



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-010P

Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé

RAPPORT

Établi par

Hayet ZEGGAR

Guy VALLET

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Orianne TERCERIE
Stagiaire IGAS

- Février 2010 -

Synthèse

- [1] La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé promue dans les ordonnances de 2005 repose sur quelques principes structurants :
- l'affirmation de la priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la tarification à l'activité, pilotage auquel les médecins doivent désormais être étroitement associés ;
 - le principe de subsidiarité : la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins.
- [2] Cet ample mouvement de décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes devait concerner aussi bien la gouvernance de l'institution hospitalière, avec la création des conseils exécutifs, que la production de soins elle-même, avec la mise en place des pôles médicaux et médico-techniques, pilotés par des médecins et dont l'assise, plus large que celle des traditionnels services, devait permettre d'améliorer la gestion de l'activité de soins.
- [3] Cette responsabilité reconnue aux médecins est apparue d'autant plus nécessaire que la T2A a profondément modifié la gestion financière des établissements, en accordant toute son importance au développement de l'activité et donc des recettes.
- [4] Cinq ans après le lancement de cette réforme d'envergure du management hospitalier, la mission a pu établir trois principaux constats qui montrent que l'on est à la croisée des chemins :
- un décalage certain entre, d'une part, les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils nécessaires à cette nouvelle organisation et, d'autre part, la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité ;
 - les pôles mis en place depuis 2005, davantage fondés sur une logique médico-soignante qu'une réelle logique médico-économique, fonctionnent sans délégations de gestion ni délégations de moyens ;
 - le passage à la deuxième étape de l'organisation polaire suppose à la fois de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation.
- 1. Un décalage certain entre les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils de gestion nécessaires à cette nouvelle organisation, et la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité**
- [5] Les cinq premières années de la nouvelle gouvernance ont permis de convertir la communauté médicale à l'importance des enjeux de la gestion médico-économique dans un contexte de T2A. Elles auront ainsi vu l'émergence d'un consensus relatif sur la pertinence du mouvement général de subsidiarité et d'association des médecins au pilotage de l'institution. Elles auront également été marquées par la définition des conditions de succès de cette réforme et par des efforts réels pour les réunir :
- la construction d'une plus grande confiance entre équipes médicales, administratives et soignantes ;
 - l'articulation entre les différents projets qui structurent l'établissement, notamment l'insertion des projets de pôle dans le cadre plus vaste du projet d'établissement ;

- l'identification de nouveaux besoins et partant, de nouveaux métiers, notamment autour des enjeux de l'information médicale ;
- la construction, inachevée, de systèmes d'information confortant la généralisation de la comptabilité analytique ;
- la mise en place souvent très contraignante des plans de retour à l'équilibre financier pour les nombreux établissements en déficit.

[6] La réunion de ces conditions favorables à la décentralisation est cependant difficile et longue. La plupart des établissements estiment qu'elles doivent être remplies **avant** toute délégation de gestion aux pôles. Après avoir vu plus d'une dizaine d'établissements, la mission considère à l'inverse que la réunion de ces conditions doit **accompagner plutôt que précéder** les délégations de gestion et de moyens aux pôles. En effet, le risque de « découragement » des chefs de pôle et de leurs équipes est réel, tant et si bien qu'aujourd'hui, leur désengagement progressif et les difficultés à leur trouver des successeurs constituent les principales hypothèques sur la poursuite de la dynamique de modernisation de la gouvernance hospitalière.

[7] Dans un même établissement, le découpage des pôles relève en général de plusieurs logiques : certains pôles obéissent à une logique de spécialités médicales, d'autres permettent une amélioration de la prise en charge du patient, d'autres enfin, montrent que l'on a dû composer avec de nombreuses contraintes, de gestion, architecturales, de compatibilité, etc. C'est donc un exercice complexe, qui supposera des révisions régulières, déjà lancées, et sur lequel la mission recommande le plus grand pragmatisme afin de construire des pôles « gouvernables » en réalité, plutôt que parfaits d'un point de vue théorique.

Plusieurs écueils ont été identifiés :

- la tentation d'envisager les pôles exclusivement sous l'angle économique, avec le postulat qu'ils seraient des entités économiques autonomes, devant en permanence connaître l'équilibre alors même que c'est à l'échelle de l'établissement que la compensation entre pôles structurellement déficitaires et pôles structurellement excédentaires doit s'opérer ;
- le contournement des pôles par le maintien des sites comme unités de compte de l'hôpital, notamment quand le découpage a conduit à l'identification de pôles répartis sur plusieurs sites.

[8] La construction des outils de la délégation de gestion, notamment l'adaptation des systèmes d'information, n'a pas toujours été menée à son terme. De nombreux pôles ne sont pas maîtres de la conception des tableaux de bord censés guider leur action, la grande majorité n'ont pas de budget ou d'EPRD de pôle et pilotent donc en aveugle la réalisation de leurs objectifs. Enfin, le partage de l'information est encore un enjeu de pouvoir fort entre les directions d'établissement et les équipes de pôles.

2. Depuis leur mise en place, faute de délégation de gestion et de moyens, les pôles assurent davantage un pilotage médico-soignant de portée limitée qu'un véritable pilotage médico-économique

[9] Le trio de pôle est en réalité un binôme de pôle entre le médecin et le cadre supérieur de santé.

[10] Nommés par les directeurs d'établissement, les chefs de pôle sont en fait toujours explicitement ou implicitement désignés par leurs pairs. Au-delà de la variété des profils des chefs de pôle, selon qu'ils prennent en charge ces fonctions à un moment ou à un autre de leur carrière, on observe, même si les réalités dans chaque établissement sont contrastées, un investissement réel dans cette nouvelle responsabilité qui permet à nombre d'entre eux de découvrir un nouveau métier et des dimensions jusque-là inconnues de la vie de l'hôpital (gestion médico-économique, ressources humaines, vie institutionnelle, etc.).

- [11] Les cadres supérieurs de pôle, malgré un positionnement ambivalent puisque toujours sous l'autorité hiérarchique des directions des soins, ont très fortement investi leurs nouvelles fonctions. Ils sont cependant amenés à compenser l'absence très fréquente de moyens humains de gestion dans le pôle.
- [12] Le faible investissement des établissements dans les moyens de gestion délégués aux pôles est, en effet, le principal handicap des équipes de pôle.
- [13] Au sein du pôle, les équipes de pôle sont confrontés à plusieurs défis de management :
- la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective au pôle quand les services ou les sites représentent, pour les personnels, les lieux d'identification professionnelle ; à cet égard, malgré la complexité de leurs élections, les conseils ont joué un rôle essentiel de construction progressive d'un collectif de pôle ;
 - l'encadrement soignant de proximité, resté très attaché aux services, a pu percevoir le pôle comme un échelon supplémentaire inutile et n'a pas, la plupart du temps, été associé aux réflexions sur le découpage ;
 - le management médical au sein du pôle doit permettre d'impliquer les médecins dans les orientations de gestion prises par le pôle tout en respectant les champs d'expertise de chacun des spécialistes.
- [14] Convaincus de la pertinence de la réforme de l'hôpital, les nombreux chefs de pôle rencontrés par la mission semblent désabusés et sceptiques sur la sincérité même de la démarche de subsidiarité. Leurs principales attentes individuelles concernent la compensation du temps médical, et donc la reconnaissance de leur fonction, mais aussi un soutien, des formations sur la gestion financière et sur le management. Les principales attentes, pour le pôle, sont presque unanimement partagées, quels que soient les spécialités des pôles et les établissements :
- des délégations de gestion dans le champ des ressources humaines,
 - des outils de pilotage financier, notamment un EPRD de pôle,
 - des moyens humains qualifiés pour exercer ces délégations,
 - un retour collectif, même symbolique pour le pôle.
- [15] Malgré ces réserves et un relatif découragement des équipes de pôle rencontrées, les avancées sont réelles et font exclure à tous l'éventualité d'un retour en arrière. La mise en place des pôles a en effet, partout et au minimum, permis de décroquer les entités traditionnelles, les services, et les cultures professionnelles.
- [16] La multiplication des échanges, la meilleure connaissance mutuelle sont toujours soulignés comme les principaux bénéfices de l'organisation polaire. Au-delà, certaines équipes de pôle valorisent la réalisation de projets de soins rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité du pôle.
- [17] Enfin, si la mise en place des pôles n'a pas encore bouleversé en profondeur les conditions de la recherche et de l'enseignement, la meilleure prise en compte de ces fonctions dans les adaptations des découpages, ainsi que la facilitation des échanges entre services ont parfois permis la conduite de projets innovants. Les pôles pourraient ainsi contribuer à créer un climat favorable au développement de la recherche.

3. Le passage à la deuxième étape de l'organisation polaire suppose, à la fois, de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation

- [18] La mise en place des pôles bouleverse la géométrie traditionnelle de l'hôpital : les médecins doivent se positionner sur une ligne verticale vis-à-vis de la direction de l'établissement, les professions soignantes sont, à l'inverse, invitées à « horizontaliser » leurs pratiques tandis que les équipes de direction doivent progressivement concevoir leur intervention comme celle de services supports aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques.
- [19] Dans un tel contexte de changement, les acteurs de l'hôpital manifestent un besoin double :
- celui d'une clarification de la ligne managériale de l'institution, en affirmant la responsabilité des pôles dans le pilotage médico-économique ;
 - celui d'une réaffirmation de l'unité institutionnelle et de certains repères structurants, tels que le maintien de la hiérarchie soignante.
- [20] Si la mission considère prématuré le transfert du pouvoir hiérarchique sur les personnels soignants aux chefs de pôle, qui contribuerait pourtant à la clarification des rôles, elle estime urgent de revisiter le positionnement et les métiers des directions fonctionnelles et des directions de sites.
- [21] Il reste à engager un important travail d'acculturation de ces équipes, qui se conçoivent encore comme l'état-major de l'hôpital et qui manifestent parfois une grande méfiance à l'égard du corps médical en général. Si certaines réserves fortes à la délégation de gestion sont légitimes, beaucoup semblent reposer sur des réticences à voir leur cœur de métier redéployé dans les pôles.
- [22] Un accompagnement de ces équipes, à l'instar de ce qui a été engagé vis-à-vis des médecins depuis 2005, est indispensable.
- [23] D'autres conditions devraient être réunies pour mener à son terme cette réforme ambitieuse de la gestion hospitalière :
- la clarification de la carte de l'hôpital, notamment dans les grands établissements : déjà engagées dans les Assurances Publiques, l'articulation entre les directions, directions de site et pôles doit être poursuivie et le caractère transitoire de la fonction de directeur référent affirmé ;
 - la possibilité d'une géométrie variable des délégations de gestion selon le degré d'avancement des pôles ;
 - la distinction formelle entre la démarche de contractualisation, dont la pertinence est peut-être là aussi temporaire, et celle de délégation.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	9
1. L'INSTALLATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE À L'HOPITAL A PRIS PLUSIEURS ANNEES, NECESSAIRES A LA CONSTRUCTION D'UNE VISION PARTAGEE DU DECOUPAGE DES POLES, DES OUTILS DE DELEGATION ET A L'ACCULTURATION DU CORPS MEDICAL AU PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE	10
<i>1.1. L'installation de la nouvelle gouvernance et le découpage des pôles ont donné lieu à un investissement important des établissements.....</i>	<i>10</i>
1.1.1. L'installation de la nouvelle gouvernance dans un contexte de fort bouleversement de l'organisation de l'hôpital	10
1.1.2. Le découpage des pôles a été un exercice complexe et imparfait	13
<i>1.2. Le développement des outils du système d'information : améliorer et partager l'information.....</i>	<i>18</i>
1.2.1. Un travail important, encore inachevé, d'amélioration de l'information financière et médicale	18
1.2.2. La finalisation de l'organisation polaire suppose l'engagement de partager avec les chefs de pôle des informations leur permettant de les piloter.....	20
2. DEPUIS LEUR MISE EN PLACE, LA PLUPART DES POLES FONCTIONNENT SANS DELEGATION DE GESTION NI RESSOURCES ET ASSURENT DONC UN PILOTAGE AVANT TOUT MEDICO-SOIGNANT PLUTOT QUE MEDICO-ECONOMIQUE	21
<i>2.1. Le trio du pôle assure un pilotage médico-soignant plutôt qu'un pilotage médico-économique.....</i>	<i>21</i>
2.1.1. La fonction de guidance de pôle est prise en charge par des chefs de pôle aux profils différents et aux motivations variables.....	21
2.1.2. Malgré un positionnement ambivalent, la clarté des fonctions soignantes rend possible un management efficace	23
2.1.3. Le manque de cadres de gestion et leur positionnement encore flou ont pour conséquence l'insuffisance des compétences de gestion dans les pôles	24
2.1.4. La faiblesse des délégations de gestion	25
<i>2.2. Le management collectif des pôles doit permettre la mobilisation de l'ensemble des personnels et l'implication des médecins et des cadres de santé</i>	<i>27</i>
2.2.1. Les conseils de pôle et l'intéressement jouent un rôle central dans le renforcement de l'appartenance collective au pôle	27
2.2.2. L'organisation médicale et soignante : comment donner un sens aux pôles en impliquant chacune de ses composantes ?	29
<i>2.3. Quelles sont les attentes des chefs et des équipes de pôle ?</i>	<i>31</i>
2.3.1. Les attentes individuelles des chefs de pôle concernent essentiellement le temps médical non compensé et le besoin de formation	31
2.3.2. Les attentes générales pour le pôle : des pouvoirs et des moyens de les exercer, un intéressement collectif	32
<i>2.4. Malgré ces limites, les avancées permises par les pôles conduisent l'ensemble des acteurs à exclure tout retour en arrière</i>	<i>33</i>
2.4.1. La mise en place des pôles a permis de commencer à dépasser les limites des entités (services, unités fonctionnelles) et des appartenances professionnelles.....	33

2.4.2. À l'échelle du pôle, la réalisation de certains projets est facilitée.....	33
2.4.3. Les pôles n'ont pas eu d'impact négatif sur la recherche, et ont même permis à l'occasion quelques évolutions encourageantes.....	34
3. LE BOULEVERSEMENT DE LA GEOMETRIE TRADITIONNELLE DE L'HOPITAL DOIT ETRE ACCOMPAGNE D'UNE ACCULTURATION DES EQUIPES DE DIRECTION A CETTE NOUVELLE GOUVERNANCE	35
3.1. <i>L'organisation polaire bouleverse la géométrie traditionnelle de l'hôpital</i>	35
3.1.1. Combiner l'introduction d'une ligne de commandement claire et la réaffirmation de l'unité institutionnelle	35
3.1.2. Le rôle régulateur confié aux soignants dans cette période de transition	39
3.2. <i>Les équipes de direction doivent revisiter leur positionnement et leurs métiers</i>	41
3.2.1. Les réticences des directions fonctionnelles et des équipes de direction aux délégations	41
3.2.2. Les conditions.....	45
4. CONCLUSION	48
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	51
LETTRE DE MISSION.....	57
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	59
ANNEXE 1 : ÉVOLUTION DE LA LEGISLATION AVANT LES ORDONNANCES DE 2005.....	65
ANNEXE 2-1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX EPS	67
ANNEXE 2-2 : SYNTHESE DES REPNSES A L'ENQUETE « IGAS : MISE EN PLACE DES POLES D'ACTIVITE MEDICALE ET MEDICO-TECHNIQUE DANS LES EPS ».....	87
PIECE JOINTE : DELEGATION DE SIGNATURE DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES	117

Introduction

- [24] Par lettre en date du 2 juillet 2009, la Ministre de la santé et des sports a sollicité une mission de l'IGAS afin de dresser le bilan de l'organisation en pôles des grands établissements publics de santé. Constituée en septembre 2009, la mission s'est donc attachée à analyser les réalisations, avant la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » qui poursuivent le mouvement engagé en 2005.
- [25] Le processus de constitution des pôles cliniques et médico-techniques dans les Établissements Publics de Santé (EPS) procède de l'ordonnance du 2 mai 2005, qui a incité ces derniers à regrouper leurs services en pôles après un découpage laissé à leur initiative. Mais il se situe également dans un mouvement général historique¹ qui, au nom du principe de subsidiarité, demande aux établissements de s'inscrire dans la déconcentration de gestion vers le corps médical. L'idée générale est de faire prendre les décisions qui peuvent l'être par les acteurs de terrain, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge du patient par une meilleure organisation décidée au niveau opérationnel et de responsabiliser les équipes soignantes en vue de la réalisation d'économies de gestion.
- [26] La mission a fait porter ses investigations sur les pôles cliniques et médico-techniques, et non sur les pôles administratifs constitués par mimétisme dans certains établissements, les logiques d'administration des fonctions supports n'étant pas comparables à celles des unités de production de soins.
- [27] Dans ce contexte, il convient de différencier la problématique propre aux 29 CHU de celle des autres EPS. En effet, les premiers doivent, en plus d'une logique médicale et d'une logique de gestion, intégrer une dimension universitaire.
- [28] Si elle a visité quelques établissements de taille modeste, notamment pour envisager la problématique des territoires et des pôles de territoire, la mission, comme l'y invitait la saisine de la Ministre, a concentré ses investigations sur les grands établissements.
- [29] Enfin, la mise en place de pôles d'activités cliniques dans le domaine de la psychiatrie ne sera pas différenciée des autres pôles d'activité médicale. Ce seul sujet nécessiterait une mission particulière.
- [30] La mission a mené des entretiens nombreux² et a visité 11 sites³ hospitaliers de tailles variées et de configurations différentes. Dans chaque établissement, la mission a rencontré, outre les équipes de direction administrative et médicale, des équipes de pôle, parfois les organisations syndicales. Ces entretiens ont permis de dégager les grandes tendances développées dans le rapport.
- [31] Un questionnaire à destination des chefs d'établissement, présidents de CME et, le cas échéant, doyens de CHU a été envoyé à 45 établissements (les 29 CHU, les 3 CHR et à 13 Centres Hospitaliers). 44 établissements sur les 45⁴ ont renseigné ce questionnaire.

¹ Cf. annexe n°1 : évolution de la législation avant les ordonnances de 2005.

² Cf. Liste des personnes rencontrées.

³ Les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Lille, Nantes, Lyon et Bordeaux, les Centres Hospitaliers (CH) de Carcassonne, Noyon, Draguignan, Le Mans, Gonesse, Valenciennes et St Anne.

⁴ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS ».

[32] Ce spectre très large d'informations recueillies auprès d'interlocuteurs dont le positionnement, l'expérience, les opinions, les cultures professionnelles étaient aussi divers que possible, est apparu d'autant plus nécessaire que la nouvelle gouvernance en général et l'organisation polaire en particulier, si elles donnent lieu à des discours nombreux et souvent enthousiastes, recourent des réalités extraordinairement contrastées d'un établissement à l'autre et parfois au sein d'un même établissement. Il était donc nécessaire, pour dépasser le formalisme des discours et pour tirer des conclusions susceptibles d'avoir une relative pertinence, d'embrasser un large échantillon d'EPS et de pôles.

[33] La mission a ainsi pu constater qu'un certain nombre des préconisations législatives ont indiscutablement été mises en œuvre, de manière très hétérogène, mais que la plupart des pôles ne disposent pas des moyens de leur politique et que les freins à lever sont nombreux.

[34] En définitive, ces cinq dernières années auront permis d'acculturer le corps médical à la gestion médico-économique, de procéder au découpage des pôles et de construire les outils nécessaires aux délégations de gestion (partie 1). En revanche, dans cette période, les directions d'établissement n'ont pas doté les pôles des moyens ni des délégations leur permettant d'exercer pleinement leur nouvelle fonction (partie 2). La mission estime en conséquence que la progression de l'organisation polaire suppose qu'une nouvelle étape soit franchie rapidement, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles et d'une acculturation des équipes de direction à cette nouvelle configuration (partie 3).

1. L'INSTALLATION DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE À L'HOPITAL A PRIS PLUSIEURS ANNEES, NECESSAIRES A LA CONSTRUCTION D'UNE VISION PARTAGEE DU DECOUPAGE DES POLES, DES OUTILS DE DELEGATION ET A L'ACCULTURATION DU CORPS MEDICAL AU PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE

1.1. L'installation de la nouvelle gouvernance et le découpage des pôles ont donné lieu à un investissement important des établissements

1.1.1. L'installation de la nouvelle gouvernance dans un contexte de fort bouleversement de l'organisation de l'hôpital

[35] L'organisation générale de l'hôpital public a fait l'objet d'une succession de réformes qui vont toutes dans le sens du renforcement progressif du rôle de l'exécutif.

[36] En revanche, l'organisation interne des établissements publics de santé (EPS) a toujours été celle du « service » et de son chef, titre consacrant à la fois la reconnaissance d'un chef d'école médicale mais aussi d'un responsable d'équipe auquel chacun, praticien hospitalier (PH), infirmier ou patient peut se référer.

[37] La spécialisation progressive de la médecine liée à l'amélioration de la prise en charge des patients a abouti à faire reconnaître aujourd'hui plus d'une soixantaine de spécialités médicales, entraînant la « balkanisation », régulièrement dénoncée, de l'hôpital et sa nécessaire reconstruction autour d'unités suffisamment vastes pour être de véritables espaces de gestion. Les différentes tentatives menées pour ce faire depuis le début des années 80 ont certes échoué, mais ont préparé les esprits à cette nécessité, dès lors que le financement n'était plus garanti par la dotation globale⁵.

⁵ Cf. annexe n°1 : évolution de la législation avant les ordonnances de 2005

1.1.1.1. La réforme de 2005 prépare la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire »

[38] L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n°2005-1112 du 1er septembre 2005 qui portent sur l'organisation interne des établissements publics de santé (EPS), toutes deux prises en vertu de l'habilitation prévue à l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004, font partie de la suite annoncée des dispositions du plan « Hôpital 2007 », dont les autres volets concernent :

- la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003) ;
- la réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité (T2A) ;
- la relance de l'investissement hospitalier.

[39] Les objectifs de cette nouvelle organisation portent sur le découplage entre les fonctions et les logiques médicales, administratives et soignantes en mettant notamment en place un conseil exécutif et en regroupant les services en pôles d'activités médicales et médico-techniques. Cette réforme fait le pari de la responsabilisation des acteurs par la diffusion de la culture médico-économique et l'appropriation d'outils de pilotage adaptés.

[40] Cette nouvelle réforme⁶ s'inscrit dans une logique de subsidiarité et d'efficacité dans un contexte de passage à la T2A qui modifie en profondeur le paradigme de gestion des EPS, jusqu'à essentiellement axé sur le contrôle des dépenses. Avec les pôles d'activité, des unités médico-économiques de taille critique sont constituées pour rapprocher la gestion du terrain et la mise en œuvre de la stratégie médicale. Elles sont censées permettre aux médecins de mieux organiser la prise en charge des patients, d'augmenter les recettes et de mieux maîtriser les dépenses.

1.1.1.2. La mise en place de cette réforme a été anticipée par la DHOS

[41] La circulaire n° 61 de la DHOS en date du 13 février 2004 a prévu une anticipation de cette nouvelle gouvernance en sélectionnant une centaine d'établissements volontaires, qui se sont engagés à créer un conseil exécutif et à organiser, au moins à titre expérimental, des pôles d'activité médicale s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne donnant lieu à des délégations de gestion et à la définition d'une politique d'intéressement.

[42] Cette politique a certainement permis d'accompagner une acculturation nécessaire et réciproque entre le monde des soignants et celui des gestionnaires. De nombreux responsables s'accordent à considérer que la mise en place des conseils exécutifs a été une réelle avancée managériale et que le binôme Directeur/Président de CME a été, à cet égard, un élément moteur du changement.

[43] C'est à ce titre que la construction d'un découpage en pôles, malgré sa complexité, a pu se faire en quelques années sans véritables blocages. La transformation, dans la loi HPST, du conseil exécutif en directoire est d'ailleurs souvent vécue comme une atteinte à un dispositif jugé efficace.

[44] En revanche la question des déficits creusés par le changement de rythme de la T2A, à 100%, est un vrai facteur de crainte qui va constituer un des fils rouges des difficultés de mise en œuvre des délégations de gestion.

⁶ Les dispositions des deux ordonnances de mai et septembre 2005 peuvent être regroupées autour de cinq thèmes : la réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé ; l'organisation hospitalo-universitaire (promotion de la recherche dans les centres hospitaliers et universitaires) ; l'organisation financière (adapter les règles budgétaires et comptables à la réforme du financement à l'activité) ; la gestion des personnels de direction et des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé et, notamment, la création d'un centre national de gestion (CNG) ; la gestion des établissements de santé privés et, en particulier, la réforme du statut juridique des centres de lutte contre le cancer.

1.1.1.3. Le processus de découpage suivi de la mise en œuvre d'une relation contractuelle interne est un pari délicat qui a fait l'objet de réflexions nombreuses, parfois inabouties

- [45] Le passage à la réalité du principe de subsidiarité a supposé une confiance réciproque et nécessaire, ne serait-ce que pour attirer des médecins vers ces fonctions de chef de pôle, mais aussi des cadres soignants et gestionnaires parfois dubitatifs sur cette nouvelle organisation.
- [46] Les conditions de la réussite de cette réforme managériale sont de différentes natures :
- Des questions de valeurs comme celle de la certitude du maintien de l'unité de l'EPS concerné ou la définition des compétences nouvelles de chacun ;
 - La réingénierie de l'équipe de direction est un de ces préalables incontournables de même que l'articulation entre les projets des pôles et le projet général de l'établissement ;
 - Des ressources humaines en nombre suffisant, et de qualité, afin de mettre en place des personnels qualifiés dans les différents « nouveaux » métiers nécessaires à un fonctionnement cohérent du pôle ;
 - Des obligations techniques comme la nécessité de disposer d'outils informatiques compatibles avec la mise en place de tableaux de bord adaptés à chaque pôle et la possibilité de comptabiliser les prestations interpôles ;
 - Enfin, une situation financière saine, le déficit cumulé et le plan de retour à l'équilibre étant souvent mis en avant pour éviter d'innover en matière de gestion.
- [47] Ces considérations, certes importantes, ne sauraient cependant être des pré-requis aux délégations de gestion. En effet, la cohérence des textes nécessite que les mises en œuvre soient simultanées, au risque de difficultés majeures. Par ailleurs, le passage à la T2A a fait basculer le monde hospitalier dans la culture des recettes, domaine dans lequel le corps médical est le prescripteur. Dès lors, le pôle étant devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension.
- [48] Plusieurs établissements comme le CH de Carcassonne, celui du Mans, ou de Gonesse, ont réalisé un investissement important dans l'ingénierie de la nouvelle gouvernance avec le recours à des consultants, la mise en place de groupes de travail, l'élaboration de contrats type, l'adaptation de règlements intérieurs, mais le passage à l'acte, au-delà du découpage en pôles, n'a pas été à la hauteur de cet investissement. Diverses raisons ont été avancées par leurs dirigeants : les hôpitaux ont dû mettre en œuvre de nombreuses réformes, dont la T2A, beaucoup doivent améliorer de manière très significative leur système d'informations et leur comptabilité analytique avant d'organiser la délégation, d'autres mènent des projets de construction ou de reconstruction, la plupart enfin connaissent une situation financière déficitaire qui « paralyse » les équipes de direction.
- [49] La mission a noté un décalage certain entre l'acculturation des médecins et les réticences des directions. On ne peut plus attendre trop longtemps face au risque de découragement des chefs de pôle. Une DRH, entendue par la mission, reconnaît que les chefs de pôle pourraient finir pas se lasser d'un exercice qu'ils considèrent comme virtuel.
- [50] Les perceptions sont parfois assez variées sur l'existence même des outils : ainsi dans le même établissement, un interlocuteur dira à la mission qu'il n'y a pas de comptabilité analytique, alors qu'un autre nous affirmera qu'elle existe. En fait, elle est le plus souvent en place, mais demeure confinée à la direction du contrôle de gestion.

- [51] Le découpage en pôles s'est souvent engagé rapidement. Puis on a observé une rupture de rythme sur les contrats, les délégations, les projets de pôle, l'intéressement, la délégation de moyens, soit, en somme, tous les éléments qui supposent un vrai changement dans le fonctionnement de l'établissement. Il y a un risque aujourd'hui que la dynamique ne se brise et que les chefs de pôle ne se découragent, d'autant que la plupart d'entre eux préfèrent toujours leur cœur de métier (le soin, l'enseignement, la recherche). Il convient rapidement de leur fournir des outils, de réelles marges de manœuvre, notamment dans le domaine des ressources humaines et un retour sur leur investissement, fût-il symbolique.
- [52] Le temps important passé, ces dernières années, à construire des outils (documents cadres, système d'information, tableaux de bord, comptabilité analytique, etc.) conforte les sceptiques et réduit la crédibilité des chefs de pôle. Si certains chefs de pôle ont été très enthousiastes, c'est aussi parce qu'ils voient bien que l'organisation polaire associée à la T2A donne des responsabilités aux médecins.
- [53] La poursuite de la dynamique de la nouvelle gouvernance exige que l'on passe avec volontarisme à la deuxième étape de cette importante réforme, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles médicaux et médico-techniques.

Recommandation n°1 : Affirmer le passage à la deuxième étape de la mise en place de l'organisation polaire, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles médicaux et médico-techniques.

1.1.2. Le découpage des pôles a été un exercice complexe et imparfait

1.1.2.1. L'histoire du découpage des hôpitaux est souvent antérieure à 2005 et s'inscrit dans la continuité des réformes précédentes

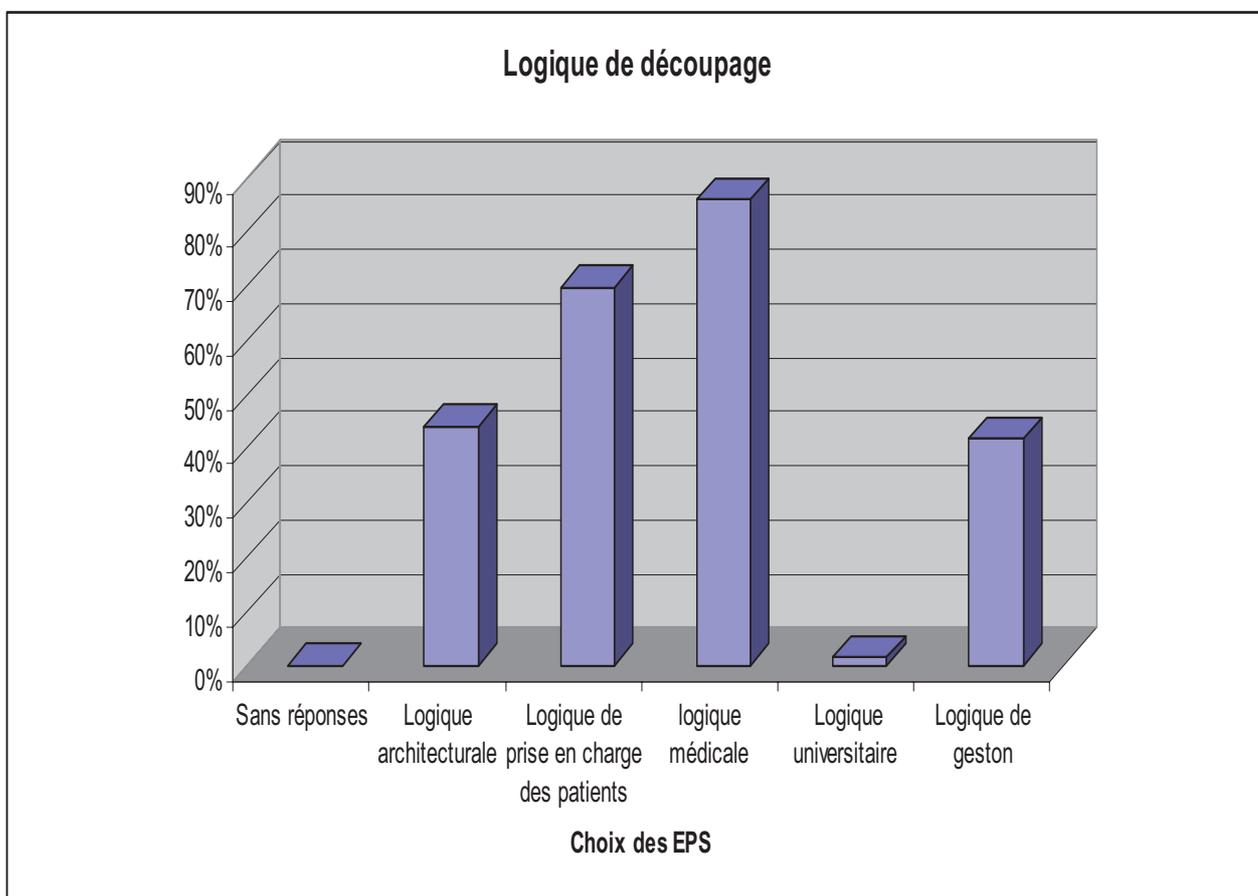
- [54] 4 CHU interrogés par la mission déclarent avoir anticipé les pôles, d'autres ont utilisé des formules de type département, clinique, centre de responsabilité ou institut, ou des formules plus souples comme la fédération. Une majorité n'a utilisé que des regroupements de services. Certains n'avaient rien lancé⁷. 11 établissements expérimentateurs ont anticipé les conseils exécutifs.
- [55] Les 2/3 des établissements interrogés par la mission tirent un bilan positif de ces premières expériences de déconcentration : amélioration de la prise en charge des patients, point d'appui dans le processus de la nouvelle gouvernance, développement de la réflexion stratégique de l'établissement, première expérience du principe de subsidiarité. Une réponse cependant évoque déjà les limites de l'exercice quand les fonctions de responsable de pôle restent virtuelles.
- [56] Dans plus de la moitié des établissements interrogés, la transition vers les pôles a nécessité de revoir les organisations antérieures.
- [57] Les deux risques majeurs étaient celui du mirage du découpage à cohérence médicale, universitaire et gestionnaire parfaite et celui des ruptures rythme dans la réforme. La régularité de la démarche de déconcentration a en effet été déterminante, et des contre-exemples sont à cet égard significatifs : coup d'arrêt brutal à Nantes, rapidité du découpage et ensuite lenteur de la définition du cadre général, de la mise au point du système d'information, de la comptabilité analytique ou de tous les outils nécessaires à la délégation comme à Noyon, Carcassonne ou Draguignan.
- [58] Ces ruptures ou cette lenteur ont pu discréditer tout le processus d'installation de la confiance nécessaire à la nouvelle gouvernance.

⁷ Cf. annexe n° 2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 1.

[59] L'opération de découpage apparaît à tous comme un travail permanent, au fur et à mesure que les disciplines évoluent, les contraintes architecturales se réduisent ou les inimitiés se dissolvent. La plupart des établissements, aussi bien les directions que les équipes médicales, considèrent d'ailleurs qu'il y a trop de pôles et que le premier découpage devra être suivi de rapprochements. La question de la taille pertinente d'un pôle est récurrente : certains, trop importants, ne permettent pas aux personnels de développer un sentiment d'appartenance au pôle (pensé ici comme « village sociologique⁸ ») ; d'autres, trop petits, n'ont pas la taille critique suffisante pour que des délégations de gestion ou de moyens aient un sens ou que des projets médicaux soient élaborés.

1.1.2.2. La plupart du temps les pôles n'ont pas été découpsés selon une logique économique

[60] L'histoire et la géographie des établissements ont été déterminantes pour le découpage des pôles, de même que les affinités entre chefs de service. Les établissements interrogés par la mission ont mis en avant l'impact de la logique médicale (86%) et de la logique de prise en charge des patients (70%).



⁸ Le "village sociologique" renvoie à l'étude publiée en 1993 par l'anthropologue Robin Dunbar, qui a été depuis évoquée par certains comme "règle des 150" ou "nombre de Dunbar". Dans cet article, il met en avant le fait qu'il existe une limite cognitive au nombre d'individus avec qui on peut maintenir des relations stables. Il estime ce nombre à 148 - nombre au-delà duquel il faut de la hiérarchie, des règles et des structures beaucoup plus contraignantes pour que le groupe fonctionne.

[61] Ces logiques se sont également combinées avec la logique architecturale et celle de gestion pour près de la moitié des établissements interrogés. La logique universitaire n'a été citée que par 5 CHU sur 29 (et jamais seule) et il est très rare qu'une seule logique soit affichée. Enfin, une logique propre aux Pôles Médico-Techniques a été souvent qualifiée de « client-fournisseur » ou assimilée à la logique de gestion.

[62] Le processus de concertation et de décision qui a présidé à ces choix est décrit dans la synthèse des réponses au questionnaire déjà cité, ainsi que le positionnement des différents acteurs concernés⁹.

