



**EHESP**

---

**DH**

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

---

**Enjeux et conséquences de l'activation  
des pôles au sein d'un établissement  
public de santé de taille moyenne**

---

**Sylvain DELAIR**



---

# Remerciements

---

*Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction du CH4V pour leurs réflexions inspirantes et leurs disponibilités au cours de la rédaction de ce mémoire ainsi que l'ensemble des équipes administratives.*

*Je tiens également à remercier madame Bellanger de l'ARS Ile de France pour m'avoir permis d'accéder à la base de données nationale ANCRE sur laquelle repose la majorité des éléments statistiques fournis dans ce mémoire.*

*Je remercie enfin monsieur Guillaume, DRH du centre hospitalier Ariège Couserans, qui a bien voulu occuper le rôle d'encadrant mémoire pour sa relecture critique.*



---

# Sommaire

---

Introduction .....	5
Eléments méthodologiques.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
1 Dans leur majorité, les EPS de taille moyenne n'ont pas signé de contrats de pôles .....	13
1.1 Les établissements étudiés présentent des caractéristiques similaires quant à leur offre de soins, leur profil financier et RH et la taille de leurs communes d'implantation	13
1.2 Les données issues de l'enquête en ligne permettent de délimiter trois profils types d'établissements classés par leur degré d'activation des pôles.....	15
1.3 La majorité des établissements n'ont pas mis en œuvre de délégations de gestion mais la plupart ont nommé des directeurs référents et des cadres supérieurs de pôles.	17
1.3.1 Résultats de l'enquête.....	17
1.3.2 Constat sur le niveau d'activation des pôles.....	21
2 Un exemple d'activation des pôles: le Centre Hospitalier des 4 Villes .....	23
2.1 La mise en œuvre d'une fusion, le contexte concurrentiel du territoire de santé et l'absence de contraintes budgétaires explique la non activation des pôles au CH4V jusqu'en 2015 .....	23
2.1.1 Le CH4V est un hôpital issu d'une fusion et dont la restructuration peut être considérée comme achevée en 2015.....	23
2.1.2 Un établissement opérant au sein d'un territoire de santé atypique et concurrentiel dont la santé financière est saine .....	24
2.1.3 Un établissement ayant fait le choix de ne pas donner de contenu aux pôles suite à l'ordonnance de 2005 .....	25
2.2 La démarche d'activation des pôles a été menée en concertation avec l'ensemble des chefs de services et de l'équipe de direction .....	26
2.2.1 Présentation de la démarche et description des nouveaux pôles. ....	26
2.2.2 Evolution de la démarche et état des lieux .....	29
2.3 Intérêt et risques de signer des contrats de pôles au CH4V .....	30
2.3.1 L'activation des pôles est un changement organisationnel global qui doit promouvoir une culture médico-économique dans l'ensemble des services de soins	30

2.3.2	La délégation de gestion en matière RH doit porter sur des éléments sur lesquels une maîtrise des services est possible .....	32
2.3.3	La définition d'objectifs d'activité implique une meilleure transmission des données PMSI aux pôles .....	33
2.3.4	La délégation d'une enveloppe travaux et achats peut responsabiliser les services soignants mais est porteuse de risques financiers pour l'établissement.....	35
2.3.5	L'activation des pôles va accroître le rôle managériale du chef de pôle ce qui aura des répercussions sur les affaires médicales.....	36
2.3.6	L'activation des pôles va obliger à repenser le rôle de la direction des soins	37
2.3.7	Les directions métiers vont devoir s'adapter au nouveau mode de fonctionnement des pôles .....	38
3	L'activation des pôles dans les établissements de taille moyenne doit répondre à leurs problématiques propres et leur permettre de collaborer efficacement dans le cadre des futures GHT .....	40
3.1	L'activation des pôles dans les établissements de taille moyenne doit prendre en compte les spécificités de ces établissements.....	40
3.1.1	Un nombre de pôles limité doit garantir une taille critique suffisante .....	40
3.1.2	Le pilotage médico économique doit reposer sur des données fiables et un nombre d'indicateurs restreints .....	41
3.1.3	L'activation des pôles doit se faire à coût constant .....	42
3.1.4	La taille des établissements limite le périmètre des délégations pas leurs degrés	43
3.1.5	Clarifier les rôles et les rapports entre chacun des acteurs du pôle afin de garantir leur efficacité.....	44
3.2	La pertinence de la démarche d'activation des pôles dans les centres hospitaliers de taille moyenne n'est pas remise en cause par la création des GHT.....	46
3.2.1	Mieux définir et activer les pôles améliore la lisibilité de l'offre de soins d'un établissement et peut renforcer son positionnement futur au sein d'une GHT.....	46
3.2.2	La centralisation de services supports et la possibilité de pôles inter établissements plaident pour l'activation des pôles.....	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	50
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- **AP-HP** : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHR** : Centre Hospitalier Régional
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CH4V** : Centre Hospitalier des Quatre Villes
- **CME** : Communauté Médicale d'Établissement
- **DAF** : Direction des Affaires Financières
- **DG** : Direction Générale
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- **EPS** : Etablissement Public de Santé
- **EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale
- **ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- **ETP** : Equivalent Temps Plein
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **HPST (loi)** : Loi Hôpital patient Santé et Territoire
- **IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- **OS** : Organisations syndicales
- **PMP** : Projet Médical Partagé
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **T2A** : Tarification à l'Activité
- **USLD** : Unité de Soins Longue Durée



## Introduction

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé, crée les pôles d'activité au sein de l'hôpital public. Cette ordonnance fait suite à une évolution législative et réglementaire promouvant l'innovation managériale au sein des établissements publics de santé (EPS). On peut mentionner l'article 8 de la loi du 31 juillet 1991 et l'amendement « liberté » introduit par le parlement qui souhaitait donner à chaque établissement public le pouvoir d'organiser son activité de soins. Cet amendement permettait en théorie la création de ce qui allait devenir 14 ans plus tard les pôles d'activité. La motivation politique alors était de limiter la bureaucratisation de l'hôpital et de sauvegarder les marges de manœuvres du personnel médical dans l'organisation de l'activité médicale et soignante<sup>1</sup>. La nouvelle gouvernance des EPS promue par les ordonnances de 2005 va toutefois au-delà d'une simple logique de souplesse de gestion et affirme la nouvelle priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la tarification à l'activité. Le pôle d'activité doit devenir l'échelon de référence au détriment du service qui n'est plus qu'un échelon interne possible parmi d'autres. Il incarne le décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives.

