agent doit adresser une demande à la Direction des Ressources Humaines en précisant le motif et en joignant les pièces justificatives. Il en informe, au préalable le cadre de son service.
Le cadre du service et le cadre supérieur du pôle sont informés de cette demande et émettent un avis.
S'il s'agit d'une disponibilité de droit, le cadre supérieur accorde cette autorisation en sollicitant un avis du cadre sur la date de mise en oeuvre possible.
S'il s'agit d'une disponibilité n'obéissant pas à un motif de droit, l'autorisation de la Direction des Ressources Humaines est accordée sous réserve des nécessités de service, notamment de la situation globale des effectifs, et en fonction des nécessités de service**,** après avis du cadre de service et du cadre supérieur du pôle.
C- La démission dans le cadre d'une mutation
La demande de démission doit impérativement faire l'objet d'une demande écrite adressée au Directeur des Ressources Humaines. Il en informe, au préalable le cadre de son service.
Le cadre du service et le cadre supérieur du pôle sont informés et émettent un avis sur la date à laquelle peut intervenir ce mouvement
La démission est accordée par la Direction des Ressources Humaines, en fonction des nécessités de service.
Pour les contractuels, la démission prend en compte le préavis fixé dans le contrat.
D- Les départs à la retraite
L'agent sollicite une autorisation de départ à la retraite. Il en informe, au préalable le cadre de son service.
La direction des ressources humaines décide de la date effective de départ, en informe l'agent, le cadre du service et le cadre supérieur du pôle.
Les demandes doivent être faites par courrier six mois avant la date de départ envisagée.

8.5. Le suivi des maladies et des accidents du travail

8.5.1. Principes généraux
La gestion du temps et la gestion des carrières sont sous la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines, garante de l'application du statut de la Fonction Publique et du respect du droit du travail.
Les cadres garantissent la conformité des données transmises à la Direction des Ressources
Humaines.
La bonne application de ces principes repose sur un échange d'information constant entre la Direction des Ressources Humaines et le pôle, destinée à améliorer la connaissance de l'absentéisme des personnels.

8.5.2. La maladie et les accidents du travail
A- La maladie ordinaire
Un agent malade doit faire parvenir un arrêt de travail, sous 48 heures, auprès de la Direction des Ressources Humaines. Il doit, en revanche, prévenir son cadre de service, dès qu'il a connaissance qu'il sera empêché afin de permettre au service de s'organiser.
B- La longue maladie
La Direction des ressources humaines gère les agents en congé de longue maladie ou de longue durée. Elle informe le Cadre du service de l'évolution statutaire des agents concernés, notamment des éventuelles conditions dans lesquelles le retour est prévu.
C- Les accidents du travail et les maladies professionnelles
Tout accident de travail ou de maladie professionnelle doit être porté à la connaissance du cadre du service.
Si l'agent estime que son accident est sans gravité et qu'il n'envisage pas de consulter son médecin traitant ou un médecin spécialiste, le Service de Santé au Travail l'inscrit au registre des accidents de travails bénins.
Si l'agent estime que cet accident est grave, il effectue une déclaration d'accident de travail qu'il transmet à la Direction des Ressources Humaines après avis du cadre de service. Il joint des témoignages des agents présents au moment de l'accident et consulte le plus rapidement possible un médecin pour obtenir un certificat médical initial.
D- Le retour au travail des agents
La Direction des ressources humaines informe le cadre du service du retour de l'agent.
Si ce retour s'effectue sans restriction, l'agent retrouve son poste de travail sauf si la durée de l'absence fait qu'il a été pourvu par un autre agent.
Si ce retour s'effectue avec restriction, dans un premier temps, le pôle propose en interne une affectation dans le cadre de ses effectifs autorisés, avec aménagement de poste, si besoin.
Dans un second temps, une commission réunissant les médecins du travail, la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, est chargée de proposer des affectations permettant le maintien au travail et l'insertion professionnelle.

8.6. La gestion du temps de travail

8.6.1. Principes généraux
La gestion du temps et la gestion des carrières sont sous la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines, garante de l'application du statut de la Fonction Publique et du respect du droit du travail.
Les cadres garantissent la conformité des données transmises à la Direction des Ressources
Humaines.

La bonne application de ces principes repose sur un échange d'information constant entre la Direction des Ressources Humaines, la Direction de Soins et le pôle, destiné à améliorer l'organisation et le suivi du temps de travail des personnels.

8.6.2. La gestion du temps de travail

L'élaboration des plannings se réalise dans le respect de la réglementation (Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail), du protocole local des 35 heures, des effectifs requis en fonction de l'activité.

Le cadre du service est garant et responsable du planning depuis l'élaboration jusqu'à la validation.

L'élaboration du planning doit respecter les bases d'effectifs contractualisés, les prévisions d'activité et les charges de travail. Il doit respecter les obligations du service et prendre en compte, autant que possible, les souhaits des agents ; la négociation est nécessaire dans la phase de préparation des plannings.

Toutefois, dès qu'un désaccord survient dans l'équipe, le cadre arbitre et arrête le planning.

Le planning est établi au minimum sur 4 semaines consécutives.

L'élaboration du planning commence 2 mois avant la date d'effet. Il doit être terminé et validé par le cadre 15 jours minimum avant la date d'effet.

Un document transmis aux cadres rappelle les règles du statut de la fonction publique hospitalière, du droit du travail, du règlement de l'aménagement du temps de travail en matière d'élaboration de ces plannings.

Chaque cadre intègre ces éléments dans la charte d'élaboration du planning du service qui précise les obligations propres au service en termes de répartition des postes de travail.

8.6.3. La gestion du temps de travail.

- Les changements de temps de travail.

Les demandes sont gérées par la Direction des Ressources Humaines, après avis du cadre supérieur de pôle sur la faculté à leur accorder dans le service ou le pôle.

Elles respectent le délai de prévenance de 2 mois et peuvent conduire à un changement de service.

Les modalités d'organisation du temps partiel dans le respect des règles statutaires et de l'accord des 35 heures sont de la responsabilité du cadre, en fonction des nécessités de service.

Pour les temps partiels qui ne sont pas ou plus de droit, ceux-ci sont accordés en fonction des nécessités de service. En cas de réponse positive, celle-ci ne peut être considérée comme définitive et elle sera réétudiée à chaque échéance.

Sur toutes ces demandes, tout avis défavorable du pôle doit être motivé par écrit et porté à la connaissance de l'agent.

8.6.4. Les autorisations d'absence et de congés.

Ces règles sont rappelées dans le document institutionnel relatif à la gestion du temps de travail, évoqué au point 8.6.2.