1.1.2.3. Pourtant, beaucoup d'établissements sollicitent des pôles un équilibre budgétaire

[63] Dans la mécanique de construction des pôles, la logique médicale ayant été privilégiée, il y a de fait des pôles structurellement déficitaires, d'autres excédentaires, et d'autres à l'équilibre. Il est donc illusoire de fonder l'intéressement sur les résultats nets des pôles. Celui-ci pourrait plutôt reposer sur des objectifs tels que la maîtrise des dépenses, l'augmentation des recettes liée au développement de l'activité ou des critères de qualité de la prise en charge.

[64] L'application mécanique aux pôles de la logique compte de résultat de pôle/résultats/intéressement peut conduire à des effets pervers. Ceux qui considèrent que l'équilibre entre les dépenses et recettes des pôles est obligatoire introduisent une « ultra-solution », susceptible de bloquer tout le processus. Or c'est le cas de plus de la moitié des établissements. Ainsi, dans les réponses au questionnaire, seuls 15 établissements, soit un tiers de l'échantillon, confirment opérer une distinction en matière d'intéressement entre les économies de dépenses et les augmentations de recettes réalisées par le pôle.

[65] Ils la justifient :

- par la nécessité de valoriser à la fois les efforts de développement (recettes) et de productivité (dépenses) ;
- par la volonté d'éviter les effets pervers liés à un intéressement strictement fondé sur le résultat financier du pôle, notamment le versement d'un intéressement à des pôles ne réalisant pas leur projet médical mais avantagés par la tarification ou des circonstances particulières ;
- par le choix d'une répartition de l'intéressement tenant compte à la fois de la réalisation des objectifs de qualité, de maîtrise des dépenses, d'augmentation de l'activité en essayant d'approcher la performance globale du pôle.

[66] 16 établissements ne font de l'intéressement que sur le solde, d'autres ont fait des choix certes plus complexes mais qui permettent d'approcher la performance réelle du pôle dans tous les domaines (qualité, conduite de projets ou d'organisations nouvelles, maîtrise des dépenses et développement de l'activité) et qui semble adaptée à la réalité des pôles, sauf à considérer qu'ils sont des entités économiques autonomes.

[67] Parce que le pôle n'est pas une entité économique autonome, la mission recommande de ne pas fonder l'intéressement sur son seul résultat financier mais d'affiner les critères, en tenant compte de manière distincte des efforts de maîtrise des dépenses d'une part, de développement des recettes d'autre part, et d'enrichir cette analyse de la prise en compte d'objectifs d'organisation, de management, de conduite de projets médicaux et soignants et de qualité. L'objectif est bien d'approcher la performance globale du pôle.

⁹ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », questions 5 à 10.

Recommandation n°2 : Fonder l'intéressement des pôles sur une approche de leur performance globale :

- ne pas le fonder sur le résultat financier net, tenir compte de manière distincte des efforts de maîtrise des dépenses d'une part, de développement des recettes d'autre part ;

- enrichir cette analyse de la prise en compte d'objectifs d'organisation, de management, de conduite de projets médicaux et soignants et de qualité.

1.1.2.4. La question de l'articulation des différents découpages de l'hôpital entre les pôles, les sites, les plateformes, les directions fonctionnelles se pose dans les plus grands établissements

[68] La mission a pu constater que lorsqu'un pôle cohérent médicalement était réparti sur plusieurs sites (comme celui de neurosciences au CHU de Nantes), la mutualisation des soignants devenait très compliquée. On peut ainsi avoir intérêt à rapprocher les services d'anesthésie des services des urgences ou de la réanimation autour de la prise en charge de patients qui nécessitent des soins aigus et ne pas les rapprocher de la chirurgie alors même que la cohérence médicale en serait peut-être plus grande (CH de Valenciennes).

[69] Le pôle n'est pas encore l'unité de compte de l'hôpital : le service en infra et le site en supra l'emportent souvent encore dans la culture des acteurs hospitaliers. Cette question est importante et peut faire obstacle à une véritable délégation de gestion dans les établissements multisites. C'est ainsi que la mission a constaté le poids que représente la notion de directeur de site et l'obstacle culturel qu'elle suscite dans l'esprit des décideurs.

[70] Interrogés sur les difficultés internes rencontrées dans la mise en place des pôles¹⁰, les établissements ont cité :

- les débats sur la pertinence des découpages et la résistance au changement pour les 2/3 d'entre eux ;
- le corporatisme et les questions architecturales pour un tiers d'entre eux.

[71] La crainte de perte de pouvoir du côté des directions, spécifiquement des directions des soins et des directions de site, a été identifiée comme une difficulté importante. Certains établissements ont supprimé les directions de sites (CHU de Toulouse, HCL), envisagent de le faire (AP-HP), ou y réfléchissent (AP-HM). Cela étant, d'autres structures s'y substituent parfois comme les directions de plate-forme à Nantes, ce qui ne contribue pas à clarifier la carte de l'hôpital.

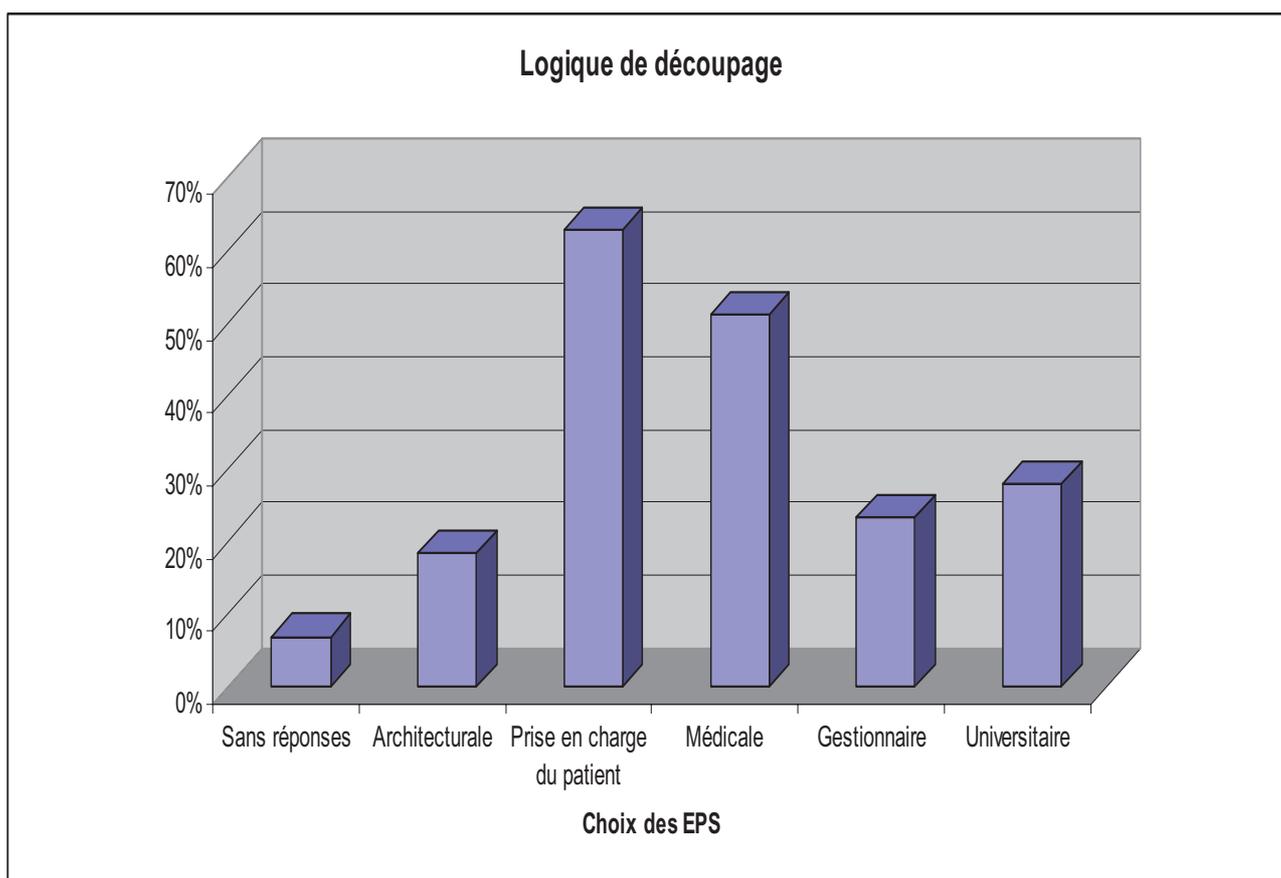
¹⁰ Cf. annexe n°2, synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 9.

1.1.2.5. Si elles semblent être mieux prises en compte dans les réflexions actuelles, les dimensions d'enseignement et de recherche n'ont pas présidé au premier découpage des pôles

[72] Quelques années après le premier découpage, les établissements interrogés par la mission déclarent en effet souhaiter privilégier désormais les logiques de prise en charge des patients, d'enseignement et de recherche tandis que les logiques médicales, architecturales et de gestion régressent¹¹. Les établissements ont dû, dans un premier temps, composer avec des contraintes fortes : l'histoire des services et la complexité des spécialités médicales, la dissémination géographique, notamment dans les grands établissements, et la préoccupation financière. Après quelques années d'expérience, certaines de ces contraintes, intégrées ou dépassées, peuvent laisser davantage de place aux parcours du patient et au développement de la recherche.

[73] Ces données tendent à montrer une réelle appropriation des pôles en dehors même de leur intérêt en termes de gestion.

[74] Cette attitude est résumée dans la réponse du CHU de Lille qui modifie son découpage en décidant de : « favoriser le développement de synergies médicales (filières de prise en charge / organe), de recherche et de formation, de contribuer à la qualité et à l'efficacité des organisations, d'aboutir à des pôles de taille homogène conciliant masse critique, gestion de proximité, cohérence des unités d'œuvre et de prendre en compte la capacité des acteurs à travailler ensemble ».



¹¹ Cf. annexe n°2, synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 36, « Par rapport au choix initial de découpage, si vous deviez envisager une nouvelle organisation, quelle(s) logique(s) pourrait-être privilégiée(s) ? ».

1.1.2.6. La mission recommande le pragmatisme dans le découpage des pôles plutôt que le respect d'un dogme de la parfaite cohérence

- [75] Aucun hôpital ne peut être découpé en parts parfaitement équilibrées. La géographie, l'impossibilité parfois de trouver une cohérence médicale pour certaines spécialités, rendent presque partout nécessaire la coexistence de plusieurs logiques de découpage et la mise en place d'un ou deux pôles « transversaux », qui sont et seront incontestablement plus difficiles à manager.
- [76] Les diverses appréciations sur les logiques de découpage témoignent de la difficulté de l'exercice. Au CHU de Bordeaux, par exemple, selon les équipes de direction, c'est une logique médicale qui a présidé, intégrant à la marge des données géographiques, alors que selon les chefs de pôle c'est d'abord la logique géographique qui a été prise en compte au détriment de la cohérence médicale. De même, pour les pôles transversaux, c'est-à-dire multisites, domine le sentiment que le site l'emporte sur le pôle. En tout état de cause, la qualité du découpage est un sujet sans fin qui dans un même établissement peut donner lieu à des perceptions très variées des logiques retenues et de sa pertinence¹²
- [77] La situation idéale pour un pôle est de combiner une cohérence médicale avec une installation dans un nouveau bâtiment comme le pôle des spécialités chirurgicales à Bordeaux, la chirurgie à Valenciennes ou les neurosciences à Nantes dans quelques années.
- [78] Parce que les établissements évoluent et que l'exercice de découpage en pôles est par nature complexe, la mission recommande de prévoir des échéances régulières, tous les 5 ans par exemple, de révision du découpage.

Recommandation n°3 : Prévoir des échéances régulières de révision du découpage des pôles, tous les 5 ans par exemple.

1.2. Le développement des outils du système d'information : améliorer et partager l'information

1.2.1. Un travail important, encore inachevé, d'amélioration de l'information financière et médicale

1.2.1.1. Le contexte général¹³ exige une révolution des outils de gestion financière et médicale de l'hôpital

- [79] Une métrologie de qualité est nécessaire pour organiser une délégation de gestion, pour la suivre et la sanctionner. Elle est aussi une exigence très forte des médecins délégataires eux-mêmes parce qu'ils connaissent parfaitement les notions de diagnostic, de pronostic et d'évaluation des risques. Cette mise en place devrait être un vrai progrès dans la transparence financière même si les chefs de pôle sous-estiment encore la complexité du contrôle de gestion et même celle de l'information médicale.

¹² À titre de comparaison avec les établissements publics de santé, il convient d'indiquer que les centres de lutte contre le cancer ont construit des « comités », c'est-à-dire des pôles transversaux liés au parcours du patient par opposition à une optique « cadastrale ». Les départements de soins y sont prestataires. Ces réorganisations génèrent à l'évidence une perte de repères pour les équipes qui doivent s'adapter au parcours du patient, mais certainement intéressantes pour la prise en charge globale que nécessite ce type de pathologie.

¹³ T2A, ECN, CREF, perspective d'une certification des comptes hospitaliers.

[80] Système d'information déconcentré, tableaux de bord appropriés par leurs utilisateurs, comptabilité analytique permettant de fournir des informations sur les prestations inter-pôles sont nécessaires car il est très difficile de progresser sans accord sur la photographie de l'existant et l'objectif à atteindre. Il convient, notamment, que les chefs de pôle s'y retrouvent, en particulier sur l'activité, et les soignants sur les dépenses de personnel. De nombreux chefs de pôle et cadres supérieurs de santé ont déclaré à la mission ne pas comprendre les données transmises par les directions financières, c'est-à-dire que les données sur l'activité ne correspondent au suivi fait par le pôle lui-même¹⁴, ou les données sur les effectifs ne correspondent pas au personnel effectivement disponible dans le pôle¹⁵. Les enjeux de développement de l'information médicale sont partout identifiés comme prioritaires.

1.2.1.2. Le décalage est manifeste entre l'ambition des tableaux de bord « cathédrale » et la réalité des besoins d'informations opérationnelles des pôles¹⁶

[81] L'enjeu de pouvoir lié au partage de l'information est réel. Les chefs de pôle ont besoin d'indicateurs opérationnels pour piloter leur structure, c'est-à-dire dans des délais qui sont rarement ceux des directions des affaires financières et des directions du contrôle de gestion. Les pôles ont en général besoin d'une information infra-annuelle alors que les directions des finances ne livrent les comptes de résultat qu'après la clôture des comptes.

[82] Dans l'idéal, les tableaux de bord sont élaborés en centrale pour en garantir la cohérence et permettre la consolidation mais ils peuvent être assortis d'indicateurs opérationnels supplémentaires utiles aux pôles. Dans la plupart des établissements visités par la mission, on est encore à la finalisation des tableaux de bord type, pour lesquels la consultation des pôles a pu apparaître secondaire. On entre seulement maintenant dans la seconde phase, celle où les pôles, ayant eux-mêmes plus finement identifiés leurs besoins d'informations, sollicitent des directions des finances des adaptations des outils à leurs spécificités.

[83] Les logiciels décisionnels les plus couramment utilisés dans les établissements visités ne semblent pas réellement adaptés à la possibilité de permettre des extractions en temps réel et à volonté des gestionnaires de pôles. Ils peuvent néanmoins permettre de progresser dans l'adaptation des tableaux de bord à chaque utilisateur, si les responsables du contrôle de gestion n'en font pas un instrument de pouvoir.

[84] Un tableau de bord n'est efficace que si son utilisateur se l'approprie et donc peut lui-même en construire les items qu'il estime pertinents sans en référer à une direction centrale. Des logiciels permettant à chacun de faire ses propres extractions de données existent sur le marché et donnent satisfaction à leurs utilisateurs.

[85] Le problème est donc moins celui de l'inexistence de tels outils, comme l'invoquent parfois les directions des finances, que celui de l'existence d'une volonté réelle de partage des informations.

¹⁴ Ainsi à Nantes sur le nombre de dialyses

¹⁵ Ce décalage entre les modes comptabilisation des effectifs entre les DRH et les pôles est presque systématique et est la source de nombreuses incompréhensions et tensions entre les pôles et les directions fonctionnelles.

¹⁶ La cadre supérieur de santé d'un des pôles du CH du Mans indiquait par exemple que le document communiqué par la direction concernant la consommation de médicaments du pôle faisait une centaine de pages. Cette même personne signalait par ailleurs être obligée de recopier les tableaux de bords fournis au pôle, car ils sont fournis en PDF.

1.2.2. La finalisation de l'organisation polaire suppose l'engagement de partager avec les chefs de pôle des informations leur permettant de les piloter

1.2.2.1. Faute d'outils de gestion suffisants, les chefs de pôle ne peuvent exercer pleinement leur responsabilité de pilote de la gestion médico-économique

[86] Sans budget, sans vision ni contrôle des recettes, les chefs de pôle n'ont d'autre choix que d'accepter le déficit qu'on leur « assigne ». De la même manière, les clefs de répartition des charges fixes, le coût des prestations inter-pôles peuvent être perçues comme arbitraires, ou plutôt d'une logique opaque. Ainsi le chef de pôle de l'institut du thorax à Nantes déclarait « on sait ce qu'on dépense mais on ne sait pas ce qu'on coûte ». L'EPRD est aux yeux des chefs de pôle un document « lumineux » qu'il serait souhaitable de voir décliné à l'échelle du pôle.

[87] La comparaison est d'ailleurs souvent moins intéressante entre les pôles d'un même hôpital qu'entre des pôles équivalents de différents établissements. Les médecins, habitués à la comparaison de leurs propres indicateurs médicaux au niveau parfois mondial le savent parfaitement.

1.2.2.2. Les réticences au partage des informations avec un corps médical qui souhaite s'en saisir ne vont pas dans le sens de la loi HPST et de son esprit de décentralisation

[88] Les médecins, de manière générale, avec les progrès de la transparence financière dont ils se félicitent, commencent en effet à se préoccuper de la valorisation de leur activité et de la redistribution des MERRI. Dans plusieurs des CHU visités par la mission, les assistants de gestion peuvent certes faire des requêtes dans une base de données mais seulement à condition qu'elles soient validées par le contrôle de gestion central, pour « qu'ils ne fassent pas n'importe quoi avec n'importe quels chiffres ». Il y a bien une crainte que les assistants de gestion, quand ils existent, ne répondent qu'aux chefs de pôle, qu'ils leur procurent une expertise qui leur permettra ensuite de construire et d'étayer des « revendications ». D'où, assez souvent, le rattachement de ces assistants à des directions fonctionnelles ou des directions de site. Même si celles-ci ont parfois besoin de les réunir ou de les former, les assistants de gestion doivent clairement être rattachés aux chefs de pôles pour leur permettre de piloter leur structure, pilotage qui suppose également la mise à disposition d'EPRD de pôle et de tableaux de bord opérationnels, lesquels existent dans les établissements les plus avancés¹⁷.

Recommandation n°4 : Rattacher les cadres de gestion aux chefs de pôle et non plus aux directions fonctionnelles ou directions de site.

Recommandation n°5 : Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle.

¹⁷ Le CH de Valenciennes a mis en place les EPRD de pôle depuis plusieurs années, le CH de Carcassonne l'envisage au cours du premier semestre 2010.

1.2.2.3. Les difficultés rencontrées dans la mise en place des délégations de gestion doivent être analysées

- [89] Les réponses au questionnaire montrent bien que la manière dont ont été découpés les pôles n'est jamais neutre mais surtout qu'il n'y a pas de découpage idéal : la question de l'architecture des bâtiments, les problèmes d'éloignement géographique, d'organisation (place des services ou répartition des personnels communs à plusieurs pôles) ou l'épineuse problématique des rapprochements par affinités aussi bien entre médecins, ou entre disciplines ayant peu de points communs mais rassemblées dans un même pôle, présentent des résultats ayant autant d'avantages que d'inconvénients.
- [90] Les problèmes techniques, tels que la faiblesse de la comptabilité analytique, le manque de fiabilité de l'information médico-économique, les difficultés de l'apprentissage des nouveaux métiers, l'insuffisance de la formation et le manque de temps pour les nouvelles tâches sont également des obstacles pour se lancer dans une voie nouvelle.
- [91] Sont également cités au titre des difficultés à progresser la non adhésion des organisations syndicales, la question du positionnement des blocs opératoires, la résistance des directions de sites, l'évolution organisationnelle et culturelle nécessaire de la direction, l'attachement des médecins aux services, les délais impartis et l'affectation des personnels frontières (communs à plusieurs pôles) tels que les assistants sociaux, les kinésithérapeutes, les diététiciens.
- [92] L'ensemble de ces difficultés sont réelles mais il n'en demeure pas moins que l'expérience de certains établissements, et non des moindres, le Centre Hospitalier de Valenciennes notamment, mais aussi le CHU de Lille, permet d'envisager qu'elles puissent être dépassées.

2. DEPUIS LEUR MISE EN PLACE, LA PLUPART DES POLES FONCTIONNENT SANS DELEGATION DE GESTION NI RESSOURCES ET ASSURENT DONC UN PILOTAGE AVANT TOUT MEDICO-SOIGNANT PLUTOT QUE MEDICO-ECONOMIQUE

2.1. *Le trio du pôle assure un pilotage médico-soignant plutôt qu'un pilotage médico-économique*

2.1.1. **La fonction de guidance de pôle est prise en charge par des chefs de pôle aux profils différents et aux motivations variables.**

2.1.1.1. La première génération de chefs de pôle a fait le pari de leur mise en place et de leur organisation

- [93] Depuis 2005, une première génération de chefs de pôle est en poste. Ils ont été désignés par les directeurs d'hôpitaux avec une prise en compte systématique de l'avis du corps médical. Dans certains établissements, cette consultation a même été formalisée par la mise en place d'une procédure de vote des médecins. Cette désignation implicite ou explicite des chefs de pôle par leurs pairs, en tant que *primus inter pares*, a des conséquences sur le profil des chefs de pôle ainsi désignés.

[94] Les médecins peuvent, en effet, plébisciter celui qui rassemble les plus grandes qualités de *leadership*, de conduite de projets et de capacité à dégager un consensus, ou au contraire choisir celui qui est perçu comme présentant une menace moindre d'empiéter sur les prérogatives des services ou d'intervenir dans le fonctionnement des unités. Il faut néanmoins noter que la grande majorité des chefs de pôle rencontrés fait preuve d'un investissement important et d'une motivation réelle pour le développement des pôles. Un président de CME estime ainsi qu'« on demande beaucoup aux chefs de pôle, avec peu de moyens ».

2.1.1.2. Les chefs de pôles prennent en charge cette fonction à des moments variables de leur carrière médicale

[95] Les chefs de pôles ont des profils variables, que l'on peut schématiser dans une brève typologie selon le moment de leur carrière.

[96] Ce peut être une étape qui couronne les dernières années de leur carrière, une fois accumulée une légitimité médicale, et universitaire pour les PU-PH. Le chef de pôle peut alors mobiliser son expérience de la chefferie de service et sa connaissance de l'histoire de l'hôpital. L'intérêt de la fonction, pour ces médecins ayant déjà un parcours professionnel confirmé, est de « faire autre chose », de découvrir la gestion médico-économique. Du fait du caractère consensuel de ce type de profil, l'absence de soupçon sur la stratégie personnelle peut faciliter le management interne du pôle, notamment vis-à-vis des chefs de service.

[97] À l'inverse, on peut opter pour un profil de jeune PH, intéressé par la dynamique de changement induite par l'organisation polaire. En revanche, ce choix peut représenter une « perte sèche » pour la discipline, qui plus est à un moment de leur carrière où les médecins sont encore dans une dynamique de formation. Il faut également qu'ils puissent disposer en tant que chefs de pôle d'une assise suffisante vis-à-vis de leurs collègues.

[98] Enfin, de nombreux chefs de pôles ont, auparavant, été chefs de service, mais cela n'est pas systématique. De même, dans les CHU, les chefs de pôle ne sont pas forcément des PU-PH¹⁸. Il convient néanmoins, dans ces cas, d'identifier dans le pôle un responsable HU pour la liaison avec l'université.

2.1.1.3. Pour quelles raisons devient-on chef de pôle ?

[99] Certains manifestent un véritable intérêt pour la gestion médico-économique et se sont saisis, au maximum, des possibilités nouvelles offertes par la mise en place des pôles et la délégation de gestion afférente. À l'extrême inverse, toujours en schématisant, d'autres occupent cette fonction sur le mode de la chefferie de service, leur position de *leadership* dans une discipline ayant semblé les conduire naturellement à occuper cette nouvelle chefferie. Enfin, les considérations interpersonnelles et la volonté qu'un certain équilibre des forces soit respecté ont un rôle parfois non négligeable, et certains chefs de pôle se sont ainsi portés candidats pour éviter qu'un autre n'occupe cette fonction.

¹⁸ Nous avons ainsi rencontré dans un CHU un PH qui avait été élu chef de pôle face à un candidat PU-PH.

- [100] L'intérêt que peut présenter pour les médecins la fonction de chef de pôle est lié à la prise en charge de la dimension médico-économique et de management interne, mais aussi à la possibilité de développer des marges de manœuvre au sein du pôle¹⁹. Les chefs de pôle sont à la fois les responsables médicaux et les « chefs d'orchestre » des pôles. Mais l'identification des objectifs de leur action, et la raison d'être de leur fonction, reste un enjeu crucial et parfois problématique : l'orientation prioritaire doit-elle être celle de la gestion et du retour à l'équilibre ou celle de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale du patient ?
- [101] L'intérêt de la fonction pour ceux qui ont accompagné la mise en place des pôles réside aussi dans leur lancement même : la motivation est alors celle d'un « défi à résoudre ». Un médecin en CHU qui a eu à piloter le déménagement et la réorganisation des services déclarait ainsi qu'« être chef de pôle, c'était intéressant tant qu'il y avait la restructuration à faire, le pôle à mettre en ordre de bataille. Cela m'a amusé de bâtir ». Mais il ajoute que la gestion du quotidien va ensuite être moins intéressante, et ce d'autant plus qu'il n'existe pas de véritable délégation qui fasse du pilotage médico-économique du pôle autre chose qu'un exercice pour le moment virtuel.

2.1.2. Malgré un positionnement ambivalent, la clarté des fonctions soignantes rend possible un management efficace

2.1.2.1. L'investissement de leur fonction par les cadres supérieurs de santé est à la source d'un leadership manifeste

- [102] L'adhésion des cadres supérieurs de santé rencontrés par la mission au développement des pôles²⁰, qui se manifeste à travers leur investissement dans le management interne et leur prise en charge efficace de la gestion des pôles, est importante. La majorité des établissements ont un cadre supérieur de santé par pôle, en général choisi par le chef de pôle, mais en tous cas jamais imposé par les directions des soins aux chefs de pôles contre leur avis.
- [103] Le *leadership* de la plupart des cadres supérieurs de santé dans les pôles est désormais manifeste : ils assurent avec solidité leurs fonctions de management et de gestion, en percevant bien le gain d'autonomie qu'elles représentent pour eux. D'ailleurs, certains interlocuteurs, notamment des directeurs des soins, évoquent parfois le fait que ce sont, pour le moment, les cadres supérieurs de santé qui managent les pôles et en assurent la gestion, selon l'implication plus ou moins grande du chef de pôle. De fait, si le fonctionnement des pôles au quotidien est pour le moment globalement satisfaisant, malgré le manque de moyens de gestion et de ressources, c'est en grande partie grâce à la stabilité des fonctions soignantes, à la bonne entente et la solidité du binôme médecin chef de pôle / cadre supérieur de santé.
- #### 2.1.2.2. Cependant, leur positionnement ambivalent et la carence des fonctions de gestion dans les pôles peuvent les mettre en difficulté

- [104] Alors que les cadres supérieurs de santé étaient auparavant en position hiérarchique simple, ils doivent désormais se penser en position de responsable, pour devenir force d'impulsion et d'initiative au niveau du pôle, et cette transformation n'est pas toujours évidente à effectuer d'emblée. Et si les fonctions des cadres supérieurs de santé sont claires, leur positionnement reste double, entre l'appartenance au trio de pôle, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et leur place dans la hiérarchie soignante, sous l'autorité de la direction des soins.

¹⁹ Comme le formule un chef de pôle rencontré par la mission, « à partir du moment où on dispose d'outils, ça devient très intéressant ».

²⁰ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 6. Sur l'adhésion des différentes composantes professionnelles de la communauté hospitalière à l'organisation polaire, les directeurs d'établissements de santé ont noté à 74% noté une adhésion globale de l'encadrement soignant, et à 60% seulement pour l'encadrement administratif.

[105] À cela s'ajoute le fait que la qualité d'exercice des fonctions soignantes est menacée par le manque de développement des fonctions de gestion dans les pôles. L'absence fréquente de cadres de gestion dans les pôles, ainsi que leur éventuelle sous-qualification, sont rendues d'autant plus évidentes que les cadres supérieurs de santé ont reçu une formation en management dans les écoles de cadres. Les cadres supérieurs de santé ont pourtant besoin que des cadres de gestion de qualité soient nommés au niveau des pôles pour ne pas être mis à contribution sur une fonction qui n'est pas la leur, au risque de se noyer dans la gestion quotidienne, dans le temps passé à reprendre et adapter les tableaux de bord, par exemple.

[106] C'est donc en renforçant la fonction de gestion dans les pôles qu'on permettra aux cadres supérieurs de pôle de se recentrer sur l'organisation et le management des soins et des soignants, et notamment des cadres de proximité. Cela ne signifie pas que les cadres supérieurs de santé doivent ignorer les problématiques de gestion et s'en décharger complètement sur les cadres de gestion, tout comme il est nécessaire que ceux-ci comprennent le fonctionnement des soins, afin de faire leur travail mais aussi de s'intégrer dans des équipes de culture médico-soignante²¹.

2.1.3. Le manque de cadres de gestion et leur positionnement encore flou ont pour conséquence l'insuffisance des compétences de gestion dans les pôles

2.1.3.1. Le constat principal est celui du manque de cadres administratifs dans les pôles ainsi que de l'hétérogénéité de leurs profils professionnels

[107] La mission a constaté lors de ses visites l'absence fréquente de cadres de gestion dans les pôles, qui devraient venir compléter le binôme médico-soignant. Souvent, les cadres de gestion ne travaillent pour les pôles qu'à temps partiel parce qu'ils restent rattachés à une direction fonctionnelle et accomplissent d'autres tâches en son sein, ou assurent des fonctions de gestion pour plusieurs pôles à la fois. Par ailleurs, lorsque des cadres de gestion sont effectivement présents dans les pôles, on constate qu'ils sont insuffisamment coordonnés de manière transversale par les directeurs des affaires financières ou les directeurs des ressources humaines. Ainsi, cette fonction est-elle loin derrière celle des cadres supérieurs de pôle qui, non seulement peuvent s'appuyer sur une identité métier forte, mais bénéficient en plus, de la coordination des directions de soins.

[108] Les résultats du questionnaire illustrent une importante hétérogénéité concernant les grades des responsables administratifs de pôle dans les différents établissements²² : les grades les plus cités dans les réponses sont ceux d'attaché d'administration hospitalière et d'adjoint des cadres. Mais les métiers de secrétaire médicale, de technicien supérieur hospitalier et de technicien supérieur en organisation sont également évoqués. Quelques établissements ont par ailleurs embauché des contractuels en tant que contrôleurs de gestion, qui assurent à l'occasion des tâches d'assistant de gestion sur une partie de leur temps. Il semble donc que le niveau d'exigence concernant ces fonctions est à la mesure de la volonté des établissements de déléguer de la gestion, comme, par exemple, lorsque certains établissements font le choix d'affecter, à plein temps, dans un pôle, un assistant de gestion avec niveau licence ou master.

²¹ Une cadre supérieure de santé de CHU, rencontrée par la mission, a ainsi décrit l'arrivée des assistants de gestion et leur intégration dans les pôles en symbolisant leur acculturation à la logique médico-soignante par le geste de leur avoir « mis des blouses ».

²² La terminologie est de ce point de vue éloquent : selon l'importance des qualifications requises et des moyens investis, les établissements choisissent des « assistants » ou des « cadres » de gestion. Le rapport utilise donc les deux termes, bien que celle de « cadre » lui paraisse davantage correspondre au modèle idéal du trio de pôle.

2.1.3.2. L'absence d'une définition claire des attributions et du positionnement des cadres de gestion a pour conséquence un manque d'engagement et de mobilisation

[109] La fonction de cadre administratif de pôle manque souvent d'une définition claire de ses attributions (ressources humaines, gestion, organisation, etc.). De même, le positionnement de ces agents reste complexe tant qu'ils ne sont pas clairement affectés aux pôles et restent rattachés à une direction centrale. Enfin, le profil attendu, notamment en termes de qualifications, reste imprécis. Cela donne à penser que le fait, signalé par plusieurs établissements, qu'il y ait peu de candidats sur les fonctions de gestion au sein des pôles a certainement un rapport direct avec le flou qui entoure la définition du poste et son positionnement complexe entre directions fonctionnelles et pôles.

[110] Avec la carence des fonctions de gestion, c'est l'ensemble du pilotage médico-économique des pôles qui atteint ses limites : à l'instar des cadres supérieurs de santé, certains chefs de pôle qui déclarent consacrer actuellement une part importante de leur emploi du temps à leur fonction²³ dégageaient certainement du temps si un cadre de gestion les rejoignait.

[111] Ainsi, on observe aujourd'hui une réelle cohésion médico-soignante dans les équipes managériales de pôles, avec des binômes médecin/soignant solides, mais il manque encore la plupart du temps le troisième élément de ce qui devrait être le « trio managérial » alliant les dimensions médicale, soignante et administrative, ce troisième élément étant précisément porteur de la compétence de gestion qui permettra le développement d'un réel pilotage médico-économique des pôles, et non plus seulement médico-soignant.

Recommandation n°6 : Investir de réelles compétences de gestion au sein même des pôles en redéployant des cadres de gestion

2.1.4. La faiblesse des délégations de gestion

[112] La mission a pu constater le caractère limité des délégations de gestion dans la quasi-totalité des établissements visités, quelle que soit leur taille ou leur situation budgétaire. Selon les cas, les établissements cumulent l'ensemble des délégations suivantes, ou se sont limités à certaines d'entre elles.

2.1.4.1. Les délégations de gestion en matière de ressources humaines

[113] Dans plusieurs établissements visités par la mission, les pôles disposent d'une délégation d'une enveloppe de formation continue, pour la formation médicale et / ou la formation non médicale mais qui ne rassemble qu'une partie, parfois fort restreinte, des crédits dédiés au niveau de l'établissement à la formation.

[114] Dans un des pôles rencontrés au CHU de Nantes, le budget de formation continue du personnel du pôle est même décliné par types de formations (congrès, etc.), et il n'est possible de réorienter les crédits entre sous-enveloppes qu'en en référant au bureau de la formation rattaché à la direction des soins. Par contre, la formation médicale continue est déléguée au pôle, et gérée par l'assistant de gestion du pôle avec un médecin.

[115] Dans un des pôles du CH du Mans, l'équipe de pôle explique que la FMC est gérée au niveau central, et seule la formation du personnel non médical est déléguée au pôle, et uniquement pour ce qui concerne les journées de congrès, soit environ 4.000€ pour l'ensemble du pôle (qui compte environ 190 ETP).

²³ Parfois jusqu'à la moitié de leur temps de travail.

- [116] Dans un autre établissement (CH de Carcassonne), la FMC est répartie par praticien, et non par pôle, mais les pôles ont la possibilité de re-mutualiser la FMC et de prioriser les départs en congrès et autres en fonction des objectifs du pôle. Cette opération de re-mutualisation reste néanmoins difficile.
- [117] S'agissant de la gestion des moyens de remplacement, les pôles disposent parfois d'une enveloppe de vacances ou d'intérim. Mais le plus souvent, les pôles se voient accorder un crédit de mensualités annuel, au prorata du nombre de personnels, de lits, etc., mais qui est dans plusieurs établissements géré par la direction des soins en accord avec les pôles, et non directement par les pôles. Lorsqu'il existe des groupements de pôles, ou des plateformes de site, il est d'ailleurs fréquent que le pool de remplacement soit constitué à ce niveau là. Cela signifie que la gestion des moyens de remplacement échappe alors aux pôles.
- [118] La transformation de postes non-médicaux (et encore plus rarement de postes médicaux) est parfois possible, mais toujours sous condition de respect des limites du budget et donc sous condition de présenter une argumentation précise pour démontrer que cela n'entraîne pas d'augmentation de la masse salariale ni de conséquences négatives pour l'activité du pôle. L'ensemble de la procédure reste sous le contrôle de la direction des ressources humaines, qui donne ou non son accord en dernier recours.
- [119] La limitation des délégations de gestion et le manque de marge de manœuvre global en matière de ressources humaines conduisent au fait que les propositions des pôles les plus facilement acceptées par les directions sont celles de suppression de poste. Les transformations de postes sont plus difficilement acceptées, et les demandes de recrutement le sont plus rarement encore. Cet état de fait peut donner l'impression à certains chefs de pôle que la seule véritable délégation de gestion qui leur soit jamais consentie est celle de supprimer des postes.
- [120] Les personnels médicaux et non médicaux nouvellement recrutés sont, en revanche, de plus en plus souvent affectés aux pôles, ce qui leur permet de gérer leur mobilité interne.
- [121] Les recrutements sont toujours effectués au niveau des DRH, avec consultation des chefs de pôle et des CSS dans le meilleur des cas.