Les établissements sont certes contraints de mettre en place des pôles d'activité, il ne s'agit toutefois pas d'imposer un modèle organisationnel rigide et unifié au niveau national via circulaires ministérielles. Pour reprendre les termes du rapport Projet Hôpital 2007 « *les hospitaliers sauront trouver l'organisation optimale pour chaque établissement autour d'un cadre rénové : une délégation de responsabilité* »<sup>2</sup>. L'article L.6146-1 rend obligatoire la mise en place des pôles d'activité et l'article 7 de l'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit un calendrier contraint de mise en œuvre de cette obligation réglementaire avec une date limite fixée au 31 décembre 2006.

**Il apparait déjà clairement une distinction entre ce qui relève de la contrainte, l'institution des pôles d'activités, et ce qui est laissé à la libre appréciation de l'établissement : la délégation de responsabilité et le périmètre des pôles.** 2 ans plus tard, la grande majorité des établissements, toutes tailles confondues<sup>3</sup>, avaient mis en place un découpage en pôle. A l'inverse, en mai 2008, 83% des CH n'avaient pas signés de

---

<sup>1</sup> C'est en tout cas l'interprétation livrée par Olivier Dupuy dans son ouvrage *la nouvelle gouvernance hospitalière*, 2007.

<sup>2</sup> Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien, *Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de gestion sociale*, 2003. Rapport Projet Hôpital 2007

<sup>3</sup> C'est le constat fait par le rapport du ministère du travail dans son *enquête nationale sur la nouvelle gouvernance*, 2008. 86% des établissements avaient délimités les pôles en mai 2008. Ce pourcentage ne variant absolument pas en fonction de la masse budgétaire de l'établissement.

contrats de pôles contre seulement 43% des CHU<sup>4</sup>. L'injonction réglementaire a fonctionné. La libre appréciation des établissements dans le choix de leur mode d'organisation a, quant à elle, conduit à un demi-échec du déploiement de la logique polaire au sein des EPS.

Le décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique va renforcer le rôle du directeur d'établissement dans la nomination des chefs de pôles (préalablement responsable de pôles). Le décret va également préciser la définition et le contenu possible des contrats de pôles. Le contrat de pôle fixe des objectifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. La publication de ce décret témoigne de difficultés rencontrées dans l'application de l'ordonnance de 2005 et du besoin de clarification sur la délégation de gestion dans le cadre d'une gouvernance renouvelée par la loi HPST. Le décret reste néanmoins descriptif et n'impose pas un contenu type aux contrats de pôles. La liberté d'organisation des établissements n'est jamais mentionnée comme un obstacle au déploiement de la logique polaire à l'hôpital<sup>5</sup>.

Le principe d'autonomie des établissements publics de santé prime. Ce principe explique la volonté du pouvoir législatif de ne pas imposer le formalisme de la délégation de responsabilités. Il explique enfin la diversité, 15 ans après, des solutions adoptées par les EPS, que ce soit dans le niveau de délégation de gestion ou dans la méthode de gouvernance retenue au sein des pôles.

Deux rapports ont fait état de cette diversité des situations. Le premier est un rapport de 2010 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>6</sup>, le second un rapport de 2013 de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)<sup>7</sup>. Ces deux rapports aboutissent à des constats similaires sur la diversité des organisations retenues et sur le niveau de délégation mis en œuvre entre la direction et les pôles d'activité. Ainsi, de nombreux hôpitaux n'ont pas mis en place une réelle délégation de gestion à destination des pôles. Cela a contraint les pôles à un simple pilotage médico-soignant faute d'outils et de compétences disponibles.

La mission de l'IGAS s'est concentrée davantage sur les établissements les plus importants. Ainsi, sur les 45 établissements audités, on trouve l'ensemble des centres

---

<sup>4</sup> Données issues du Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST*, 2008.

<sup>5</sup> La première proposition de la mission DGOS est ainsi de « réaffirmer le principe des pôles et renforcer la liberté de les organiser »

<sup>6</sup> VALLET, ZEGGAR, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, 2010.

<sup>7</sup> DOMY, MARTINEAU, FECHOU, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, 2013

hospitalier universitaire (CHU) et centre hospitalier régional (CHR) et la majorité des centres hospitaliers (CH) audités ont plus de 3000 ETP. Ce choix de périmètre par l'IGAS peut conduire à penser que le pôle d'activité a été davantage conçu par l'administration centrale comme un outil organisationnel au service des établissements bénéficiant d'une certaine taille critique. Le rapport de l'IGAS ne fait pas explicitement ce constat mais à plusieurs reprises, rappelle que pour les petits établissements, le pôle n'est pas forcément un niveau pertinent. Ainsi selon le rapport, « *la création des pôles pour les établissements de petite taille [...] peut ne représenter que la superposition d'un niveau formel supplémentaire* » or le découpage en pôle est obligatoire pour l'ensemble des EPS à l'exception des hôpitaux locaux<sup>8</sup>. Le rapport mentionne également la difficulté rencontrée dans les établissements de taille réduite ou moyenne au niveau de la délégation de gestion.

Le rapport de la mission DGOS fait part du même constat. Il souligne que l'ensemble des EPS d'un budget supérieur à 15 millions d'euros ont adopté l'organisation en pôle, mais rappelle la corrélation décroissante entre la formalisation de contrats de pôle et taille de l'établissement. **Moins de 40% des CH avec un budget inférieur à 60 millions d'euros ont signé un ou plusieurs contrats de pôles.** La mission DGOS insiste également sur le caractère très variable du contenu de ces contrats.