De façon générale il convient de préciser que :

· le temps passé en autorisations spéciales d'absence est rémunéré.

· Les autorisations d'absence ne constituent pas un droit, elles sont facultatives.

Elles doivent faire l'objet d'une demande écrite auprès du cadre de santé ou chef de service, qui accorde cette demande en fonction des nécessités de service. La validation de ces journées se fera dans GESTOR par la Direction des Ressources Humaines sur présentation de justificatifs.

· En dehors des autorisations d'absence syndicales, les agents ne peuvent bénéficier des autorisations que pour les jours où ils travaillent effectivement et pendant leurs heures de service. Elles ne sont pas récupérables lorsqu'elles ont lieu pendant les congés de l'agent.

· Les agents à temps partiel ont droit aux mêmes autorisations que les agents à temps plein au prorata de leur temps travaillé.

Ces autorisations d'absences peuvent être accordées aux agents titulaires ou stagiaires et les agents contractuels ayant plus de 6 mois d'ancienneté en service continu.

Pour les agents contractuels de moins de 6 mois et les CAE, les dispositions du code du travail s'appliquent.

Par ailleurs, il convient de respecter les règles suivantes :

· ces autorisations doivent impérativement se situer autour de l'évènement

· l'agent est tenu de fournir les justificatifs.

La durée maximale de chaque autorisation varie selon le type d'absence mais aussi en fonction de la quotité de temps travaillé de l'agent.

8.7. Les actions de formation

8.7.1. Principes généraux

La gestion des actions de formation continue est sous la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines, garante de l'application du Statut de la fonction publique et du respect des procédures d'achat public. La DRH assure le lien avec les représentants des personnels (commission de formation, CTE), les organismes formateurs (convention, facturation..) et

l'organisme collecteur de fonds ANFH.

8.7.2. Le plan de formation

Afin de favoriser l'accès à la formation, le plan de formation annuel de l'établissement s'organise autour de 3 axes :

1 - Les priorités institutionnelles découlent des plans nationaux en matière de santé, des orientations retenues par le projet d'établissement et des obligations statutaires. Elles sont financées par une enveloppe institutionnelle.

2 - Les projets de service et de pôles correspondent aux besoins de formation issus des projets de services et de pôle ainsi que des demandes de formations émergeant des entretiens d'évaluation et de formation du personnel dès lors qu'ils

relèvent d'une adaptation au poste de travail. Une déconcentration de gestion est confirmée car les pôles définissent leur orientations et actions à retenir, en fonction de l'enveloppe qui leur a été allouée pour l'année.
Cette enveloppe représente 40% du plan de formation. Ces choix sont présentés à la commission de formation. En cours d'année des modifications ou des compléments sont possibles dans le respect de leur l'enveloppe. Ces moyens sont contractualisés chaque année avec chaque pôle.
3 - Les demandes individuelles répondent a un projet personnel de l'agent en lien avec son activité professionnelle. Actuellement l'enveloppe est globale et fait l'objet d'une priorisation en commission de formation dans le respect du budget initialement prévu. Une répartition par pôle de l'enveloppe des demandes individuelles est à l'étude dans le cadre de la déconcentration de la gestion vers les pôles. Cette gestion devra se faire en concertation avec les équipes et le pôle.
Il est à noter que les demandes de diplômes universitaires (D.U.) peuvent faire l'objet soit d'une demande issue du pôle soit d'une demande individuelle de l'agent.

8.7.3. Les demandes de stages :
Les stagiaires ne sont acceptés qu'après avoir sollicité le service concerné et avoir obtenu une réponse positive de celui-ci.
Toute demande de stage doit être formulée par courrier adressé au Directeur des Ressources Humaines de l'établissement, précisant dans quel cadre s'effectue le stage, avec mention des objectifs, et des dates.
Le centre hospitalier accepte d'accueillir des stagiaires sous les conditions suivantes :
* les stages doivent être organisés dans le cadre d'une formation diplômante.
* ils doivent faire l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme de formation.
* les stagiaires doivent être à jour de leurs vaccins (notamment celui contre l'hépatite B, obligatoire en milieu hospitalier).
* les demandes doivent arriver au moins 1 mois avant le début du stage (toute demande dont le délai d'un mois n'est pas respecté, ne pourra pas être instruite).
La Direction de la Coordination Générale des Soins instruit toutes les demandes en lien direct avec un métier de soins, la Direction des Ressources Humaines toutes les autres (psychologues, secrétariats, services social, logistiques, techniques et administratifs).
Ces Directions, après réception de la demande, cherchent un terrain de stage pour le stagiaire et interpellent, à ce titre, les cadres ou responsables de service afin de connaître les possibilités d'accueil.
La convention est signée dès le terrain de stage trouvé. A ce titre, il convient de rappeler qu'en aucun cas un service ne peut donner un accord préalablement à l'ensemble de ces démarches et que seul le directeur ou son représentant légal est donc habilité à donner cet accord et à signer les conventions de stage.
Le stage ne peut s'effectuer que lorsque toutes les formalités administratives sont remplies.

Article 9 : DELEGATION DE GESTION EN VUE DE L'EQUILIBRE ECONOMIQUE DU POLE
Le Chef de Pôle met en place en lien avec le cadre supérieur de pôle et l'assistant de gestion du pôle et, au besoin, avec le DIM, la Direction des services financiers et la Direction des Pôles et des Activités un suivi de l'activité du pôle et procède, en concertation avec le ou les chefs de service concernés, à l'adaptation conjoncturelle des moyens en fonction de l'activité afin de veiller à l'optimisation des ressources dont il dispose.

Article 10 : LES MOYENS
Pour lui permettre d'assurer ses missions, le Directeur s'engage à mettre à la
disposition du pôle les moyens suivants :
- La liste actualisée des effectifs médicaux et non médicaux par structure, ainsi que la description évolutive des locaux et principaux équipements,
- Les informations susceptibles d'être apportées par le DIM ou le pôle support logistique et gestion permettant au Chef de pôle et au Bureau de pôle d'assurer la conception et la conduite de projets et plus largement la gestion générale du pôle.
- Un accompagnement et un soutien continu à l'utilisation et à la compréhension des informations destinées au Chef de pôle et au suppléant du Chef de pôle, au Bureau de pôle, à l'assistant de gestion et au cadre supérieur de santé (tableaux de bord coûts/activité, comptes de résultats, suivi des effectifs, indicateurs de qualité).
Par ailleurs le Chef de pôle est assisté dans sa mission par un cadre supérieur et un assistant de gestion, selon un temps plein partagé à égalité avec le pôle. La durée nécessaire du temps de travail de l'assistant de gestion sera réévaluée à 6 et 12 mois, et pourra faire le cas échéant l'objet d'un avenant au contrat actuel.