2.1.4.2. Les autres délégations de gestion :

- [122] Les pôles peuvent disposer de délégations en matière d'achat hôtelier ou d'entretien courant. Un pôle peut, par exemple, bénéficier d'une délégation de l'achat du matériel non-médical, voire du petit équipement médical en dessous d'un certain seuil de coût unitaire, et dans les limites d'une enveloppe globale.
- [123] Dans un des établissements visités, le pôle peut gérer de façon autonome les acquisitions de matériel médical d'un coût unitaire inférieur à 10.000€, mais dans la limite d'une enveloppe. Dans un autre des CHU visités, le pôle peut passer commande pour le petit équipement médical de moins de 3.000€, dans la limite d'une enveloppe (de 19.000€ par exemple pour un des pôles rencontrés), et faire librement ses achats pour l'équipement non médical, dans la limite d'une enveloppe (environ 43.000€ pour un autre des pôles rencontrés). Ces enveloppes sont réparties par la direction hôtelière entre les pôles en fonction de critères comme la vétusté du pôle, le nombre de m², etc. Par contre, les achats du reste de l'équipement médical sont faits au niveau de l'établissement, via le plan d'équipement médical.

[124] La mission a constaté que le peu de décisions laissées à l'initiative des équipes de pôles, présentées lors des entretiens par les équipes de direction comme étant des « délégations de gestion » accordées aux pôles, ne sont la plupart du temps utilisables par les pôles que sous le contrôle des directions, avec condition de validation par celles-ci. Cette absence d'autonomie montre donc qu'il ne s'agit pas à proprement parler de délégations de gestion, mais d'une simple prise en compte des « priorisations » ou des souhaits des pôles. Par ailleurs, les enveloppes déléguées ne font, en général, pas l'objet d'une conférence budgétaire qui permette, en amont, une négociation de leur montant. Les pôles se voient donc, la plupart du temps, attribuer unilatéralement des enveloppes d'un montant prédéfini, ce qui pose également la question de l'opacité de la répartition du budget entre pôles²⁴.

[125] Il n'existe que très peu d'exemples de fongibilité entre les titres. Il est enfin très rare que des économies réalisées au niveau d'un pôle soient directement réutilisables par celui-ci. La mission a observé ce cas dans un établissement justement non déficitaire (CH de Gonesse), qui permet donc aux pôles de conserver et faire usage des économies réalisées, n'ayant pas besoin de re-centraliser ces économies pour réduire le déficit.

2.2. Le management collectif des pôles doit permettre la mobilisation de l'ensemble des personnels et l'implication des médecins et des cadres de santé

2.2.1. Les conseils de pôle et l'intéressement jouent un rôle central dans le renforcement de l'appartenance collective au pôle

2.2.1.1. La reconnaissance du besoin d'expression et d'information collectives, ainsi que d'un retour sur investissement permet le bon fonctionnement des pôles

[126] Pour l'avenir, la loi HPST a laissé aux établissements la liberté d'organiser le fonctionnement d'éventuelles instances internes aux pôles. Néanmoins, et plusieurs des interlocuteurs de la mission l'ont affirmé, il est nécessaire de prendre en compte le besoin de lieux d'expression et d'information dans les pôles pour que les messages et les réformes passent auprès du plus grand nombre. Les conseils de pôle remplissent cet office important, et la complexité des élections telle qu'elles étaient organisées jusque-là ne doit pas entièrement discréditer l'outil²⁵.

[127] Dans les réponses au questionnaire, 93% des établissements déclarent ainsi avoir constitué des conseils de pôle²⁶, et les acteurs rencontrés par la mission, dans le cadre de ses visites, ont tous confirmé que les conseils de pôle seraient maintenus à l'avenir. Les réponses au questionnaire montrent en effet que ces conseils fonctionnent de façon satisfaisante malgré des débuts difficiles liés à la complexité des élections, et dans la plupart des pôles visités par la mission, les acteurs ont su s'approprier cette instance en adaptant éventuellement sa composition avec une souplesse que ne permettaient les modalités d'élection initiales.

²⁴ Selon un des chefs de pôle rencontrés, « le budget arrive ficelé ».

²⁵ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 10. Concernant les difficultés externes rencontrées dans la mise en place de la réforme, un quart des répondants ont évoqué la complexité des textes, et notamment la lourdeur du processus électoral permettant la représentation des métiers dans les conseils de pôle.

²⁶ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », questions 43 à 45. 93% des établissements ont constitué des conseils de pôle ; ils sont réunis globalement deux à trois fois par an, à partir d'un ordre du jour (88%), et ils donnent lieu à un compte-rendu ou à un procès-verbal (86%) qui est diffusé plus ou moins largement aux membres du conseil, à la direction, voire mis en consultation sur l'intranet de l'établissement.

Recommandation n°7 : Maintenir au sein des pôles des espaces d'information et d'expression collectives.

- [128] L'intéressement collectif peut également jouer un rôle important comme moteur de l'activité et facteur de cohésion au sein des pôles, comme l'ont signalé plusieurs interlocuteurs de la mission²⁷. Cet outil de management peut être un facteur puissant de cohésion et de dynamisme au sein des pôles en récompensant les efforts parfois non négligeables consentis par l'ensemble des personnels et des équipes pour réaliser des économies, mener une restructuration difficile, ou assurer la continuité des activités de soin dans des périodes de gestion à flux tendu.
- [129] Lorsque l'intéressement collectif concerne la réalisation d'un projet proposé par les équipes elles-mêmes²⁸, le bénéfice de l'intéressement collectif est double, et contribue à renforcer la cohésion au sein du pôle autour d'un projet partagé.
- [130] Si la situation financière des établissements ne permet pas toujours de déployer un intéressement conséquent dans les pôles, les efforts collectifs doivent bénéficier d'un retour sur investissement, même faible²⁹.

Recommandation n°8 : Prévoir un intéressement des pôles, même si l'établissement est en déficit et que son montant peut apparaître symbolique.

2.2.1.2. Il existe différents espaces d'expression et d'information internes aux pôles

- [131] Les bureaux de pôles permettent d'organiser de façon souple la concertation de différents groupes au sein du pôle : soit en formation élargie, avec l'ensemble des responsables médicaux de cliniques et/ou d'UF, soit en formation restreinte avec seulement le « trio de pôle » et le directeur référent du pôle, ou encore ponctuellement en formation restreinte aux PH pour traiter des questions spécifiques au corps médical, par exemple pour la nomination d'un nouveau PH.
- [132] Certains pôles ont mis en place des conseils médicaux de pôle regroupant tous les médecins du pôle. Le CHU de Lille a ainsi constitué des « conseils d'expression » qui doivent être organisés par les PH responsables d'UF ou d'un secteur (réunis quatre à six fois par an), regroupant les personnels médicaux et non médicaux, pour « favoriser l'expression des personnels et traiter de l'organisation courante », et qui donnent lieu à un compte-rendu diffusé à tous. Enfin, certains pôles ont conservé le principe des assemblées générales annuelles rassemblant tous les personnels.

²⁷ Une cadre supérieur de santé du CH de Noyon signale ainsi qu'avait été mis en place, dans les années 90, un intéressement collectif des services ;

²⁸ Dans un des pôles visités par la mission, l'intéressement collectif avait ainsi concerné la mise en place d'un système de vidéosurveillance des patients conceptualisé par les équipes soignantes.

²⁹ La situation du CHU de Nantes est la plus emblématique : fortement déficitaire, l'établissement est engagé dans un plan de retour à l'équilibre drastique qui a déjà porté ses fruits. Cela étant, le double mouvement de recentralisation des quelques délégations de gestion accordées auparavant et de suppression de l'intéressement, remplacé par le « plan des 4 % » (de réduction de la masse salariale) a eu un effet très démobilisateur sur les équipes médicales et soignantes des pôles.

- [133] Selon leur taille et leur composition, ces instances sont appelées à remplir des fonctions différentes. Les conseils d'expression permettent de favoriser en comité réduit l'expression de personnels qui n'oseraient pas prendre la parole³⁰ en AG plénière du pôle. À l'inverse, la transmission de l'information et le renforcement du sentiment d'appartenance au pôle sont rendus possibles lors d'une « grand-messe » annuelle du pôle. Enfin, on peut encourager la concertation entre les corps médical et paramédical avec des groupes de travail multi-professionnels, ou permettre la prise de décision entre médecins sur des sujets qui leur sont spécifiques avec les conseils médicaux de pôle. Les chefs de pôles qui désirent impliquer au maximum l'ensemble des personnels du pôle ont donc la possibilité de combiner ces différents espaces d'expression et de concertation.

Recommandation n°9 : Soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles, sans imposer de schéma unique d'organisation.

2.2.2. L'organisation médicale et soignante : comment donner un sens aux pôles en impliquant chacune de ses composantes ?

- [134] Avec la focalisation sur les trios de pôles, il existe le risque que les médecins et les cadres de proximité se sentent laissés pour compte dans la réforme. En effet, aussi bien pour les chefs de service que pour les cadres de proximité, la mise en place des pôles, assortie de la nomination de chefs de pôle et de cadres supérieurs de pôle, représente un bouleversement important de leur propre positionnement au sein de l'institution³¹. Avec l'apparition de ces deux échelons supplémentaires, des résistances ont pu naître contre ce renforcement de la structuration hiérarchique des relations de travail. Elles ont été corrigées, le cas échéant, par un mode de management des pôles qui garantit la préservation d'une certaine collégialité pour les médecins et permet une implication forte des cadres de proximité dans la réorganisation des structures et les actions de mutualisation.

2.2.2.1. Le management de l'encadrement soignant doit être adapté à la nouvelle organisation polaire

- [135] Les réponses au questionnaire illustrent le fait que l'encadrement soignant, comme les organisations syndicales, ont rarement été directement associés à la concertation sur le découpage et la mise en place des pôles, mais simplement tenus informés de transformations déjà entérinées³².
- [136] Concernant la description du processus de concertation et de décision, seul un petit nombre d'établissements évoquent l'existence d'une concertation élargie aux cadres soignants au-delà de la consultation des seuls médecins et le passage devant les instances. Seuls six établissements sur les quarante-quatre répondants déclarent ainsi avoir mis en place un comité de pilotage, de suivi ou des groupes de travail associant l'encadrement soignant à la concertation de façon plus ou moins poussée.

Recommandation n°10 : Associer les cadres de proximité aux réflexions sur les révisions des découpages des pôles.

³⁰ Question soulevée par plusieurs organisations syndicales rencontrées par la mission

³¹ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 18, « la loi HPST vous paraît-elle de nature à accélérer/ralentir le processus de mise en œuvre des PAC et MT ? ». Un établissement évoque de possibles régressions : « en l'état actuel, la loi HPST nous paraît de nature à rendre plus difficile le processus de mise en œuvre des PAC et MT. Elle "radicalise" les tensions potentielles existant entre directeur médical de pôle et chefs de service. La crainte que la vision médico-économique doive laisser la place à une vision uniquement économique et financière persiste ».

³² Même si les CTE et les Commissions des Soins ont été formellement consultées dans le cadre de leurs attributions respectives

[137] À cela s'ajoute le fait que la création de l'échelon des cadres supérieurs de pôle a pu créer des frustrations chez les cadres de proximité, pour lesquels il représente un échelon supplémentaire. Or, leur implication dans l'organisation générale du pôle est essentielle à la mise en œuvre des projets de soins à cette échelle et à la mutualisation des ressources. Ce sont eux qui travaillent au plus près du terrain, coordonnent l'activité soignante au quotidien, il est donc important que les cadres supérieurs de santé associent étroitement les cadres de proximité à l'organisation de la mutualisation des moyens et des personnels entre services.

[138] Cette nouvelle organisation donne donc incontestablement une reconnaissance et une légitimité aux cadres supérieurs de santé qui sont responsables de pôle. Elle leur permet d'exercer la plénitude de leur fonction d'organisateur des missions de soins sur l'ensemble du pôle alors même que leurs anciennes attributions de CSS n'étaient souvent vécues que comme un avancement de grade de cadre de proximité antinomique avec la notion de service. Cette question pose d'ailleurs le problème de l'existence même d'autres CSS, non responsables de pôles. Dans certains établissements, ils sont parfois bien plus nombreux que le nombre de pôles, ce qui, à terme devrait conduire à leur réduction³³.

2.2.2.2. Le management du corps médical au sein du pôle doit permettre d'impliquer les médecins dans les orientations prises

[139] L'opposition des médecins dans l'établissement ou au sein d'un pôle est un facteur d'échec presque indépassable, et l'implication des médecins du pôle dans la mise en œuvre du projet de pôle représente donc un enjeu clé du management du corps médical. Étant donné l'organisation traditionnellement collégiale des médecins, la pure organisation hiérarchique ne pourra pas fonctionner. Le chef de pôle bénéficie ainsi d'une autorité du fait de sa nomination par le directeur, mais c'est grâce à sa désignation explicite ou implicite sur le mode du plébiscite informel par le corps médical, que ses décisions engagent toute la collectivité médicale du pôle. Cette adhésion de la majorité est nécessaire pour éviter l'obligation d'une unanimité paralysant la prise de décision.

[140] Tout comme les différents chefs de pôle présentent une appétence pour la gestion médico-économique variable, ils ont également une aptitude plus ou moins grande à prendre en compte la dimension managériale de leur fonction. Ainsi, le fait que des médecins chefs d'un pôle multisite insistent tellement sur le besoin d'une unité de lieu semble montrer qu'ils ont intégré cette dimension. Pour susciter l'adhésion du corps médical, la mise en place de Conseils médicaux de pôle, à certains endroits, a déjà été évoquée.

[141] Par ailleurs, plusieurs chefs de pôles rencontrés par la mission ont également structuré le management au sein de leur pôle en confiant aux chefs de service et aux PH des fonctions transversales (telles que la Formation Médicale Continue, les Évaluation des Pratiques Professionnelles, la qualité, la recherche, l'enseignement), faisant d'eux les référents de ces thématiques au sein du pôle.

[142] Cette forme de direction collégiale peut permettre de lever des réticences, et d'impliquer l'ensemble des médecins. À l'inverse, certains chefs de pôle ont cependant exprimé le regret de ne pas avoir un cadre d'action plus précis, qui faciliterait leurs relations avec les chefs de service ou médecins récalcitrants. La liberté donnée aux médecins dans le management des pôles semble ainsi être plus ou moins bénéfique ou pertinente selon que les chefs de pôle se saisissent réellement ou non de cette fonction, ou encore selon le climat des relations entre chefs de service et chef de pôle.

³³ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 53: la majorité des établissements ont un CSS par pôle.

[143] Il convient également de signaler le fait que la coexistence des chefferies de pôle et de service ne simplifie pas la tâche des chefs de pôles. Cela étant, il semble illusoire d'imaginer à court terme la disparition des services, ou de leur équivalent « structures internes », qui sont encore l'unité de compte, de formation, d'appartenance et de compréhension de l'activité d'un hôpital aussi bien pour les agents, pour les patients, pour les étudiants que pour les médecins libéraux. Enfin, si la situation demeure complexe dans de nombreux pôles et de nombreux établissements, on observe néanmoins un mouvement général d'acculturation qui laisse penser que les pôles font désormais partie des points de référence collectifs.

Recommandation n°11 : Accompagner les chefs de pôle dans le management du corps médical en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés.

2.3. *Quelles sont les attentes des chefs et des équipes de pôle ?*

2.3.1. Les attentes individuelles des chefs de pôle concernent essentiellement le temps médical non compensé et le besoin de formation

2.3.1.1. Le temps médical est la principale attente des chefs de pôles, suivie par le besoin de formation et d'accompagnement

[144] Le temps consacré par les chefs de pôle à leurs fonctions peut aller d'une demi-journée par semaine à la moitié du temps, la moyenne se situant autour de deux demi-journées, comme on le constate dans les réponses au questionnaire. À ce temps, formellement consacré au fonctionnement du pôle, il faut également ajouter le temps « gris », de discussion avec les uns et les autres pour faire passer la nouvelle organisation, négocier ou expliquer. Ce qui ressort des entretiens effectués par la mission est que le bon exercice de la chefferie de pôle n'est donc possible qu'à deux conditions : que les chefs de pôles se voient accorder une compensation du temps médical non effectué et bénéficient d'un soutien, à la fois logistique et pour la gestion.

[145] Comme le fait observer un établissement ayant répondu au questionnaire, il convient de « prendre en compte, en terme de compensation, le temps consacré par les chefs de [pôle] à la gestion de leur [pôle]. À ce titre en effet, même si l'objectif n'est pas de transformer le chef de [pôle] en un gestionnaire du détail, il n'en demeure pas moins que son rôle managérial, stratégique, organisationnel est rapidement chronophage ». Il conclut que la non-compensation du temps médical consacré à la gestion du pôle n'est pas faite pour susciter de nouvelles candidatures.

Recommandation n°12 : Accorder du temps médical détaché en compensation du temps passé à la chefferie de pôle.

[146] Par ailleurs, beaucoup de chefs de pôle considèrent que leur formation en gestion budgétaire et financière, ainsi qu'en management est insuffisante, surtout par contraste avec celle reçue par les CSS. Certains établissements ont développé une action de formation systématique des chefs de pôle, mais ce n'est pas le cas de tous. Et si la première génération de chefs de pôle qui est actuellement en poste a pu se former au fur et à mesure de la mise en place des pôles, la question du renouvellement amène à s'interroger sur la nécessité d'une formation systématique des futurs chefs de pôles, qui auront à prendre en charge des délégations de gestion autrement conséquentes.

Recommandation n°13 : Développer et systématiser les formations des chefs de pôle en gestion budgétaire et financière et en management. Y associer, le cas échéant, le trio de pôle.

2.3.1.2. La rémunération complémentaire, si elle est acceptée, n'est pas revendiquée, mais pourrait constituer un outil de management

[147] Comme le formulait un chef de pôle rencontré par la mission, il n'y a pas de refus de principe d'une part variable, mais celle-ci n'a de sens qu'à partir du moment où il y a des objectifs clairement fixés, et que les chefs de pôle ont la possibilité réelle de les atteindre. Certaines conditions doivent donc être remplies au préalable, comme la définition d'objectifs clairs et partagés et l'objectivation de la mesure de leur réalisation.

[148] Pour certains, opposants à la part variable, elle pourrait susciter des candidatures fondées sur de mauvaises raisons. Ils préféreraient donc l'attribution de temps médical supplémentaire ou bien que la chefferie de pôle devienne éventuellement une étape de la carrière d'un médecin, avec, par exemple, un avancement accéléré d'échelon. À l'inverse, un président de CME rencontré par la mission notait que la part variable permettrait d'avoir un outil de management des chefs de pôle : « actuellement volontariat, pas de détachement prévu en temps, pas de rémunération significative de la situation des chefs de pôle et donc une fonction qui se résume à une importante surcharge de travail et de responsabilités. Il est nécessaire de prévoir un détachement et une rémunération à la valeur des enjeux (...) si l'on veut obtenir le levier pour un management efficace des chefs de pôle pour la direction ».

Recommandation n°14 : Assortir la mise en œuvre de la part variable des chefs de pôle d'un certain nombre de garanties (clarté et mesure de la réalisation des objectifs).

2.3.2. Les attentes générales pour le pôle : des pouvoirs et des moyens de les exercer, un intéressement collectif

[149] Alors que la loi HPST a confirmé qu'il n'y aurait pas de retour en arrière sur les pôles, nombre des chefs de pôles rencontrés estiment qu'il est temps de faire une pause dans les réformes, pour conforter ce qui a été mis en place ces dernières années. Les pôles sont ainsi demandeurs d'un cadre clair pour l'action, mais allant de pair avec un accès aux informations et aux données sur l'activité.

[150] Il faut désormais progresser sur les délégations en matière de ressources humaines, sur les EPRD de pôle, sur la discussion sur l'activité. Ce sont là les enjeux principaux pour permettre que les pôles soient de réelles unités de gestion médico-économique.

[151] En effet, à l'exception des pôles de deux des établissements visités, les autres pôles rencontrés n'ont pas de budget. Le suivi de l'activité et des recettes est un préalable nécessaire avant même de donner aux pôles la maîtrise du processus de la facturation, comme beaucoup des interlocuteurs de la mission l'ont souligné. Les délégations de gestion dans le champ des ressources humaines sont extrêmement limitées (avec quelques moyens de remplacement), mais représentent une des principales demandes des chefs de pôle pour accomplir leurs fonctions.

Recommandation n°15 : Examiner en priorité, parmi les délégations de gestion, celles qui relèvent du champ des ressources humaines.

[152] L'intéressement collectif³⁴ est également un des outils qui favoriserait l'émulation et la cohésion dans l'activité de l'ensemble des membres du pôle. Pour les chefs de pôle, il représenterait aussi un renforcement de leur positionnement dans la mesure où il viendrait sanctionner la réussite et la validité du projet global d'activité développé pour le pôle.

³⁴ Cf recommandation n° 8, paragraphe 130

- [153] Cela irait de pair avec le renforcement nécessaire du respect de leur autorité de chefs de pôle. Ces derniers doivent dans la pratique quotidienne être désormais identifiés comme des interlocuteurs principaux évidents. Cela passe par la reconnaissance par les directions centrales du fait que c'est le chef de pôle et le trio managérial qui sont à l'interface entre la direction et les pôles.
- [154] Les pratiques interpersonnelles ne doivent ainsi plus l'emporter sur les décisions prises au niveau du pôle par le trio managérial. Ainsi, par exemple, lorsque des directions fonctionnelles acceptent encore d'accéder à des demandes adressées par des chefs de service pour passer outre le niveau décisionnel du trio de pôle.

Recommandation n°16 : **Inciter les directions fonctionnelles à tirer toutes les conséquences de la création des pôles depuis 2005 et de la suppression des services, en évitant de court-circuiter les chefs de pôle.**

2.4. *Malgré ces limites, les avancées permises par les pôles conduisent l'ensemble des acteurs à exclure tout retour en arrière*

2.4.1. *La mise en place des pôles a permis de commencer à dépasser les limites des entités (services, unités fonctionnelles) et des appartenances professionnelles*

- [155] Comme le résume un établissement dans le questionnaire, « il est évident aujourd'hui que le retour en arrière n'est plus souhaité par personne ». L'organisation en pôles a, de fait, conduit au partage de l'information et à la responsabilisation des acteurs qui tiennent désormais compte de façon renforcée des enjeux économiques et de gestion et ont connaissance de certaines réalités de l'hôpital qu'ils ignoraient auparavant (la gestion, le management, les RH, etc.). La plupart des acteurs ont été sensibilisés à l'idée de rationaliser les coûts, avec, par exemple, des cadres de santé rencontrés par la mission qui expliquent qu'elles prêtent désormais beaucoup plus d'attention aux dépenses inutiles et aux commandes de matériel mal évaluées.
- [156] Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission s'accordent pour reconnaître que les pôles ont permis une acculturation réciproque des équipes médicales et de direction, et ils sont unanimes pour reconnaître que l'organisation polaire aura au moins permis de renforcer le dialogue, la solidarité entre services, la connaissance des autres et de l'administration. Le constat est donc que si la mutualisation des moyens, en particulier humains, doit encore être développée, la mise en place des pôles a déjà fait tomber des barrières.

Recommandation n°17 : **Encourager le développement de relations approfondies et directes entre les trios de pôle et les directions fonctionnelles, en utilisant, si nécessaire, les directeurs référents.**

2.4.2. *À l'échelle du pôle, la réalisation de certains projets est facilitée*

- [157] Un des facteurs clés de réussite des pôles est la réalisation de projets qui n'auraient pas été possibles autrement, ou dans des conditions difficiles. Il est important que les pôles puissent porter des projets concrets comme un protocole de recherche, un hôpital de semaine interservices, une plate-forme partagée de médecine ambulatoire. Certains pôles qui ont pu mettre en place des plateaux techniques communs à plusieurs services insistent ainsi sur le caractère révolutionnaire d'une telle opération.
- [158] De même, on observe une forte dynamique interne du pôle lorsque sa mise en place est allée de pair avec des restructurations importantes ou l'installation dans de nouveaux locaux.

[159] Dès que les membres du pôle peuvent constater les bienfaits du changement d'échelle du service au pôle, il y a réussite. Il en est ainsi, avec la solidarité grandissante dans la mutualisation du personnel de soins, dans la réalisation de projets médicaux interservices. À l'inverse, certains contre-exemples illustrent le risque de démobilisation des équipes, comme celui d'un pôle qui est parvenu à convaincre les services de partager une structure d'hospitalisation de semaine qui n'a pas pu être mise en fonctionnement faute de personnel.

Recommandation n°18 : Identifier et valoriser les projets de soins dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité d'un pôle.

[160] Dans les grands établissements, les pôles peuvent donc contribuer à redonner du souffle, à créer de l'existence collective et un sentiment d'appartenance à l'entité, alors même que tous les personnels souffrent du caractère pavillonnaire et éclaté des différents services. Le pôle peut ainsi constituer un nouveau repère, qui ne fait pas disparaître celui du service, mais s'y ajoute.

[161] Il convient néanmoins de noter que le pôle n'est pas toujours le niveau pertinent, notamment dans les petits établissements, puisqu'en fonction de la taille des établissements, des pôles et du niveau de mutualisation qu'il est possible d'atteindre, leur création peut ne représenter que la superposition d'un niveau formel supplémentaire.

2.4.3. Les pôles n'ont pas eu d'impact négatif sur la recherche, et ont même permis à l'occasion quelques évolutions encourageantes

[162] L'impact des pôles sur la recherche est difficile à évaluer. Selon la plupart des interlocuteurs de la mission, l'organisation polaire n'a pas eu d'impact négatif ou positif sur la recherche. À terme cependant, on peut estimer que les pôles sont vraisemblablement un facteur de développement et ce, pour différentes raisons :

- ils permettent aux services de mieux se connaître ;
- ils peuvent héberger des projets pluridisciplinaires ;
- ils peuvent faciliter la diffusion de la culture recherche des services chercheurs aux autres ;
- la recherche peut, le cas échéant, constituer un facteur fort de motivation et de cohésion du pôle, voire de rééquilibrage financier.

[163] A minima, les pôles permettent de développer la perception par l'ensemble des acteurs des activités de recherche (et d'enseignement) au sein des CHU. Mais la mission a aussi rencontré les exemples d'un projet de recherche pluridisciplinaire développé au sein d'un pôle, d'un appel à projets en direction des pôles, de la désignation d'un correspondant recherche au sein des pôles.

[164] Certains pôles ont également regroupé, voire mutualisé des attachés de recherche clinique. Tout cela reste encore en cours de développement mais apparaît encourageant pour l'avenir.

Recommandation n°19 : Identifier, dans les améliorations des découpages des pôles, les ajustements permettant de renforcer la dimension d'enseignement et de recherche des pôles.

Recommandation n°20 : Identifier et valoriser les projets de recherche dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité des pôles.

3. LE BOULEVERSEMENT DE LA GEOMETRIE TRADITIONNELLE DE L'HOPITAL DOIT ETRE ACCOMPAGNE D'UNE ACCULTURATION DES EQUIPES DE DIRECTION A CETTE NOUVELLE GOUVERNANCE

3.1. L'organisation polaire bouleverse la géométrie traditionnelle de l'hôpital

[165] Depuis une trentaine d'années, avec une nette accélération depuis 2005, l'hôpital public a connu de profonds bouleversements de son environnement et de ses modes de fonctionnement. Comme il a été déjà souligné, le passage du budget global à la tarification à l'activité, le développement de la médecine ambulatoire au détriment de l'hospitalisation conventionnelle, la mise en place de plans de retours à l'équilibre pour de nombreux établissements constituent à eux seuls des chocs considérables pour l'organisation hospitalière.

[166] Dans ce contexte, il semble d'autant plus important de maintenir certains repères essentiels, en particulier pour le personnel nombreux de ces établissements³⁵. Ainsi, malgré leur suppression implicite dans la loi HPST, les services demeurent la principale unité de compte et d'appartenance de l'hôpital, le site apparaît souvent comme une réalité physique indépassable et la hiérarchie soignante dont l'avenir semble de fait compromis par l'organisation polaire, est encore une ligne forte d'organisation des établissements.

[167] Sur la nouvelle gouvernance et l'organisation polaire, on a pu observer une vigilance de tous les acteurs pour défendre avec force le principe de l'unité de l'établissement, le besoin de solidarité, de cohérence et en même temps l'expression forte d'un souci de clarification des parcours de décision.

[168] Il peut également être noté une tension entre le souhait de définir une ligne de commandement claire, selon une certaine verticalité, allant du chef d'établissement au chef de pôle, et le besoin d'affirmer plus fortement les enjeux de la solidarité institutionnelle et donc une forme horizontale de fonctionnement.

3.1.1. Combiner l'introduction d'une ligne de commandement claire et la réaffirmation de l'unité institutionnelle

3.1.1.1. Introduire une ligne de commandement claire sans bouleverser les équilibres de l'organisation hospitalière

[169] La coexistence au sein de l'hôpital de nombreuses cultures professionnelles a longuement été analysée et documentée. S'agissant de l'organisation polaire, on constate que chacune d'entre elles est amenée à revoir certains de ses modes traditionnels de fonctionnement. La nouvelle gouvernance demande à tous les acteurs de changer d'axe.

[170] De manière très schématique et sans prétendre épuiser la complexité sociologique de l'hôpital, on peut distinguer, d'une part, les professions à forte culture verticale, hiérarchique, telles que les équipes de direction ou les équipes soignantes et, d'autre part, les professions médicales davantage marquées par la collégialité et l'horizontalité.

³⁵ À ce titre, il est intéressant de noter que pour la plupart des établissements interrogés par la mission, les difficultés les plus importantes rencontrées lors de la mise en place des pôles ont été internes (cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 10).

- [171] Le corps médical, au sein de l'hôpital, organise sa représentation et sa structuration par l'élection et par la reconnaissance entre pairs. Si, en son sein, des éléments hiérarchiques ne sont pas absents, la force de la fonction de chef de service en témoigne, dans le cadre plus large de l'établissement c'est l'élection et l'horizontalité qui le structurent. En tant que chefs de pôle, les médecins doivent se positionner sur une ligne verticale vis-à-vis de la direction qui les nomme et vis-à-vis des chefs de service au sein des pôles, sans considération de critères médicaux mais strictement de gestion et de management. Si la nomination par la direction leur semble nécessaire pour asseoir leur autorité vis-à-vis des chefs de service sur des sujets de gestion, on voit bien que cette posture d'exercice de l'autorité sur un champ qui n'est pas médical est une révolution culturelle notable.
- [172] Les professions soignantes sont, à l'inverse, incitées à « horizontaliser », « transversaliser » une culture et une pratique fortement marquées par la hiérarchie et la verticalité. Les directions des soins, responsables du projet de soins, du repérage des potentiels chez les jeunes professionnels et de la qualité des pratiques soignantes, ont en réalité des fonctions transversales, de conseil et d'expertise. Pour les exercer, elles estiment devoir encore disposer de l'outil vertical par excellence qu'est le pouvoir hiérarchique alors que le système du veto, c'est-à-dire la possibilité simple de s'opposer, serait certainement plus pertinent.
- [173] Pour les directions fonctionnelles, la mise en place de délégations de gestion réelles va supposer un changement de perspective : de directions d'état-major, elles passeront à des plateformes de service auprès des centres de production que sont les pôles. Comme les professions infirmières, elles doivent passer d'une culture verticale forte, dont elles constituaient de surcroît le sommet, à une logique horizontale de prestations de service, de coordination, d'animation. Cela suppose de passer d'une culture de forte concentration des compétences, d'un objectif de « maîtrise » à une culture de la délégation, de la confiance, de l'association du corps médical à la gestion médico-économique de l'établissement.
- [174] La nouvelle gouvernance consacrée dans la loi HPST pourrait donc se heurter à des obstacles d'ordre culturel chez les principales composantes de l'hôpital. On observe en réalité des accommodements raisonnables qui permettent sûrement d'éviter des ruptures : ainsi de nombreux interlocuteurs médicaux de la mission considèrent que la nomination des chefs de pôle par le directeur est en réalité une bonne chose dans la mesure où, de toute façon, il ne pourra raisonnablement les nommer contre la volonté des médecins. De même, conserve-t-on la forme du pouvoir hiérarchique sur les soignants à la direction des soins alors que tout semble indiquer qu'il appartient en réalité aux chefs de pôle. En définitive, c'est comme s'il fallait donner la forme du pouvoir à celui qui justement ne l'a pas, alors que sa réalité appartient au corps médical.
- [175] La situation actuelle est donc particulièrement complexe : les acteurs doivent à la fois intégrer un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital alors que certains vestiges de l'ancienne organisation demeurent pour préserver l'équilibre d'ensemble.
- [176] De nombreux acteurs rencontrés par la mission, aussi bien des chefs de pôles, des cadres soignants, que des organisations syndicales, souhaitent désormais une plus grande clarté des processus de décision. Puisque les pôles sont constitués depuis plusieurs années, leurs chefs désignés, les équipes installées, il est temps de leur confier des marges de gestion et d'autonomie plus grandes. Il apparaît également essentiel, pour la crédibilité des chefs de pôle, que les directions fonctionnelles adaptent en profondeur leur organisation et leur fonctionnement quotidien, par exemple en ne considérant plus les chefs de service comme les seuls interlocuteurs de la communauté médicale.

[177] À cet égard, la mission s'inscrit parfaitement dans la voie proposée par le Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal de Singly à la Ministre de la santé et des sports en septembre 2009 dont la première proposition est ainsi formulée : « définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision ».

Recommandation n°21 : Définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et les positionnements de l'encadrement et les circuits de décision.

3.1.1.2. Si la mise en place des pôles a suscité un besoin de réaffirmer l'unité institutionnelle des établissements, apparaît aujourd'hui la nécessité de coordonner les pôles et d'organiser leurs relations

[178] Au fur et à mesure du découpage en pôles, le besoin de réaffirmer la cohésion et la solidarité des différentes composantes des hôpitaux s'est imposé afin d'éviter la « balkanisation »³⁶.

[179] La recherche de la cohérence d'ensemble de la démarche polaire a souvent été une préoccupation de départ, qui s'est traduite par la formalisation dans des documents institutionnels, validés dans les principales instances de l'institution (Conseil d'administration, conseil exécutif, CME, CTP, etc.). Les centres hospitaliers de Gonesse ou de Carcassonne, mais cela est vrai pour la plupart des établissements rencontrés, ont, par exemple, fourni des contrats types, modifié le règlement intérieur de l'établissement, proposé des chartes de fonctionnement des pôles. Il s'agissait de garantir solennellement l'unité de l'établissement, et, partant, de rassurer les équipes, mais aussi de rappeler les règles s'appliquant à tous, notamment dans le champ des ressources humaines.

[180] Il semble par ailleurs que la mise en place des pôles ait fortement contribué à la diffusion d'une culture institutionnelle, jusque-là assez lointaine, au sein du corps médical et des professions soignantes. De nombreux chefs de pôle et cadres soignants ont évoqué auprès de la mission le fait que les pôles leur ont permis de découvrir, enfin, un établissement dans lequel ils travaillent parfois depuis de très nombreuses années. Certaines équipes de direction insistent d'ailleurs sur leur « réelle surprise devant la capacité des médecins à s'intéresser à l'intérêt général ». La mise en place des pôles a incontestablement contribué au décloisonnement des cultures professionnelles de l'hôpital.

[181] La cohérence de la démarche a également porté sur l'articulation entre le projet d'établissement et les projets de pôle, souvent dans des instances ad hoc (cellules médico-économiques à Lille et à Valenciennes). Il reste maintenant à caler les calendriers des divers outils stratégiques (projets d'établissement et contrats de pôle, contrats avec l'université, CPOM avec l'ARH).