Il apparaît ici une problématique spécifique sur les établissements que l'on pourrait qualifier de taille « réduite » ou « moyenne ». Si ceux-ci ont bien mis en place les pôles tel que la législation le prévoit, la démarche n'a pas totalement abouti dans de nombreux cas avec une absence de formalisation de la délégation de pouvoir entre la direction et les chefs de pôles. **On peut ainsi parler d'une absence d'activation réelle des pôles où l'activation s'entend comme la formalisation d'objectifs et la délégation de moyens au travers de contrats de pôles et la mise en place d'une gouvernance fonctionnelle.**

Ces deux rapports n'insistent pas spécifiquement sur les raisons de la corrélation décroissante entre taille de l'établissement et activation effective des pôles via des délégations de gestion contractualisées. Le rapport de l'IGAS reste flou sur le périmètre des établissements concernés en utilisant les termes « taille réduite » ou « taille moyenne ». Le rapport se consacre essentiellement aux hôpitaux de grande envergure. L'importance d'activer réellement les pôles est soulignée, notamment au travers d'un changement culturel à adopter au sein des équipes de direction, mais la pertinence de cette activation pour les établissements de taille « réduite » n'est jamais défendue et est même mise en doute. La mission DGOS quant à elle est plus précise dans la définition du

---

<sup>8</sup> Une dérogation peut toutefois être demandée et accordée par le directeur général de l'ARS quand l'activité et le nombre de praticiens le justifient.

périmètre des établissements de taille « moyenne » en retenant le seuil de 60 millions d'euros de produits. **Toutefois ce seuil n'apparaît pas totalement pertinent au vu des informations communiquées dans le rapport.** Il est précisé que 60% des centres hospitaliers dont le budget est supérieur à 60 millions d'euros ont mis en œuvre des délégations de gestion. Cette catégorie semble insuffisamment déterminée. Il existe une différence d'échelle entre un établissement à 61 millions d'euros de budget et un établissement à 320 millions d'euros pourtant regroupés ensemble dans la nomenclature choisie par la DGOS. Utiliser un critère retenant les effectifs plutôt que la masse peut aider à comprendre que ce seuil est peu éclairant.

A partir de la base ANCRE<sup>9</sup> rassemblant les données des comptes financiers 2014, on obtient le nombre d'ETP moyens des établissements ayant un budget aux alentours de 60 000 000 d'euros (plus ou moins 10%). Il ressort ainsi que les 32 établissements concernés ont tous un effectif compris entre 800 et 1120 ETP. Si l'on s'intéresse cette fois uniquement au nombre d'ETP sur la base de la plage obtenue via critère budgétaire (entre 800 et 1100), sans se soucier de la masse financière de l'établissement, on arrive à un nombre de 80 établissements, soit 2.5 fois plus. Les budgets de ces établissements varient de 42 millions à 85 millions d'euros. Ils sont donc comptabilisés par la DGOS simultanément dans les établissements de moins de 60 millions d'euros de budget et dans les établissements ayant un budget supérieur.

L'approche en ETP est plus efficace quand on s'intéresse à l'activation des pôles. Les pôles sont le produit de la juxtaposition de plusieurs services. Le critère de la taille en ETP d'un pôle intervient dans la définition de ceux-ci au même titre que le critère géographique (par sites) ou que la recherche d'une logique soignante (filiale). La différence des modes de tarification entre plusieurs activités de soins (SSR, USLD, MCO) rend le critère budgétaire de délimitation des pôles moins utilisés. Par exemple, les pôles personnes âgées ont des budgets limités par rapport aux pôles MCO mais ont des effectifs en ETP significatifs. De plus, l'IGAS dans son rapport insiste sur la taille en ETP des pôles qui ne doit être ni trop grande ni trop faible mais ne mentionne jamais un quelconque effet de seuil budgétaire à respecter. C'est en ce sens que retenir un critère budgétaire pour classer les établissements en fonction du degré d'activation de leurs pôles peut conduire à des résultats moins pertinents.

Sur les 80 établissements avec des effectifs compris entre 800 et 1100 ETP, 21 sont des établissements publics de santé mentale (EPSM) et 8 des établissements appartenant à

---

<sup>9</sup> Base de données centralisant les remontées des EPS et utilisée par les ARS

des directions communes. Ces établissements ont été écartés de la base de données qui a été retenue pour construire ce mémoire.

Le choix de ne pas retenir les établissements psychiatriques est motivé par les problématiques particulières rencontrées par ces établissements au sujet des pôles d'activité. L'existence d'une organisation antérieure selon les principes de la sectorisation constituait la base de l'organisation des établissements eux-mêmes. Une adaptation aux pôles n'a pu être réalisée généralement que sous réserve de la prise en compte de la logique sectorielle et de son implication territoriale, notamment du fait de la concordance entre pôles et secteurs prévue par la loi. De plus les établissements psychiatriques ne sont pas soumis à la tarification à l'activité, or la volonté de développer le pilotage médico économique dans un contexte T2A sous tendait la mise en place des pôles. Elle n'a pas pu jouer ici un rôle moteur dans l'activation des pôles via les délégations de gestion. Enfin, les charges de personnels et donc le niveau des effectifs, représentent une part plus importante des dépenses pour ces EPS<sup>10</sup>. Cela explique le budget plus réduit des EPSM entre 800 et 1100 ETP comparativement aux établissements MCO d'effectifs identiques.

Les établissements en direction commune (8 au total) sont amenés à fusionner à plus ou moins long terme, ce qui peut freiner la mise en œuvre d'un processus d'activation des pôles. Cela justifie leur mise à l'écart du périmètre de l'enquête.

Lorsque l'on cible uniquement les EPS MCO ne faisant pas partie d'une direction commune, on obtient le nombre de 51 établissements. Il s'agit d'établissements disposant pour la grande majorité d'entre eux de services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique<sup>11</sup> et de moyen et long séjour. La diversité de leur offre permet de délimiter des filières médicales visibles et attractives d'un point de vue de la prise en charge du patient (Mère enfant, gériatrie, médecine Urgences etc..). Leur taille apparaît suffisante pour le bon fonctionnement de 4 à 6 pôles d'activité avec une moyenne de 150-200 ETP<sup>12</sup>. Enfin les équipes administratives et le système d'information ont une masse critique adéquate pour envisager le déploiement, d'outils de gestion et de pilotage médico économique.

Simultanément, l'ensemble de ces caractéristiques plaide en faveur de la définition de la limite basse à 800 ETP. Les établissements en dessous de ce seuil d'agents n'ont plus, dans leur écrasante majorité, de services de chirurgie et d'obstétrique. De plus, l'intérêt

---

<sup>10</sup> Généralement entre 80 et 85% contre 67% pour la moyenne nationale des EPS. Données issus du *rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale 2014*, Chapitre XIV Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux

<sup>11</sup> Seuls 11% des 51 établissements n'ont pas simultanément des services de médecine, chirurgie et obstétrique.

<sup>12</sup> Le rapport DGOS ne définit pas de taille idéale pour les pôles mais précise qu'au-delà de 300 ETP, un risque de balkanisation de l'établissement apparaît

d'activer les pôles dans ces établissements devient douteux. Leur taille réduite implique nécessairement une forte proximité de la décision rendant la portée du principe de subsidiarité, qui a guidé la mise en place des pôles, inopérante. Par ailleurs, ces établissements ont souvent une vocation gériatrique affirmée (EHPAD, USLD, SSR gériatrique). Le niveau d'encadrement médical de ce type de service est plus faible. Cela rend la juxtaposition pôles et services pesante d'un point de vue administratif pour le personnel médical.