Article 11 : L'EVALUATION ET LES INDICATEURS DE SUIVI
Le Chef du pôle et la Direction s'engagent à mettre en oeuvre un suivi régulier de l'exécution du présent contrat.
Un bilan formalisé est en outre réalisé au plus tard aux dates prévisionnelles suivantes :
- 30 avril
- 30 juin
- 31 octobre
Le Chef du pôle et la Direction utilisent à cet effet toutes les informations utiles dont ils disposent, et notamment celles citées à l'article 10.
Le contrat donne également lieu à la rédaction d'un bilan annuel, rendu le 15 mars de l'année suivante, sur la base d'un rapport d'activité élaboré par le Chef de pôle, avec le soutien du DIM et du pôle logistique et gestion.
Ce rapport est présenté au Directoire après avis du Bureau et du Conseil de pôle. Il fait état du niveau d'atteinte des objectifs du pôle et présente les résultats médicaux et économiques de sa gestion.
Cette évaluation annuelle constitue le préalable à l'adoption d'avenants au contrat, concernant notamment les objectifs d'activité, de qualité et financiers du pôle, pour l'année à venir.

En cas de survenue d'un événement non prévisible susceptible de modifier substantiellement l'équilibre du contrat ou du fait d'une volonté commune des deux parties, un avenant au contrat peut être négocié en cours d'année pour l'adapter à l'évolution de la situation de l'établissement ou du pôle.

Article 12 : L'INTERESSEMENT DU POLE

L'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion est déterminé sur la base des résultats de l'évaluation prévue à l'article 11 et sous réserve de l'équilibre financier global de l'établissement.

Cet intéressement est collectif et forfaitaire. La somme consacrée à l'intéressement est arrêtée de façon globale par le Directeur. Elle est ensuite répartie entre les pôles ayant atteint leurs objectifs, au prorata de leur effectif en personnel.

L'intéressement ne peut concerner que des dépenses non pérennes (par exemple : formation, petit matériel, mensualités de remplacement).

L'intéressement du pôle devra dans tous les cas respecter un principe de solidarité institutionnelle et financière au sein de l'établissement.

Article 13 : CONSEQUENCES EN CAS D'INEXECUTION DU CONTRAT

Le pôle s'engage à respecter les objectifs et les moyens prévus au présent contrat.

Dans l'hypothèse du non-respect des objectifs contractuels, et en l'absence de circonstances indépendantes de la gestion du pôle, des mesures correctrices devront être engagées en cours d'année et/ou sur l'exercice suivant en concertation avec le chef de pôle.

Ces mesures seront soumises à l'avis du Directoire avant décision du Directeur.

Si l'écart constaté entre les objectifs et leur niveau de réalisation est trop important, le contrat est suspendu.

Dans l'hypothèse où les moyens globaux de l'établissement seraient affectés du fait de circonstances ou de décisions extérieures mettant en péril les missions de service public ou l'équilibre financier, le Directeur procède à la résiliation du contrat.

Article 14 : DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour 4 ans à compter de la date de signature.

Il peut faire l'objet d'avenants ou de résiliation dans les conditions prévues aux articles 1,3, 11 et 13.

Le Directeur,

CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE
DIRECTEUR

A.MICHEL

La Rochelle, le 9 août 2011
Le Chef du pôle
Neuro-Onco-Pneumologie,

D. MEYER

DEMARRAGE D'UNE NOUVELLE ACVITE

1 - 5 – 1 – HOSPITALISATION

Le démarrage d'une nouvelle activité en cours d'année est soumis à l'accord préalable du Directoire.

PÔLE	Réalisé 2009	Réalisé 2010	Réalisé 2011	Objectif 2012
Nombre de RUM	7 013	6 827	6 764	7000
Recettes GHS (Ass Ma)	15 927 175	16 179 937	15 522 779	16 679 937
% de sorties avant midi (hors mutation et décès)	6,43 %	8,44%	7,95%	10 %

MOYENS MIS A DISPOSITION ET INDIQUES DANS LE CONTRAT DE POLE

PÔLE (hors HAD, SSR,UCSA)	Réalisé Ratio 2007	Réalisé Ratio 2008	Réalisé Ratio 2009	Objectif 2010
Laboratoire nb de B	580,66	601,87	542,17	542
Laboratoire nb de P	21,88	15,62	13,27	13
Radiologie nb ICR	43,03	51,63	42,58	42

MOYENS ATTRIBUES AU POLE

2 – 1 – 2 – PERSONNEL NON MEDICAL

GRADE	ETP BUDGETE 2009	ETP BUDGETE 2010	ETP BUDGETE 2011	Ecart
CADRE SUPERIEUR DE SANTE	0,7	0,7	0,7	
ADJOINT DES CADRES	0,33	0,33		-0,33
ATTACHE ADMINISTRATION			0,50	+0,50
INFIRMIER CADRE DE SANTE	3,00	3,00	3,00	
INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT	74,10	74,10	74,10	
AIDE-SOIGNANT	66,00	66,00	66,00	
PSYCHOLOGUE	0,30	0,30	0,30	
A.S.H. QUALIFIE	22,50	22,50	22,50	
ASSISTANTE SOCIALE	0,20	0,20	0,20	
ADJOINT ADMINISTRATIF			1,50	
SECRETAIRE MEDICALE			8,50	
PERSONNEL ADMINISTRATIF	10,00	10,00		
TOTAL*	**177,13**	**177,13**	**177,3**	**0,17**

*** y compris pool de secteur (hors équipe de suppléance de jour)**

L'enveloppe budgétaire correspondant aux postes budgétés est de 7 466 962 €.