[182] Le développement de la comptabilité analytique, des comptes de résultat de pôle, s'ils sont évidemment nécessaires au pilotage des pôles, portent en germe le risque de rompre la solidarité entre les différentes activités médicales, certaines étant structurellement déficitaires, d'autres structurellement excédentaires. Dans certains établissements, on a veillé à recenser les dépenses exceptionnelles à mutualiser (congés maternité, congés longue maladie, etc.) au-delà de ce qui relève à l'évidence des charges communes. De même, la présentation des budgets en ETP moyen plutôt qu'en coût réel apparaît plus équilibrée.

³⁶ Terme emprunté à de très nombreux interlocuteurs de la mission.

[183] Enfin, certaines stratégies sont mieux définies et défendues à l'échelle de l'établissement qu'à celle du pôle :

- la recherche grâce l'appel à projets en direction des pôles, les projets inter-pôles, les relations avec l'université, etc.
- l'insertion dans le territoire : les pôles pourraient constituer des bastions au sein de l'hôpital, et donc des freins à des coopérations avec d'autres établissements. Aussi bien à Noyon qu'à Draguignan, la mission a pu constater que les découpages polaires avaient, d'emblée, intégré cette dimension, et que, dans le fond, par rapport à la situation antérieure des services, la réduction du nombre d'interlocuteurs internes à l'hôpital pouvait au contraire être un facteur facilitant. Cela étant, la géométrie variable des délégations de gestion d'un établissement à l'autre pourrait poser problème.

Recommandation n°22 : Encourager la diffusion de la culture institutionnelle au sein des équipes de pôle par l'association de leurs responsables aux instances décisionnelles de l'établissement et par la production d'outils resituant leur intervention dans le cadre de celle de l'EPS.

Recommandation n°23 : Maintenir la vigilance sur la cohésion institutionnelle :

- **en articulant les projets de pôle et le projet d'établissement,**
- **en assurant la solidarité financière des pôles par la mutualisation de certaines charges,**
- **en identifiant les domaines relevant de la stratégie de l'institution**

[184] Les pôles devenant progressivement l'unité de compte de l'hôpital, et tout particulièrement dans les quelques établissements ayant consenti de réelles délégations de gestion, il est apparu nécessaire aux chefs d'établissement et aux présidents de CME d'organiser des lieux ou des formes de coordination.

[185] Qu'elles réunissent les chefs de pôle seuls ou les trios de pôle avec les équipes de direction, ces instances échappent difficilement au risque d'être des grand-messes dans lesquelles les directions fonctionnelles peuvent être tentées de désigner les bons ou les mauvais élèves ou se contenter d'être des lieux d'information descendantes (Le Mans). Si les chefs de pôle regrettent le temps que ces instances prennent, ils en reconnaissent l'utilité. D'ailleurs, au sein du CHU de Bordeaux dans lequel une telle instance n'existait pas, une collégiale des chefs de pôle s'est constituée à leur propre initiative car certains d'entre eux, absents des différentes instances de l'établissement (CME, Conseil exécutif), souffraient d'un manque d'informations sur la stratégie générale du CHU. Dans des établissements de taille moyenne, le conseil exécutif joue ce rôle.

[186] Le CHU de Toulouse a ainsi créé un comité de régulation budgétaire paritaire entre les médecins et les directeurs pour préparer les orientations budgétaires et instauré une revue des pôles deux fois par an (question 3 du questionnaire). De même les établissements de Metz, Nîmes, La Réunion, du Mans ont mis en place des assemblées de responsables de pôle (question 65).

[187] Les relations entre les pôles, notamment entre pôles médicaux et pôles médico-techniques, sont encore embryonnaires mais au fur et à mesure de l'affinement de la comptabilité analytique, elles se développent.

[188] Parmi les établissements interrogés par questionnaire (question 76), les établissements de Grenoble, Amiens, Tours et Toulouse évoquent les retraitements de données dans les comptes de résultat des pôles ou les tableaux de bord qui permettent aux chefs de pôle d'avoir une vision plus précise des coûts des différentes prestations. Le centre hospitalier de Valenciennes a mis en place une facturation inter-pôles complète, Grenoble s'y prépare.

- [189] Enfin, si la plupart des établissements interrogés par questionnaire (question 81) réservent la diffusion des informations médico-économiques aux pôles directement concernés, d'autres diffusent plus largement ces informations sur les réseaux internes (Nantes, Amiens, Saint-Etienne, Marseille, Mulhouse, Nice, Dijon, Toulouse) ou dans le cadre de réunions de chefs de pôle (Reims, Le Mans, Sud Francilien).

Recommandation n°24 : Structurer le management des chefs de pôle en créant une instance dédiée.

Recommandation n°25 : Diffuser assez largement l'information concernant les pôles à l'ensemble de leurs responsables.

3.1.2. Le rôle régulateur confié aux soignants dans cette période de transition

3.1.2.1. Le risque de bouleverser tous les repères de la collectivité hospitalière

- [190] Au-delà des évolutions considérables de l'environnement des hôpitaux, l'organisation polaire porte en germe un potentiel de déstructuration majeur de l'entreprise de main d'œuvre qu'est l'hôpital. Aussi bien les organisations syndicales rencontrées par la mission, que les directions d'établissement, les cadres soignants et les chefs de pôle eux-mêmes évoquent l'importance des bouleversements pour les agents liés aux pôles.

- [191] Les pôles sont, en effet, susceptibles de modifier à la fois le contenu du travail de nombreux soignants - en incitant, par exemple, à la polyvalence et à la mutualisation, le lieu - quand le pôle est réparti sur plusieurs sites, l'équipe de travail, et enfin le temps de travail lui-même - la mutualisation entre services pouvant en effet affecter les plannings. Les personnels peuvent donc connaître en même temps des changements d'activité, d'échelle, d'équipe, de lieu, de pratiques professionnelles. En outre, la création des cadres supérieurs de pôle a pu être perçue par les cadres de proximité comme un échelon supplémentaire et susciter des frustrations³⁷. Enfin, les discours liés à la nouvelle gouvernance ont été perçus comme étant essentiellement centrés sur la gestion, les finances, la réalisation d'économies et n'ont donc pas toujours trouvé un écho très large parmi les effectifs très nombreux de soignants.

- [192] S'agissant de l'encadrement administratif des pôles, quand il existe, l'imprécision des fonctions, des profils souhaités, le caractère très limité souvent des délégations de gestion, l'immersion dans une structure de production de soins ont pu constituer des freins aux candidatures, susciter des déceptions, des craintes et des difficultés de positionnement. Les directeurs d'établissement interrogés par questionnaire soulignent d'ailleurs la plus grande réserve de l'encadrement administratif vis-à-vis de l'organisation en pôles et les difficultés qu'ils ont rencontrées pour susciter des vocations de responsables administratifs de pôle³⁸.

- [193] Enfin, la faible expérience de management et de gestion des ressources humaines du corps médical, ainsi que la crainte inspirée aux filières administratives et soignantes sont d'autres freins puissants au déploiement de l'organisation polaire.

³⁷ À l'inverse une partie de l'encadrement soignant a pu accueillir favorablement la plus grande autonomie par rapport à la direction des soins (cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 6.4 du questionnaire).

³⁸ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 6.3.

[194] Dans un tel contexte, on comprend les réserves des organisations syndicales³⁹ à la décentralisation du dialogue social dans les pôles. On comprend également, même si la réalité opérationnelle est différente, que la centralisation du pouvoir hiérarchique sur les personnels soignants ait été préservée.

[195] Qu'il s'agisse de craintes liées à la décentralisation du pouvoir hiérarchique ou de réticences liées à son transfert à des membres du corps médical, la mission n'a pu que constater que la situation sociale et l'organisation actuelle des hôpitaux n'étaient pas suffisamment mûres pour l'envisager dans l'immédiat.

Recommandation n°26 : Veiller au respect des grands équilibres de l'institution

- **en conservant un dialogue social centralisé,**
- **en ne poussant pas la mutualisation des équipes soignantes au-delà de ce qui est socialement soutenable.**

3.1.2.2. Les professions soignantes jouent un rôle majeur et complexe dans l'organisation polaire

[196] En première analyse, la direction des soins est l'énigme de la nouvelle organisation. En réalité, elle porte toutes les ambiguïtés qui ne peuvent encore être levées. Seuls non médecins admis d'emblée au directoire, ils sont également les seuls directeurs qui ne peuvent être issus du corps des directeurs d'hôpitaux. Les directeurs des soins appartiennent au directoire en tant que présidents de la commission des soins, en tant que représentants de 70% des effectifs de l'établissement, au nom de leur expertise et donc non pas en tant que directeur.

[197] Entre le pouvoir financier des directeurs et le pouvoir médical, la hiérarchie soignante exerce, en quelque sorte, une régulation parallèle, à la fois plus sensible que les médecins aux problématiques de gestion, notamment dans le champ des ressources humaines et plus proche que les directions fonctionnelles des réalités de terrain et des logiques de soins.

[198] Le rôle stratégique des directeurs de soins s'est considérablement accru ces dernières années à l'échelle de l'établissement, en même temps que se déployaient les projets de soins, les préoccupations liées à la qualité de la prise en charge des patients. Ce rôle, comme on l'a vu, est essentiellement transversal : respect des règles liées à la qualité des soins, repérage des potentiels, management de projets transversaux d'amélioration de la prise en charge.

[199] Pourtant, ils conservent leur rôle hiérarchique sur l'ensemble des personnels soignants.

[200] En réalité, l'immense majorité des cadres supérieurs de pôle interrogés par la mission considèrent que la personne la mieux à même d'évaluer leur action, leur « patron », est le chef de pôle, même s'il n'appartient pas à la filière soignante. En parallèle, les chefs de pôle ne comprennent pas bien qu'on ne leur reconnaisse pas ce pouvoir managérial sur leur plus proche collaborateur. À cela, les directeurs de soins, souvent rejoints par les directeurs d'établissement, opposent plusieurs réserves :

- le maintien du pouvoir hiérarchique leur permet de mobiliser les cadres supérieurs de santé sur les projets transversaux ; la culture hiérarchique des professions soignantes, si elle permet l'organisation précise des soins, ne se prête pas facilement au management de projets
- le transfert du pouvoir hiérarchique aux chefs de pôle pourra être envisagé quand ils auront fait leurs preuves en matière de management

³⁹ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 6.6.

- l'histoire⁴⁰ récente des professions infirmières est trop marquée par leur émancipation du corps médical pour pouvoir dès aujourd'hui envisager une relation hiérarchique entre médicaux et soignants.

[201] La plupart des directeurs de soins rencontrés ne recueillent pas l'avis du chef de pôle pour l'évaluation des cadres supérieurs, même s'ils ne sont pas opposés au principe et que le partage actuel entre l'autorité fonctionnelle et l'autorité hiérarchique le justifierait.

[202] Cela étant, les directeurs des soins reconnaissent qu'ils n'essaieraient pas de passer outre l'avis d'un chef de pôle pour un recrutement et qu'ils font même en sorte qu'il n'y ait pas de conflit.

[203] En définitive, puisque les cadres de santé considèrent le chef de pôle comme leur véritable patron, que les directions des soins leur apparaissent comme des institutions lointaines déconnectées de leurs pratiques quotidiennes, qui ne l'emporteront pas en cas de conflit avec le chef de pôle, on ne peut qu'envisager à terme d'aller au bout de la logique polaire en confiant aux chefs de pôle l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants. Ce transfert, qui est aujourd'hui l'une de leurs principales attentes, serait le plus sûr moyen d'afficher la ligne de commandement claire que l'ensemble des acteurs de l'hôpital appelle de ses vœux.

Recommandation n°27 : Reporter le transfert inéluctable de l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants des directions des soins aux chefs de pôle à une étape ultérieure.

[204] Dans l'intervalle, la mission considère que la priorité est de donner aux chefs de pôle les compétences et les moyens d'exercer leurs nouvelles responsabilités. Cela suppose que les directions fonctionnelles revoient en profondeur leur mode de fonctionnement et leur positionnement au sein de l'hôpital.

3.2. Les équipes de direction doivent revisiter leur positionnement et leurs métiers

3.2.1. Les réticences des directions fonctionnelles et des équipes de direction aux délégations

3.2.1.1. Un travail important d'acculturation de ces équipes à la nouvelle gouvernance reste à faire

[205] Lors de nombreux entretiens, la mission a pu mesurer les réticences, les réserves, ou encore l'extrême prudence des directions fonctionnelles sur les délégations de gestion. Toutes les directions sont en effet déstabilisées par la mise en place des pôles (particulièrement les DRH et les directions des finances), mais d'une certaine manière, tant qu'il s'est agi de revoir la carte de l'hôpital sans déléguer de compétences ni de moyens, elles ont observé et encouragé même l'organisation polaire. En revanche, quand on évoque de manière précise le contenu des délégations de gestion et les conséquences en termes d'organisation, notamment de redéploiement de moyens, on observe une crispation forte et, dans le fond, un doute que cela se réalise un jour⁴¹.

⁴⁰ C'est l'une des principales difficultés internes identifiées par les directeurs d'établissement interrogés par questionnaire (Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 9).

⁴¹ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 6.2 : forte adhésion des équipes de direction à l'exercice de découpage en pôle et réserves sur les délégations de gestion).

- [206] Ce décalage manifeste entre d'une part, un discours managérial très nourri sur les vertus de la nouvelle gouvernance, sur les nécessaires évolutions du corps médical, maintenu dans l'enfance de la gestion et, d'autre part, une posture immédiate de repli et de méfiance quand on évoque la simple possibilité de déléguer aux chefs de pôle la capacité de recruter des vacataires, est un constat majeur de la mission qui considère que les réticences des directions fonctionnelles constituent aujourd'hui l'un des principaux freins à la progression de l'organisation polaire⁴². Ainsi parmi les principales difficultés internes citées par les directeurs d'établissement interrogés par questionnaire⁴³, on trouve « la résistance des direction de site », « l'évolution organisationnelle et culturelle nécessaire de la direction », « les difficultés de passer d'un mode de fonctionnement à un autre pour les directeurs-adjoints ».
- [207] Schématiquement, plusieurs arguments, plus ou moins convaincants, sont évoqués régulièrement contre le processus de délégation :
- Les chefs de pôle utilisant peu les quelques délégations qui leur ont été consenties, il ne serait pas utile d'aller plus loin.
- [208] Outre que les délégations existantes portant en général sur des objets qui ne permettent pas aux chef de pôle d'exercer leur responsabilité, on conçoit qu'ils ne les utilisent pas⁴⁴, il est troublant de constater qu'en quelque sorte pour les directions fonctionnelles, c'est d'abord aux chefs de pôle de faire la preuve de leur capacité et de leur envie de se voir déléguer des compétences alors que par nature un processus de délégation est descendant. Derrière cette position des directions fonctionnelles, on devine la crainte d'une perte de compétences et d'influence et l'envie de résister.
- Les chefs de pôle sont de grands médecins, ce serait dommage de les transformer en gestionnaires.
- [209] Outre que les chefs de pôle rencontrés semblent tout à fait en mesure de défendre seuls leur identité professionnelle, ce même argument plaide justement pour le transfert dans les pôles de moyens humains de gestion de ces nouvelles compétences.
- Les chefs de pôle sont confrontés à de délicates questions de management médical, les chefs de service tardant à reconnaître leur autorité en matière de gestion et de pilotage médico-économique. Il serait donc prématuré de leur déléguer des compétences qu'ils ne seraient pas en mesure d'exercer.
- [210] Si certains chefs de pôle reconnaissent les difficultés réelles de positionnement de ces nouvelles fonctions au sein du corps médical, ils considèrent au contraire que de réelles délégations de gestion leur permettraient précisément de mieux asseoir leur autorité et leur légitimité vis-à-vis des chefs de service.
- D'autres projets stratégiques prioritaires doivent être menés à leur terme avant d'envisager d'aller plus loin dans les délégations : le territoire de santé, le système d'information et de gestion parfait, la remise à plat des effectifs, la construction d'un nouveau bâtiment.
- [211] Dans cette perspective, les délégations de gestion sont perçues comme l'aboutissement de la nouvelle gouvernance et non comme l'un des éléments du processus de la réorganisation de l'hôpital, sans compter que l'ampleur des projets supposés être menés à leur terme avant de les envisager reporte les délégations de gestion à des horizons éloignés.

⁴² Un chef de pôle gériatrie d'un des CHU visités expliquait ainsi avoir voulu obtenir la fermeture de lits pendant le week-end, avec le renvoi des patients dans les EHPAD jusqu'au lundi, pour mettre en place un système de d'hôpital de semaine. Le changement a été mis en place, et l'absentéisme a de fait fortement diminué le week-end, mais la direction s'oppose néanmoins à la fermeture des lits.

⁴³ Cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 9.

⁴⁴ Un chef de pôle de St Anne évoquait ainsi que les délégations concernant la gestion du linge lui importaient peu, qu'il ne les utilisait donc pas, qu'en revanche, la délégation de mensualités de remplacement recueillerait toute son attention.

[212] Ces réserves des directions d'établissement et de certaines directions fonctionnelles révèlent à la fois des difficultés à accepter le principe même de la déconcentration de la gestion, la peur de ne plus maîtriser l'organisation de l'établissement, le déficit de confiance persistant entre l'administration et le corps médical. En définitive, l'acculturation progressive et inachevée des médecins à la gestion et au pilotage médico-économique ces dernières années gagnerait à être complétée par une acculturation parallèle des équipes de direction au management déconcentré, à la confiance, à la délégation.

Recommandation n°28 : Réaffirmer auprès des équipes de direction le caractère irréversible de la dynamique polaire.

3.2.1.2. Certaines de ces craintes sont légitimes

[213] Schématiquement, la mise en place de la nouvelle gouvernance peut conduire à deux principaux écueils dans le comportement des acteurs :

- le comportement de « cavalier seul » des pôles, que des efforts renouvelés d'affirmation de solidarité institutionnelle peuvent permettre d'éviter ;
- une posture de méfiance et de repli des directions fonctionnelles qui suppose que les directions d'établissement, les tutelles et, dans un proche avenir, les directeurs d'ARS aient à la fois un discours clair sur la réalité du processus de délégation et rassurant sur les conditions de sa mise en œuvre.

[214] Trois principales difficultés ou craintes suscitent une attention particulière :

- la situation financière de nombreux établissements ;
- les délégations en matière de ressources humaines supposent un suivi particulier du climat social ;
- enfin, notamment pour les petits établissements, la délégation de moyens dans les pôles peut être très compliquée voire impossible.

[215] Sur le plan financier, la logique économique n'ayant pas présidé au découpage des pôles, l'un des risques liés au développement de la comptabilité analytique et des comptes de résultat de pôle serait de juger des résultats d'un pôle sur ces seuls résultats financiers, a fortiori de fonder l'intéressement sur ce seul critère. Cela étant, le principal risque perçu par les directions d'établissement est de perdre la maîtrise des différents processus de dépense sans avoir mis en place les alertes permettant d'agir en temps réel. Plusieurs grands établissements visités par la mission (Nantes, Lyon)⁴⁵ ont en effet procédé à la recentralisation de compétences déléguées aux pôles après la défaillance de systèmes d'alerte et la dégradation brutale de la situation financière de l'établissement. Si l'on comprend bien qu'en situation de crise l'on revoit les modes de fonctionnement de l'institution, dans les cas d'espèces, il n'est pas avéré que le processus de déconcentration ait été une cause majeure d'aggravation du déficit et en tout état de cause, l'effet sur la dynamique de délégation de cette recentralisation est évidemment dévastateur. La « confiance » dans les acteurs et dans les outils de suivi n'était à l'évidence pas suffisante.

[216] Sur le plan des ressources humaines, on enregistre des craintes répandues sur la faculté des chefs de pôle à respecter la réglementation sur le temps de travail, la consultation des instances etc. Il peut aussi y avoir des orientations institutionnelles, sur les transformations d'emplois soignants notamment, qui limiteraient la portée opérationnelle de délégations. Ainsi, on voit bien que la principale attente des chefs de pôle, si elle est légitime, n'est pas évidente à mettre en œuvre et suppose un travail conséquent des directions des ressources humaines, une sensibilisation forte des chefs de pôle et vraisemblablement la délégation dans les pôles de moyens.

⁴⁵ Un établissement non visité mais interrogé par questionnaire (Brest) précise que la mise en œuvre des délégations prévues n'a pas été effective, du fait des l'élaboration d'un plan de retour à l'équilibre (question 64).

- [217] La délégation de moyens est précisément la principale difficulté rencontrée dans les établissements de taille réduite ou moyenne. La dérogation accordée par le directeur de l'ARS peut alors avoir tout son sens.

Recommandation n°29 : Identifier précisément les zones de risques des délégations de gestion, organiser les alertes en conséquence et prévoir les cas de recentralisation.

3.2.1.3. Revisiter leur rôle et leur positionnement

- [218] Certains directeurs reconnaissent qu'ils ne sont pas encore organisés pour déléguer des moyens et que leur équipe de direction est très réticente à déléguer ce qui constitue leur « cœur de métier ».

- [219] La transformation du rôle des directions fonctionnelles n'est pas simple, il faudrait qu'un discours structuré soit tenu et respecté par les autorités de nomination, de tutelle et le management des établissements, comme on l'a fait pour les médecins devenus pilotes de la gestion médico-économique. Cette question semble avoir été assez souvent évitée par les chefs d'établissement qui ont rarement demandé à leurs équipes de direction de réfléchir à leur propre positionnement dans la nouvelle gouvernance. Elles deviennent des directions supports, doivent développer des relations clients avec les pôles. On observe d'ailleurs que cette révolution culturelle est plus naturelle pour les directions des services économiques que pour les directions des finances et des ressources humaines qui se vivent encore comme l'état-major de l'hôpital. On ne délègue que ce que l'on peut contrôler certes, mais alors dans ce cas, c'est bien aux directions fonctionnelles de faire leur mue pour s'adapter à la nouvelle gouvernance.

- [220] Dans les années qui viennent, on va assister à des évolutions profondes du métier de directeur d'hôpital, qu'il faudrait accompagner. L'EHESP peut jouer un rôle évident pour les nouveaux directeurs mais son action pourrait être étendue aux directeurs en activité (cf. infra). Plusieurs directeurs fonctionnels, souvent des DRH, ont engagé un travail d'acculturation progressive des équipes de pôle, en animant par exemple le réseau des cadres de gestion⁴⁶, en sensibilisant les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle à certains enjeux (dialogue social, effectifs), l'objectif étant dans un premier temps de partager le même langage⁴⁷. Assez souvent, même s'il n'y a pas de délégations de gestion, on prend désormais en compte l'avis des chefs de pôle dans diverses commissions d'attribution de moyens (investissement, équipement mobilier, formation, etc.).

- [221] La notion même d'équipe de direction de l'hôpital va vraisemblablement évoluer. Le management des chefs de pôle eux-mêmes gagnerait à relever du Directeur lui-même.⁴⁸

Recommandation n°30 : Engager chaque équipe de direction dans un travail d'identification précise des compétences et des moyens à déléguer. Inscrire ces objectifs dans les fiches annuelles d'évaluation.

Recommandation n°31 : Définir et respecter le calendrier de délégation.

Recommandation n°32 : Redéfinir les contours de l'équipe de direction en fonction de l'organisation polaire.

⁴⁶ La DRH des HCL, récemment arrivée, a mis en place de manière informelle une animation des assistants de gestion des pôles, jusque-là « livrés à eux-mêmes ».

⁴⁷ Le projet social du CH de Carcassonne a ainsi été revisité pour intégrer l'organisation polaire et anticiper les délégations de gestion dans le champ des ressources humaines.

⁴⁸ Au CH de Valenciennes, deux directeurs adjoints sont placés en position d'arbitre en cas de conflit entre les pôles et les directions fonctionnelles ; aux HCL, un DGA est désigné comme l'interlocuteur privilégié des chefs de pôle et le directeur général rencontre chaque chef de pôle deux fois par an. Les CH de Gonesse et de Carcassonne ont identifié au sein de l'équipe de direction un coordonnateur de la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Recommandation n°33 : Accompagner les équipes de direction dans l'évolution de leur positionnement par des formations.

3.2.2. Les conditions

3.2.2.1. Directions de site, directeurs référents, délégués : clarifier la carte de l'hôpital

[222] 80% des établissements interrogés par questionnaire ont désigné des directeurs référents de pôle, ou directeurs délégués. Leur rôle est défini par leur titre de « référent » : ils réfèrent au Directeur de ce qui se passe dans le pôle et réfèrent au chef de pôle des décisions de la direction.

Ainsi au CHU de Lille :

« Le Directeur délégué aux pôles d'activité représente la direction générale auprès des pôles d'activités cliniques et médico-techniques dont il a la charge. Il ne fait donc pas partie de l'équipe managériale du pôle en tant que tel. Il a pour mission de :

- Veiller au respect des principes institutionnels ainsi qu'à la mise en œuvre des projets tels qu'ils sont définis dans le projet d'établissement ;
- Accompagner le responsable de pôle dans son management des projets ;
- Assurer un rôle d'interface avec la direction générale et les directions de ressources.

Pour ce faire, le Directeur délégué aux pôles :

- Favorise au sein des pôles d'activité la compréhension et l'appropriation des enjeux institutionnels (par le biais des instances du pôle notamment)
- Impulse des projets en déclinaison de la politique institutionnelle et favorise le pilotage direct des projets du pôle par le trio managérial.
- Dans le cadre de la démarche de contractualisation interne, négocie avec le pôle les objectifs à atteindre en déclinaison de la politique institutionnelle et assure un suivi du respect de ces objectifs.

Le Directeur délégué aux pôles développe ainsi une expertise concernant les activités médicales et l'analyse médico-économique des projets.

Le Directeur délégué aux pôles représente également le Directeur Général auprès des partenaires extérieurs et des usagers. Il assure un dialogue social de proximité.

Les Directeurs délégués aux pôles sont, du fait même de leur positionnement « hors pôle », référents pour plusieurs pôles d'activité cliniques ou médico-techniques. Ils exercent souvent des missions de Directeur projet sur des thématiques institutionnelles transversales (ex : ambulatoire, réanimation, blocs opératoires, etc.) et peuvent également assurer d'autres fonctions de direction (au sein des départements de ressources notamment). »

[223] L'ambivalence de la fonction de directeur référent est assez révélatrice du fait que l'organisation polaire en est au milieu du gué.

[224] Leur existence peut, en effet, dispenser d'allouer les moyens de gestion nécessaires au pôle alors même que la disponibilité du directeur référent ne suffit évidemment pas à la gestion quotidienne.

- [225] Le directeur référent peut aussi contribuer à maintenir une distance entre les pôles et les directions fonctionnelles, et entretenir l'idée générale que les médecins ne sont pas autonomes, pas assez mûrs⁴⁹ pour piloter la gestion médico-économique de leur pôle. Dans certains établissements, les relations avec les directions fonctionnelles transitent nécessairement par le directeur référent, qui peut même être amené à représenter le pôle dans des instances de décision sans que le chef de pôle ne soit associé.
- [226] Cela étant, les directeurs référents peuvent jouer un rôle précieux de conseil et d'accompagnement des chefs de pôle, les sensibiliser aux enjeux institutionnels et en définitive contribuer au maintien de l'unité institutionnelle. Plusieurs chefs de pôle rencontrés apprécient le fait d'avoir un interlocuteur privilégié auquel ils peuvent demander conseil, assistance et qui limite ainsi l'isolement de la fonction. Certains estiment même nécessaire de maintenir cette bienveillante tutelle sur le corps médical pour éviter des comportements de cavalier seul.
- [227] Sans que l'on puisse tirer des conclusions définitives sur la pertinence de cette fonction, la mission a pu constater que selon les établissements, le climat de confiance ou de défiance entourant l'organisation polaire, le directeur référent se voyait confier un rôle tout à fait conséquent. On peut imaginer que cette fonction a une vocation transitoire et que dans quelques années, elle aura disparu.
- [228] La mise en place des pôles ne donne pas toujours l'occasion d'une simplification, elle peut au contraire apparaître comme la création d'un échelon supplémentaire d'abord parce que dans les pôles, on n'a pas supprimé les services, mais aussi parce que les directions fonctionnelles et les directions de site n'ont pas évolué. Dans d'autres cas, on reconnaît qu'en diminuant le nombre d'interlocuteurs sur un certain nombre de sujets cela a pu être un facteur de simplification et d'accélération de certains processus de décision.
- [229] Dans les grands établissements, l'existence de plusieurs sites complique considérablement l'articulation entre directions fonctionnelles, directions de site ou directions inter-site, chefs de pôle et parfois directeurs référents. La persistance au sein des directions de site de directions des soins, de directions des ressources humaines, direction des finances complique encore le processus de délégation. Au CHU de Nantes qui a supprimé les directions de site mais créé des directeurs de plateformes (référents de pôles répartis sur plusieurs sites), au CHU de Bordeaux qui a maintenu en l'état les directions de site, sans aucun doute la véritable unité de compte de cet hôpital, les équipes de pôle sont confrontées à une multiplicité d'interlocuteurs qui veillent à préserver leur champs de compétences et leurs moyens.
- [230] Même si les visites dans les établissements conduisent la mission à considérer illusoire et dangereuse la négation des réalités géographiques, les échanges avec l'ensemble des interlocuteurs amènent à s'interroger sur la persistance de directions de site au même format qu'avant l'organisation polaire et à promouvoir le redéploiement de leurs moyens dans les pôles.

Recommandation n°34 : Affirmer le caractère transitoire, si elle est nécessaire, de la fonction de directeur référent.

Recommandation n°35 : Engager avec les directions de site le même travail qu'avec les directions fonctionnelles d'inventaire des compétences et des moyens à déléguer.

⁴⁹ Lors d'un entretien, une directrice référente d'un pôle très important comparait ainsi le directeur de l'établissement au parent adulte, le pôle à un enfant, sa responsabilité étant de traduire en termes « adultes » les demandes – que l'on suppose puériles ou naïves – du pôle.

3.2.2.2. Pour une géométrie variable des délégations de gestion

- [231] L'une des principales difficultés rencontrées par les établissements dans la mise en place des délégations de gestion réside dans l'hétérogénéité des degrés de « maturité » ou même d'intérêt des chefs ou trios de pôle pour la gestion. On rencontre en effet dans un même établissement certains pôles très structurés, animés par des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé soucieux de s'impliquer dans la gestion des finances et des ressources du pôle et d'autres dont la cohérence médicale ou sociale est moins forte, dont les responsables se satisfont d'un niveau très léger de délégation. Les directions d'établissement invoquent souvent, pour aller plus loin, la nécessité d'attendre que tous les pôles soient « à niveau ». Outre qu'il n'est pas certain que cet horizon soit proche, la mission a pu observer, pour les pôles prêts, une profonde lassitude, un vrai désenchantement après plusieurs années passées à attendre des délégations qui ne viennent pas⁵⁰.
- [232] Quand les chefs de pôle souhaiteraient des délégations à la carte, les directions elles ont tendance à imaginer un menu uniforme pour tous les pôles.
- [233] Si on comprend bien qu'à l'échelle d'un établissement, les directions fonctionnelles ne peuvent ajuster leur fonctionnement à chacun des pôles, certains établissements ont imaginé plusieurs niveaux de délégation, selon précisément la maturité des pôles, leur appropriation des enjeux du pilotage médico-économique. Il s'agit en quelque sorte d'offrir plusieurs « menus » de délégations.

Recommandation n°36 : Identifier plusieurs niveaux de délégations possibles.

3.2.2.3. Lever la confusion entre la démarche de contractualisation et celle de délégation

- [234] L'énergie dépensée dans les établissements pour concevoir et lancer la dynamique contractuelle est sans commune mesure avec les résultats atteints : à peine un quart des pôles des établissements interrogés par questionnaire, soit 200 sur 800, avaient signé un contrat de pôle début 2009⁵¹ alors même que la plupart ont été élaborés (question 57) et qu'ils ont, dans plus de la moitié des établissements interrogés, été précédés d'un projet de pôle (question 68). Les chefs de pôle et les directeurs rencontrés indiquent que c'est en général sur les objectifs d'activité ou les moyens mis à disposition que la discussion achoppe.
- [235] On peut s'interroger sur la pertinence de la forme contractuelle : entre un directeur et l'un de ses collaborateurs, au sein de la même entité, et alors même que l'on agite régulièrement l'épouvantail de la « balkanisation de l'hôpital », une lettre de mission, évidemment discutée, serait plus claire. Le contrat suppose l'égalité des parties, ce n'est à l'évidence pas le cas puisque l'une nomme l'autre, et entretient ainsi l'illusion d'une négociation équilibrée, alors qu'elle ne peut pas l'être complètement, même si elle est menée en bonne intelligence.
- [236] Les médecins, alors même qu'ils s'acquittent de leur responsabilité de chef de pôle dans des conditions parfois difficiles, ne souhaitent pas signer un contrat dans la négociation duquel ils ne jouent pas à jeu égal avec la direction. De son côté, la direction attend que les médecins signent.
- [237] Puisque les médecins ne souhaitent pas apposer leur signature sur les contrats mais assument de fait les conséquences de son contenu, pourquoi ne pas clarifier la situation en transformant ces contrats en lettres de mission ?

⁵⁰ Cette hétérogénéité concerne la plupart des établissements visités. Elle est apparue particulièrement forte au CH de Carcassonne.

⁵¹ 330 devaient l'être au 1^{er} janvier 2010, soit encore moins de la moitié (cf. annexe n°2 : synthèse des réponses à l'enquête IGAS « Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS », question 16).

[238] En tout état de cause, si la forme contractuelle, confirmée par la loi HPST, devait subsister, les délégations de gestion, quant à elles, devraient en être exclues. La délégation de gestion ou de compétence est sans aucun doute un acte d'autorité, idéalement précédée d'une concertation sur les termes et le contenu, et qui peut être reprise à tout moment. Cependant, une délégation à l'inverse du contrat de pôle doit être claire, transmise et publique. C'est la raison pour laquelle la mission recommande vivement de l'exclure du contrat, à l'instar de ce qui est fait au CH de Valenciennes⁵². Ce dernier est même allé jusqu'à prévoir des délégations de signature.

Recommandation n°37 : Sortir les délégations de gestion du champ des contrats de pôle.

4. CONCLUSION

[239] La mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique est incontestablement une réforme de fond dont le retentissement, dans la gestion des grands établissements hospitaliers, est manifestement compris sans pour autant avoir été, partout, mis en œuvre de façon homogène.

[240] Il ne pouvait en être autrement dans la mesure où les EPS, par leur autonomie et leur culture, ont chacun leur particularité.

[241] L'abandon de la notion de service, structurante de l'identité médicale, couplé au principe de confier la responsabilité de décisions de gestion au corps médical et soignant, ne saurait se réaliser en quelques mois ou même en quelques années.

[242] Beaucoup reste à faire : les mentalités évoluent, l'investissement des acteurs semble réel, mais la réforme est loin d'être aboutie. La mission considère que les indicateurs de succès seraient :

- Des délégations de gestion conséquentes, portant sur l'ensemble des dépenses de l'établissement et accompagnées de délégations de signature⁵³ ;
- Des prestations inter-pôles valorisées dans les comptes de résultat des pôles. Cette démarche est indispensable si l'on veut responsabiliser le corps médical sur l'importance des prescriptions d'actes ;
- Un intéressement portant de manière différenciée sur les recettes et sur les dépenses, réellement mis en œuvre, quel que soit le résultat financier global de l'établissement ;
- Des tableaux de bord de pôles construits à partir des besoins des pôles ;
- En matière de ressources humaines, les moyens affectés aux pôles conséquents en quantité et en qualité⁵⁴. La mesure de ces redéploiements doit faire l'objet d'une réflexion approfondie de la part des équipes de direction qui doivent montrer à cette occasion leur capacité à innover dans le domaine du management ;
- L'appropriation par le corps médical de la suppression du service comme territoire de gestion, même s'il doit survivre pour la formation et repère pour le patient⁵⁵ ;
- Enfin, dans les grands établissements, tout ce qui ressemble à un site hospitalier est un obstacle majeur à la mise en place de la réforme.

⁵² L'établissement qui allé le plus loin dans l'organisation polaire est précisément celui qui a consacré plus de temps à la mise en œuvre qu'à la réflexion, qui a clairement distingué ce qui relevait d'une démarche contractuelle et ce qui relevait de la délégation unilatérale et qui a d'emblée associé à ces délégations de gestion des délégations de moyens conséquents. A titre d'exemple, un tiers des effectifs de la DRH (soit 11 agents sur 29) ont été redéployés dans les pôles.

⁵³ En pièce jointe, celle du CH de Valenciennes.

⁵⁴ Toujours au CH de Valenciennes, 11 agents sur les 28 affectés à la DRH ont été transférés dans les pôles.