La fourchette retenue des 800-1100 ETP permet de cibler les établissements à la croisée des chemins. Des établissements suffisamment grands pour que l'activation des pôles présente un intérêt organisationnel et économique, mais des établissements où la plus-value du recours au contrat de pôle semble moins certaine compte tenu des liens directs qui peuvent persister, au quotidien, entre tous les acteurs. **Ces 51 établissements seront appelés « établissements de taille moyenne »**, reprenant ainsi la terminologie employée par la mission DGOS.

La mise en place des pôles a occupé le devant de l'actualité hospitalière entre 2005 et 2010. La mise en œuvre de la loi HPST et la réforme des instances de l'hôpital public a pris la suite. Les contraintes financières liées au ralentissement du rythme de progression de l'ONDAM et au plan triennal depuis 2015 ont fait passer au second plan la problématique organisationnelle au sein des EPS.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ne concerne pas prioritairement l'organisation interne des EPS. Elle prévoit néanmoins la possibilité de dispenser automatiquement les établissements de mettre en œuvre des pôles. La loi renvoie à un décret devant fixer un nombre d'agents en dessous duquel la constitution de pôles est facultative<sup>13</sup>. Le décret n'a pas encore été publié.

La principale innovation de cette loi est la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La mise en œuvre rapide de ces GHT a relégué davantage la question de l'activation des pôles pour les établissements. La validation de leur périmètre par les ARS au 1er juillet 2016 va entraîner un profond bouleversement dans les modes relationnels inter EPS. La problématique pour les établissements sera davantage de trouver le modus operandi de l'articulation entre les membres du GHT que la question de leur propre organisation interne, d'autant plus que la mutualisation de certains services supports va d'ores et déjà avoir un impact sur le fonctionnement des pôles lorsqu'ils sont activés.

---

<sup>13</sup> Le fait que la DGOS retienne un critère en terme d'effectifs plutôt qu'en terme d'activité (et donc de masse financière par corrélation) témoigne de la faible pertinence du critère utilisée par la mission DGOS de 2013.

Toutefois, la question de l'activation des pôles et la mise en œuvre de la délégation de gestion reste pertinente. La poursuite des restrictions budgétaires et la nécessité de constituer des groupes hospitaliers ne s'opposent pas à la recherche d'une meilleure gouvernance interne. Les GHT prévoient un projet médical partagé qui intéresse au premier plan les pôles d'activités cliniques. Les GHT vont à moyen terme constituer des outils puissants de mutualisation des services logistiques et administratifs. Elles vont nécessairement remodeler les missions des directions métiers. Pour de nombreux observateurs, les GHT sont un préalable à une fusion à terme des établissements de chaque groupement en une entité juridique unique<sup>14</sup>. Les établissements de taille moyenne qui nous intéressent ici seront concernés au même titre que les établissements plus importants voire davantage.

Au vu des évolutions réglementaires et financières, la question de l'opportunité et des risques de mettre en œuvre une délégation de gestion au niveau des pôles pour un établissement de taille « moyenne » se pose.

Dans un premier temps, un état des lieux de l'activation des pôles dans ces établissements sera établi afin de mesurer le niveau de délégation de gestion actuel (I). Le cas du centre hospitalier des 4 villes qui vient de s'engager dans une démarche d'activation sera étudié plus en détail (II), enfin nous tâcherons de décrire de façon générale une méthodologie d'activation garantissant l'adéquation de la démarche aux caractéristiques propres des établissements de taille moyenne dans le contexte actuel de réorganisation de l'offre hospitalière et de contrainte financière accrue (III).

La première étape de ce travail a été de déterminer le périmètre des établissements de taille moyenne. Les données chiffrées nécessaires ont été obtenues grâce à la base Ancre recensant les données compilées des EPRD et des comptes financiers de l'ensemble des EPS de France. Cette base de données a permis de définir le périmètre des établissements comprenant entre 800 et 1100 ETP et d'établir les relations avec leur masse budgétaire et leurs offres de soins (MCO, moyen séjour etc...).

La deuxième étape a été le recueil de l'information auprès des 51 établissements retenus dans le périmètre. Un sondage en ligne via le site SurveyMonkey a été réalisé. 5 Questions à choix pré enregistrés ont été formalisées afin de déterminer l'état d'activation des pôles au sein de l'établissement. Le lien internet de cette enquête a par la suite été envoyé par

---

<sup>14</sup> C'est notamment l'analyse faite par DE LARD-HUCHET et SEGUI-SAULNIER *Gestions Hospitalières Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions*, num 551 p 634

mail aux DAF des 51 établissements. L'annuaire en ligne FHF a servi d'outil de collecte afin d'obtenir ces adresses mails. Une seconde relance a été effectuée puis les DRH des établissements ont été contactés selon la même méthode avec là aussi une seconde relance.

La troisième étape a été d'interroger les personnes concernées par le processus d'activation des pôles au sein du CH4V<sup>15</sup> afin de connaître le ressenti des acteurs sur le sujet. Les systèmes d'informations du CH4V ont été utilisés afin de recueillir les données RH et financières de l'établissement utiles à la réalisation de ce travail.

---

<sup>15</sup> CF Annexes 3 et 4 : Grille d'entretien et liste des personnes interrogées

# **1 Dans leur majorité, les EPS de taille moyenne n'ont pas signé de contrats de pôles**

Il convient tout d'abord de décrire les caractéristiques des établissements étudiés (1.1) et la méthodologie employée pour l'enquête (1.2) avant de dresser un état des lieux du degré d'activation des pôles pour ces établissements (1.3)

## **1.1 Les établissements étudiés présentent des caractéristiques similaires quant à leur offre de soins et leur profil financier et RH**

Les établissements audités présentent des similitudes (2.1.1), l'enquête s'est limitée à mesurer le degré d'activation des pôles (2.1.2).

51 EPS ont été ciblés et contactés afin de répondre à une enquête en ligne sur le degré d'activation de leurs pôles d'activité<sup>16</sup>. Avant de revenir en détail sur le contenu et les résultats de l'enquête il convient de dresser un portrait rapide de ces établissements.

L'ensemble des 51 établissements ont entre 800 et 1100 ETP (personnel médical et non médical) pour une moyenne de 928 ETP.