PROCEDURE D'EVALUATION ENTREPRISE

AU CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

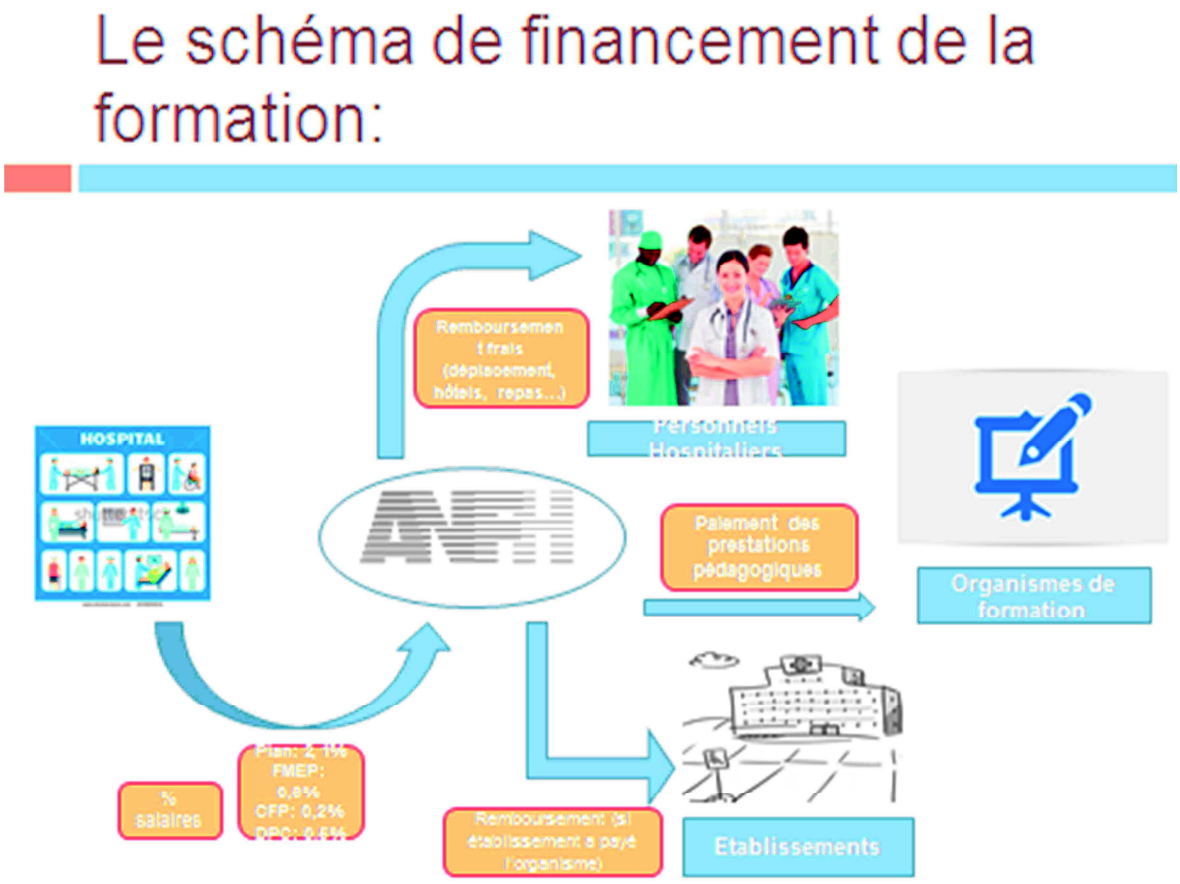
Développer le signalement et l'analyse des événements indésirables	Décembre 2015	- Nb d'EI signalés et analysés - Nb de CREX	- Augmentation de 5% du nb de FSEI - Engagement d'au moins 1 service du pôle dans une démarche CREX - FSEI traitées par le correspondant Gdr du pôle			Cellule QRG Cadres de santé DR MOULIN Cellule CREX	Annuel
Prévenir les risques associés aux soins	Mai 2015	Cartographie des risques	- Cartographie des risques réalisés dans les secteurs interventionnels - Risques prioritaires identifiés - Plan d'actions formalisé et mis en œuvre			D. RAYRAT	Annuel ou trimestriel?
QUALITE							
Objectif poursuivi	**Date visée**	**Indicateur de suivi**	**Objectif chiffré**	**Résultat**	**Commentaires**	**Source**	**Suivi**
Formaliser les circuits d'approvisionnement en HAD	Décembre 2015	Formalisation des modalités de transport et d'approvisionnement des matériels et des médicaments	Documents formalisés			F. LATRECHE	Annuel ou trimestriel?
Garantir, en HAD, l'approvisionnement électrique au domicile des	Septembre 2015	Formalisation des modalités de signalement et de	Circuit formalisé			F. LATRECHE	Annuel ou trimestriel?
Prévenir les chutes	Octobre 2015	Utilisation de l'outil de signalement et d'analyse des chutes	Outil de signalement utilisé			D. RAYRAT Cadres de santé	Annuel ou trimestriel?
ACTIVITE							
Objectif poursuivi	**Date visée**	**Indicateur de suivi**	**Objectif chiffré**	**Résultat**	**Commentaires**	**Source**	**Suivi**
Maintenir le taux de patients thrombolysés chez les patients éligibles	2015	Taux de patients thrombolysés éligibles	100 %			DIM	annuel
Evaluer la pertinence des modes de sortie des AVC	2015	Nombre de sorties en SSR	Suivi du nombre de sorties en SSR et en HAD	**2014 : 150 sorties SSR**		DIM	trimestriel

SUIVI DES CONTRATS DE PÔLE : NOP

RESSOURCES HUMAINES MEDICALES ET NON MEDICALES							
Objectif poursuivi	**Date visée**	**Indicateur de suivi**	**Objectif chiffré**	**Résultat**	**Commentaires**	**Source**	**Suivi**
Planifier les congés médicaux	15 mars, 15 septembre, 15 décembre	Planning Gtmed	**15/12** : planification des CA du 01/01 au 31/03 **15/03** : planification des CA du 01/04 au 31/08, **15/09** : planification des CA du 01/09 au 31/12			POLE	Avril, Octobre, Janvier
Réduire le nbre de jours RTT et de CA non pris par les médecins	31 mars n+1	Nbre de jours de rtt pris/non pris	7 jours minimum par semestre et par praticien			DAM	semestriel
Maîtriser l'absentéisme du PNM	2015	Moyenne de l'établissement et moyenne du service	15%			DRH	Trimestriel
Limiter la dette sociale du PNM en limitant le niveau des heures supplémentaires non récupérées	2015	Somme des compteurs (Ecart + Récup + Taména)	Ne pas dépasser 14 heures			DRH	Trimestriel
QUALITE							
Objectif poursuivi	**Date visée**	**Indicateur de suivi**	**Objectif chiffré**	**Résultat**	**Commentaires**	**Source**	**Suivi**
Améliorer le recueil et l'évaluation de la satisfaction des usagers	2015 - 2016	- Nb d'enquêtes réalisées - Taux de satisfaction des usagers	-Au moins 1 enquête réalisée dans un secteur d'activité du pôle - Taux de retour des questionnaires de sorties ≥ à 20% - Taux de satisfaction > à 90 %			Cellule QGR Cadres de santé M. ENCINAS C.DEBEAUCE F.LATRECHE J. FONTAINE S. TOUZEAU	Annuel
Participer à l'évaluation des pratiques professionnelles	2015-2016	- Nb d'action EPP/DPC réalisées - Taux de conformité aux indicateurs nationaux	- Au moins 1 action EPP / DPC réalisées - Participation au recueil des indicateurs nationaux IPAQSS - Taux de conformité aux indicateurs nationaux > à 80%			N. JOYEUX D. RAYRAT Cadres de santé	Annuel