⁵⁵ Le CH du Mans et celui de Grenoble ont supprimé les services.

[243] La mission considère que la poursuite de cette réforme étant essentiellement liée à l'évolution du management hospitalier au sein même des établissements, l'édiction de nouveaux textes ne lui apparaît pas nécessaire. C'est aussi la raison pour laquelle les recommandations de ce rapport sont essentiellement destinées aux chefs d'établissements et à leurs équipes. D'ailleurs, elles sont plutôt des conseils, des méthodes et des pistes de management que chacun pourra s'approprier selon les caractéristiques de chaque établissement.

[244] Cette réforme mériterait cependant des autorités de tutelle un accompagnement à la mesure de son importance. Il convient donc de mobiliser également les acteurs que sont la DHOS, les ARS et l'EHESP. Un programme conséquent d'accompagnement en termes de formation et d'outils doit être mis en œuvre. Les objectifs des cadres de direction doivent également être clairement orientés sur leur capacité à accompagner cette réforme majeure de gestion.

Orianne TERCERIE,

Guy VALLET,

Hayet ZEGGAR

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorités responsables	Échéance
1	Affirmer le passage à la deuxième étape de la mise en place de l'organisation polaire, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles médicaux et médico-techniques.	Chefs d'établissements	2010 - 2011
2	Fonder l'intéressement des pôles sur une approche de leur performance globale : - ne pas le fonder sur le résultat financier net, tenir compte de manière distincte des efforts de maîtrise des dépenses d'une part, de développement des recettes d'autre part - enrichir cette analyse de la prise en compte d'objectifs d'organisation, de management, de conduite de projets médicaux et soignants et de qualité.	Chefs d'établissements Directeurs des affaires financières	2010 - 2011
3	Prévoir des échéances régulières de révision du découpage des pôles, tous les 5 ans par exemple.	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2015
4	Rattacher les cadres de gestion aux chefs de pôle et non plus aux directions fonctionnelles ou directions de site	Chefs d'établissements DRH	2010
5	Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle	Chefs d'établissements Contrôle de gestion	2010
6	Investir de réelles compétences de gestion au sein même des pôles en redéployant des cadres de gestion	Chefs d'établissements DRH	2010
7	Maintenir au sein des pôles des espaces d'information et d'expression collectives.	Chefs d'établissements Directoire	2010
8	Prévoir un intéressement des pôles, même si l'établissement est en déficit et que son montant peut apparaître symbolique	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2011
9	Soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles, sans imposer de schéma unique d'organisation.	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2011
10	Associer les cadres de proximité aux réflexions sur les révisions des découpages des pôles.	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2015
11	Accompagner les chefs de pôle dans le management du corps médical en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés	Chefs d'établissements Directoire	2010
12	Accorder du temps médical détaché en compensation du temps passé à la chefferie de pôle	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2011
13	Développer et systématiser les formations des chefs de pôle en gestion budgétaire et financière et en management. Y associer, le cas échéant, le trio de pôle	DRH et DAM	2010 - 2011
14	Assortir la mise en œuvre de la part variable des chefs de pôle d'un certain nombre de garanties (clarté et mesure de la réalisation des objectifs).	Chefs d'établissements	2010 - 2011
15	Examiner en priorité, parmi les délégations de gestion, celles qui relèvent du champ des ressources humaines	Chefs d'établissements DRH	2010

16	Inciter les directions fonctionnelles à tirer toutes les conséquences de la création des pôles depuis 2005 et de la suppression des services, en évitant de court-circuiter les chefs de pôle.	Chefs d'établissements Ensemble des directions fonctionnelles	2010
17	Encourager le développement de relations approfondies et directes entre les trios de pôle et les directions fonctionnelles, en utilisant, si nécessaire, les directeurs référents.	Chefs d'établissements Ensemble des directions fonctionnelles et directeurs référents	2010
18	Identifier et valoriser les projets de soins dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité d'un pôle.	Chefs d'établissements Directoire	2010
19	Identifier, dans les améliorations des découpages des pôles, les ajustements permettant de renforcer la dimension d'enseignement et de recherche des pôles.	Chefs d'établissements Directoire, Université	2010
20	Identifier et valoriser les projets de recherche dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité des pôles.	Chefs d'établissements Directoire, Université	2010
21	Définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et les positionnements de l'encadrement et les circuits de décision.	Chefs d'établissements Direction des soins	2010
22	Encourager la diffusion de la culture institutionnelle au sein des équipes de pôle par l'association de leurs responsables aux instances décisionnelles de l'établissement et par la production d'outils resituant leur intervention dans le cadre de celle de l'EPS.	Chefs d'établissements Directoire, Direction de la communication	2010 - 2011
23	Maintenir la vigilance sur la cohésion institutionnelle : - en articulant les projets de pôle et le projet d'établissement, - en assurant la solidarité financière des pôles par la mutualisation de certaines charges, - en identifiant les domaines relevant de la stratégie de l'institution	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2011
24	Structurer le management des chefs de pôle en créant une instance dédiée.	Chefs d'établissements Directoire	2010
25	Diffuser assez largement l'information concernant les pôles à l'ensemble de leurs responsables.	Chefs d'établissements Directoire	2010
26	Veiller au respect des grands équilibres de l'institution : - en conservant un dialogue social centralisé, - en ne poussant pas la mutualisation des équipes soignantes au-delà de ce qui est socialement soutenable.	Chefs d'établissements des EPS, Directoire, DRH, CTE	2010
27	Reporter le transfert inéluctable de l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants des directions des soins aux chefs de pôle à une étape ultérieure.	Chefs d'établissements Directoire, DRH, CTE	2011 - 2015
28	Réaffirmer auprès des équipes de direction le caractère irréversible de la dynamique polaire.	DHOS, ARS, Chefs d'établissements	2010
29	Identifier précisément les zones de risques des délégations de gestion, organiser les alertes en conséquence et prévoir les cas de recentralisation.	Chefs d'établissements, Directoire, Direction du contrôle de gestion	2010
30	Engager chaque équipe de direction dans un travail d'identification précise des compétences et des moyens	Chefs d'établissements Ensemble des	2010

	à déléguer. Inscrire ces objectifs dans les fiches annuelles d'évaluation.	directions	
31	Définir et respecter le calendrier de délégation.	Chefs d'établissements	2010
32	Redéfinir les contours de l'équipe de direction en fonction de l'organisation polaire.	Chefs d'établissements	2010
33	Accompagner les équipes de direction dans l'évolution de leur positionnement par des formations.	DHOS, ARS	2010 - 2011
34	Affirmer le caractère transitoire, si elle est nécessaire, de la fonction de directeur référent.	Chefs d'établissements	2010 - 2015
35	Engager avec les directions de site le même travail qu'avec les directions fonctionnelles d'inventaire des compétences et des moyens à déléguer.	Chefs d'établissements Direction de sites	2010
36	Identifier plusieurs niveaux de délégations possibles.	Chefs d'établissements Directoire	2010
37	Sortir les délégations de gestion du champ des contrats de pôle.	Chefs d'établissements Directoire	2010 - 2011

Classement des propositions de la mission

1. MANAGEMENT GLOBAL DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

1 - Affirmer le passage à la deuxième étape de la mise en place de l'organisation polaire, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles médicaux et médico-techniques ;

7 - Maintenir au sein des pôles des espaces d'information et d'expression collectives ;

18 - Identifier et valoriser les projets de soins dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité d'un pôle ;

20 - Identifier et valoriser les projets de recherche dont la réalisation a été rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité des pôles ;

21 - Définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et les positionnements de l'encadrement et les circuits de décision ;

22 - Encourager la diffusion de la culture institutionnelle au sein des équipes de pôle par l'association de leurs responsables aux instances décisionnelles de l'établissement et par la production d'outils resituant leur intervention dans le cadre de celle de l'EPS ;

23 - Maintenir la vigilance sur la cohésion institutionnelle :

- en articulant les projets de pôle et le projet d'établissement,
- en assurant la solidarité financière des pôles par la mutualisation de certaines charges,
- en identifiant les domaines relevant de la stratégie de l'institution.

24- Structurer le management des chefs de pôle en créant une instance dédiée ;

25- Diffuser assez largement l'information concernant les pôles à l'ensemble de leurs responsables ;

- 26 - Veiller au respect des grands équilibres de l'institution :
- en conservant un dialogue social centralisé,
 - en ne poussant pas la mutualisation des équipes soignantes au-delà de ce qui est socialement soutenable.

27 - Reporter le transfert inéluctable de l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants des directions des soins aux chefs de pôle à une étape ultérieure ;

2. DECOUPAGES

3 - Prévoir des échéances régulières de révision du découpage des pôles, tous les 5 ans par exemple ;

10 - Associer les cadres de proximité aux réflexions sur ces révisions des découpages ;

19 - Identifier les ajustements permettant de renforcer la dimension enseignement-recherche des pôles ;

3. ACCOMPAGNER LES CHEFS DE POLE

9 - Soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles, sans imposer de schéma d'organisation ;

11 - Accompagner les chefs de pôle dans le management du corps médical au sein du pôle en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés ;

12 - Accorder du temps médical détaché en compensation du temps passé à la chefferie de pôle ;

13 - Développer et systématiser les formations des chefs de pôle en gestion budgétaire et financière et en management. Y associer le cas échéant le trio de pôle ;

14 - Assortir la mise en œuvre de la part variable des chefs de pôle d'un certain nombre de garanties (clarté et mesure de la réalisation des objectifs) ;

4. DELEGATIONS DE GESTION

15 - Examiner en priorité, parmi les délégations de gestion, celles qui relèvent du champ des ressources humaines ;

29 - Identifier précisément les zones de risques des délégations de gestion, organiser les alertes en conséquence, et prévoir les cas de recentralisation ;

31 - Définir et respecter le calendrier de délégation ;

36 - Identifier plusieurs niveaux de délégations possibles en fonction de l'avancement des pôles ;

37 - Sortir les délégations de gestion du champ des contrats de pôle ;

5. MOYENS/OUTILS DE GESTION

4 - Rattacher les cadres de gestion aux chefs de pôle et non plus aux directions fonctionnelles ou directions de site ;

- 5 - Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle ;
- 6 - Investir de réelles compétences de gestion au sein même des pôles en redéployant des cadres de gestion ;

6. INTERESSEMENT

- 2 - Fonder l'intéressement des pôles sur une approche de leur performance globale ;
 - ne pas le fonder sur le résultat financier net, tenir compte de manière distincte des efforts de maîtrise des dépenses d'une part, de développement des recettes d'autre part,
 - enrichir cette analyse de la prise en compte d'objectifs d'organisation, de management, de conduite de projets médicaux et soignants et de qualité.
- 8 - Prévoir un intéressement, même faible, même si l'établissement est en déficit ;

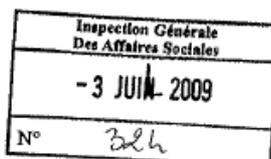
7. DIRECTIONS FONCTIONNELLES

- 16 - Inciter les directions fonctionnelles à tirer toutes les conséquences de la création des pôles depuis 2005 et de la suppression des services, en évitant de court-circuiter la nouvelle organisation ;
- 17 - Encourager le développement de relations approfondies et directes entre les trios de pôle et les directions fonctionnelles, en utilisant, en tant que de besoins les directeurs référents ;
- 28 - Réaffirmer auprès des équipes de direction le caractère irréversible de la dynamique polaire ;
- 30 - Engager chaque équipe de direction dans un travail d'identification précise des compétences et des moyens à déléguer. Inscire ces objectifs dans les fiches annuelles d'évaluation ;
- 32 - Redéfinir les contours de l'équipe de direction en fonction de l'organisation polaire ;
- 33 - Accompagner les équipes de direction dans l'évolution de leur positionnement par des formations ;
- 34 - Affirmer le caractère transitoire, si elle est nécessaire, de la fonction de directeur référent ;
- 35 - Engager avec les directions de site le travail envisagé avec les directions fonctionnelles d'inventaire des compétences et des moyens à déléguer ;

Lettre de mission



Ministère de la Santé et des Sports



Paris, le 6002 7009 2 0

La Ministre
CAB RBN/HdB/RN/Me-D.09-5325

Monsieur le chef de service,

L'organisation performante des établissements publics de santé, reposant notamment sur les pôles d'activité, est au cœur du volet « modernisation des établissements de santé » de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'organisation en pôles répond à une logique de simplification et de déconcentration. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité, ainsi que les délégations de gestion accordées à leurs responsables, ont été conçus pour favoriser le développement d'un travail disciplinaire au sein des établissements et pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La dynamique créée par la nouvelle gouvernance des établissements de santé issue de la réforme de 2005 a ainsi permis de confirmer les pôles comme lieux de développement de stratégies médicales coordonnées et comme entités de gestion de taille pertinente.

A l'heure où la loi HPST va entrer dans sa phase de mise en œuvre opérationnelle dans les établissements, il importe de pouvoir capitaliser leur expérience acquise ces dernières années en matière d'organisation interne des pôles et de délégation de gestion.

C'est dans ce cadre que je souhaite confier à l'IGAS une mission qui aura pour objet de dresser un bilan de l'organisation en pôles et des délégations de gestion mises en place depuis 2005, notamment dans les plus grands établissements. Vous vous attacherez à apprécier les effets de l'organisation en pôle d'activité et de la contractualisation interne sur la prise en charge des patients.

Au-delà des éléments de diagnostic et de bilan, vous veillerez surtout à orienter vos analyses vers des recommandations concrètes dans la perspective de la mise en place de la loi HPST.

Vous voudrez bien m'adresser vos conclusions pour le 15 septembre 2009.

Veillez agréer, monsieur le chef de service, l'expression de mes salutations distinguées.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Monsieur André NUTTE
Chef de l'IGAS
Tour Mirabeau
39-43, Quai André Citroën
75015 - PARIS

Liste des personnes rencontrées

1. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE (59)

- BERTRAND Renaud, Directeur délégué du Pôle de l'appareil locomoteur
- COLARD Michel, Cadre Supérieure de Santé, responsable du Pôle de Gériatrie
- COTTON Sandrine, Directrice référente du Pôle de Gériatrie
- DELMOTTE Didier, Directeur Général
- DONIUS Bruno, Directeur Général Adjoint
- Dr NELKEN Brigitte, Membre du Conseil Exécutif
- Dr RIGOT Jean-Marc, Vice-président de la CME, Président de la Sous-commission des Structures et de leur Gouvernance
- LAMBERT Delphine, Délégué au Contrôle de Gestion Stratégique
- LEBURGUE Fabrice, Directeur des Affaires Médicales
- NEIRINCK Anne-Sophie, Déléguée à la Stratégie Médicale
- Pr DESTEE Alain, Président de la CME
- Pr FRANCKE Jean-Paul, Doyen de la Faculté de Médecine
- Pr MIGAUD Henri, Responsable du Pôle de l'appareil locomoteur
- Pr PUISIEUX François, Responsable de Pôle de Gériatrie
- Pr ROUSSEAUX Jean, Responsable de la Fédération de Biologie
- Pr VALLET Benoît, Membre du Conseil Exécutif et de la Fédération Médico-Économique
- Pr VERMERSCH Patrick, Président du Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique
- SERVEAUX Freddy, Directeur du Département des Ressources Humaines
- VAAST Hélène, Déléguée aux Structures et aux Coopérations
- VANDEWOESTYNE Philippe, Directeur délégué de la Fédération de Biologie
- WALBECQ Jean-Luc, Directeur du Département des Ressources Physiques

2. CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES (59)

- BEUCHER Jean-Claude, Directeur de la Logistique
- CHIAMPI Dominique, Cadre Supérieur de Santé, pôle 11
- CLERBOIS Isabelle, Secrétaire du syndicat C.F.D.T.
- DEHAY Daniel, Cadre Médico-Technique, pôle Biologie-hygiène
- DELESCAUT Jean-Paul, Secrétaire du syndicat C.G.T.
- DEMARETS James, Cadre Administratif, Psychiatrie
- DESMYTTERE Vivianne, Directeur de la Stratégie
- Dr BERTEZ Bernard, Responsable du pôle Chirurgie
- Dr BISIAU Hervé, Vice-président de C.M.E
- Dr BLOCK Sylvie, Responsable de pôle, Pôle Cancérologie-Spécialités Médicales
- Dr COCHE Régis, Chef de Service, Urgences
- Dr DEPREZ Xavier, Chef de service, Rhumatologie
- Dr FONTAINE Sylvie, Responsable du pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie
- Dr GIRARD-BUTTAZ Isabelle, Responsable du pôle 11
- Dr LERNOUT Bruno, Praticien Hospitalier, Chirurgie Vasculaire
- Dr LORIDON François, Chef de Service, Psychiatrie
- Dr REVILLION Jean-Jacques, Chef de Service, Psychiatrie

- Dr SABOUNTCHI Thierry, Président de C.M.E.
- Dr THOMAZEAU Éric, Chef de service, Psychiatrie
- FAGNIARD Florine Cadre Administratif du pôle 11
- GUICHETEAU Jean, Directeur des Finances et du Système d'Information
- JACSON Patrick, Directeur Adjoint
- LANSIAUX, Gérard, Cadre Supérieur de Santé, Psychiatrie
- LEJEUNE (M.), Cadre Administratif du pôle Biologie-Hygiène
- LYDA-TRUFFIER, Agnès, Directeur des Ressources Humaines
- MAESTRE, Audrey, Contrôleur de Gestion
- MELARD Gérard, Coordonnateur Général des Soins
- Pr DUTHILLEUL Patrick, Responsable du pôle Biologie-Hygiène
- WENDLING Jean-François, Secrétaire du syndicat F.O

3. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (44)

- BÉNARD Ariane, Directeur du Pôle Personnel & Relations Sociales
- BIAIS Thierry, Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche.
- COUDRIER Christiane, Directeur Général
- DELAGE Sandrine, Directeur Adjoint de la Communication & des Affaires Générales
- Dr ANTONIOLI Daniel, Médecin DIM
- Dr DELAUNAY Vincent, Directeur du Pôle de Psychiatrie 1
- Dr GLOANNEC Yves, Directeur de Psychiatrie INFANTO-JUVENILE
- Dr INIAL Hervé, Directeur de Pôle Psychiatrie 4
- Dr LE NORMAND Loïc, Directeur Médical de l'Institut de transplantation et de recherche en transplantation urologie néphrologie
- Dr MARTINEAU Wilfrid, Directeur de Pôle Psychiatrie 2 & 3 & SMPR
- JASPARD Hubert, Directeur Général Adjoint
- LAGARDE Simone, Directeur Adjoint – Plate-forme 5
- MANŒUVRIER Éric, Directeur du Pôle Activité Développement & Directeur des Services Informatiques
- MOURIER Alain, Directeur du Pôle Technique & Logistique
- Pr DANTAL Jacques, Directeur Adjoint de l'Institut de transplantation et de recherche en transplantation urologie néphrologie
- Pr DUVEAU Daniel, Directeur Médical de l'Institut du Thorax
- Pr GALMICHE Jean-Paul, Président du Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé,
- Pr LE MAREC Hervé, Directeur de l'Institut du Thorax
- Pr POTEL Gilles, Président de la CME,
- Pr ROGEZ Jean-Michel, Doyen Faculté de Médecine,
- Pr VENSISSE Jean-Luc, Directeur de Pôle Universitaire Addictologie & de Psychiatrie
- VALLÉE Jean-Claude, Directeur de soins – Plate-forme 5
- VILLATTE Catherine, Directrice de la Coordination Générale des Soins

4. CENTRE HOSPITALIER DU MANS (72)

- BERTHELOT Magali, assistante de gestion de pôles
- DOGUET Jean-François, Directeur des soins
- Dr BOUR Bruno, Responsable du pôle des Spécialités Médicales
- Dr BOURRIER Philippe, Président de la CME
- Dr JOUANNEAU Joëlle, responsable du pôle PACTES
- Dr THOMAS Olivier, Département d'Information Médicale
- GALLETYER Françoise, Directrice des Ressources Humaines

- LAGRAIS Céline, Directrice des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion
- MASSON Bruno, contrôleur de gestion
- MOUBARIK Marie-Cécile, Cadre supérieure de santé, responsable du pôle des Spécialités Médicales
- RIBOUCHON Franck, cadre supérieur de santé PACTES
- ROUSSEL Philippe, Directeur

5. CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE (11)

- BALZA Bernard, Président de la CME
- Dr BRU, co-responsable du pôle médico-économique / Service de l'Information Médicale
- Dr GROSSETETE Robert, Chef du pôle Vasculaire et Métabolique
- Dr. LAZAROVICI, Vice présidente de la CME, responsable du pôle Réanimation Urgence SAMU SMUR
- Dr. MARTINEZ, Chef du pôle CPRMI (Cancéro, Pneumo, Rhumato, Médecine Infectieuse)
- Dr. PUYEO, Chef du pôle Anesthésie Bloc Opératoire Gastro-entérologie
- Dr. VAYR, Chef du pôle Dépendance et Maintien de l'Autonomie
- HAFFEN Stéphane, Directeur Adjoint, Direction des Affaires financières référent contractualisation
- MICHEL Roland, Consultant (cabinet AYMARA)
- NUYTEN Bernard, Directeur
- ROYER Nicole, Directrice coordinatrice des soins (Pôle Coordination Générale des Soins)
- SAUVAIRE Dominique (Mme), Directeur Adjoint, Direction des Ressources Humaines
- SIMONET Philippe, Directeur Adjoint responsable des Affaires Médicales
- + Équipe de pôle Vasculaire et Métabolique : CSS et CA pôle
- + Équipe de pôle Cancéro-pneumo-rhumato : CSS, Cadre Co-gestionnaire

6. CENTRE HOSPITALIER DE NOYON (60)

- DECARSIN (M.), Cadre administratif du pôle Médecine
- Dr. CRAPPIER, Chef du pôle Chirurgie, Anesthésie, Bloc, Obstétrique ; Chef de service de la maternité
- Dr. DIAB, Président de la CME et chef du pôle Médecine
- LEIBIG Justine, Directrice adjointe chargée des Affaires Financières
- MESNIL Laurent, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Générales
- RAHIRE (Mme), Cadre de santé du pôle Gériatrie
- VERIN Laurent, Directeur

- DUVAL Brigitte, Directrice du CH Compiègne

7. HOSPICES CIVILS DE LYON (69)

- ARCOS Cédric, Cabinet DG
- BARRAL Bruno, Directeur délégué
- CASTEL Paul, Directeur Général, Président de la Conférence des DG de CHU
- CASTETS Pierre-Philippe, DSIO (Direction du Système d'Information et d'Organisation)
- COLLOMBET Alain, Secrétaire Général
- Dr. COMTE, Chef du PAM Gériatrie
- GELPI Odile, Directeur de la Recherche Clinique Interrégionale
- Pr. CLARIS, Président de la CME

- Pr. COLIN, Directeur de l'Informatique Médicale
- Pr. DUCERF, Chef du PAM Chirurgie, Groupement Nord
- Pr. GILLY, Président du Comité de Coordination des Études Médicales
- Pr. LAVILLE, Chef du PAM Médecine, Groupement Édouard Herriot
- Pr. NEGRIER, Chef du PAM Biologie et Anatomopathologie
- Pr. SALLES, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
- HERBELET-JOURDAIN Danielle, Directrice du Groupement Hospitalier Nord
- KEMPF Pierre, Directeur des Achats
- MARTIN François, Directeur des Soins
- REYNAUD Marie-Odile, Directrice des Ressources Humaines
- SAMSON Julien, Directeur Général Adjoint
- THEOLIER Sylvie, Directrice des Plateaux Médico-Techniques
- + Équipe du pôle Chirurgie du Groupement Nord : CSS et assistant de gestion

8. CENTRE HOSPITALIER DE DRAGUIGNAN (83)

- BRISION Carole, Directrice Adjointe, chargée des Affaires Médicales, Générales et Stratégiques ; Directrice Référente du pôle Cancérologie
- CARRERIC Ramon, Directeur des Soins
- CELLI Martin, Directeur des Ressources Humaines ; Directeur référent du pôle Femme-Mère-Enfant
- COIGNARD Philippe, Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus-Saint-Raphaël
- CHASSIN Caroline, Directrice Adjointe chargée des Finances, de l'Activité et de la qualité-gestion des risques
- DONADILLE Laurent, Directeur du Centre Hospitalier de la Dracénié
- MICAELLI (M.), Représentant de l'organisation syndicale FO
- GILBERT (M.), Représentant de l'organisation syndicale CFDT
- GIMENEZ (Mme), Cadre Supérieure de Santé du pôle Interventionnel
- DUTHE (Mme), Représentante de l'organisation syndicale CGT
- Dr. BROFFERIO, Chef du pôle Interventionnel
- Dr. DIQUELOU, Président de la CME, chef du pôle Femme-Mère-Enfant,
- Dr. LE CAER, Chef du pôle Cancérologie

- Dr. GARITAINE, Président de la CME de Saint-Tropez- pôle de santé de Gassin
- PATTE-RULFO Catherine, Directrice du Centre Hospitalier de Saint-Tropez – pôle de santé de Gassin

9. CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE (95)

- BOURBOUSSON Annick, Coordinatrice Générale des Soins
- BURNIER Jean-Pierre, Directeur
- Dr. CAMILLERI Antoine, Chef du Pôle Appareil Locomoteur ; Chef de Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- Dr. COSTES Philippe, Chef du Pôle Gériatrique ; Chef du Service de Gériatrie
- Dr. DAUPTAIN Gilles, Président de la CME ; Chef du Pôle Femme-Enfant-Chirurgie Pelvienne et Urologie
- Dr. FONTRouGE Madeleine, Chef du Pôle Médico-Technique ; Chef de Service d'Hématologie-Hémovigilance
- Dr. PAUWELS Arnaud, Chef du Pôle Spécialités Médico-chirurgicales et Oncologie ; Chef du Service d'Hépatogastro-entérologie
- FRASSA Isabelle, Directrice des Soins Infirmiers

- GASSER Valérie, Directrice Adjointe – Affaires Financières et Analyse de Gestion
- GRALL Kristell, Assistante de gestion
- JAMBON Frédéric, Directeur des Ressources Humaines
- JAUNEAU Christine, Cadre Supérieure de Santé du Pôle Urgences-SMUR-Réanimation Polyvalente
- LACANAL Jérôme, Assistant de gestion
- LE NAVENTURE Cathy, Cadre Supérieure de Santé du Pôle Spécialités Médicales, Cardiologie
- LESOUF Patricia, Cadre Supérieure de Santé du Pôle Gériatrique
- MARTIN-BORN Fanny, Directrice des Affaires Médicales – Communication, Qualité et Clientèle
- PERRU Christine, Cadre Supérieure de Santé du Pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile-CAMSP

10. CHU DE BORDEAUX (33)

- ALTUZARRA Valérie, Directrice du Système d'Information ; Directrice Référente du Pôle Anesthésie-Réanimation
- BARON Michel, Directeur du Groupe Hospitalier Sud
- CASTEDE Jean-Claude, Chef du Pôle des Spécialités Chirurgicales – Groupe Hospitalier Pellegrin
- CAZENAVE Jean-Claude, Directeur du Contrôle de Gestion
- DELCASSO-VIGUIER Cécile, Directrice des Affaires Économiques du Groupe Hospitalier Pellegrin ; Directrice Référente des Pôles Chirurgie ; Spécialités Chirurgicales ; Orthopédie-Traumatologie
- DESPLATS Frédérique, Directeur des soins Référent des Pôles transversaux Imagerie Médicale ; Produits de Santé
- DURAND Luc, Coordonnateur Général des Soins ; Président de la Commission des Coordonnateurs de Soins de la Conférence des DG de CHU
- HERIAUD Alain, Directeur Général
- JALRAN Éric, Assistant de Gestion du Pôle Anesthésie-Réanimation
- LACHENAYE-LLANAS Chantal, Directrice Générale Adjointe
- LEROY Jean-Pierre, Directeur de la Recherche Clinique et de l'Innovation
- Pr. DALLAY Dominique, Président de CME
- Pr. MOLIMARD Mathieu, Chef du Pôle de Biologie et de Pathologie
- Pr. MOORE Nicholas, Coordonnateur médical de la Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique Sud-ouest / Outre-mer ; Chef du Pôle Produits de Santé
- Pr. RAINFRAY Muriel, Chef du Pôle de Gériatrie Clinique – Groupe Hospitalier Sud ; Présidente de la CCM du Groupe Hospitalier Sud
- Pr. TUNON DE LARA Manuel, Président de l'Université Victor Segalen Bordeaux II
- VEDERE Chantal, Assistante de Gestion Coordinatrice ; Assistante de Gestion des Pôles Hépato-Gastro-entérologie ; Diabétologie et Nutrition – Groupe hospitalier Sud
- VIGNAU Yves, Directeur du Groupe Hospitalier Pellegrin
- VIGUIER Jean-Marc, Directeur des Affaires Financières
- WEIDER André, Cadre Supérieur de Santé Référent des Pôles Oncologie / Radiothérapie / Soins Palliatifs ; Médecine spécialisée ; Pôle Aquitain de l'adolescent – Groupe hospitalier Saint-André

11. CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE-ANNE (75)

- CHARLES Philippe, Chef de Pôle Finances et Évaluation
- CHASSANIOL Jean-Luc, Directeur ; Président de l'association des directeurs d'hôpital (ADH)
- Dr MASSE Gérard, Président de la CME
- Pr KREBS Marie-Odile, Présidente de la Commission de la Recherche Clinique
- LEUWERS Sylvie, Coordinatrice Générale des Soins
- MASSON Catherine, Cadre de santé de pôle
- MOUCHET Édith, Cadre de santé de pôle
- PONTIS Jacques, Adjoint au Directeur
- Pr. MEDER Jean-François, Chef du Pôle Raymond Garcin / CPOA
- Pr. OLIE Jean-Pierre, Chef du Pôle du 15^{ème} arrondissement, Addictologie / SHU

12. PERSONNES RENCONTREES AU PLAN NATIONAL

- DUFOUR Mathias, Conseiller, Cabinet de la Ministre de la santé et des sports
- DE BEAUCHAMP Hubert, Conseiller, Cabinet de la Ministre de la santé et des sports
- PODEUR Annie, Directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins
- LE GUEN Yannick, Sous-directeur, direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
- DEBROSSE Denis, Conseiller général des établissements de santé
- LEVY-ROSENWALD Marianne, Cour des Comptes
- DIRICQ Noël, Cour des Comptes
- PELLETIER Carole, Cour des Comptes
- MARIN Philippe, directeur de la filière DH à l'EHESP
- ANASTASY Christian, directeur général de l'ANAP
- LESTEVEN Pierre, Fédération hospitalière de France
- MAIGNE Dominique, Délégué général de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- DETEIX Patrice, Président de la Conférence des Doyens de CHU
- De KERVASDOUE Jean, Conservatoire national des arts et métiers
- GRENIER Jean-Marc, Président de l'Association française des directeurs de soins
- DELLE VIRGINI Nelly, Association française des directeurs de soins
- BERNUS Didier, Force Ouvrière
- BRUN François, Force Ouvrière
- MEUNIER Anne, SYNCASS-CFDT
- BLUA Philippe, Président du SNCH
- CRETEL Jean-Pierre, CGT

Annexe 1 : Évolution de la législation avant les ordonnances de 2005

1. LA FIN DE L'HOPITAL-HOSPICE.

[245] La loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 consacrent juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne. La loi crée la fonction de directeur ainsi que la commission consultative médicale devenue, par la loi du 24 juillet 1987, la commission médicale d'établissement. En 1943 apparaissent les premiers statuts des médecins hospitaliers.

2. LA REFORME « DEBRÉ » (30 DECEMBRE 1958)

[246] La réforme initiée par le professeur Robert Debré se traduit par trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre 1958 qui créent les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins à temps plein « hospitalo-universitaires ». Le chef de service est nommé, à partir d'un recrutement national commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Éducation nationale. Les représentants de la Sécurité sociale sont introduits au sein de la commission administrative et les directeurs d'hôpital voient leurs pouvoirs renforcés.

3. 1970 : LA LOI HOSPITALIERE FONDATRICE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

[247] La promulgation de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière instaure la carte sanitaire, crée le service public hospitalier (SPH) et les groupements et syndicats inter hospitaliers.

4. 31 JUILLET 1991 : LA LOI QUI FAIT SUITE A LA MISSION « COUTY » REPREND UNE VASTE CONCERTATION MENE E AU NIVEAU NATIONAL

[248] La promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), établit l'obligation du projet d'établissement, définit la notion de contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) et fixe pour les cliniques l'objectif quantifié national (OQN).

[249] L'article 8 de la loi du 31 juillet 1991 a introduit un « amendement liberté » qui consistait à donner à chaque établissement le pouvoir d'organiser son activité de soins à sa convenance. Ce dispositif aurait permis de constituer des pôles tels que prévus aujourd'hui mais n'a quasiment pas été utilisé tant il est difficile d'innover en matière d'organisation dans un milieu complexe.

5. 24 AVRIL 1996

- [250] Présentation en Conseil des Ministres, par Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, et par Hervé Gaymard, secrétaire d'État à la santé, de trois projets d'ordonnance qui sont publiés dans le JO du 25 avril 1996 sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elles prévoient la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

6. 4 SEPTEMBRE 2003

- [251] Publication de l'ordonnance 2003-850 de simplification administrative élaborée dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. L'ordonnance prévoit des transferts de compétences en faveur des ARH, la suppression de la carte sanitaire, la simplification des formules coopération sanitaire et l'accélération de l'investissement immobilier. C'est le premier volet de ce qu'il est convenu d'appeler le « Plan Matteï – Hôpital 2007 ».

7. 2 MAI 2005

- [252] L'ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé est publiée. Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée des pôles d'activité.

Annexe 2-1 : Questionnaire adressé aux EPS

IGAS

Enquête relative à la mise en place et au fonctionnement des pôles d'activité clinique et médico-technique dans les grands établissements de santé

Questionnaire à renseigner conjointement par le directeur général, le président de la CME et le directeur de l'UFR de médecine (pour les CHU)

Cette enquête ne peut être renseignée que par le biais du présent questionnaire informatisé.

Merci de répondre pour le mercredi 4 novembre à 18 h 00, date et heure de fermeture de l'enquête par les services de l'IGAS

Suivant >>

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

La Ministre de la Santé et des Sports a chargé l'Inspection générale des Affaires sociales d'une mission de bilan de l'organisation en pôles d'activité cliniques et médico-techniques et des délégations de gestion mises en place depuis 2005. Il s'agit notamment d'évaluer les effets de l'organisation en pôles d'activité et de la contractualisation interne sur la prise en charge des patients. Les éléments de ce bilan permettront notamment d'éclairer la phase de mise en œuvre opérationnelle de la loi HPST dans les établissements.

Cette mission composée de Guy Vallet, Hayet Zeggar et Oriane Tercerie rendra ses conclusions en fin d'année. Elle procédera à de nombreuses visites d'établissements - une quinzaine, de taille et d'histoire variées - au cours desquelles elle veillera à entendre les retours d'expérience de l'ensemble des composantes de la communauté hospitalière, à recueillir les exemples de réussite, mais aussi d'échecs afin d'en identifier les causes. Il ne s'agit donc pas d'un contrôle de la mise en œuvre des pôles prévus par l'ordonnance du 2 mai 2005 mais bien d'une évaluation critique et prospective dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Au-delà de ces visites, la mission souhaite construire, via ce questionnaire envoyé à une cinquantaine d'établissements, une vision aussi large que possible de la situation réelle de l'organisation des hôpitaux, des difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de cette nouvelle gouvernance, des moyens trouvés pour y remédier et des bénéfices attendus.

<< Précédent

Suivant >>

**Première partie :
Historique**

**1.1 Description du processus de constitution des Pôles d'Activité
Clinique et Médico Technique dans l'établissement**

Avant l'ordonnance du 2 mai 2005

Question 1 : Quelles ont été les modifications organisationnelles mises en œuvre avant le 2 mai 2005 ?

Question 2 : Quel bilan en tirez-vous ?

- Positif
 Négatif
 Mitigé

Commentaires éventuels

Question 3 : La transition vers les pôles au titre de l'ordonnance a-t-elle nécessité de modifier l'organisation ?

- Oui
 Non

Commentaires éventuels

<< Précédent

Suivant >>

Après, l'ordonnance de 2005, comment s'est mise en place la réforme ?

**Question 4 : Quelle a été la ou les logiques d'agrégations retenues ?
(Plusieurs réponses possibles)**

- Logique architecturale
- Logique de prise en charge des patients
- logique médicale
- Logique universitaire
- Logique de gestion

Autre logique éventuelle et commentaire

Question 5 : Décrire le processus de concertation et de décision ?