La situation financière de ces établissements est contrastée. 32 établissements présentent un déficit de leur compte de résultat soit 61.5%. 13 établissements affichent un déficit de leur compte de résultat supérieur à 3% ce qui implique la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier<sup>17</sup>. 3 établissements sont dans une situation financière très préoccupante avec un déficit de 6% et un compte de résultat affichant un solde négatif supérieur à 3 millions d'euros.

Cependant, dans leur globalité, les 51 établissements ne se démarquent pas de la moyenne constatée sur la totalité des EPS quant à la situation de leur compte de résultat.

Leur budget moyen est de 59 millions d'euros avec un écart à la moyenne pouvant être important. Ainsi le centre hospitalier de Sarreguemines avait un budget supérieur à 85 millions d'euros en 2014 alors que le centre hospitalier de Falaise avait un budget de 43 millions d'euros soit la moitié. Ces différences s'expliquent par le type d'offre de soins proposé. Plus un hôpital offre des services de long séjour ou inclut en son sein des EHPAD, plus son ratio ETP/masse budgétaire augmente. L'offre de soins du CH de Sarreguemines

---

<sup>16</sup> CF Liste des établissements en annexe 1

<sup>17</sup> Comme le prévoit l'article D. 6143-39 du CSP introduit par le décret n°2008-621 du 27 juin 2008

est ainsi limitée au court et moyen séjour alors que le CH de Falaise dispose de l'ensemble des services de la filière gériatrique mais inversement ne dispose plus de services de chirurgie ni d'obstétrique.

Concernant l'offre de soins, les 51 établissements disposent du nombre de lits et places moyen suivant :

- 208 lits de long séjour ou hébergement
- 13 lits et places de psychiatrie
- 2 places en HAD
- 118 lits et places de médecine
- 50 lits et places de chirurgie
- 23 lits et places en obstétrique
- 39 lits et place en moyen séjour

Les 51 établissements proposent des lits de médecine, 3 établissements ne disposent d'aucun lit de chirurgie et 4 d'aucun lit en obstétrique.

La répartition géographique des établissements n'appelle pas de remarques particulières si ce n'est que certaines régions sont sous représentées<sup>18</sup>. On peut citer le cas de l'île de France avec seulement 2 établissements concernés et le nord pas de calais et Languedoc Roussillon avec un seul établissement.

Ces 51 établissements sont pour une majorité d'entre eux situés dans des communes avec une population comprise entre 15 000 et 30 000 habitants. Il ne s'agit jamais des établissements les plus importants de leur département excepté le CH de Guéret dans la Creuse.

Sur les 51 établissements, seuls 2 ont été désignés comme établissements supports de groupement hospitalier de territoire, il s'agit du CH des 4 villes (Saint Cloud et Sèvres) en Ile de France et du CH de Flers en Normandie. Ces deux cas sont atypiques et le produit d'un contexte spécifique. La situation de Flers s'explique par le relatif isolement géographique de la ville, la configuration urbaine de l'ouest de l'Orne (avec 4 établissements de taille réduite mais suffisamment éloignés d'établissements plus importants) et enfin par le périmètre réduit retenu pour les GHT en basse Normandie. La situation de Saint Cloud résulte d'un contexte très particulier de répartition de l'offre de soins dans la banlieue ouest de Paris avec le poids très important de l'assistance publique hôpitaux de Paris qui n'est pas support de GHT et l'importance de l'offre de soins privées.

---

<sup>18</sup> CF annexe 2 : Carte des 51 établissements retenus

Le plus gros établissement du territoire centre 92 hors AP HP est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (l'hôpital Foch à Suresnes).

## **1.2 Les données issues de l'enquête en ligne permettent de délimiter trois profils types d'établissements classés par leur degré d'activation des pôles.**

Les 51 établissements ont été conviés à renseigner une enquête en ligne afin de déterminer le degré d'activation de leurs pôles. L'enquête est constituée de 5 questions à choix multiples. Ces 5 questions portant sur :

- L'existence de contrats de pôles signés
- Le cas échéant, les thématiques concernées par la délégation de gestion
- La nomination de directeurs référents de pôles
- L'existence de cadres supérieurs de pôle
- L'existence de cadres administratifs de pôles.

Ces 5 questions doivent permettre de cerner le degré d'activation des pôles au sein de l'établissement. Plusieurs situations peuvent en effet exister.

→ **Une situation numéro 1** où les pôles existent et sont délimités, mais où le fonctionnement de l'hôpital n'est que peu influencé par ce découpage. C'est le cas dans les CH où il n'y a ni contrats de pôles ni management de pôles, c'est-à-dire que seul un chef de pôle a été nommé mais que ce dernier n'est pas accompagné par un directeur référent ni par des cadres supérieurs ou administratifs. Une telle configuration prohibe toute délégation de gestion et pilotage médico-économique efficace ainsi que tout projet de pôle, tributaires de la signature des contrats de pôle. Le pôle existe mais son contenu et sa plus-value sont faibles voire inexistant.

→ **Une situation numéro 2** où les pôles sont bien définis avec la désignation de directeurs référents et de cadres de pôles mais où aucun contrat de pôles n'a été signé. L'existence de ces fonctions permet aux pôles d'avoir une existence concrète dans l'organisation de l'hôpital. Dans ce cas précis, la délégation de gestion n'est pas formalisée et le pôle ne dispose pas d'une autonomie d'organisation très poussée. Il n'y a pas de projet de pôle. Il s'agit d'une situation intermédiaire.

→ **Une situation numéro 3** où des contrats de pôles ont été signés et où l'ensemble du management de pôle a été mis en place. Il s'agit du niveau d'activation les plus élevé mesuré par l'enquête.

Ce découpage en trois situations est arbitraire et, comme tout modèle, peut ne pas bien rendre compte de nuances organisationnelles plus fines. Il n'est en effet pas garanti qu'un pôle bénéficie d'une même autonomie entre deux établissements de santé différents classés dans une même situation (numéro 2 ou 3). Toutefois il permet d'appréhender l'importance du pôle dans l'organisation de l'établissement et l'interaction avec les services et directions supports.

Les établissements dans la situation numéro 1 continuent en pratique de fonctionner sur le modèle organisationnel existant préalablement à l'ordonnance de 2005. Le service reste le lieu de management médical et non médical. Les cadres de santé sont en relations directes avec le directeur des soins, les chefs de service traitent avec la direction sans intermédiaires.