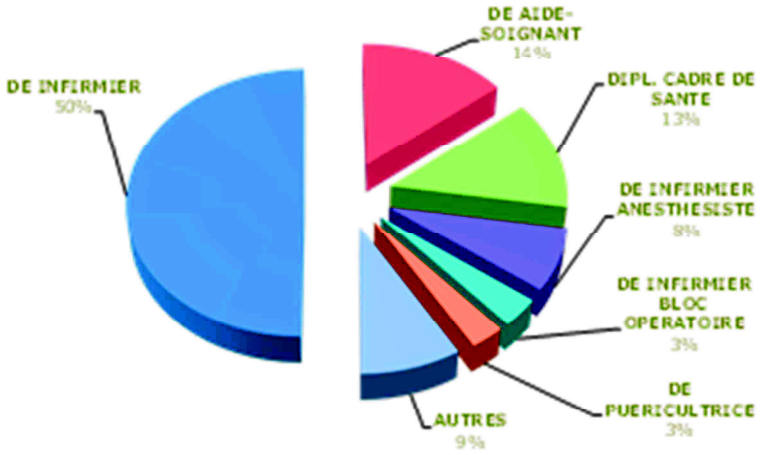
Systématiser le passage des patients AVC en UNV	2015	Nombre de séjours de patients passés dans l'UNV / Nombre de patients pris en charge pour AVC dans l'établissement		**2014 : 71%**			
Mettre en place une garde sur place en neurologie	2015	recrutement d'un PH supplémentaire	Assurer des gardes sur place dès le recrutement acté				
Participer au projet régional de prise en charge des AVC par télémédecine	2015	Utilisation d'Etiam pour les transferts d'imagerie	Obtenir un logiciel permettant le transfert d'images avec l'ensemble des établissements de la région				
Maintenir le niveau de l'activité de soins palliatifs et son suivi	2015	Nombre d'évaluations	Augmenter le nombre d'évaluations	**2014 : 6 533 évaluations**		Assistant de pôle	trimestriel
Mettre en œuvre une USP	2016-2017	Analyse des patients suivis dans les lits identifiés					
Développer l'offre de soins palliatifs en extra hospitalier	2015	Signature de conventions de partenariat avec les EHPAD	Développer les missions extérieures				
Développer l'activité d'électromyographie	2015	Nombre d'actes et consultations sur hospitalisés et externes	1 468 actes (externes + hospitalisés)	2014 : 443 actes (97 hospit et 346 externes)			trimestriel
Augmenter la file active SEP	2015	Nombre de patients	Augmenter la file active	2014 : 540 patients hospitalisés et 158 patients SEP IDE		DAF	trimestriel
Augmenter le nombre de journées d'HAD	2015	Nombre moyen de patients présents	Augmenter le nombre de patients présents par jour : la Rochelle : 50 patients par jours / Rochefort : 15 patients par jour, soit + 7 207 journées par rapport à 2014	2014 : 16 493 journées (388 patients), soit 45,2 patients par jour		Assistant de pôle	trimestriel

SCHEMA DE FINANCEMENT DE LA FORMATION ANFH



Zoom sur les études promotionnelles

- 18 000 EP pris en charge, à 77% concentrés sur 3 diplômes



Compte rendu de la réunion

Contrôle de Gestion du 8 janvier 2016

1- Objectifs:

1.1为什么成立医院中心管理项目控制管理办公室？
1.2介绍医院中心管理项目控制管理办公室职责和内容；
1.3对医院中心管理项目控制管理的工作建议。
1.1- définir les principes d'organisation de ce groupe de travail,
1.2- définir les responsabilités et le contenu des missions du bureau contrôle de gestion ;
1.3- valider le périmètre de l'expérimentation au pole cancer du sein.

2- Organisation:

2.1项目专家管理组：崔维奇、熊冀平、龚奘、马李军、廖嘉
Composition du comité de pilotage :
Weiqi CUI, Jiping XIONG, YanGONG, Lijun MA, Jia LIAO
2.2项目专业工作组：周平、李志华、欧阳倩雯、周冰、

阮寒光、刘少龙、汤兵辉
Composition du groupe de travail :
PingZhou, Zihua LI, Qianwen Ouyang, BingYang, Hanguang LUAN, Shaolong LIU,Binghui TANG
2.3项目控制管理办公室：

composition et organisation du bureau Contrôle de Gestion

- 主 任： 兰蔚

Chef CDG: Wei lan (chef du bureau statistiques)

- 副主任：王美英、 龚建岗、 袁红梅

Chefs adjoint CDG: Meiying Wang(chef du bureau RH),

Jiangang Gong(chef du bureau finances),

Hongmei yuan(chef du bureau compabilité)

- 成 员：赖洁、杨定华、蔡昕煜、何江

Members: Jie Nai (RH),

Dinghua Yang (compabilite),

Xinyi Cai(finance),

Jiang He(statistiques)

- 秘 书：赖洁
  Assistant: Jie Nai (RH)

3. -Déroulement de la mission

3.1 制定项目控制管理报表及考核内容；
3.2 每月由项目控制管理办公室各专业小组成员采集业务工作量、财务 、核算、人力资源方面相关考核数据；
3.3建立每月例会制：项目控制管理办公室每月1次、项目专业工作组每月2次，项目专家组每月1次。
3.4 总结、评估、改进、再实施
3.5 工作流程：项目办公室各组成员采集数据---项目控制管理办公室会议---项目管理专业组会议---项目专家组会议—由项目负责人每月向院长汇报。
3.1- élaboration de la maquette et du contenu du tableau de bord,
3.2- réalisation mensuelle par transmission de chaque membre du groupe professionnel des informations collectées dans leur service : finances, comptabilité, ressources humaines;
3.3- organisation des réunions :
- mensuelle pour le groupe de travail,
- bimensuelle pour le groupe technique contrôle de gestion,
- en fonction des besoins pour le comité de pilotage.
3.4 - résumé, évaluation et amélioration, des processus mis en œuvre.
3.5- organisation des discussions avec les services cliniques, information du directeur général.