<< Précédent

Suivant >>

Question 6 : Comment se sont positionnées les différentes composantes professionnelles de la communauté hospitalière ?

	Adhésion globale	Refus	Indifférence	Autre (à préciser)
Personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encadrement administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encadrement soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations syndicales médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations syndicales non médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions éventuelles et commentaire

Question 7 : Quel était le calendrier prévu ? Date annoncée :

Question 8 : Date réelle de mise en place de tous les pôles :

(Remplir les 2 champs précédents par une date de type : jj/mm/aaaa)

Commentaire éventuel

<< Précédent

Suivant >>

Question 9 : Quelles ont été les principales difficultés internes ? (plusieurs choix possibles)

- Débat sur la pertinence des découpages
- Corporatisme(s)
- Résistance au changement
- problèmes architecturaux
- Autres (à préciser dans le commentaire)

Commentaire

**Question 10 : Quelles ont été les principales difficultés externes (plusieurs choix possibles)**

- Complexité des textes
- Réticences de groupes ou de personnes extérieurs à l'EPS (élus, confédérations syndicales, acteurs économiques,...)
- Réticences des tutelles sur des questions d'organisation de l'EPS
- Autres (à préciser dans le commentaire)

Commentaire



<< Précédent

Suivant >>

1.2 État de la situation aujourd'hui

- Question 11 : Nombre de PAC ET MT en fonctionnement au 01/01/2008 ?
- Question 12 : Nombre de PAC ET MT en fonctionnement au 01/01/2009 ?
- Question 13 : Nombre de PAC ET MT prévus au 01/01/2010 ?
- Question 14 : Nombre de PAC ET MT restant à mettre en place après cette date ?
- Question 15 : Nombre de contrats signés au 01/01/2009 ?
- Question 16 : Nombre de contrats signés au 01/01/2010 ?
- Question 17 : Nombre de contrats restant à signer ?

1.3 La loi HPST et les PAC ET MT

Question 18 : La loi HPST vous paraît-elle de nature à accélérer/ralentir le processus de mise en œuvre des PAC ET MT ?



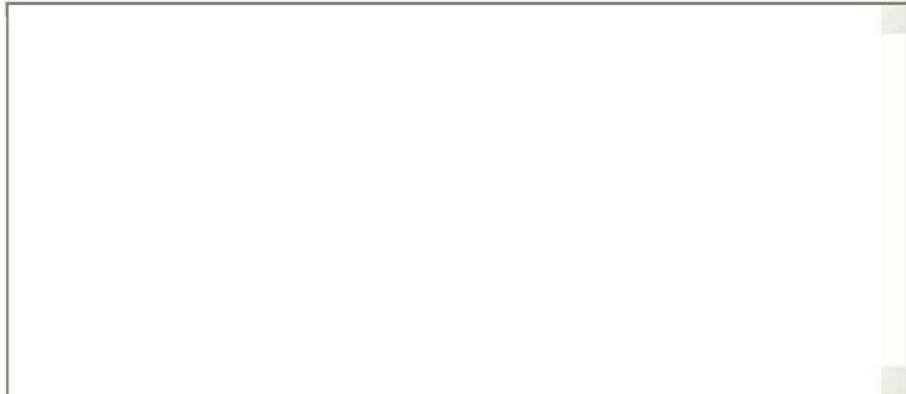
<< Précédent

Suivant >>

Deuxième partie : Description des pôles

2.1 Périmètre, mode d'agrégation et fonctionnement

Question 19 : liste des pôles



Question 20 : Nombre moyen de services médicaux et médico-techniques par pôle

Question 21 : Nombre minimum de services par pôle

Question 22 : Nombre maximum de services par pôle

Question 23 : Nombre moyen d'UF par pôle

Question 24 : Nombre minimum d'UF par pôle

Question 25 : Nombre maximum d'UF par pôle

Question 26 : Nombre moyen de personnels médicaux par pôle

Question 27 : Nombre minimum de personnes médicaux par pôle

Question 28 : Nombre maximum de personnels médicaux par pôle

<< Précédent

Suivant >>

Question 29 : Nombre moyen de personnels non médicaux par pôle

Question 30 : Nombre minimum de personnels non médicaux par pôle

Question 31 : Nombre maximum de personnels non médicaux par pôle

Question 32 : Budget moyen par pôle (joindre un budget de pôle) €

Question 33 : Budget minimum par pôle €

Question 34 : Budget maximum par pôle €

Question 35 : Composition type d'un budget de pôle

Question 36 : Par rapport au choix initial de découpage, si vous deviez envisager une nouvelle organisation, quelle(s) logique(s) pourrait-être privilégiée(s) ?

- Architecturale
- Prise en charge du patient
- Médicale
- Gestionnaire
- Universitaire

Autre logique éventuelle et commentaire

<< Précédent

Suivant >>

Question 37 : Y a-t-il des pôles transversaux et/ou multisites ?

oui

non

Si oui, nombre

Question 38 : Quelle est la composition type d'un bureau de pôle ?

Question 39 : Nombre de personnels médicaux par bureau de pôle

Question 40 : Nombre de personnels non médicaux par bureau de pôle

Question 41 : Y a-t-il un directeur référent ou délégué ?

oui

non

Si oui, décrire sa place et son rôle

Question 42 : Exerce-t-il d'autres fonctions ?

Oui

Non

Référent pour d'autres pôles

Autres fonctions de direction

Question 43 : Les conseils de pôle ont-ils été constitués ?

Oui

Non

Question 44 : Comment fonctionnent-ils ?

<< Précédent

Suivant >>

Question 45 : Combien de réunions par an ?

Question 46 : Se réunissent-ils sur un ordre du jour ?

- Oui
 Non

Question 47 : Y a-t-il des PV ou des compte-rendus ?

- Oui
 Non

Si oui, quelle en est la diffusion ?

Question 48 : A-t-il fallu créer d'autres instances au sein des pôles ?

- Oui
 Non

Si oui, lesquelles et pourquoi ?

Question 49 : Comment fonctionne généralement l'équipe médicale du pôle ?

Question 50 : Nombre de Personnels médicaux dans le bureau

Question 51 : Nombre de Personnels médicaux dans le Conseil

Question 52 : Y a-t-il une assemblée générale médicale de pôle ?

- Oui
 Non

<< Précédent

Suivant >>

Question 53 : Nombre moyen de cadres supérieurs de santé par pôle

Question 54 : Nombre moyen de cadres soignants par pôle

Question 55 : Quels sont les grades des responsables administratifs de pôle ? Joindre un organigramme de pôle

Question 56 : Quels sont les grades retenus pour les responsables administratifs de pôle ?

Directeurs d'hôpital, indiquer le nombre :

Attaché D'administration Hospitalière, indiquer le nombre :

Adjoint des cadres hospitaliers, indiquer le nombre :

Contractuels ou autres, indiquer le nombre :

2.2 Aspects juridiques des contrats de pôles

Question 57 : Un contrat de pôle a-t-il été élaboré ?

- Oui
 Non

Question 58 : Quels en sont les signataires ?

- Chef d'établissement
 Chef de pôle
 Président de la CME
 Doyen

Autre :

<< Précédent

Suivant >>

Question 59 : Quelle a été la publicité des contrats de pôle ?

- Les instances de l'EPS
 Les autres pôles
 L'ARH

Autre :

Question 60 : Y a-t-il eu des contentieux ?

- Oui
 Non

Si oui, comment ont-ils été gérés ? Existe-t-il une instance de régulation ?

Troisième partie : Fonctionnement et périmètre de la délégation de gestion

3.1 Rôle des instances

Question 61 : Comment s'est déroulée la consultation des différentes instances ?**Question 62 : Quelle a été la position du Conseil d'administration ?**

- Favorable
 Défavorable

Commentaires

Question 63 : Quelle a été la position de la CME ?

- Favorable
 Défavorable

Commentaires

Question 64 : Quelle a été la position du CTE ?

- Favorable
 Défavorable

Commentaires

<< Précédent

Suivant >>

Question 64 : Quelles modifications ont été retenues par rapport au projet d'origine ?

Question 65 : Une instance nouvelle a-t-elle été créée à l'occasion de la mise en place des pôles ?

- Oui
 Non

Si oui, laquelle ? Dans quel objectif ?

Question 66 : S'il y a lieu, quel bilan peut-on en tirer ?

3.2 Pilotage du PAC ET MT

Question 67 : Comment les projets de pôle ont-ils été élaborés ?

Question 68 : Un projet de pôle est-il exigé avant la signature du contrat ?

- Oui
 Non

Si oui, décrire le parcours de décision

Question 69 : Quelles sont les rubriques essentielles des projets de pôle ?

<< Précédent

Suivant >>

Question 70 : Quelle évaluation est prévue dans le dispositif ?

Question 71 : Quel est le temps moyen par semaine (en 1/2 journées) qu'un chef de pôle consacre à cette fonction ?

3.3 Étendue de la délégation de gestion

Question 72 : Quelles sont les marges de manoeuvre des chefs de pôle en matière de gestion des ressources humaines ?

Question 73 : Quelles sont leurs marges de manoeuvre en matière d'achats ?

Question 74 : Quelles sont leurs marges de manoeuvre en matière d'investissement ?

Question 75 : Quelles sont leurs autres marges de manoeuvre ?

<< Précédent

Suivant >>

Question 76 : Comment sont organisées les relations financières entre pôles ?

3.4 Contrôle de gestion

Question 77 : Existe-t-il des tableaux de bord de pôle ?

- Oui
 Non

Question 78 : Comment ont-ils été élaborés ?

Question 79 : Sont-ils identiques pour tous les pôles ?

- Oui
 Non

Question 80 : Comment est effectué le regroupement des données ?

Question 81 : Comment l'information est-elle partagée entre les chefs de pôle ?

Question 82 : Existe-t-il des comptes de résultat par pôle ?

- Oui
 Non

Si oui, date de mise en place (jj/mm/aaaa)

Question 83 : Au sein des pôles, existe-t-il un compte de résultat par service ?

- Oui
 Non

<< Précédent

Suivant >>

**Question 84 : A quel rythme les comptes de résultat sont-ils mis à disposition des pôles ?
Joindre un exemplaire**

- Tous les mois
 Tous les 2 mois
 Tous les trimestres

Autre :

Quatrième partie : Intéressement

Question 85 : En matière d'intéressement, une distinction est-elle faite entre les économies réalisées sur les dépenses et l'augmentation des recettes ?

- Oui
 Non

Commentaire

Question 86 : Y a-t-il un intéressement si l'EPS est déficitaire ?

- Oui
 Non

Commentaire

Question 87 : Les conditions de l'intéressement sont-elles prévues dans les contrats de pôle ?

- Oui
 Non

Merci de les décrire précisément et d'en faire le bilan sur les trois dernières années

Question 88 : Existe-t-il des formes d'intéressement non financières ?

- Oui
 Non

Si oui, donner quelques exemples

<< Précédent

Suivant >>

Question 89 : Y a-t-il en particulier un intéressement sous forme d'investissement ?

- Oui
 Non

Question 90 : Nombre de pôles ayant bénéficié d'un intéressement en 2008

Question 91 : Nombre de pôles susceptibles d'en bénéficier en 2009

Question 92 : l'établissement a-t-il bénéficié d'économies réalisées par la mise en place de cette organisation ?

- Oui
 Non

Pourcentage d'économies réalisées : %

Cinquième partie : Perspectives

Question 93 : Quel est le bénéfice attendu de l'organisation en pôles par les différents acteurs de la communauté hospitalière ?

Question 94 : Avez-vous des suggestions d'améliorations du dispositif ?

Question 95 : Quels sont, en particulier, vos souhaits de modifications réglementaires ?

<< Précédent

Suivant >>

Sixième partie : Appréciations individuelles

Appréciations générales du directeur général

Appréciations générales du Président de la CME

Appréciations générales du directeur de l'UFR de médecine

Merci de valider l'ensemble de ce questionnaire

Imprimer le questionnaire

<< Précédent

Valider



La mission IGAS vous remercie du temps passé. Il permettra d'obtenir un bilan précieux et utile.

Annexe 2-2 : Synthèse des réponses à l'enquête « IGAS : Mise en place des pôles d'activité médicale et médico-technique dans les EPS »

BILAN GÉNÉRAL DES RÉPONSES

- 44 établissements ont répondu au questionnaire sur 45 envois : AP-HM, AP-HP, CH de CARCASSONNE, CH de COLMAR, CH de DRAGUIGNAN, CH de GONESSE, CH de MULHOUSE, CH de NOYON, CH de St ANNE, CH de VALENCIENNES, CH de VERSAILLES, CH LE HAVRE, CH Le MANS, CH SUD FRANCILIEN, CHI de POISSY - St GERMAIN, CHR de LA REUNION, CHR de METZ-THIONVILLE, CHR d'ORLEANS, CHU d'AMIENS, CHU d'ANGERS, CHU de BESANCON, CHU de BORDEAUX, CHU de BREST, CHU de CAEN, CHU de CLERMONT-FERRAND, CHU de DIJON, CHU de FORT de France, CHU de GRENOBLE, CHU de LILLE, CHU de LIMOGE, CHU de MONTPELLIER, CHU de NANCY, CHU de NANTES, CHU de NICE, CHU de NÎMES, CHU de POINTE A PITRE, CHU de POITIERS, CHU de REIMS, CHU de ROUEN, CHU de St ETIENNE, CHU de STRASBOURG, CHU de TOULOUSE, CHU de TOURS , HCL.
- 1 résultat, arrivé hors délai n'a pas été comptabilisé (CH de NOYON);
- 1 établissement n'a pas souhaité répondre (CHU de RENNES);
- Échantillon : les 29 CHU, les 3 CHR, les gros CH, 2 établissements de taille plus faible;

1. QUELLES ONT ETE LES MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES MISES EN ŒUVRE AVANT LE 2 MAI 2005 ?

- 4 CHU ont anticipé les pôles (Lille, Nantes, Montpellier et Toulouse)
- D'autres ont utilisé des formules de type "département", "clinique", "Centre de responsabilité" ou "institut", voire des formules plus souples comme celle de la fédération.
- Enfin une majorité n'a utilisé que des regroupements de services voire n'a rien initié (9 établissements)⁵⁶.
- Quelques établissements expérimentateurs ont anticipé les conseils exécutifs (11).

2. QUEL BILAN EN TIREZ-VOUS ?

2.1. 67% de réponses positives (29) :

- Nîmes : « Les organisations mises en place ont permis une meilleure cohérence de nos prises en charge. Ce fut certainement un point d'appui dans le processus de la nouvelle gouvernance »
- Nice : « Les fédérations ont été une sorte de préfiguration des pôles »
- Nantes : « La constitution des pôles a indéniablement favorisé le développement de la réflexion stratégique de l'établissement, tout particulièrement pour ses missions de soins et de recherche »
- Lille : « Recentrage des structures de soins autour d'un projet médical défini. Première expérience du principe de subsidiarité. »
- Brest : « Favoriser la mutualisation et l'optimisation des ressources »

⁵⁶ Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre d'établissements ayant répondu à l'item considéré

2.2. 1 réponse négative :

- Montpellier : « Sans contenu formalisé, les fonctions de PRP (praticien responsable de pôle) étaient virtuelles »

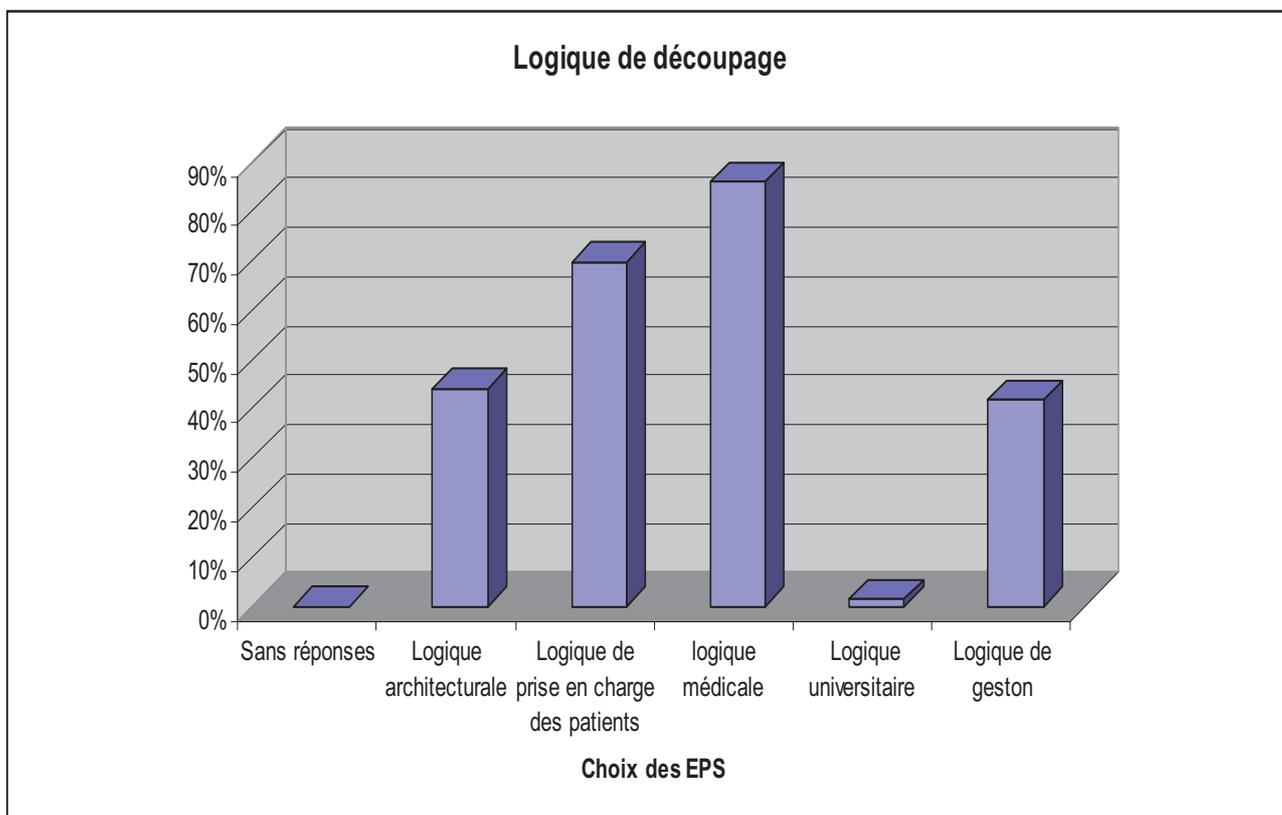
2.3. 7 réponses mitigées :

- Orléans : « A préparé les esprits à la nouvelle gouvernance et a permis le renforcement du rôle du cadre supérieur de santé. Les compétences des CR étaient cependant plus restreintes que celles des pôles médico-économiques issus de la nouvelle gouvernance »
- Reims : « A permis une anticipation de la mise en place de la réforme sachant cependant que la logique médicale des pôles n'a pas été pleinement valorisée »

3. LA TRANSITION VERS LES POLES AU TITRE DE L'ORDONNANCE A-T-ELLE NECESSITE DE MODIFIER L'ORGANISATION ?

- 26 établissements, soit 60% des établissements qui ont répondu à la question, ont été amenés à effectuer des modifications de leur organisation.
- Exemple du CHU de Toulouse :
 - Création d'un comité de régulation budgétaire paritaire entre les médecins et les directeurs pour préparer les orientations budgétaires du CHU
 - Préparation et validation des contrats de délégation de gestion avec l'aide d'une mission d'accompagnement des pôles rattachée à la DG
 - Instauration d'une revue des pôles permettant de faire le point, deux fois par an avec chaque pôle

4. QUELLE A ETE LA OU LES LOGIQUES D'AGREGATIONS RETENUES ?



- La logique médicale (86%) et la logique de prise en charge des patients (70%) ont gouverné le découpage des pôles.
- Ces logiques se sont également combinées avec la logique architecturale et celle de gestion (pour environ 40 à 45% des cas).
- La logique universitaire n'a été citée (mais jamais seule) que par 5 CHU sur 29.
- Il est très rare qu'une seule logique soit citée.
- Une logique propre aux PMT est souvent qualifiée de « client-fournisseur » ou rangée dans la logique de gestion.

5. DECRIRE LE PROCESSUS DE CONCERTATION ET DE DECISION

- Les établissements ont majoritairement associé le corps médical et l'équipe de direction sous forme de groupes-projets avec des modalités diverses de type séminaire, comité de pilotage ou sous-commission avant un passage devant les instances.
- Dans certains cas, peu nombreux, la concertation a été élargie à l'encadrement soignant voire aux organisations professionnelles.

6. COMMENT SE SONT POSITIONNEES LES DIFFERENTES COMPOSANTES PROFESSIONNELLES DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE ?

6.1. *Personnel médical*

- Les médecins ont très largement adhéré au processus de constitution des pôles (74% des établissements notent une adhésion globale).
- Dans certains cas de la méfiance a été ressentie à l'encontre de quelques chefs de pôles, les découpages n'ont pas été appréciés et la chefferie de service reste une valeur « refuge ».
- Le couple DG/Président de CME est signalé comme couple moteur du changement.

6.2. *Personnel de direction*

- Dans 86% des cas, l'équipe de direction adhère au nouveau découpage. Il apparaît néanmoins des réticences sur la question des délégations de gestion, pressenties comme une perte de pouvoir par les directeurs.

6.3. *Encadrement administratif*

- L'encadrement administratif est plus mitigé (60% de réponses positives).
- Certains établissements notent qu'ils ont eu du mal à trouver des volontaires pour candidater sur des postes d'assistants de gestion.

6.4. *Encadrement soignant*

- L'encadrement soignant est nettement plus enthousiaste (74%) car il a compris qu'il allait y gagner en autonomie.
- Les résistances viennent davantage des directeurs de soins qui craignent de perdre leur pouvoir hiérarchique et des cadres de proximité qui craignent pour leur progression de carrière.

6.5. *Organisations syndicales médicales*

- Les syndicats de médecins sont également partagés entre :
 - adhésion (14%),
 - refus (14%),

- indifférence (16%),
- le reste est sans réponse.

6.6. Organisations syndicales non médicales

- Les organisations syndicales non médicales sont globalement hostiles au découpage en pôles mais pas autant que prévu :
 - 49% sont contre,
 - 14% sont mitigées,
 - 10% ont adhéré.
- Commentaire du CHU de Grenoble qui résume bien l'opinion générale : l'adhésion des responsables médicaux a été satisfaisante. La mise en place des pôles a tout de même suscité l'inquiétude de certains départements qui avaient atteint un équilibre et que la perspective d'ensembles plus intégrés rebutait. Les cadres soignants ont adhéré à la démarche. Au-delà, la mise en place des pôles a souvent été vécue comme un ensemble de « grandes manœuvres ». La délégation de gestion a suscité un vif intérêt. L'ensemble du dispositif continue à être vécu par la plupart des organisations syndicales comme une mise à l'écart des représentants du personnel.

7. QUEL ETAIT LE CALENDRIER PREVU ?

- En 1999 et 2000, les CHU de DIJON et NANTES avaient prévu une organisation polaire.
- Les autres établissements ont majoritairement décidé de se regrouper en pôles au cours des années 2006 et 2007.

8. DATE ANNONCEE ET DATE REELLE ?

- Tous les établissements consultés ont déclaré avoir mis en place l'organisation en pôles.
 - 6 l'ont fait avant 2006,
 - 14 en 2006,
 - 18 en 2007.
 - Les autres en 2008 et 2009.
- Les dates annoncées concernent souvent un découpage formel. Les nominations des responsables et la mise en place des conseils de pôles interviennent bien après.

9. QUELLES ONT ETE LES PRINCIPALES DIFFICULTES INTERNES ?

- Les débats sur la pertinence des découpages (70%) et la résistance au changement (67%) sont majoritairement cités par les établissements comme principales difficultés internes à la mise en place des pôles.
- Viennent ensuite le corporatisme (30%) et les questions architecturales (25%).
- Sont également cités :
 - la non adhésion des organisations syndicales,
 - la question des pôles intersites,
 - la question du positionnement des blocs opératoires,
 - la résistance des directions de sites,
 - le sentiment d'écart entre le dit et le réel dans la délégation de gestion,
 - les difficultés à fournir une information médico-économique fiable,
 - l'obtention d'un consensus sur le règlement intérieur des pôles,
 - l'évolution organisationnelle et culturelle nécessaire de la Direction,
 - les difficultés de passer d'un mode de fonctionnement à un autre pour les Directeurs-Adjointes,
 - l'attachement des médecins aux services,

- l'hostilité des cadres de santé à ce qu'ils pouvaient considérer comme leur mise sous tutelle des médecins,
- les délais impartis,
- l'absence de désignation des assistants de gestion,
- le défaut de comptabilité analytique donc de tableaux de bords,
- l'affectation des personnels frontières (communs à plusieurs pôles) : assistantes sociales, kinés, diététiciennes.

➤ **Quelques commentaires :**

- **Les problèmes principaux** par rapport au découpage des pôles ont été les problèmes architecturaux, les problèmes géographiques (pôles multisites, blocs), les problèmes organisationnels (répartition des personnels communs à plusieurs pôles, place des services), et les problèmes d'« affinités » aussi bien entre médecins qu'entre disciplines ayant peu de points communs mais rassemblées dans un même pôle.
- **Les problèmes « techniques »** (insuffisances de la comptabilité analytique, pas d'information médico-économique fiable), difficulté de l'apprentissage des nouveaux métiers (et parfois manque de formation), manque de temps pour les nouvelles tâches.
- **Les problèmes « sociologiques »** (soit « corporatisme » & « résistance au changement » dans les items proposés) : longueur et difficulté de gestion des relations et négociations interpersonnelles ; opposition des OS ou des « corporations » ; lourdeur du climat social ; difficile changement de culture pour tout le monde (directions, équipes de pôles) et difficulté d'identification des objectifs parfois (objectif de gestion et retour à l'équilibre /objectif médical) ; bouleversement des rapports implicites de pouvoir et des rapports hiérarchiques avec les CS et leur crainte de mise sous tutelle des médecins, les antagonismes au sein de la communauté médicale et le manque de légitimité des CP – et parfois le manque d'enthousiasme des médecins par rapport à ce nouveau rôle -, et enfin la crainte de perte de pouvoir du côté des directions, spécifiquement des directions des soins et des directions de site.

10. QUELLES ONT ETE LES PRINCIPALES DIFFICULTES EXTERNES ?

- La complexité des textes, notamment la lourdeur du processus électoral permettant les représentations des métiers dans les conseils de pôles (25%) ;
- la résistance des élus (11%) ;
- marginalement le refus des tutelles pour tel ou tel découpage ont été citées comme résistance externe (les ARH sont citées comme continuant parfois à raisonner en termes de chefferies de service) ;
- Dans l'ensemble, la plupart des établissements notent que les difficultés ont été plus nombreuses en interne.

11. NOMBRE DE PAC ET MT EN FONCTIONNEMENT AU 01/01/2008 ?

- Réponse : 603 en fonctionnement.

12. NOMBRE DE PAC ET MT EN FONCTIONNEMENT AU 01/01/2009 ?

- Réponse : 810 soit 207 supplémentaires.

13. NOMBRE DE PAC ET MT EN FONCTIONNEMENT AU 01/01/2010 ?

- Réponse : 802 soit 2 en moins (restructurations).

14. NOMBRE DE PAC ET MT RESTANT À METTRE EN PLACE APRES CETTE DATE

- Réponse : 10
 - 21 établissements ont mis en place, en 2008, un nombre de pôles qui ne devrait pas changer d'ici à l'année prochaine;
 - 4 EPS ont réduit de une ou deux unités le nombre de pôles ;
 - 10 EPS ont augmenté leur nombre de pôles.

15. NOMBRE DE CONTRATS SIGNES AU 01/01/2009 ?

- Réponse : 200 contrats signés.

16. NOMBRE DE CONTRATS SIGNES AU 01/01/2010 ?

- Réponse : 329 contrats devraient être signés.

17. NOMBRE DE CONTRATS ENCORE A SIGNER AU 01/01/2010 ?

- Réponse : 483 contrats restant à signer.

18. LA LOI HPST VOUS PARAÎT-ELLE DE NATURE A ACCELERER/RALENTIR LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DES PAC ET MT ?

- 90% des établissements ont répondu que la nouvelle loi avait accéléré le processus en précisant qu'elle avait été ressentie comme une confirmation qu'il n'y aurait pas de retour en arrière.
 - Sud Francilien : « La loi HPST paraît bien de nature à accélérer le processus de mise en place des pôles en ce qu'elle affirme une réelle autorité du « chef » de pôle et en définissant de nouveaux contrats de pôle plus ouverts et plus nourris intégrant davantage la responsabilisation du chef de pôle »
 - Limoges : « La loi HPST confirme et amplifie le mouvement engagé. En l'espèce, excellent levier pour mise en place des pôles avec de nouveaux contours sur une logique d'organe ou de filière de prise en charge au 1er janvier 2010 »
 - APHM : « La loi HPST veut confirmer la mise en place des pôles et en accélérer le processus en réaffirmant la place du pôle comme structure déconcentrée dotée d'une délégation de gestion et en attribuant aux responsables de pôles une fonction à la CME, voir un collègue des responsables de pôles »
 - St Etienne note toutefois : « L'obligation de s'engager dans une démarche contractuelle devrait accélérer le processus. Le contexte financier tendu rend l'exercice difficile »
 - Par contre Mulhouse parle de possible régression : « En l'état actuel, la loi HPST nous paraît de nature à rendre plus difficile le processus de mise en œuvre des PAC et MT. Elle "radicalise" les tensions potentielles existant entre directeur médical de pôle et chefs de service. La crainte que la vision médico-économique doive laisser la place à une vision uniquement économique et financière persiste. Mais Elle "radicalise" les tensions potentielles existant entre directeur médical de pôle et chefs de service. La crainte que la vision médico-économique doive laisser la place à une vision uniquement économique et financière persiste »

19. LISTE DES POLES

- Le découpage paraît souvent cohérent avec de grandes tendances de type « pôle mère – enfants » ou pôle « cardio-thoracique » ;
- Beaucoup d'établissements ont fait le choix de constituer des pôles de type « prestataires » comme la pharmacie, les laboratoires, l'imagerie.
- Il y a parfois des pôles dont la cohérence médicale n'est pas évidente de type « santé publique, évaluation, qualité, information médicale, médecine légale, hygiène et vigilances », « Rein Hypertension Artérielle, Maladies métaboliques, maladies endocriniennes et grands brûlés », « neurologie-Addictologie-cardiologie-rééducation-endocrinologie », « Médecine interne, Maladies infectieuses et tropicales » ; « Dermatologie et dermato-allergologie » ; « Chirurgie plastique, ORL, Chirurgie cervico-maxillo-faciale et audiophonologie » ; « Ophtalmologie, HAD » ou « blocs opératoires, rééducation, service social, brancardage, activités de réseau de prévention ».
- À noter que la psychiatrie a fait l'objet d'un louable souci de regroupement dans un bon nombre d'établissements qui ne se sont pas contentés « d'1 pôle = 1 secteur ». C'est le cas de l'AP-HM, Valenciennes, Nantes (pour partie), Metz, Nîmes, St Anne, Poissy-St Germain, Versailles, Lille, Poitiers, Brest, Strasbourg, Pointe à Pitre, Montpellier, Clermont-Ferrand, Le Havre, Mulhouse, St Etienne et Toulouse.

20. NOMBRE MOYEN DE SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre moyen de services médicaux par pôle est de 4,78 (médiane à 5), ce qui montre un réel effort de regroupement.

21. NOMBRE MINIMUM DE SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre minimum est de 1,8. Il y a donc eu quelques services qui ont constitué des pôles (à rapprocher du nombre d'UF).

22. NOMBRE MAXIMUM DE SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre moyen maximum est de 11,3 (médiane à 10) ce qui constitue des pôles conséquents.

23. NOMBRE MOYEN D'UF PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre moyen d'UF par pôle est de 27,17 (médiane à 27) ce qui, là encore témoigne d'un regroupement réel.

24. NOMBRE MINIMUM D'UF PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre minimum moyen d'UF par pôle est de 9,54, (médiane à 9) ce qui montre que les services qui ont fait un pôle étaient de gros services.

25. NOMBRE MAXIMUM D'UF PAR POLE ?

- **Réponse :** le nombre moyen maximum d'UF est de 61,40 (médiane à 50).

26. NOMBRE MOYEN DE PERSONNELS MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre moyen de personnels médicaux par pôle est de 45,25 avec une médiane à 36. Cette réponse est intéressante car cela montre que le chef de pôle dispose de ressources médicales non négligeables. C'est à rapprocher de la moyenne des PNM par pôle.

27. NOMBRE MINIMUM DE PERSONNELS MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre minimum moyen de PM par pôle est de 11,66 (médiane à 8).

28. NOMBRE MAXIMUM DE PERSONNELS MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre moyen maximum se situe à 93,64 (médiane à 75).

29. NOMBRE MOYEN DE PERSONNELS NON MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre moyen de PNM par pôle est de 264 avec une médiane à **249** et un écart type de 92,88. La dispersion est donc importante. Néanmoins, la moyenne cumulée des personnels n'est pas très éloignée des 300 personnes. (Village sociologique idéal ?).

30. NOMBRE MINIMUM DE PERSONNELS NON MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre moyen minimum de PNM est de 80 avec une médiane à 70. Ce n'est pas négligeable.

31. NOMBRE MAXIMUM DE PERSONNELS NON MEDICAUX PAR POLE ?

- **Réponse** : le nombre moyen maximum est de 524 (médiane à 519). Ce n'est pas finalement si élevé (écart type à 170).

32. BUDGET MOYEN PAR POLE ?

- **Réponse** : cette donnée doit être prise avec précaution car le budget des pôles n'est sans doute pas calculé de la même façon dans tous les établissements. Néanmoins, le budget moyen se situe à 23,5 millions d'€ avec une médiane à 24 M€, ce qui correspond aux 300 personnels déjà notés.

33. BUDGET MINIMUM PAR POLE ?

- **Réponse** : le budget moyen minimum se situe à 7,5M€ (médiane à 5,3M€).

34. BUDGET MAXIMUM PAR POLE ?

- **Réponse** : le budget moyen maximum est à 45,6M€ (médiane à 46,4M€).