Les établissements dans la situation numéro 2 ont formalisé le niveau hiérarchique du pôle. Les cadres supérieurs de santé ont une autorité hiérarchique sur les cadres de santé et font le lien avec la chefferie du pôle. Les directeurs référents font le lien entre le chef de pôles et la direction générale. Lorsque ces deux fonctions (directeur référent et cadre supérieur de pôles) ont été formalisées dans un établissement, le pôle peut être considéré comme fonctionnel. Avec ou sans conseil de pôle, l'échelon organisationnel est reconnu et des acteurs dédiés assurent son existence au quotidien. Le cadre supérieur de santé peut par exemple gérer le remplacement au sein d'un pôle, le directeur référent de pôle peut dialoguer avec le chef de pôle et aider à l'arbitrage entre les services le constituant. Un établissement en situation numéro 2 a entamé le processus de décloisonnement des services. Toutefois sans délégation de gestion formalisée, on ne peut encore parler d'un véritable pilotage médico économique mais plutôt d'un pilotage médico-soignant<sup>19</sup>.

Enfin un établissement dans la situation numéro 3 s'est réellement engagé dans une logique d'organisation polaire. Bien que la nature et le contenu des contrats puissent varier, formaliser par écrits des objectifs et des moyens délégués renforce la responsabilisation du pôle et nécessite un véritable pilotage de ce dernier via un suivi des objectifs. Le personnel encadrant le pôle doit répondre à des obligations émanant de la direction générale ce qui est un puissant levier organisationnel permettant de dépasser la simple logique des services.

Nous allons voir qu'en ce qui concerne les établissements concernés par l'enquête, seule une minorité correspond à la situation numéro 3

---

<sup>19</sup> C'est le vocabulaire employé par l'IGAS qui parle de pilotage médico soignant quand les instances du pôle n'ont pas concrètement de délégation de pouvoir sur leur gestion

### 1.3 La majorité des établissements n'ont pas mis en œuvre de délégations de gestion mais ont formalisé un management de pôle.

Après avoir détaillé les résultats de l'enquête (1.3.1) nous pourrions dresser un bilan de l'état d'activation des pôles au sein des établissements de taille moyenne (1.3.2).

#### 1.3.1 Résultats de l'enquête

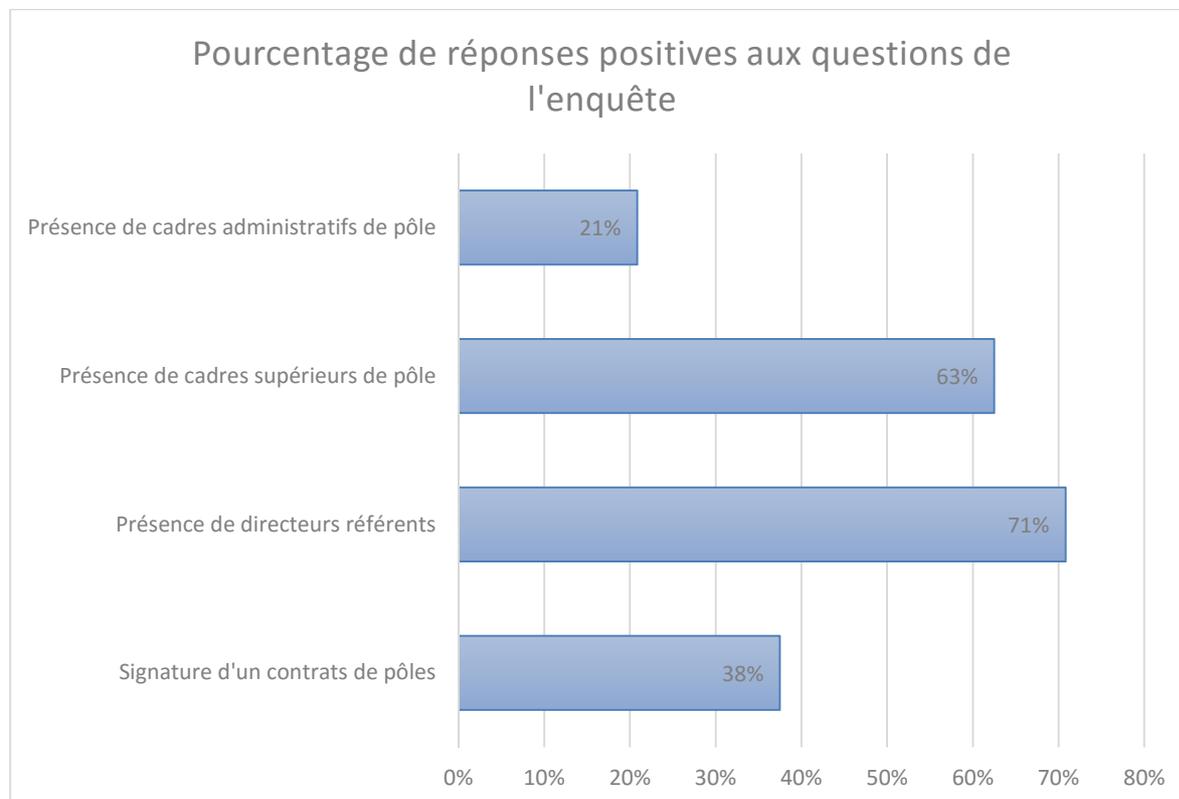
Sur les 51 établissements concernés par l'enquête, 24 ont répondu soit un taux de réponse de 47%. Afin de dresser un portrait type de l'établissement répondant, le tableau suivant compare les caractéristiques des 24 établissements ayant répondu avec les 51 établissements concernés par l'enquête.

Caractéristiques à comparer	24 établissements ayant répondu	51 établissements concernés par l'enquête
<i>ETP moyen</i>	931	928
<i>Masse budgétaire</i>	61 800 000	59 000 000
<i>Taux de déficit moyen</i>	-1%	-1%
<i>Déficit moyen</i>	-610 000 euros	-625 000 euros
<i>Nombre de lits et places en médecine</i>	110	118
<i>Nombre de lits et place en chirurgie</i>	53	50
<i>Nombre de lits et places en obstétrique</i>	28	23
<i>Nombre de lits et places en moyen séjour</i>	36	39
<i>Nombre de lits en long séjour/ hébergement</i>	170	208
<i>Nombre de lits et places en psychiatrie</i>	14	13
<i>Nombre de places en HAD</i>	1	2

Le profil des établissements répondants est similaire au profil du total des établissements en ce qui concerne leur situation financière, leur masse budgétaire et leurs effectifs. On note toutefois une divergence s'agissant du nombre de lits moyen en chirurgie et obstétrique qui est légèrement plus élevé, respectivement de +6% et de +21%. Concernant la répartition géographique, le taux de réponse est le même sur l'ensemble du territoire

avec toutefois un faible nombre de réponses s'agissant des établissements situés en lorraine (1 établissement sur 6) et en Rhône alpes (1 établissement sur 5).