TABLEAUX

Tableau n° 1 – Activité 2015 de l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 2 – Titre des services de l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 3 – Structuration du service de cancérologie de l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 4 – Structuration du service de Pédiatrie-Néonatalogie de l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 5 – Structuration du Centre Hospitalier de La Rochelle
Tableau n° 6 – La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature francophone
Tableau n° 7 – Transfert des pratiques GRH des entreprises françaises vers les filiales chinoises
Tableau n° 8 – La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature anglophone
Tableau n° 9 – La coopération managériale franco-chinoise vue dans la littérature Chinoise
Tableau n° 10 – Evolution des différentes conventions
Tableau n° 11 – Activité de cancérologie au Centre Hospitalier de La Rochelle et à l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 12 – Tableau de synthèse des réponses à la question sur la nécessité d'une spécialisation en gestion hospitalière
Tableau n° 13 – Tableau de synthèse de l'enquête réalisée auprès des hospitaliers de l'hôpital n° 3 de Nanchang
Tableau n° 14 – Les missions réalisées
Tableau n° 15 – Questionnaire sur le management des services
Tableau n° 16 – Suivi des recettes au 1er semestre 2015
Tableau n° 17 – Analyse de l'activité d'hospitalisation
Tableau n° 18 - Analyse de l'activité de consultations
Tableau n° 19 – Le suivi des recettes au 30 juin 2015, en yuan
Tableau n° 20 – Le suivi des dépenses au 30 juin 2015
Tableau n° 21 – Feuille de calcul de la prime de motivation des infirmières
Tableau n° 22 – Suivi des dépenses par service
Tableau n° 23 – Suivi des recettes par service
Tableau n° 24 – Données d'hospitalisation des services cancer du sein
Tableau n° 25 – Durées moyennes de séjour en fonction du type d'activité, dans

les trois services cancer du sein
Tableau n° 26 – Répartition des interventions chirurgicales par niveau – 1er semestre 2015
Tableau n° 27 – Données médicalisées – résultats médicaux
Tableau n° 28 – Données médicalisées – résultats médicaux
Tableau n° 29 – Activité de consultation
Tableau n° 30 – Maquette du tableau de bord

LISTE DES FIGURES

Figure n° 1 – Démarche générale de contractualisation dans un CHU

Figure n° 2 – Processus de prise en charge en hôpital de jour en oncologie

Figure n° 3 – Détail et évolution des recettes d'ambulatoire entre 2014 et 2015

Figure n° 4 – Répartition des dépenses

LISTE DES IMAGES

Image n° 1 – Activité d'hospitalisation

Image n° 2 – Ratios activité/moyens – Hospitalisés par jour et par médecin

Image n° 3 – Ratios activité/moyens – Consultations par jour et par médecin

Image n° 4 – Evolution mensuelle du nombre de consultations

Image n° 5 – Evolution mensuelle du nombre de sorties

RESUME DE THESE

TRANSFERT ET ADAPTABILITE DU MANAGEMENT HOSPITALIER FRANÇAIS EN CHINE : LE CAS DE L'HOPITAL DE NANCHANG

Le Chapitre I est une présentation de la recherche avec les enjeux à savoir si le transfert du savoir-faire français dans le domaine du management hospitalier est une réponse aux demandes d'expertise étrangères chinoises face à une évolution importante de leur système de santé et de l'évolution du management de leurs hôpitaux.
La problématique est de savoir quels dispositifs du management hospitalier sont transférables, comment ce transfert doit être mis en œuvre, comment se construit la coopération et quels outils de management hospitalier français peuvent être transférés.
La présentation de la recherche se poursuit ensuite par une présentation de la méthodologie par rapport à une recherche action, intervention et une posture de praticien réflexif et quel est le terrain de recherche institutionnel au niveau de la Chine et au niveau de l'expérimentation qu'est l'hôpital N° 3 de Nanchang et dans le cadre également de l'ouverture d'un nouvel hôpital.

La **première partie** concerne la construction et le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang est le Centre Hospitalier de La Rochelle.
Le Chapitre II concerne l'étude de la coopération managériale franco-chinoise à travers l'étude de la littérature.
Ont été étudiées les problématiques que l'on rencontre concernant cette coopération managériale franco-chinoise, quelles sont les explications que l'on apporte à ces problématiques rencontrées et quelles sont les solutions qui sont avancées et cela au titre d'une étude de la littérature, de la littérature francophone, anglophone et chinoise.
Le Chapitre III porte sur la construction de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang avec le Centre Hospitalier de Niort et le Centre Hospitalier de La Rochelle.
Sur la construction de la coopération sont étudiées les origines de la coopération avec au départ les relations entre l'Institut d'Administration des Entreprises de Poitiers et l'Institut Franco-Chinois de Nanchang qui a amené à former des directeurs d'hôpitaux chinois qui ont fait un certain nombre de stages dans les hôpitaux du Poitou-Charentes.
Ces directeurs d'hôpitaux en formation, en retournant et en prenant des postes dans les hôpitaux de Nanchang ou de la région du Jiangxi ont amené à créer des jumelages entre les

différents hôpitaux de Nanchang et un certain nombre d'hôpitaux de l'ancienne région Poitou-Charentes.

Est étudiée également la création d'une Association régionale en Poitou-Charentes qui s'appelle Confucius et Hippocrate qui regroupe les hôpitaux importants de la région Poitou-Charentes, l'université de Poitiers, le Centre d'Administration des Entreprises, l'Ordre des médecins et la Fédération Hospitalière de France. Cette Association étant porteuse pour la coopération entre les hôpitaux français et les hôpitaux chinois.

Celle-ci a été confortée également par l'existence d'une coopération entre la Chine et le Conseil Départemental de la Charente-Maritime qui a installé un bureau permanent en Chine de liaisons avec les PME chinoises, les PME françaises qui désiraient s'installer en Chine avec particulièrement un intérêt sur la santé.

La région Poitou-Charentes avec la Fondation Perspective et Innovation s'est très investie dans la coopération avec la Chine.

Enfin, l'impulsion du Ministère de la Santé qui a créé à l'intérieur de la Direction Générale des Hôpitaux de l'Offre de Soins une direction de la coopération internationale avec un bureau particulier sur la Chine avec des appels à projets.

L'hôpital de La Rochelle a répondu à un appel à projet pour développer cette coopération avec l'hôpital de Nanchang sur un thème bien précis de ces transferts d'outils entre l'hôpital de La Rochelle et l'hôpital de Nanchang. Ce projet a été retenu par le Ministère de la Santé et a fait l'objet de crédits dévolus à l'hôpital pour mener à bien cette mission. Un bilan du progrès de cette mission et de l'utilisation des crédits devant être transmis au Ministère de la Santé.

Il s'agit ensuite d'étudier les raisons de la coopération vues du côté des hôpitaux chinois et vues du côté des hôpitaux français.