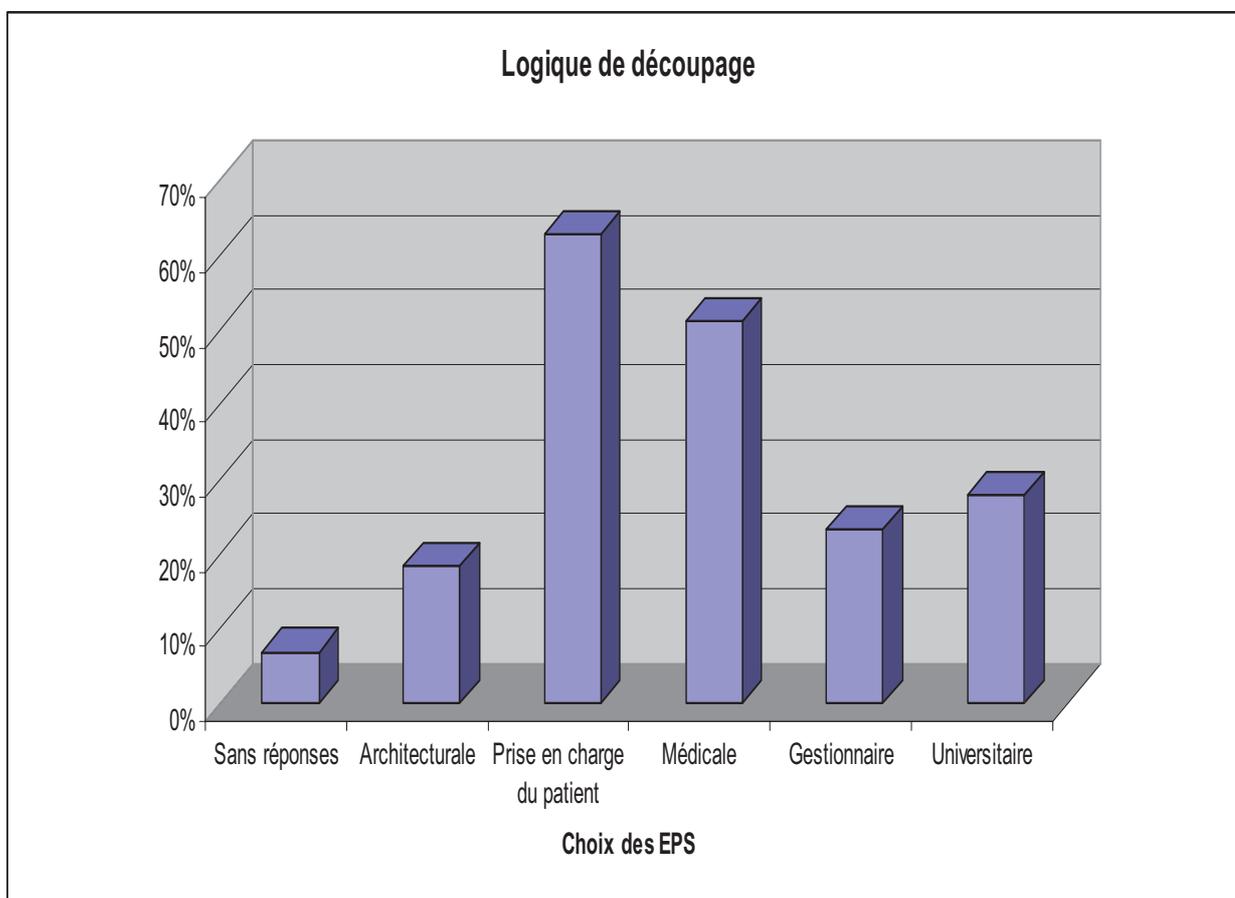
35. COMPOSITION TYPE D'UN BUDGET DE POLE

- La plupart des établissements choisissent de reproduire l'EPRD :
 - CHARGES
 - *Charges directes réparties par titres de dépenses*

- *Charges indirectes : médico-techniques, logistique médicale, gestion générale et logistique.*
- **PRODUITS**
 - *Hospitalisation*
 - *Activité externe*
 - *MIG / MERRI*
 - *Recettes subsidiaire*
- Des exemples comme l'AP-HM : « la composition type d'un budget de pôle est constituée d'une part par les charges directes (charges de personnels, charges à caractère médical, charges à caractère hôtelier, charges d'amortissements des matériels médicaux) et d'autre part par les charges indirectes variables (consommations des prestations hors pôle telles que l'imagerie, l'anesthésie, les blocs ...) ainsi que les charges liées à la restauration et à la blanchisserie. S'y rajoutent aussi les charges liées à l'utilisation de structures médicale commune telles que les plateaux d'endoscopie, les blocs, etc. ».
- St Etienne : « Les crédits ouverts par pôle comportent tous les coûts directs. Le CREA refait le point de tous les crédits consommés, y compris les Coûts Indirects ».

36. PAR RAPPORT AU CHOIX INITIAL DE DECOUPAGE, SI VOUS DEVIEZ ENVISAGER UNE NOUVELLE ORGANISATION, QUELLE(S) LOGIQUE(S) POURRAIT-ETRE PRIVILEGIEE(S) ?

- Il est intéressant de se rapporter aux résultats de la question 4.
- En imaginant un nouveau découpage, les établissements interrogés continuent de privilégier la logique de prise en charge des patients à 62,8% (contre 69,8%), en diminuant fortement la logique médicale à 51,2% contre 86%.



- Ceci montre que les établissements abandonnent pour partie une recopie des services existants, au bénéfice de la logique universitaire à 28% contre 11% à l'origine et en faisant davantage abstraction de la logique architecturale qui passe de 44,2% à 18,6%.
- Il y a une vraie évolution dans les mentalités, confortée par le passage de la logique de gestion de 42% à 23%.
- Ces données tendent à montrer une réelle appropriation des pôles en dehors même de leur intérêt en termes de gestion.
- Cette attitude est résumée dans la réponse du CHU de Lille qui change son découpage en décidant de :
 - Favoriser le développement de synergies médicales (filiales de prise en charge / organe), de recherche et de formation » ;
 - Contribuer à la qualité et à l'efficacité des organisations ;
 - Aboutir à des pôles de taille homogène conciliant masse critique, gestion de proximité, cohérence des unités d'œuvre ;
 - Prendre en compte la capacité des acteurs à travailler ensemble.

37. Y A-T-IL DES POLES TRANSVERSAUX ET/OU MULTI SITES ?

- 38 établissements, donc la grande majorité d'entre eux ont mis en place des pôles transversaux, donc multi sites;
- Le nombre varie en fonction de la taille de l'établissement (14 pour l'AP-HM par exemple);
- 14 EPS ont entre 8 et 14 pôles transversaux.

38. QUELLE EST LA COMPOSITION TYPE D'UN BUREAU DE POLE ?

- Le bureau de pôle est évidemment variable, dans sa constitution selon les établissements.
- Il correspond assez bien à ce que propose Grenoble : "Le règlement intérieur prévoit que le bureau de pôle est constitué par son responsable, et comprend, de droit, les praticiens responsables des cliniques, le praticien référent pour l'information médicale, le cadre supérieur".
- 26 établissements ont des pôles qui ont mis en place des bureaux de pôles élargis (avec chefs de service, cadres des services, médecin DIM, etc.).
- 9 ont des bureaux toujours restreints au seul trio de pôles et directeur référent.
- 6 signalent que cela alterne entre bureaux restreints ou élargis selon les pôles.
- 1 établissement, Besançon, signale qu'il n'y a pas de bureaux dans tous les pôles (quand il y en a, c'est, selon les cas, en version restreinte ou élargie).

39. QUESTION 39 : NOMBRE DE PERSONNELS MÉDICAUX PAR BUREAU DE POLE

- **Réponse** : En moyenne, 4,79 PH (médiane à 4,5) participent au bureau de pôle.

40. QUESTION 40 : NOMBRE DE PERSONNELS NON MEDICAUX PAR BUREAU DE POLE

- **Réponse** : 4 PNM en font également partie (médiane à 3).

41. Y A-T-IL UN DIRECTEUR REFERENT/DELEGUE ?

- 80% des établissements ont mis en place des directeurs référents de pôle, appelés aussi parfois, délégués. Leur rôle est défini par leur titre de "référent" : ils réfèrent au DG de ce qui se passe dans le pôle et réfèrent au chef de pôle des décisions de la DG.

- Lille a précisé : « Le Directeur délégué aux pôles d'activité représente la direction générale auprès des pôles d'activités cliniques et médico-techniques dont il a la charge. Il ne fait donc pas partie de l'équipe managériale du pôle en tant que tel. Il a pour mission de :
 - Veiller au respect des principes institutionnels ainsi qu'à la mise en œuvre des projets tels qu'ils sont définis dans le projet d'établissement ;
 - Accompagner le responsable de pôle dans son management des projets ;
 - Assurer un rôle d'interface avec la direction générale et les directions de ressources.
- Pour ce faire, le Directeur délégué aux pôles :
 - Favorise au sein des pôles d'activité la compréhension et l'appropriation des enjeux institutionnels (par le biais des instances du pôle notamment) ;
 - Impulse des projets en déclinaison de la politique institutionnelle et favorise le pilotage direct des projets du pôle par le trio managérial ;
 - Dans le cadre de la démarche de contractualisation interne, négocie avec le pôle les objectifs à atteindre en déclinaison de la politique institutionnelle et assure un suivi du respect de ces objectifs.
- Le Directeur délégué aux pôles développe ainsi une expertise concernant les activités médicales et l'analyse médico-économique des projets.
- Le Directeur délégué aux pôles représente également le Directeur Général auprès des partenaires extérieurs et des usagers. Il assure un dialogue social de proximité.
- Les Directeurs délégués aux pôles sont, du fait même de leur positionnement « hors pôle », référents pour plusieurs pôles d'activité cliniques ou médico-techniques. Ils exercent souvent des missions de Directeur projet sur des thématiques institutionnelles transversales (ex : ambulatoire, réanimation, blocs opératoires, etc.) et peuvent également assurer d'autres fonctions de direction (au sein des départements de ressources notamment). »

42. EXERCE-T-IL D'AUTRES FONCTIONS ?

- 66% des directeurs référents exercent d'autres fonctions, soit dans d'autres pôles, soit des fonctions dans des directions fonctionnelles;
- En fait ce chiffre est de 84% si l'on tient compte du fait que 6 établissements n'ont pas mis en place de directeurs référents.

43. LES CONSEILS DE POLE ONT-ILS ETE CONSTITUES ?

- 93% des établissements ont constitué les Conseils de pôle.
- 1 établissement a gardé les conseils de pôle tels qu'ils les avaient déjà constitués avant la loi (Dijon).
- Les autres sont en cours de constitution.

44. COMMENT FONCTIONNENT-ILS ?

- Les Conseils de pôles ont connu des débuts difficiles du fait de la complexité des opérations électorales puis ont fonctionné plutôt bien, se réunissant pour traiter essentiellement, comme le souligne le CH de Versailles :
 - De l'information ;
 - D'échanges sur le contrat de pôle ;
 - De l'approbation du Règlement Intérieur ;
 - De la modification éventuelle de l'organisation au sein du pôle.

45. COMBIEN DE REUNIONS PAR AN ?

- Le nombre de réunion est de 2,44 (médiane à 2) par an.

- La moitié des pôles se réunissent deux fois par an.

46. SE REUNISSENT-ILS SUR UN ORDRE DU JOUR ?

- 88% des réunions des conseils de pôles se font à partir d'un ordre du jour.

47. Y A-T-IL DES PV OU DES COMPTES-RENDUS ?

- 86% de ces réunions font l'objet d'un PV ou d'un compte-rendu;
- Ils sont généralement diffusés aux membres du conseil, parfois à la direction, voire mis sur l'intranet.

48. A-T-IL FALLU CREER D'AUTRES INSTANCES AU SEIN DES POLES ?

- Il n'a pas été nécessaire de créer d'autres instances au sein des pôles.
- Néanmoins certains bureaux de pôles sont élargis, d'autres réservés aux seuls médecins quand il s'agit de nomination de PH.
- Dijon et d'autres établissements réunissent une AG annuelle de pôle comprenant tous les agents.
- À noter, Lille a créé un Conseil d'expression : « en fonction de la structuration du pôle, considérant la taille des Secteurs ou des Unités Fonctionnelles et leur éclatement géographique dans la structure architecturale actuelle du Pôle, il est convenu que chaque Praticien Hospitalier responsable d'un Secteur ou d'une UF, tous les deux mois environ et au minimum 4 fois par an, organise des réunions de concertation des personnels médicaux et non médicaux pour favoriser l'expression des personnels et traiter de l'organisation courante du Secteur ou de l'Unité Fonctionnelle et de son activité. Chaque réunion donnera lieu à un compte – rendu affiché dans le Secteur ou l'Unité Fonctionnelle et transmis aux membres des Conseil et Bureau de Pôle. Compte tenu de la taille du Secteur ou de l'Unité Fonctionnelle, l'ensemble des personnels affectés au Secteur ou à l'Unité Fonctionnelle peut participer aux réunions du conseil d'expression. Les personnels paramédicaux présents au bureau de pôle, peuvent participer aux réunions du conseil d'expression qui les concerne ».
- Le CHR de La Réunion a constitué un collège des pôles. Il est composé de l'ensemble des responsables de pôle, des cadres de pôle, des assistants de gestion et de l'équipe de direction.

49. COMMENT FONCTIONNE GENERALEMENT L'EQUIPE MEDICALE DU POLE ?

- Le fonctionnement de l'équipe médicale de pôle montre bien la diversité des situations mais aussi la forte imprégnation de la notion de service qui demeure.
- Pour Strasbourg : « Le fonctionnement de l'équipe médical est extrêmement variable. Il est à noter que la mise en œuvre des pôles a été un facteur non négligeable de rapprochement des praticiens sur les modalités de prise en charge et a favorisé les échanges sur les pratiques, notamment dans le cadre des prescriptions ».
- Pour le Sud francilien : « Le responsable du pôle est nommé par le Directeur et le Président de CME après avis du Conseil de Pôle, du Conseil exécutif et de la CME. Il organise le fonctionnement technique du pôle en collaboration avec les responsables des structures internes, chef de services, présents au sein du bureau de pôle ».
- A Besançon : « Les équipes médicales fonctionnent plutôt en restant centrées sur les services ».
- À noter, pour Le Mans : « Lors de la mise en place des pôles, la CME a voté la disparition des services dans l'établissement. Ces services ont pu être remplacés par de nouvelles

structures internes, soit structure à vocation de prise en charge (gestion des moyens matériels et humains d'hospitalisation ou de consultation), soit structure à vocation de responsabilité médicale (organisation de la spécialité, de la PDS, accueil des étudiants) ».

50. NOMBRE DE PERSONNELS MEDICAUX DANS LE BUREAU

- On retrouve les 5 PH de la question 39.

51. NOMBRE DE PERSONNELS MEDICAUX DANS LE CONSEIL

- Le nombre moyen de personnel médicaux dans les Conseils de Pôle est de 14 avec une médiane à 12,5.

52. Y A-T-IL UNE ASSEMBLEE GENERALE MEDICALE DE POLE ?

- 6 établissements (14%) déclarent avoir une AG de pôle contre 33 qui n'en ont pas.
- Ce ne serait pourtant pas inutile (Note de la mission)

53. NOMBRE MOYEN DE CADRES SUPERIEURS DE SANTE PAR POLE

- Le nombre de CSS par pôle est de 1,41 avec une médiane à 1 ;
- 36 établissements ont 1 CSS par pôle ;

54. NOMBRE MOYEN DE CADRES SOIGNANTS PAR POLE

- Il y a 6,7 cadres soignants par pôle (médiane à 7) ;
- À rapprocher de la question 20 sur le nombre médian de service (5) et du nombre moyen d'UF (27) de la question 23 ;
- Rappel : le nombre médian de PNM par pôle est de 249, soit 1 cadre pour 35 agents.

55. QUELS SONT LES GRADES DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE POLE ?

- Les grades les plus cités sont ceux d'Attachés d'Administration Hospitalière ou d'Adjoint des Cadres Hospitalier mais il y a aussi des Secrétaires médicales, des Techniciens supérieurs en organisation ou des Techniciens Supérieurs Hospitalier ;
- Quelques établissements ont embauchés des contractuels en tant que Contrôleurs de gestion ;
- Certains ont répondu « Cadres de direction » ;
- La qualité et le niveau d'exigence est à la hauteur de la volonté des établissements de déléguer la gestion ;
- La position du CHU de Grenoble résume la situation : « Le choix du CHUG a été de confier la responsabilité des cadres administratifs de pôles à des personnes ayant une bonne formation de base, de type bac +3/ bac+5 ».

56. UN CONTRAT DE POLE A-T-IL ETE ELABORE ?

- 39 établissements, soit 91% des EPS de notre échantillon ont élaboré des contrats de pôle.

57. QUELS EN SONT LES SIGNATAIRES ?

- Les signataires de ces contrats sont :

- les chefs de pôle ;
- les chefs d'établissement pour 86%, les autres, dans les grandes structures sont signés par les directeurs de sites) ;
- Le Président de la CME signe pour 81,4% des cas ainsi que les doyens dans quelques CHU ;
- Peuvent également signer les directeurs référents et les présidents de CCM.

58. QUELLE A ETE LA PUBLICITE DES CONTRATS DE POLE ?

- La publicité donnée à ces contrats est variable : sur intranet, à Rouen, dans la revue interne de l'établissement à Nîmes. Il est majoritairement transmis aux instances de l'établissement pour 67% des cas, aux autres pôles pour 23,3% et à l'ARH dans 9,3% des cas.

59. Y A-T-IL EU DES CONTENTIEUX ?

- Il n'y a pas de contentieux, pour l'instant (tous les établissements ont répondu non à cette question).
- L'instance de régulation prévue est le conseil exécutif à Besançon.
- L'AP-HM a prévu un processus élaboré : « Il existe une instance de régulation appelée cellule de coordination des pôles co-pilotée par la CME et la Direction Générale, s'est constituée il y a 2 ans maintenant. Les missions que poursuit ce groupe sont rappelées dans le « Guide de gestion et référentiels de la Gouvernance hospitalière à l'AP-HM.
 - La cellule de coordination des pôles propose une aide méthodologique pour l'élaboration des projets des pôles et des projets interpôles, dans le respect des objectifs institutionnels.
 - Elle propose une animation de la gestion dans le cadre de la réalisation des contrats de délégation des pôles.
 - Elle rencontre les équipes de pôles au moins une fois par an afin de réaliser le suivi de l'activité et des dépenses et des recettes et de la contractualisation.
 - Elle reçoit les équipes de pôles et contribue à proposer des réponses institutionnelles aux problèmes spécifiques soulevés par les responsables de pôles. Lorsque ces problèmes sont récurrents ou communs à plusieurs pôles, la commission gouvernance saisit les directions fonctionnelles ou le CE. Les réponses aux questions posées sont consignées et diffusées à tous les pôles. Elle constitue à ce titre une force de proposition. »

60. COMMENT S'EST DEROULEE LA CONSULTATION DES DIFFERENTES INSTANCES ?

- Les instances ont globalement validé l'organisation en pôles, selon le processus habituel, avec parallélisme des modes de consultations du CTE, de la CME puis du CA ;
- Un suivi a généralement été assuré lors de la création des pôles et lors de la phase d'évaluation du dispositif ;
- Les instances se sont souvent également prononcées sur le champ des délégations et le contrat type de pôle.

61. QUELLE A ETE LA POSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ?

- 1 seul CA a émis un avis défavorable sur l'ensemble de l'échantillon consulté (Sud francilien).

62. QUELLE A ETE LA POSITION DE LA CME ?

- Aucune CME n'a émis d'avis défavorable.

63. QUELLE A ETE LA POSITION DU CTE ?

- Les avis des CTE ne sont pas homogènes :
 - 9 sont partagés et ont abouti à une abstention,
 - 13 sont favorables,
 - 17 défavorables

64. QUELLES MODIFICATIONS ONT ETE RETENUES PAR RAPPORT AU PROJET D'ORIGINE ?

- Adaptation à la marge et de manière pragmatique :
 - les contrats de seconde génération privilégieront les objectifs arrêtés dans le Plan de Retour à l'Équilibre (PRE) (St Etienne) ;
 - La partie concernant l'intéressement collectif a été suspendue (Le Havre) ;
 - Une fusion de 2 pôles a été décidée en 2007 (Angers) ;
 - La mise en œuvre des délégations prévues n'a pas été véritablement effective, notamment du fait des impératifs d'élaboration du plan de retour à l'équilibre (Brest) ;
 - Les modifications ont essentiellement porté sur la définition du périmètre entre les compétences des chefs de service et celles des coordonnateurs médicaux. Certains coordonnateurs ont en outre souhaité s'adjoindre les compétences de coordonnateurs médicaux adjoints (Amiens) ;
 - Approfondissement régulier de la délégation de gestion et du projet de gestion (accompagnement, formation, tableaux de bord) (Grenoble).

65. UNE INSTANCE NOUVELLE A-T-ELLE ETE CREEE A L'OCCASION DE LA MISE EN PLACE DES POLES ?

- Il n'y a généralement pas d'instances spécifiques mais une régulation a été parfois imaginée :
- Une réunion 2 à 3 fois par an de l'ensemble des trios de pôle (Metz) ;
- Depuis mai 2009 un Comité de pilotage des pôles est mis en place. Il regroupe le Directeur Général, le Président de CME, les 11 responsables médicaux de pôles, les Directeurs Coordonnateurs des pôles de gestion. Les cadres de santé et cadres administratifs de pôles sont invités en tant que de besoin. (Nîmes) ;
- Un Collège des pôles a été constitué au CHFG (La Réunion). Il est composé de l'ensemble des responsables de pôle, des cadres de pôle, des assistants de gestion et de l'équipe de direction. Celui-ci a eu notamment l'occasion de mener la réflexion sur la mise en place de la nouvelle gouvernance, les orientations stratégiques du Contrat d'Objectifs et de Moyens, les choix en matière de Schéma Directeur ;
- Des réunions régulières Conseil Stratégique / Coordonnateurs médicaux, élargies une fois par trimestre au Bureaux de pôle (Dijon) ;
- L'Assemblée des responsables de Pôles (ARP), dont l'objectif principal était de constituer un lieu d'échange entre les membres du Conseil Exécutif et de l'équipe de Direction et les Responsables de pôles. Cette instance a été élargie dans un second temps aux Cadres Supérieurs de pôle. (Le Mans) ;
- Trois instances nouvelles ont été créées à l'occasion de la mise en place des pôles (Toulouse) :
 - comité de suivi et de régulation budgétaire des pôles ;

- commission contrats / indicateurs ;
 - commission de paramétrage des pôles.
- Ces deux dernières commissions ont permis d'élaborer la trame du contrat cadre de délégation ; le comité de suivi et de régulation budgétaire des pôles fonctionne toujours au CHU.

66. S'IL Y A LIEU, QUEL BILAN PEUT-ON EN TIRER ?

- Le sentiment est globalement positif concernant cette nouvelle instance créée :
- Lille : « Il s'agit du Collège des Responsables de pôles. Il est réuni régulièrement pour constituer un temps privilégié de débats et d'échanges entre les responsables de pôles afin d'aboutir à une vision commune et partagée des enjeux institutionnels et des valeurs de l'établissement et de mieux comprendre les décisions ». Il y a d'ailleurs « un fort présentisme témoignant du besoin des responsables de pôles d'avoir une lisibilité globale des enjeux institutionnels et un échange régulier avec les membres du Conseil Exécutif » ;
 - Reims : « Depuis 2009, le Conseil Exécutif fonctionne en formation élargie à l'ensemble des chefs de pôle, et aux représentants de la CME au Conseil d'Administration. L'objectif poursuivi était une assise plus large des décisions par une association plus étroite des responsables médicaux à la gestion et aux choix stratégiques de l'établissement. Bilan extrêmement positif » ;
 - Mulhouse : « Le conseil médical de pôle qui regroupe tous les praticiens d'un pôle. Il permet une vise collégiale au sein des pôles et crée un espace de concertation médicale. Cette instance est à conserver. Elle crée au sein de chaque pôle un espace de collégialité, fondement de la vie médicale hospitalière » ;
 - Toulouse : « D'une part le bureau du pôle pour le côté opérationnel, d'autre part la sous commission des chefs de pôles sous l'égide de la CME pour l'harmonisation des pratiques de fonctionnement au sein des pôles et vis-à-vis du rôle de l'institution ». Le bilan en est : « un sentiment global d'efficacité ».

67. COMMENT LES PROJETS DE POLE ONT-ILS ETE ELABORES ?

- Dans la majorité des cas, l'élaboration d'un contrat type valable pour l'ensemble des pôles ou une grille commune a été un préalable nécessaire.
- À Nancy, en 2005, le projet de pôle est constitué d'un projet médical et d'un projet de soins. L'élaboration des projets médicaux de pôle est le résultat d'une procédure de concertation. Les responsables de pôle ont été invités, lors de 2 séminaires du conseil exécutif à présenter une 1ère version des projets de leur pôle respectif à partir d'une trame commune : composition et localisation, situation médico-économique, missions, points forts, points à renforcer, coopérations-réseaux, innovation-recherche, priorités du pôle. --> Les projet de soins des pôles sont structurés autour de 4 grands axes : 1/ politique et qualité du management ; 2/ prise en charge de la personne soignée ; 3/ collaboration et complémentarité ; 4/ évaluation et dynamique d'amélioration ;
 - Au Mans, il n'y a pas eu d'élaboration systématique de projets de pôle. Les projets de pôle sont conçus comme la déclinaison du projet d'établissement, mais il existe des chartes de pôle ;
 - À Strasbourg : une trame commune à tous les projets de pôles a été validée par le conseil exécutif et présentée à tous les responsables de pôles. Tous les pôles ont suivi cette trame qui positionnait notamment le pôle dans son environnement régional et vis à vis des autres pôles. Chaque projet devait s'inscrire dans le cadre du projet d'établissement. Le projet a été élaboré principalement par le responsable de pôle, le cadre soignant et le cadre administratif ;

- L'élaboration des projets de pôle a conduit certains établissements à revoir leur projet d'établissement:
- Lille : « Ainsi, s'il existe des projets médicaux réactualisés à l'échelle des « ex-cliniques », il n'y a pas de projet médical consolidé à l'échelle de chaque pôle (sauf pour les pôles dont le périmètre est équivalent aux ex cliniques). L'élaboration du CPOM 2007-2011 et de ses avenants a été l'occasion de réactualiser les orientations stratégiques du CHRU de Lille et de les décliner dans un certain nombre de projets médicaux dont la mise en œuvre mobilise prioritairement les personnels (par exemple, la création ou l'extension de nouvelles unités : soins palliatifs, surveillance continue, infectiologie, nouveaux hôpitaux de jour...) ».

68. UN PROJET DE POLE EST-IL EXIGE AVANT LA SIGNATURE DU CONTRAT ?

- 5 n'exigent pas que le projet existe avant le contrat ;
- 12 l'exigent explicitement ;
- 20 ne disent ni oui ni non explicitement, mais font une description du processus, ce qui est censé valoir acceptation. Dans la description qu'ils en font, ils montrent que c'est souvent le cas, ce qui est logique, sans être une condition sine qua none ;
- Lille précise : « La démarche permet un échange approfondi sur la situation du pôle d'activité. L'expérience montre que l'élaboration d'un contrat nécessite du temps (au minimum 4 mois) et que cette phase d'élaboration est essentielle pour garantir la mise en œuvre effective des objectifs qui y sont inscrits. Le contenu du contrat repose sur des projets et des problématiques concrètes, proches du quotidien, et amène le pôle et l'institution à s'engager de manière pragmatique ».

69. QUELLES SONT LES RUBRIQUES ESSENTIELLES DES PROJETS DE POLE ?

- Globalement les établissements structurent les rubriques du projet autour des axes retenus :
- Strasbourg :
 - Présentation générale du pôle : état des lieux et description de l'existant ;
 - Analyse et diagnostic ;
 - Détermination des objectifs du projet de pôle (a/ objectifs d'activité b/ contribution aux objectifs stratégiques de l'institution c/ recherche et enseignement d/ relation avec les autres pôles e/ évolution liées aux nouvelles technologies) ;
 - Formalisation et exécution du projet de pôle ;
- Toulouse : « Un projet de pôle est composé des rubriques suivantes : intention et objectifs ; projet médical et organisationnel ; analyse médico-économique ; impact recherche et santé publique ; échéancier et livrables ».
- Lille propose 4 rubriques :
 - les projets médicaux et de recherche priorités ;
 - les projets organisationnels et d'amélioration de la prise en charge du patient ;
 - les projets portés conjointement par le pôle et un autre pôle clinique ou médico-technique ;
 - la contribution du pôle au contrat de retour à l'équilibre financier de l'établissement : il s'agit notamment de décliner les objectifs du pôle tels qu'actés dans la lettre de notification de l'EPRD ».

70. QUELLE EVALUATION EST PREVUE DANS LE DISPOSITIF ?

- 31 établissements ont répondu positivement. Les modalités d'évaluation varient dans la temporalité (d'une évaluation mensuelle à annuelle voire pluriannuelle) ainsi que dans

l'organisation : simple « retour » vers les pôles avec des ajustements éventuels, ou mise en place d'indicateurs qualité, médico-économiques, parfois même inscrits dans les contrats.

- Nîmes : « Une évaluation des résultats est prévue au contrat, selon une grille d'indicateurs pré définie, incluant un volet qualité » ;
- Valenciennes : « Évaluation au travers les CREAS » ;
- Grenoble : « Le dispositif est régulièrement suivi dans le cadre d'un comité de pilotage de la gouvernance qui se réunit tous les 2 mois sous l'égide de la Direction Générale. En outre, l'élaboration du nouveau projet d'établissement est l'occasion de réaliser un bilan complet des 3 premières années de gouvernance par pôle » ;
- Angers : « Le contrat du pôle qui décline les objectifs opérationnels du projet fait l'objet d'une évaluation révision annuelle ».

71. QUEL EST LE TEMPS MOYEN PAR SEMAINE (EN 1/2 JOURNEES) QU'UN CHEF DE POLE CONSACRE A CETTE FONCTION ?

- 31 établissements ont accepté de comptabiliser le temps hebdomadaire passé par les chefs de pôle à cette fonction : 2 demi-journées en moyenne avec une médiane à 2 ;
- L'estimation paraît cohérente.

72. QUELLES SONT LES MARGES DE MANŒUVRE DES CHEFS DE POLE EN MATIERE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ?

- Le cœur du sujet. Chaque établissement a prévu des marges dans ce domaine :
- Nice : « les pôles bénéficient de délégations de compétences pour créer un espace de décision qui leur donnera les capacités de juger de l'opportunité de leurs choix avec plus de réactivité, plus de pertinence, et avec une simplification des circuits décisionnels. Pour 2009, ces délégations de gestion portent sur les domaines suivants :
 - personnel non médical : recrutement et affectation, mensualités, mobilité Interne, dialogue social dans le Pôle, formation.
 - Personnel médical : recrutement et affectation des personnels médicaux à statut provisoire (praticiens contractuels, praticiens attachés, FFI), transformation de postes à budgets constants et initiative des demandes de titularisation ».
- D'une manière générale, les délégations tournent, quand elles existent, autour des possibilités de remplacement et de la formation.

73. QUELLES SONT LEURS MARGES DE MANŒUVRE EN MATIERE D'ACHATS ?

- Au Mans, le contrat comprend 2 enveloppes déléguées en matière d'achats : une regroupant les dépenses pharmaceutiques (hors médicaments et DM facturables en sus) et une concernant les fournitures hôtelières (avec Eprocurement) ;
- Dijon : définition des priorités d'achats d'équipement biomédical et gestion d'une enveloppe pour l'équipement non médical, les fournitures de bureau et consommables informatiques ainsi que les produits d'entretien et le petit matériel hôtelier ;
- Besançon : 10% du plan d'équipement hôtelier dans la limite de 150 000 € et 10% du plan d'équipement informatique dans la limite de 200 000 € sont délégués aux pôles ;
- Nice : en 2009, une enveloppe de 15000€ a été attribuée aux pôles pour les petits travaux d'aménagement et de rénovation de locaux ;
- Grenoble : les pôles suivent l'ensemble de leurs dépenses de titres 2 et 3. Sur ces comptes, un compte du titre 2 (fournitures de laboratoire) et deux comptes de titre 3 (articles de bureau et consommables informatiques) sont délégués. En outre, pour neuf comptes de titre 3, un suivi particulier est assuré par la Direction des Affaires Économiques et la Direction des Finances. Enfin, pour tous les comptes de titres 2 et 3 un objectif est fixé en fonction des réalisations de l'année précédente, de l'effet prix et d'éventuelles mesures nouvelles ;

- Souvent, comme à Strasbourg, les responsables de pôle se sont vus déléguer tous les comptes de consommables qui avait un sens au niveau du pôle. Les comptes de structures (chauffage, énergie, maintenance...) ont donc été exclus de cette délégation. L'ensemble des fournitures bureautiques, du matériel hôtelier, de la petite instrumentation, du matériel à usage unique stérile, à usage unique non stérile et des médicaments ont été délégués aux pôles. Le processus d'achat reste géré par les directions fonctionnelles mais la prise de décision appartient au pôle.

74. QUELLES SONT LEURS MARGES DE MANŒUVRE EN MATIERE D'INVESTISSEMENT ?

- La plupart des établissements ne délèguent pas leurs investissements ;
 - Le CH de Valenciennes est dans les plus délégataires : « liberté de renouvellement d'équipements mobiliers et biomédicaux au travers les intéressements (réalisation d'un plan pluriannuel d'investissement par pôle) ».
- Globalement, il y a une procédure d'associations des pôles aux choix opérés mais les établissements considèrent, dans l'ensemble, que ce domaine est trop stratégique.

75. QUELLES SONT LEURS AUTRES MARGES DE MANŒUVRE ?

- Peu d'autres marges ont été citées, hormis la gestion des secrétariats médicaux (Nîmes), ce qui n'est pas vraiment une délégation de gestion.
- Seul, Montpellier dresse une liste de délégations de gestion complémentaires:
 - Déterminer les structures internes du pôle et désigner les praticiens responsables des structures internes du pôle
 - Organiser les gardes et astreintes
 - Prévoir les variations d'activité saisonnières (fermetures de lits, plateaux techniques, congés et absences)
 - Prévoir les variations d'activité ponctuelles (fermetures de lits, plateaux techniques, congés et absences)
 - Gérer les réseaux et les partenariats
 - Établir le tableau annuel de l'organisation médicale
 - Élaborer la réponse à un appel d'offre hors recherche clinique
 - Élaborer la réponse à un appel d'offre de recherche clinique
 - Réaliser la procédure budgétaire (activités, recettes, moyens), en prévision
 - Réaliser la procédure budgétaire (activités, recettes, moyens), en réalisation
 - Mettre en œuvre un contrôle budgétaire sur les comptes délégués et sur la consommation des actes médico-techniques de biologie et d'imagerie
 - Mettre en œuvre un contrôle budgétaire sur les recettes
 - Gérer les crédits fléchés hors recherche clinique
 - Gérer les subventions obtenues et suivre leur utilisation

76. COMMENT SONT ORGANISEES LES RELATIONS FINANCIERES ENTRE POLES ?

- Peu d'établissements ont organisé les relations interpôles et cette question est pourtant au cœur de la réforme.
- Grenoble : « Les relations interpôles financières ou contractuelles ont leur traduction dans les comptes de résultats par pôles, qui en sont à leur deuxième édition 2008 et en amélioration chaque année. Elles intègrent des engagements financiers chiffrés (par exemple la baisse du nombre de transports). Dans chaque contrat de pôle, des engagements interpolaires sont pris. La facturation des prestations interpôles est en cours d'organisation dans les CREA » ;

- Amiens : « Elles sont organisées dans le cadre du retraitement des données pour l'élaboration des tableaux de bord : partage des recettes des séjours partagés (multi pôles), prise en compte des "hébergements" avec le versement d'un forfait spécial, consommations du plateau technique reversées sur les pôles utilisateurs, affectations secondaires des personnels partagés » ;
- Tours : « Des prestations internes sont créées : des tarifs pour les prestations médico-techniques au bénéfice des pôles cliniques ont été mis en place. Chaque pôle mesure ainsi les charges médico-techniques qu'il assume sur son compte de résultat (exemple : tarifs pour la biologie, l'imagerie, tarif horaire pour les blocs opératoires, etc.) » ;
- Valenciennes se distingue : "Facturation inter-pôles complète » ;
- Montpellier a choisi de ne pas le faire sciemment : « Le modèle de gestion contractuel repose, en termes de produits, sur la projection vers les Pôles de la totalité des valorisations d'activité qu'ils réalisent. En revanche, les charges sous contrat de Pôle sont limitées aux charges « contrôlables » par le Pôle lui-même. Quoique le système d'information permette la reventilation de l'ensemble des charges vers les pôles (optique d'un « budget de Pôle »), le choix se justifie parce qu'il offre aux chefs de pôle une représentation simple de son champ d'action. Ainsi, pas de bruit de fond des coûts de support, par ailleurs travaillés par les Directions support. En cas de variations significatives de prestations d'un pôle pour des séjours d'un autre pôle, un ajustement des niveaux de crédits ouverts est effectué » ;
- Toulouse : « Les relations financières interpôles se concrétisent par la vente de prestations (par les pôles médico-techniques et les pôles logistico-administratifs) aux pôles cliniques dans le cadre des comptes de résultat analytique au coût réel de production pour la plupart de ces prestations (détermination de coûts d'objectif en 2010 pour plusieurs pôles supports) ».

77. EXISTE-T-IL DES TABLEAUX DE BORD DE POLE ?

- 41 établissements répondent positivement

78. COMMENT ONT-ILS ETE ELABORES ?

- Montpellier se distingue en se faisant le chantre des tableaux de Bord :
 - Investissement de longue date dans le contrôle de gestion et l'informatique décisionnelle. Les entrepôts de données et l'expérience acquise dans la maîtrise des technologies décisionnelles ont permis d'ajuster dans un délai très court (4 mois) un système de pilotage cohérent avec le modèle de gestion.
 - En pratique le système informatique de pilotage restitue des états de synthèse qui couvrent l'ensemble des champs de progrès : activité, charges, produits, organisation, ratios activité/ressources. L'exécution des contrats de pôle est objectivée globalement chaque mois.
 - Ce résultat tient à un dispositif de contrôle de gestion et de pilotage.
 - *Comptabilité analytique d'exploitation depuis 15 ans*
 - *Comparaison régulière de la performance aux hôpitaux de même taille* ·
 - *Accès en ligne à l'ensemble des données de gestion agrégées : activité, charges et produits* ·
 - *Accès en ligne aux tableaux de bord des pôles de type « balanced scorecard »*
 - *Ce système de pilotage a été lauréat du Prix COGNOS "Performance Award Leader 2007".*
- Mais si d'autres établissements ont également des tableaux de bord élaborés, ils sont souvent pilotés par la direction du contrôle de gestion.