S'agissant du niveau d'activation des pôles au sein des 24 établissements répondants, on observe les résultats suivants :



71% des établissements répondants avaient formalisé et créé la fonction de directeur référent de pôle, 63% celle de cadre supérieur de pôle et seulement 21% celle de cadre administratif de pôle. Seuls 38% des établissements répondants avaient signé des contrats de pôles au moment de l'enquête.

Le faible taux observé sur la présence de cadre administratif de pôle n'est pas étonnant. La présence de cadres administratifs de pôles peut faire doublon avec celle du directeur référent. Les pôles dans les établissements de taille réduite n'ont pas la masse critique justifiant la présence d'un cadre administratif dédié.

La ventilation des établissements répondants dans les trois situations décrites précédemment est la suivante :

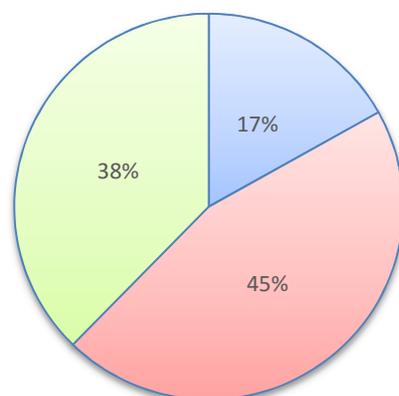
Les établissements ayant signés un contrat de pôle sont classés en situation numéro 3. Les établissements sans contrats de pôles mais avec directeurs référents et/ou cadres supérieurs de santé sont classés en situation numéro 2. Les établissements n'ayant ni contrats de pôles ni cadres de pôles ni directeurs sont classés en situation numéro 1. Cela donne par situations le nombre d'établissement suivant :

- 9 établissements correspondant à la situation numéro 3

- 11 établissements correspondant à la situation numéro 2
- 4 établissements correspondant à la situation numéro 1

Ce qui aboutit à la répartition suivante

### Répartition des établissements par situation



■ Situation numéro 1   ■ Situation numéro 2   ■ Situation numéro 3

On constate qu'un peu plus d'un tiers des établissements ont signé des contrats de pôles (38%). Une majorité de ceux qui n'ont pas entamé de démarches de contractualisation ont donné un contenu managérial à leurs pôles (46% en situation 2). Seuls 17% des établissements sont restés sur un mode d'organisation pré ordonnance de 2005, se contentant de respecter les injonctions légales (création des pôles et désignation d'un chef de pôle).

En analysant les caractéristiques des établissements appartenant à chacune des situations on obtient les données suivantes :

<b>Caractéristiques à comparer</b>	<b>Etablissements en situation numéro 1</b>	<b>Etablissements en situation numéro 2</b>	<b>Etablissements en situation numéro 3</b>
<i>ETP moyen</i>	942	886	976
<i>Masse budgétaire</i>	67 000 000 €	57 000 000€	64 000 000€
<i>Taux de déficit moyen</i>	0%	-1.78%	-0.67%
<i>Résultat moyen</i>	1 250 000 €		-475 000 €
<i>Nombre de lits et places en médecine</i>	142	114	91
<i>Nombre de lits et place en chirurgie</i>	61	54	48
<i>Nombre de lits et places en obstétrique</i>	36	25	28

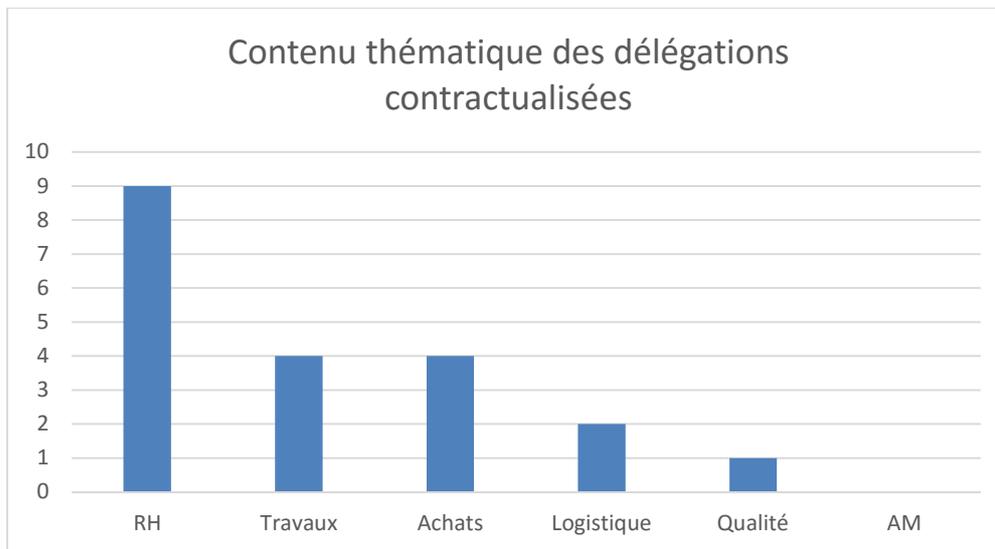
<i>Nombre de lits et places en moyen séjour</i>	43	28	44
<i>Nombre de lits en long séjour/ hébergement</i>	149	135	222
<i>Nombre de lits et places en psychiatrie</i>	12	2	29
<i>Nombre de places en HAD</i>	0	0	4

Les établissements en situation numéro 2 sont de taille plus réduite que les établissements ayant activés pleinement leurs pôles (situation 3) ou ayant des pôles inactifs (situation 1). Leur budget est inférieur de 7.5 millions en moyenne et leurs effectifs inférieurs de 80 ETP. Il est difficile de porter un jugement sur la situation financière des établissements car les moyennes peuvent ne pas révéler des disparités importantes. C'est notamment le cas au niveau du groupe 1 où un établissement en fort excédent masque une situation financière plus dégradée sur les trois autres.

S'agissant de l'offre de soins de ces établissements, on observe une divergence importante au niveau des lits de médecine et de long séjour et hébergement. Les établissements en situation numéro 3 ont une offre en long séjour supérieure aux autres établissements avec en moyenne 40% de lits supplémentaires. Inversement, ces établissements ont 30% de lits et places de médecine en moins.