Du côté des hôpitaux chinois, c'est l'acquisition de techniques médicales sur la cancérologie et les techniques du cancer du sein mais aussi sur la pédiatrie, la néonatalogie, la cardiologie ou la diabétologie.

C'est l'acquisition de techniques managériales sur l'organisation des services, la gestion des services et l'acquisition également de modes organisationnels.

Enfin, les besoins liés à la construction du nouvel hôpital ont amenés les chinois à recourir à une expertise française pour leur apporter un certain nombre de réflexions sur la construction du nouvel hôpital et surtout l'organisation des services lors des transferts de ceux-ci vers le nouvel hôpital.

Du côté des hôpitaux français, c'est l'acquisition de techniques médicales en particulier sur le cancer du sein puisque l'hôpital N° 3 de Nanchang est particulièrement orienté sur le

cancer du sein, avec une réputation non seulement au niveau de la ville de Nanchang, de la province du Jiangxi mais aussi au niveau national chinois.

Il est important pour les hospitaliers français d'acquérir ces techniques par rapport au nombre important de cas traités au regard de la population desservie par l'hôpital N° 3 sur le traitement du cancer du sein mais aussi sur des techniques très avancée comme la prévention.

Sont étudiées ensuite les difficultés et les facilités de mise en œuvre liées au contexte institutionnel des hôpitaux chinois dans un pays ou l'Etat reste avec un positionnement important et lié également au fonctionnement des hôpitaux internes et au fonctionnement des responsables externes de l'hôpital.

Puis sont étudiées les difficultés qui découlent, dans la mise en œuvre d'une coopération, de la culture chinoise et de la culture occidentale.

Le Chapitre IV développe le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle en évoquant quel a été le rôle des acteurs de terrain, la place des directeurs généraux des 3 hôpitaux, le cas particulier du responsable du Parti Communiste en Chine au niveau de l'hôpital, le rôle du président de la commission médicale d'établissement en France et du corps médical en Chine, le rôle du corps paramédical et la nécessité qui est apparue de la création d'un coordonnateur pour la coopération.

Est étudiée ensuite la dimension institutionnelle. Quels sont les rôles des institutions chinoises avec le rôle de la Mairie de Nanchang, du bureau de la santé et du bureau de l'expertise internationale d'une part, le rôle des institutions françaises, celle du président du conseil de surveillance des établissements, de l'Agence Régionale de Santé et du Ministère de la Santé d'autre part.

Sont développées ensuite les évolutions du pilotage, les évolutions liées aux acteurs par rapport au changement des acteurs, aux changements d'orientations politiques et de l'influence des difficultés économiques que cela a eu sur les projets, les évolutions liées aux attentes de l'institution, le rôle des orientations médicales et le rôle des orientations managériales sur les conséquences de ces évolutions, sur les conventions de coopération avec la parution de la nécessité d'adjoindre des experts.

Enfin, sont étudiées les difficultés du pilotage, difficultés liées aux causes endogènes, le problème du nombre d'acteurs concernés en interne et l'influence de ces acteurs et les difficultés liées aux causes exogènes avec l'influence de l'environnement politique et de l'environnement économique.

La **deuxième partie**, traite des outils et méthodes pour lesquels un transfert peut être envisagé. Dans ce cadre, les multiples échanges et réflexions engagés au titre de cette collaboration ont conduit à s'interroger sur les apports respectifs envisageables dont chaque partie au projet aurait pu bénéficier.
Au-delà des aspects purement médicaux (qui vont au contraire beaucoup intéresser les médecins de l'hôpital de La Rochelle), les hospitaliers de Nanchang se sont rapidement positionnés sur des objectifs liés aux outils et méthodes de management.
Les motivations pour ce choix reposent essentiellement sur deux aspects :

- Le sentiment d'une certaine « faiblesse » des outils déjà utilisés,
- La perspective d'une exigence à venir des pouvoirs publics de plus en plus importante en terme d'efficience de la gestion hospitalière, et donc de la nécessité de développer de nouveaux outils ayant déjà fait leur preuve.

Compte tenu des besoins exprimés par les hospitaliers de Nanchang, plusieurs pistes d'adaptation d'outils ont été explorées :

- La mise en place d'un conseil « gestionnaire » imaginé sur la base du conseil de surveillance,
- L'organisation de l'hôpital sous deux aspects :
    - La création d'hôpitaux de jour, inexistants aujourd'hui en Chine,
    - La mise en place des pôles d'activité,
- L'organisation de la formation continue,
- Enfin, le développement du contrôle de gestion, afin de rendre plus efficaces les outils déjà développés dans ce cadre, par les hôpitaux chinois.

Tous ces thèmes ont fait l'objet de présentations, d'études conjointes, afin de déterminer d'une part leur adaptabilité à l'environnement chinois, d'autre part de déterminer les priorités, dans la mesure où il apparaissait que tous les thèmes ne pourraient être traités simultanément.

Très rapidement, l'aspect relatif à la création d'une « instance de gestion » (conseil d'administration ou de surveillance) a été non retenu ainsi que la formation continue reportée. Pour le premier, car il s'agissait manifestement d'une orientation trop décalée par rapport à la réalité de l'organisation actuelle de l'hôpital chinois et dont la mise en place nécessitait par ailleurs des modifications législatives qui ne sont évidemment pas de la

compétence de l'hôpital. Dans le deuxième cas, et compte tenu de l'organisation en cours à l'hôpital n°3 de Nanchang, le directeur général a simplement considéré que l'apport espéré des méthodologies présentées ne justifiait pas d'en faire une priorité.

La mise en place de structures d'hôpitaux de jour a posé un problème particulier. Cette technique d'organisation a beaucoup intéressé les soignants chinois qui souhaitaient réellement la développer ou au moins l'expérimenter. Toutefois, elle se heurtait à un problème administratif majeur d'impossibilité de facturation, qui la rendait impossible à développer sans conséquences financières négatives pour l'établissement. Dans l'attente du règlement de ce problème, pour lequel des contacts ont été pris avec les pouvoirs publics, ce projet est partiellement mis en oeuvre.

Au bout du compte, deux projets ont été retenus, pour être testés :

- L'organisation de l'activité médicale autour de pôles cliniques,
- Le développement du contrôle de gestion.

Cette « expérimentation » est évoquée dans la **troisième partie**.

Dans le premier cas, il est apparu que les difficultés liées à l'organisation médicale de l'hôpital de Nanchang : multiplicité des services, concurrence médicale, absence de mutualisation de moyens, pouvaient être résolues par ce mode d'organisation qu'il convenait au minimum d'expérimenter.

Dans le deuxième cas, l'objectif clairement fixé par le directeur général, était de faire évoluer le dispositif existant pour le rendre plus homogène et plus performant.