79. SONT-ILS IDENTIQUES POUR TOUS LES POLES ?

- 26 établissements (60%) ont répondu affirmativement et 15 négativement ;
- Ce qui montre que la qualité du système d'information ou, pire, la décision stratégique de l'établissement est de garder la main sur l'information.

80. COMMENT EST EFFECTUE LE REGROUPEMENT DES DONNEES ?

- Globalement, comme à Grenoble, « les données sont présentées par UF, par secteur et par pôle. Elles sont également agrégées au niveau du CHU. Elles sont préparées par le contrôle de gestion, en lien avec le DIM et les attachés de pôles ».

81. COMMENT L'INFORMATION EST-ELLE PARTAGEE ENTRE LES CHEFS DE POLE ?

- Un certain nombre d'établissements partagent les données soit par Intranet (Nantes, Amiens, St Etienne, Marseille, Mulhouse, Nice, Dijon, Toulouse, Dijon), soit par des AG (Reims, Le Mans, Sud Francilien).
- Beaucoup d'autres réservent l'information aux pôles concernés.

82. EXISTE-T-IL DES COMPTES DE RESULTAT PAR POLE ?

- 39 établissements affirment avoir mis en place un Compte de résultat par pôle. Angers en 2004, Lille et Amiens en 2005, Dijon et Besançon en 2006, 6 en 2007, la plupart en 2008, voire 2009.

83. AU SEIN DES POLES, EXISTE-T-IL UN COMPTE DE RESULTAT PAR SERVICE ?

- 27 établissements (63%) offrent un compte de résultat par service.

84. A QUEL RYTHME LES COMPTES DE RESULTAT SONT-ILS MIS A DISPOSITION DES POLES ?

- 4, tous les semestres ;
- 27 de manière annuelle ;
- 1 (Le Mans) tous les quadrimestres ;
- 2, Toulouse et Valenciennes tous les trimestres ;
- 3 tous les mois (Fort de France, Gonesse et Montpellier) ;
- Encore faut-il s'entendre sur la production réelle, comme le dit Dijon : périodicité annuelle pour ce qui est des comptes de résultats conformes au guide de comptabilité analytique, périodicité trimestrielle pour ce qui est du suivi recettes directes/dépenses directes.

85. EN MATIERE D'INTERESSEMENT, UNE DISTINCTION EST-ELLE FAITE ENTRE LES ECONOMIES REALISEES SUR LES DEPENSES ET L'AUGMENTATION DES RECETTES ?

- 15 établissements font cette distinction et certains expliquent ce choix :
 - Amiens : « 2 critères financiers sont utilisés : l'évolution des recettes du pôle, afin de valoriser les efforts réalisés sur l'activité et l'évolution du résultat financier afin de valoriser les efforts de productivité et d'efficience » ;
 - Lille : « L'expérimentation a montré que certains pôles avaient réalisé leurs engagements en terme de projets médicaux, organisationnels ou conjoints, mais ne

pouvaient prétendre à l'intéressement n'ayant pas amélioré leur situation médico-économique. À l'inverse certains pôles ont amélioré leur situation médico économique et ainsi pu bénéficier d'un intéressement sans avoir, pour autant, réaliser leurs projets médicaux et de soins. Au vu des limites de cette règle et de la répercussion financière de l'engagement institutionnel, les modalités ont été modifiées » ;

- AP-HM : « Il est proposé un intéressement binaire : un intéressement spécifique au pôle en fonction du niveau d'accomplissement des objectifs qualitatifs et un intéressement spécifique récompensant les efforts en matière de gestion interne quant à la maîtrise des dépenses et l'accroissement de l'activité prévue, objectif inclus dans le Plan de retour à l'équilibre de l'Institution. Le montant maximum d'intéressement est égal à 1/3 de l'amélioration globale de la performance du pôle sous réserve que la somme des intéressements des pôles n'excède pas l'enveloppe d'intéressement globale de l'Institution définie en début d'exercice. En aucun cas, l'intéressement ne peut revêtir la forme d'un bonus individuel (primes, indemnités, etc...) : l'utilisation de la part de l'excédent retournant au Pôle doit faire l'objet d'un CHOIX COLLECTIF. Les deux autres tiers étant affectés au retour à l'équilibre financier de l'Institution et à l'investissement » ;
- 16 établissements ne font de l'intéressement que sur le solde, d'autres comme Poitiers ont fait d'autres choix : « L'intéressement est calculé sur la base de deux indices de variation de la performance, calculés au regard des objectifs : 1 indice de variation de la performance activité / crédits délégués (à partir de l'évolution de l'activité et de l'évolution des dépenses déléguées par rapport à N-1 et 1 indice de variation de la performance activité / mensualités personnel non médical (établi par rapport à l'économie de 2,5% des mensualités à activité constante » ;
- Enfin 7 établissements ne pratiquent aucun intéressement.

86. Y A-T-IL UN INTERESSEMENT SI L'EPS EST DEFICITAIRE ?

- 18 établissements ont répondu « OUI » à cette question
 - Angers : « Lors de la fixation du mécanisme d'intéressement début 2008, le débat sur le lien entre résultat global et possibilité d'intéressement a eu lieu et il a été conclu qu'il fallait maintenir la possibilité d'intéressement d'un pôle qui aurait dépassé les objectifs d'activité et donc contribué à réduire le déficit de l'institution. Seules les situations de plan de redressement étaient considérées comme devant suspendre les mécanismes contractuels » ;
- 17 ont répondu « NON »
 - Dijon : « La possibilité d'un intéressement est prévue au sein du contrat de pôle. Il est certain que la situation déficitaire du CHU limite de fait cette possibilité ».

87. LES CONDITIONS DE L'INTERESSEMENT SONT-ELLES PREVUES DANS LES CONTRATS DE POLE ?

- 26 établissements ont prévu un intéressement dans le contrat de pôle :
 - St Anne : « restitution de 50% des crédits de remplacement » ;
 - CHR de la Réunion : « Une fois les résultats de chacun des pôles consolidés, une ventilation de l'enveloppe d'intéressement est faite par l'attribution d'une enveloppe d'investissement ou à titre subsidiaire, et dans la limite de 1 500 €, de crédits d'exploitation. Dans ce cadre, le choix d'affectation de la marge d'intéressement appartient pleinement au pôle, dans le respect du projet médical » ;
 - l'AP-HP tient compte de sa taille : « Les modalités d'intéressement se font à 2 niveaux : 1. Au niveau de l'hôpital, le CEL établit un budget « réservé » en début d'année pour l'octroi d'un intéressement sur les résultats du contrat de pôle. 2. L'AP-HP active sur la base de résultats positifs un intéressement versé aux

hôpitaux qui ont dépassé leur contrat. Les CEL de ces hôpitaux ont la charge de réallouer l'intégralité des crédits perçus sous forme d'intéressement aux pôles. Les critères déterminant la possibilité pour le pôle d'obtenir un intéressement sont prioritairement l'activité et le respect des objectifs du contrat et le respect du devoir hospitalier (ex : prise en charge de l'aval des urgences). En pratique, l'intéressement de 2ème niveau (AP-HP) n'a pas été mis en œuvre sauf pour les 4 hôpitaux expérimentateurs au titre de l'année 2007 les résultats financiers ne le permettant pas » ;

- 5 établissements l'ont prévu mais ne l'ont pas mis en œuvre, dont Bordeaux et Metz ;
- 6 établissements ne l'ont pas prévu au niveau du contrat et l'expliquent comme Draguignan : « Il n'est pas prévu d'intéressement à la signature des contrats de pôle. La politique d'intéressement collectif définie s'appuie exclusivement sur les résultats obtenus par le pôle et appréhendés sous 3 angles : 1/ quantitatif : au regard du résultat budgétaire du pôle qui doit être excédentaire ; 2/ qualitatif : en fonction de l'inscription du pôle dans la démarche Qualité de l'établissement et 3/ efficacité : qu'ils soient excédentaires, déficitaires ou équilibrés, les pôles peuvent bénéficier d'une partie de l'intéressement s'ils atteignent les objectifs de réduction des dépenses et d'augmentation d'activité définis dans le contrat. De ce fait, l'établissement envisage de provisionner chaque année, en fonction de son résultat budgétaire, une enveloppe d'intéressement collectif. Celle-ci comprendra 3 sous-enveloppes destinées à attribuer l'intéressement des pôles en fonction des critères précisés ci-dessus ».

88. EXISTE-T-IL DES FORMES D'INTERESSEMENT NON FINANCIERES ?

- Quelques établissements ont une politique de retour vers les pôles « vertueux » qui compensent leurs difficultés à rétablir les équilibres financiers :
 - Strasbourg leur accorde une priorité dans les choix d'investissements ;
 - Carcassonne dans les choix de formation ;
 - Sainte-Anne une priorité dans l'acquisition de petit matériel ;
 - Pointe à Pitre instaure un droit de tirage sur la formation en plus de l'intéressement sur les investissements ;
 - Colmar : « arbitrage en faveur du pôle dans le cadre de l'allocation du budget biomédical, soutien de projet » ;
 - Lille : « L'identification d'un budget annuel « innovations » dont la répartition fait l'objet d'arbitrages en Conseil Exécutif constitue une autre forme d'intéressement pour les pôles. Par ailleurs, le CHRU de Lille a accompagné les différents professionnels des pôles dans le cadre de formations (au management, à la gestion, à l'expression dans les bureaux et les conseils...) ».

89. Y A-T-IL EN PARTICULIER UN INTERESSEMENT SOUS FORME D'INVESTISSEMENT ?

- 20 établissements (46%) ont mis en œuvre un intéressement sous forme d'investissements.

90. NOMBRE DE POLES AYANT BENEFICIE D'UN INTERESSEMENT EN 2008

- 108 pôles ont bénéficié d'un intéressement en 2008. Cela représente, sur les 584 pôles en fonctionnement au 1er janvier 2008 (question N° 11), 18,5% des pôles.

91. NOMBRE DE POLES SUSCEPTIBLES D'EN BENEFICIER EN 2009

- 112 devraient en bénéficier en 2010 soit, sur 778 PAM ou MT en place au 1er janvier 2009, 14,3%. Il y a donc une diminution due certainement aux difficultés financières des établissements ou à leur difficulté à atteindre les objectifs d'activité fixés.

92. L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL BENEFICIE D'ECONOMIES REALISEES PAR LA MISE EN PLACE DE CETTE ORGANISATION ?

- Les établissements ont répondu majoritairement « NON » à cette question (14 contre 11 OUI) mais beaucoup n'ont pas répondu (22)

93. QUEL EST LE BENEFICE ATTENDU DE L'ORGANISATION EN POLES PAR LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE ?

- Beaucoup d'établissements ont répondu en insistant sur l'intérêt du rapprochement des acteurs et la nécessaire acculturation de chacun aux réformes actuelles.
 - Strasbourg insiste sur le besoin d'une pause : « Afin de permettre à l'organisation en pôle d'acquérir une maturité suffisante, il est essentiel d'avoir une stabilité dans les textes s'appliquant aux pôles mais également dans leur mode de rémunération. L'évolution des tarifs, aussi bien en 2008 avec le passage à 100 % T2A qu'en 2009 avec la V11 a brouillé la lisibilité pour les pôles, notamment en terme de positionnement financier et d'efforts à mettre en œuvre » ;
 - Nice précise les pré-requis : « Rendre le conseil de pôle obligatoire afin qu'il constitue un des éléments d'équilibre de management des pôles, améliorer les tableaux de bord de gestion et évaluer les délégations au regard des objectifs » ;
 - Mulhouse s'interroge : « Il est évident que l'interface « conseil exécutif- pôle » doit être renforcée. Elle nécessitera sans doute une réduction du nombre de pôles et une certaine homogénéisation de leur périmètre » ;
 - Lille précise : « L'organisation d'un CHU est par nature complexe dans la mesure où les établissements hospitalo-universitaires ont pour vocation de réunir des compétences multidisciplinaires autour d'un même patient, et de favoriser les synergies entre la recherche, les soins et l'enseignement. La structuration de l'organisation interne doit apporter de la lisibilité mais elle s'appréhende nécessairement selon plusieurs dimensions ».

94. AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS D'AMELIORATIONS DU DISPOSITIF ?

- Quelques établissements insistent sur la nécessité de prévoir des instances de gouvernance mieux adaptées.
- Nîmes, par exemple : « Intégrer les responsables de pôles médicaux dans la CME ou créer un collège des responsables de pôles » ;
- Limoges : « Le décalage entre la composition de la CME (légitimité électorale) d'une part, et la composition du Conseil Exécutif et responsables de pôle (désignés) d'autre part, peut rendre le dispositif difficile à expliquer. Suggestion : permettre à chaque chef de pôle de siéger dans une instance de pilotage » ;
- Nancy estime que l'équilibre financier est le préalable à une véritable application de la réforme ;
- St Etienne en appelle à une mobilisation des équipes de direction : « La délégation de gestion ne doit pas consister à revisiter l'Hôpital, mais à garder mutualisées les directions fonctionnelles lesquelles doivent se positionner en fournisseurs pour des clients exigeants, mais qui doivent faire un effort de clarté et de transparence » ;
- Reims demande la possibilité de prévoir un intéressement individuel ;

- St Anne remarque : « la mise en place de pôle regroupant plusieurs secteurs est une opportunité pour la psychiatrie » ;
- Les HCL font observer qu'il convient de : « prendre en compte, en terme de compensation, du temps consacré par les chefs de PAM à la gestion de leur PAM. À ce titre en effet, même si l'objectif n'est pas de transformer le chef de PAM en un gestionnaire du détail, il n'en demeure pas moins que son rôle managérial, stratégique, organisationnel est rapidement chronophage. Par ailleurs, sur un autre plan, il faut éviter d'alourdir le dispositif avec l'introduction des partenaires sociaux au sein de la gouvernance des PAM » ;
- Nice demande à : « rendre le conseil de pôle obligatoire afin qu'il constitue un des éléments d'équilibre de management des pôles et améliorer les tableaux de bord de gestion et évaluer les délégations au regard des objectifs ».

95. QUELS SONT, EN PARTICULIER, VOS SOUHAITS DE MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES ?

- St Anne, Bordeaux, Clermont-Ferrand : « arrêter d'écrire des textes et laisser le maximum de liberté organisationnelle aux établissements » ;
- Angers précise : « Le principe de libre organisation inscrit dans la loi HPST ne doit pas être contredite par des décrets pointilleux voire infantilisants, qui par exemple prétendraient vouloir organiser les modalités de négociation d'un contrat entre l'institution et le pôle, jusqu'à préciser les cas de révocation d'un chef de pôle » ;
- Grenoble demande la : « mise en place de l'intéressement collectif, au sens du code du travail » ;
- Tours s'interroge : « nous attendons des prochains textes une clarification sur le rôle du directeur de soins en matière d'affectation des personnels soignants au sein des pôles au regard des prérogatives accordées au chef de pôle par la loi HPST » ;
- Mulhouse s'inquiète : « le passage du conseil exécutif au directoire nous apparaît réellement comme un risque de fragilisation interne » ;
- Nîmes propose de : « transformer la CME en CTE médical et créer une commission stratégique permanente entre les responsables de pôles et éventuellement d'autres responsables médicaux ».

96. APPRECIATIONS GENERALES DU DIRECTEUR GENERAL

- Il est difficile de résumer l'ensemble des remarques des DG qui ont presque tous répondu à cette question. Néanmoins, quelques extraits permettent de sentir l'état d'esprit :
- La DG du CHR de Metz : « Le soutien et l'accompagnement des responsables de pôle (trio de pôle) est indispensable par le conseil exécutif car les responsables médicaux s'y investissent de manière variable et sont peu préparés à des fonctions de management de cette importance, malgré la formation mise en œuvre. Le bilan reste cependant positif ; à noter une attente forte en matière de délégation de gestion qui reste difficile dans un contexte de retour à l'équilibre ».
- Celui de Besançon : « L'absence de partage clair des objectifs et des missions des différentes strates peut conduire à une démotivation des responsables tant au niveau des services que des pôles. Ce risque touche aussi l'encadrement paramédical, et notamment les cadres de proximité ».
- Le directeur du CH de Gonesse : « La réforme de la gouvernance interne des établissements est irréversible. Elle doit se faire par étapes : elle requiert un fort investissement de formation, d'adaptation des systèmes de contrôle de gestion interne et des systèmes d'information. et la délégation de gestion doit à terme être substantielle sans cependant casser la cohérence institutionnelle, ni complexifier la solution des problèmes du quotidien ».

- Le DG des HCL, par ailleurs Président de la Conférence des DG de CHU : « Une plus large délégation de gestion est demandée par les Chefs de Pôle. La Direction Générale y est favorable sous trois réserves : 1/ Respect de la législation, 2/ Respect par chaque pôle des impératifs du plan de retour à l'équilibre, 3/ Véritable « sanction » (positive ou négative) applicable au chef de pôle en cas d'atteinte ou de non atteinte des objectifs chiffrés fixés ».
- Celui de Grenoble : « Le CHU a trouvé dans la mise en place des pôles une forte dynamique interne, venant à l'appui des restructurations en cours et des démarches d'optimisation de la prise en charge des patients mis en œuvre en application du projet d'établissement ».
- Lille : « la mise en place de la gouvernance associant les médecins, les cadres soignants et les cadres administratifs a constitué un progrès important dans le management institutionnel, permettant de concilier au mieux l'ensemble des exigences s'appliquant à un établissement hospitalo-universitaire : le développement des missions distinctives, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients, la qualité du climat social, l'équilibre financier ».
- Beaucoup de chefs d'établissements sont confiants dans la réforme tel celui de Strasbourg : « Il convient de poursuivre dans la logique de la nouvelle gouvernance vers plus de transparence, plus d'échanges entre pôles et ce malgré le contexte contraint ».
- Montpellier : « Les résultats ont conduit à un intéressement pour les 3 pôles qui ont dépassé leurs objectifs en dépit d'un résultat d'exercice global légèrement déficitaire (-1,5 M€). Pour l'exercice 2008, 8 pôles ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 500 K€ ».
- Dijon : « Il est évident aujourd'hui que le retour en arrière n'est plus souhaité par personne ».

97. APPRECIATIONS GENERALES DU PRESIDENT DE LA CME

- Metz : « le travail de pédagogie et de communication devra être renforcé » ;
- Nîmes : « l'organisation en pôles peut constituer un pas vers l'efficacité si les pôles restent un espace de gestion et d'organisation et savent respecter le rôle des services dans les dimensions: soins - enseignement – recherche » ;
- Besançon : « Le risque est d'aboutir à un empilage de structures administratives et à une démotivation des chefs de service. Le mille feuille administratif se traduit par des difficultés d'intégration des logiques entre services et pôles » ;
- HCL : "le problème de la compensation du temps médical consacré à la gestion du Pôle n'est pas résolu, ce qui n'est pas fait pour stimuler les candidats » ;
- Grenoble : "Le dispositif est globalement positif. En revanche, la mise en place de la loi HPST fait naître des inquiétudes eu égard à l'affaiblissement des fonctions de concertation par rapport aux fonctions de décision. Dans cet esprit, l'on peut citer le simple avis donné par le Président de la CME aux contrats de pôle, qui remplace la co-signature du contrat prévue par l'ordonnance du 02 mai 2005, et qui faisait le lien entre une gouvernance participative (pôles) et une gouvernance élective (CME). Le rôle de la CME comme instance délivrant des avis sera amoindri » ;
- Poissy-St Germain : « la notion de service reste primordiale pour la prise en charge optimale des patients relevant d'une même discipline » ;
- Nantes : « les outils modernes de comptabilité analytique devraient permettre en principe d'aboutir à un meilleur management interne aux pôles comportant de façon contractuelle une meilleure maîtrise des dépenses et un intéressement collectif aux résultats obtenus » ;
- Lille (Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU) : « Cette organisation en pôle et la contractualisation interne ont permis le partage de l'information entre les personnels médicaux (HU et H) et non médicaux concernant autant l'état des lieux que les projets et ont ainsi abouti à une responsabilisation de ces acteurs. Le bénéfice concernait bien sur les activités de soins mais plus encore peut être les activités d'enseignement et

- surtout de recherche dont l'importance pour un CHU n'est pas toujours perçue par ceux qui y travaillent » ;
- Draguignan : « la place du Président de la CME qui était jusqu'alors un partenaire du directeur important au vu des prérogatives de la CME devient aujourd'hui plus que secondaire. Sa place dépendra strictement de celle que voudra bien lui laisser jouer le Directeur. Il peut donc soit devenir un vrai vice président et le premier de ses collaborateurs avec ce que sous-tend cette fonction, et particulièrement des délégations fortes dont bien sûr la gestion du corps médical ou il peut devenir le partenaire du directeur des soins, et il doit alors participer aux réunions de direction et être soumis aussi aux impératifs de réserve de cette place, soit au contraire, rester dans une place de simple conseiller technique auprès du directeur, veiller aux EPP, valider un projet médical qui peut être écrit par d'autres, donner des listes de médecins aux désignations directoriales et se couper encore plus de ses mandants. Il ne préside alors qu'une communauté médicale sans réel pouvoir de délégation et sert « aux inaugurations de chrysanthèmes » ce qui bien sûr n'est pas souhaitable » ;
 - Brest : « il reste des disparités au sein des pôles dans la formation des responsables de pôle au management hospitalier et dans l'appréhension des problématiques liées à la recherche ;
 - Colmar : « l'organisation en pôle a permis de renforcer les liens entre les différents services du pôle par la mutualisation des moyens, l'émergence du concept d'appartenance au Pôle et la valorisation de la notion de « masse critique » ;
 - Orléans : « le positionnement respectif du responsable de pôle et du Directeur délégué s'avère très variable en fonction des personnes et des pôles, mettant parfois le directeur délégué dans une situation complexe » ;
 - Bordeaux : « la mise en place des pôles a permis de dynamiser l'hôpital et peut être de reconquérir des parts de marchés avec une meilleure organisation des filières de soins, mais il faut marquer une pose dans les réformes » ;
 - Valenciennes : « Pour être efficace, l'organisation doit associer une délégation la plus étendue possible aux pôles et une professionnalisation des directions répertoriées en fonction support. Il faut en outre inclure une révision significative de la situation des chefs de pôle. Actuellement volontariat, pas de détachement prévu en temps, pas de rémunération significative de la situation des chefs de pôle et donc fonction qui se résume à une importante surcharge de travail et de responsabilités. Il est nécessaire de prévoir un détachement et une rémunération à la valeur des enjeux (500 à 3000 € nets mensuels selon la taille de l'EPS) si l'on veut obtenir le levier pour un management efficace des chefs de pôle pour la direction » ;
 - Montpellier : « Le modèle construit, déléguant une part très importante du budget de pôle et intégrant la fongibilité des lignes a permis une souplesse forte dans la gestion et l'optimisation de l'utilisation des ressources. Le suivi régulier des tableaux de bord permet par ailleurs une adaptation régulière des paramètres de fonctionnement des pôles » ;
 - Reims : « La résistance au changement s'exprime dans l'ensemble des secteurs. Je regrette l'absence de moyens accordés spécifiquement à la mise en place de cette réforme » ;
 - Angers : « Il a pu être parfois réellement difficile de susciter la candidature d'un coordonnateur de pôle qui fasse réellement sens, en transcendant les appétits individuels. Ceci a pu aboutir à des nominations "sans enthousiasme excessif" » ;
 - Carcassonne : « un élargissement au territoire est obligatoire, via les CHT et/ou GCS » ;
 - St Etienne : « ce type d'organisation est encore très largement perfectible : il faudrait distinguer les secteurs d'activité médico- techniques facilement adaptables à cette nouvelle organisation, et les secteurs d'activité clinique qui devraient être organisés en grande filière de soins » ;
 - Le Mans : « Cette réforme a permis une acculturation réciproque des équipes médicales et de direction et la diffusion d'une culture de résultats aussi bien sur le plan gestion que sur le plan de la politique qualité. Contrairement à ce qui avait été prédit à l'époque, il n'y a eu aucune difficulté à trouver des médecins responsables de pôles qui sont tous en place depuis 2006. Un seul responsable a démissionné sur 13. Il a été remplacé dans les 15 jours. L'organisation mise en place a permis notamment une forte mobilisation des équipes

médicales et soignantes sur une dynamique de développement de l'activité impensable auparavant. La réforme a buté sur la coexistence d'un système nouveau et d'un système ancien » ;

- AP-HM : « le succès de la méthode repose sur le mode opératoire de chaque établissement, établi sous forme d'un règlement intérieur par le directoire » ;
- Nancy : « en l'absence d'équilibre financier, les pôles ne peuvent pas fonctionner correctement ».

98. APPRECIATIONS GENERALES DU DIRECTEUR DE L'UFR DE MEDECINE

- Nancy : « les nominations des responsables de pôle sont soumises au Doyen (recherche et pédagogie) » ;
- Limoges : « Enquête peu adaptée à un CHU dans ses missions de recherche et d'enseignement. Les pôles sont envisagés avant tout comme des pôles d'activité clinique et non comme des pôles hospitalo-universitaires » ;
- Besançon : « La réglementation est restée trop floue sur la logique d'agrégation. Elle a sûrement permis d'éviter des conflits, mais a abouti à des agrégations très hétéroclites rendant très difficile la définition des missions des pôles » ;
- St Etienne : « il serait souhaitable que le périmètre des pôles soit revu de façon fonctionnelle en terme de département hospitalo-universitaire avec disparition des pôles de gestion de filières tels que les pôles "biologie" ou "imagerie" » ;
- Dijon : « le contour des pôles ne tient pas compte de la logique universitaire qui repose sur des services » ;
- Reims : « La mise en place des pôles a permis de mettre en évidence une logique d'enseignement par pôle. Cependant, les contrats de pôles n'ont souvent fait qu'une toute petite part à l'Enseignement et à la Recherche. Par ailleurs, il apparaît important de clarifier la répartition des MIG et des MERRI par pôle » ;
- Montpellier : « aujourd'hui reste à faire émerger de manière plus visible les aspects universitaires » ;
- Bordeaux : « La mise en place des pôles d'activité clinique et médico technique a globalement contribué à une meilleure structuration de la dimension hospitalo-universitaire du CHU, en dépit de la situation très hétérogène des pôles en question. Par ailleurs, la nouvelle approche pédagogique du 2ème cycle des études médicales a pu s'appuyer efficacement sur la nouvelle organisation hospitalière. L'association étroite du Président de l'Université à la gouvernance du CHU permet de renforcer la dimension universitaire des projets » ;
- Tours : « Points positifs : obligation de dialogue entre les différents acteurs, prise de conscience des soignants de leur responsabilité économique, apprentissage de la hiérarchie des priorités. Points négatifs : regroupement artificiel de certains services et entrave à leur développement, négation de la spécificité universitaire et recul de la dimension formative » ;
- Poitiers : « Les pôles représentent une avancée globalement positive, car ils ont permis une certaine fédération des projets, et une prise de conscience des problèmes économiques. Les principaux freins sont l'absence de délégation réelle de gestion et le choix d'un service par discipline qui explique l'incompréhension des médecins face aux choix du Directeur général » ;
- Lille : « Si le Chef de Pôle n'est pas hospitalo-universitaire il conviendrait d'identifier dans le Pôle, auprès du Chef de Pôle, un des responsables HU pour la liaison avec la Faculté. »
- Grenoble : « La réforme a été mise en œuvre sans tenir compte, dans les CHU, des spécificités universitaires. Le CHUG a su contourner cette difficulté en instituant des cliniques et département universitaires » ;
- Nantes : « L'intérêt majeur de la démarche a été de permettre aux professionnels qui le souhaitaient de travailler ensemble intelligemment autour d'un item de soin : un patient (l'enfant et sa Mère), une situation pathologique (l'urgence), une région anatomique (le

thorax), un métier, (l'anesthésie), un ensemble (les neurosciences). Les Pôles qui ont bien marché avaient un Directeur volontaire, organisé et décideur, un Cadre soignant de grande qualité et un Administratif de la même eau, donc un trio qui voulait travailler ensemble. Pour l'avenir, certains Pôles sont à rediscuter, mais pour l'Enseignement les Soins et le Recherche c'est la solution efficace qui permet le développement ».

99. REPONSES COLLECTIVES : DG, PRESIDENT DE CME ET DOYEN

- Il y a 2 réponses collectives des trois responsables (DG, Président de CME, doyen) :
 - Nice : « La fonction publique hospitalière s'adapte sans enthousiasme excessif à la réforme. Celle-ci, bien qu'elle soit ressentie comme une réforme « de plus », a cependant conduit un nombre non nul de responsables médicaux de pôle à essayer de jouer le jeu de la réforme. Ils se sont investis et essaient d'en tirer les avantages attendus. Ils découvrent à cette occasion des freins qu'ils ne soupçonnaient pas et qu'ils ont du mal à accepter - statuts, règles de mobilité du personnel, dialogue social, inertie- inhérents à l'hôpital public et qui ont participé à créer sa grandeur. Autre découverte pour ces responsables, l'importance du collectif dès lors que les objectifs stratégiques du CHU sont en question, choses que les présidents de CME et les doyens maîtrisent parfaitement en raison de leurs fonctions mais qui ne sont pas forcément évidentes pour tous les responsables médicaux. In fine, les premiers frémissements d'une « envie de manager » se font sentir. Cependant, il ne faudrait pas que l'empilement de contraintes externes viennent décourager ces quelques vocations récentes sur lesquelles les hôpitaux publics doivent capitaliser » ;
 - Toulouse : « La gouvernance par pôles d'activité médicale et médico-technique est installée dans notre CHU depuis plus de 5 ans. La grande majorité des pôles a été bâtie autour d'une logique médicale de prise en charge globale des patients qui permet une optimisation des ressources de l'établissement. La gouvernance médico-économique, en rapprochant les acteurs médicaux et soignants des gestionnaires offre une souplesse de fonctionnement et une réactivité qui était inconnue jusqu'alors. Des questions sont encore en discussion en particulier sur les tarifs de prestations des pôles médico-techniques ou encore les prestations croisées entre pôles cliniques. Ces questions sont largement débattues au sein du comité de régulation et de suivi budgétaire. La loi HPST renforce la structure polaire des établissements de santé et l'autonomie des pôles. Il faut toutefois se garder d'une trop grande indépendance de chacun des pôles, cliniques en particulier, afin de ne pas oublier que ces pôles sont parties intégrantes d'un établissement. La CME doit garder les moyens de réguler les stratégies de l'établissement, en liaison avec la Direction Générale, au-delà des collèges des chefs de pôle. La gouvernance par pôles apporte en tout état de cause une nette amélioration du fonctionnement du CHU et devrait être optimisée par une meilleure appréciation des ressources de l'hôpital qui reste encore aléatoire eu égard aux variations tarifaires et à l'introduction de la version V11 du contrôle réel de l'activité. Un nouvel élan aux volets enseignement et recherche sera prochainement donné pour anticiper l'orientation de la création potentielle d'IHU. En outre, nous devons réévaluer la place du Directeur délégué à la lumière de la Loi HPST ».

Pièce jointe : Délégation de signature du centre hospitalier de Valenciennes

<p style="text-align: center;">DECISION n°7230 DELEGATION de SIGNATURE et de NOMINATION d'ORDONNATEURS SUPPLEANTS</p>
--

Le Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Vu le Code de la santé publique et notamment l'article L 6143-7,

Vu le décret n° 92-783 du 6 août 1992 modifié par le décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs,

Vu le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé,

Vu l'arrêté de Madame la Ministre de l'emploi et de la Solidarité en date du 29 octobre 2001 nommant Monsieur Philippe JAHAN en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes,

Vu l'arrêté de Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 16 avril 2002 nommant Monsieur Jean GUICHETEAU en qualité de Directeur Adjoint chargé de la Direction des Affaires Financières et du Système d'Information,

Vu l'Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,

Vu le Décret n°2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le Code de la Santé Publique,

Vu le Décret n°2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique,

Vu le Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du Code de la Santé Publique,

Vu la délibération du Conseil d'Administration 2006-98 du 30 novembre 2006,

Vu l'avis des Conseils de Services restreints aux personnels médicaux, composant le pôle, en date du 11 décembre 2006,

Vu l'avis émis par la Commission Médicale d'Etablissement en date du 12 décembre 2006,

Vu l'avis émis par le Conseil Exécutif en date du 14 décembre 2006,

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date du 21 juin 2007 fixant les délégations de gestion,

DECIDE :

Article 1 : La décision n° 7060 en date du 10 septembre 2007 portant délégation de signature et de nomination d'ordonnateurs suppléants est annulée et remplacée par la présente décision.

Article 2 : Délégation de signature est donnée à **Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE**, Responsable de pôle, à l'effet de signer au nom du Directeur tous les actes et décisions énumérés en annexes I et II.

Article 3 : En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE, délégation de signature est donnée à :
Madame Véronique TABARY, Cadre administratif de pôle aux fins définies à l'article 1 ci-dessus.
Monsieur Bertrand LAMPAERT, Cadre supérieur de santé (cf. annexe 1 chapitre 1, 2 et 3.4).

Article 4 : Monsieur le Docteur Pierre DOBBELAERE est nommé en qualité d'ordonnateur suppléant, aux fins d'engager (commander), réceptionner et liquider (vérification du service fait et des factures, signatures de celles-ci) les dépenses afférentes aux titres figurant en annexe II, dans la limite des crédits autorisés pour l'année.

Article 5 : L'ordonnancement (vérification de la disponibilité des crédits, de l'imputation comptable, ordre de paiement au comptable et signature du mandat) reste de la seule compétence de la Direction des Affaires Financières ; l'ordonnateur suppléant étant Monsieur Jean GUICHETEAU, Directeur Adjoint chargé de la Direction des Finances et du Système d'Information. En cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, délégation de signature est donnée à Monsieur Alain BERTEAUX, Attaché d'Administration Hospitalière Principal. En cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, délégation de signature est donnée à Mademoiselle Gaétane GILLERON, Adjoint des cadres.

Article 6 : Le Directeur et le Comptable public assignataire au Centre Hospitalier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

Fait à Valenciennes, le 1^{er} juillet 2009

Le Directeur,

Philippe JAHAN

Destinataires

- Trésorier Principal (2 ex)
- Registre (original)
- Dossier (1 ex)
- Intéressé (e)s (6 ex)

P.J. : Annexe I : Délégations Ressources Humaines – Logistique
Annexe II : Spécimen des signatures

ANNEXE I**RESSOURCES HUMAINES****Chapitre 1 - RECRUTEMENT**

- 1.1 Validation des Profils de poste
- 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 Autorisations 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 divers (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 courants et molécules coûteuses
602 2 DMI courants et DMI coûteux

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
Psychiatrie seulement :
 611 210 Ergothérapie adultes
 611 211 Ergothérapie infanto-juvénile
 611 220 Sociothérapie Adulte
 611 221 Sociothérapie psy Adulte Dispensaire
 611 222 Sociothérapie Infanto-juvénile
 611 230 Sport adultes
 611 231 Sport infanto-juvénile

Chapitre 613

613 152 Location de matériel Médical

Chapitre 615

615 1510 Entretien matériel Médical
615 1511 Entretien de matériel de Radiologie
615 1620 Contrat de matériel médical
615 1621 Contrat Entretien 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 Petits matériels et outillage
606 231 Petits matériels et outillage divers

606 2400 Bibliothèque Médicale (pôle Santé publique seulement)
606 2401 Bibliothèque des malades
606 2402 Fournitures scolaires et éducatives
Psychiatrie seulement :
 606 2403 Fournitures scolaires Adultes
 606 2404 Loisirs psy Adultes
 606 2405 Loisirs psy Adultes dispensaire
 606 2406 Loisirs psy Infanto-juvéniles

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

613 220 Location immobilière
613 253 Location matériel de transport
613 2581 Autres locations

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 624

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 625

625 700 Réceptions

Chapitre 626

626 500 Téléphone

Chapitre 628

628 410 Informatique Bio Médicale
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

ANNEXE II

Spécimen des signatures

le Responsable de pôle

Le Cadre Administratif de pôle

Docteur Pierre DOBBELAERE

Véronique TABARY

Le Cadre Supérieur de Santé

Bertrand LAMPAERT

Le Directeur Adjoint chargé de la Direction des
Finances et du Système d'Information

L'Attaché d'Administration Hospitalière Principal
de la Direction des Finances
et du Système d'Information

Jean GUICHETEAU

Alain BERTEAUX

L'Adjoint des Cadres
de la Direction des Finances
et du Système d'Information

Gaétane GILLERON