S'agissant de l'organisation en pôles d'activité, traitée dans le Chapitre VII, l'adaptation du « modèle français » est apparue intéressante dans la mesure où les principes d'organisation de l'hôpital de Nanchang génèrent des problématiques comparables à celles ayant justifiées en France la mise en place des pôles.

Pour autant, et malgré la conviction du directeur général sur ce dossier, il est rapidement apparu très clairement :

- Que la démarche se ferait par étapes, en travaillant d'abord sur l'activité centrée autour du cancer du sein (activité de référence de l'établissement), avec une évaluation avant une éventuelle généralisation au moment de l'ouverture du nouvel hôpital,
- Que cette démarche concernerait seulement la structure, sans considération (en tout cas dans un premier temps) des concepts de délégation et de contractualisation.

Le travail sur l'activité « cancer du sein » a été conduit dans le cadre d'une très large concertation associant les médecins, cadres et soignants des services concernés. Il a permis

d'envisager plusieurs scénarios, plus ou moins complexes à mettre en œuvre, en termes de périmètre et d'organisation , selon qu'étaient ou non intégrés au pôle, soit uniquement les services de chirurgie « cancer du sein », soit tous les services concernés par cette activité : chirurgie, médecine, médicotechnique, prévention. Le choix finalement arrêté par le directeur général a consisté à retenir le scénario le plus simple à mettre en place, à la fois au plan du périmètre et de l'organisation. Ce choix était aussi justifié par la volonté de démarrer rapidement cette première expérimentation pour l'ouverture du nouvel hôpital. Le projet avec le changement de directeur général a évolué vers une organisation multiservices.

Pour ce qui concerne le contrôle de gestion, traité dans le Chapitre VIII, le projet s'appuie sur trois points majeurs :

- L'idée qu'une gestion efficace est indispensable à une évolution favorable de l'hôpital est bien présente dans l'établissement,
- Il s'agit d'une priorité pour le directeur général,
- L'existence dans l'hôpital d'une base solide dans ce domaine du suivi de gestion.

Toutes les directions fonctionnelles de l'établissement ont élaboré leurs propres outils et documents de suivi. Certes cette démarche présente l'inconvénient d'un éparpillement des outils et parfois même d'un manque de cohérence, mais elle est quand même révélatrice d'une volonté de progrès et d'un souci de bonne gestion, éléments susceptibles de favoriser l'émergence d'un véritable contrôle de gestion. Celui-ci s'est construit autour de l'actuel service « statistiques » dont le fonctionnement et la mission sont le plus proche.
La démarche retenue par l'établissement a également été progressive :

- Réalisation d'un tableau de bord « synthétique » par le service statistique,
- Mise en place à terme d'un service « contrôle de gestion ».

La nécessité de coordonner les informations afin de disposer de documents plus lisibles et donc plus utilisables à la fois pour le directeur général et pour les services, a conduit à demander au service « Statistiques » de concevoir un nouveau tableau de bord regroupant les informations jusque-là gérées par des directions fonctionnelles différentes.
Ce tableau de bord diffusé mensuellement s'articule autour de quatre séries de données :

- L'activité,
- Les moyens,
- L'organisation,

- Les données médicales.

Il s'agit d'une première étape dans la voie qui doit conduire au moment de l'ouverture du nouvel hôpital à structurer autour d'un service la fonction de contrôle de gestion.
Le Chapitre IX termine la thèse sur le constat que l'on tire de la coopération et du transfert et l'adaptabilité d'outils, de management des hôpitaux français vers les hôpitaux chinois avec les clés de la réussite d'une coopération entre hôpitaux français et chinois.

Nous avons identifié les conditions pour réussir un partenariat entre entreprises privées. Nous en avons tirés les leçons que ces conditions s'appliquaient à une coopération managériale en hôpitaux tout en isolant les particularités qui concernent cette coopération entre institutions publiques.

Enfin nous avons avancé ce qui nous paraissait essentiel avec les clés de la réussite d'une coopération entre hôpitaux français et chinois.

La conclusion générale traitera des résultats, des apports, des limites, des perspectives de la recherche que nous avons menée.

Yan GONG

TRANSFERT ET ADAPTABILITE DU MANAGEMENT HOSPITALIER FRANÇAIS EN CHINE :

Le cas de l'hôpital de NANCHANG

Résumé en français

La problématique est de savoir quels dispositifs du management hospitalier sont transférables. Comment ce transfert doit être mis en œuvre ?
Comment se construit la coopération et quels outils de management hospitaliers français peuvent être transférés.
La première partie concerne la construction et le pilotage de la coopération entre l'hôpital N° 3 de Nanchang et le Centre Hospitalier de La Rochelle.
Cette première partie comprend la coopération managériale franco/chinoise à travers l'étude de la littérature et porte sur la construction de la coopération entre les hôpitaux chinois et français.
Sont étudiées ensuite les raisons de la coopération vues du côté des hôpitaux chinois et vues du côté des hôpitaux français.
Ensuite est traité le pilotage de la coopération entre les hôpitaux chinois et français et le rôle des acteurs des terrains, la dimension institutionnelle, les évolutions du pilotage et les difficultés de ce pilotage.
La deuxième partie traite des outils et méthodes pour lesquels un transfert peut-être envisagés.
Est listé un certain nombre de pistes d'adaptation d'outils qui ont été explorés.
Enfin est explicité les deux projets qui ont été retenus, l'organisation de l'activité médicale autour de pôles cliniques et le développement du contrôle de gestion.
La troisième partie développe l'expérimentation sur ces deux projets.
Enfin, il est traité les conditions pour réussir un partenariat entre des hôpitaux chinois et des hôpitaux français engageant les clés de la réussite d'une coopération entre hôpitaux français et chinois.

Résumé en anglais

The issue is to know what package of hospital management could be adjusted to another country. How could it be apply ?
How is building cooperation and what tools of French hospital management could be adjusted?
The first part is about the establishment and the steering of a project between Nanchang's hospital (N°3) and the hospital of La Rochelle.
It includes managerial cooperation between France and China enlightened by scientific publications and explains how cooperation is building between French and Chinese hospitals.
It also talks about the reasons why they decided to cooperate.
Then, it is about how to manage cooperation between French and Chinese hospitals including the economic agents, the institutions, the development and the difficulties.
The second part is about required tools and methods to prepare a transfer.
It details some examples that could be reused.
Finally, it explains how were selected the two projects, the organisation of medical activity and the development of management control.
The third part is about testing.
To conclude, it explains how succeeding a partnership between French and Chinese hospitals in order to get to a successful cooperation between both institution.