Pas de particularités notables quant à la répartition géographique des établissements selon leur degré d'activation des pôles.

Enfin, si l'on s'intéresse au contenu des contrats de pôles par thématiques, on observe le résumé suivant :



Les délégations concernant la thématique RH sont présentes dans l'ensemble des contrats de pôles.

Les délégations concernant les travaux achats et logistiques sont également présentes dans moins de la moitié des contrats de pôles.

Aucune délégation de gestion s'agissant des affaires médicales n'a été remontée. Cela tient au caractère réglementaire des missions du chef de pôle ce qui ne laisse que peu de place à la contractualisation.

La place prépondérante de la thématique RH dans les contrats de pôles<sup>20</sup> est favorisée par le déploiement effectif des systèmes d'information dans ce domaine. Les cadres de santé et cadre supérieur de santé utilisent et maîtrisent d'ores et déjà des outils de gestion RH au quotidien. Le recours à l'intérim ou aux vacataires, la gestion des heures supplémentaires etc sont des tâches déjà organisées au niveau du service. Il s'agit d'éléments facilement déléguables car les logiciels et les compétences existent au sein des services soignants.

### **1.3.2 Constat sur le niveau d'activation des pôles**

Ces résultats nous indiquent que la majorité des établissements étudiés ont entamé une démarche d'activation de leurs pôles suite à l'ordonnance de 2005. 83% des établissements ont des pôles ayant une existence autre que théorique. Près de la moitié des établissements n'ont toutefois pas poursuivi le processus à son terme. L'absence de formalisation de délégation de gestion ne permet pas de parler de véritable pilotage médico-économique par le pôle. Seuls 38% des établissements ont approfondi la démarche en

<sup>20</sup>En 2008, cette thématique était déjà la plus fréquente au sein des contrats de pôles avec plus de 85% des établissements ayant mis en place des délégations de gestion RH sur le total des établissements ayant signé des contrats de pôles. Données issues du Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST*, 2008.

signant des contrats de pôles, entamant ainsi un processus de délégation de gestion. Ce chiffre est à mettre en relation avec celui mis en avant par le rapport de la DGOS (moins de 40% des établissements de 60 millions d'euros de budget ayant signé un contrat de pôle). Il témoigne du fait que la limite de 60 millions d'euros de budget n'était pas pleinement pertinente. On retrouve ce chiffre de 40% sur des établissements ayant des budgets supérieurs (jusqu'à 85 millions d'euros). Entre 2013 et 2016 ce taux n'a pas évolué, preuve qu'il **n'y a pas à l'heure actuelle un mouvement vers le renforcement de l'activation des pôles**. On peut toutefois noter l'exemple du CH d'Eprenay où la signature des contrats de pôles doit intervenir fin 2016 suite à la relance du processus de délégation de gestion.

C'est aussi le choix du centre hospitalier des quatre villes. Le directeur, récemment nommé, a décidé en décembre 2015, d'entamer une démarche d'activation des pôles d'activité.

## **2 Un exemple d'activation des pôles : le Centre Hospitalier des 4 Villes**

Le centre hospitalier des 4 villes a initié en décembre 2015 un processus de redécoupage et d'activation des pôles. Après avoir décrit le contexte (2.1) et la démarche retenue pour l'activation (2.2), nous reviendrons sur l'intérêt et les risques que contient une tel processus pour un établissement de la taille du CH4V (2.3).

### **2.1 La mise en œuvre d'une fusion, le contexte concurrentiel du territoire de santé et l'absence de contraintes budgétaires explique la non activation des pôles au CH4V jusqu'en 2015**

#### **2.1.1 Le CH4V est un hôpital issu d'une fusion et dont la restructuration peut être considérée comme achevée en 2015**

Le centre hospitalier des 4 villes est un établissement issu de la fusion en 2006 du centre hospitalier de Saint Cloud et du centre hospitalier de Sèvres. Il est présent sur trois sites. Deux principaux sur Saint Cloud et Sèvres et un site de moindre importance sur la commune de Saint Cloud dédié à l'hébergement. En 2015, le processus de fusion peut être considéré comme achevé. La fermeture du bloc opératoire, des Urgences et de la maternité sur le site de Sèvres et leur transfert sur le site de Saint Cloud ont été opérés en 2015. Le site de Saint Cloud a subi une profonde restructuration. Des travaux d'agrandissements et de modernisation ont été entrepris et se sont achevés en février 2016. Un projet de restructuration des EHPAD du site de Saint Cloud a été lancé afin de rationaliser l'offre de soins via la fermeture de l'un d'entre eux sur le site de Lelégard. La fusion a été un succès d'un point de vue organisationnel avec l'émergence progressive d'une nouvelle culture d'établissement. Le processus aura duré près de 10 ans et aura occupé le devant des questions managériales de l'ensemble des équipes d'encadrement sur la période.

Les effectifs du centre hospitalier étaient de 1098 ETP en 2014. Le CH4V est l'établissement le plus important sur ce critère des 51 établissements retenus pour l'enquête. L'effectif non médical était en 2014 de 984.5 ETP, l'effectif médical de 103.5 ETP.

On peut synthétiser l'offre de soins actuelle de la façon suivante :

Site de Saint Cloud	Site de Sèvres	Lelégard (Saint Cloud)
Service d'urgences	51 lits de SSR gériatrique, 5 places d'hôpital de jour en SSR	1 USLD de 70 lits
62 lits en obstétrique, avec une spécialisation du traitement de l'infertilité. Un laboratoire FIV et 6 lits de néonatalogie	28 lits d'addictologie, 5 places en hôpital de jour addictologique	1 EHPAD de 82 places
34 lits de médecine polyvalente	28 lits de médecine polyvalente gériatrique	1 EHPAD de 100 places
22 lits de chirurgie et 10 places en hôpital de jour chirurgie	28 lits de médecine polyvalente	
10 places de Dialyse	Des consultations en addictologie et autres	
Des consultations en médecine spécialisées	1 Ehpap de 84 places	

### 2.1.2 Un établissement opérant au sein d'un territoire de santé atypique et concurrentiel dont la santé financière est saine

Le CH4V est situé dans l'ouest parisien au sein du territoire de santé favorisé mais très concurrentiel des hauts de Seine<sup>21</sup>. Deux caractéristiques principales marquent ce territoire :

- La forte présence d'établissements privés, cliniques et ESPIC, avec l'hôpital Foch (ESPIC) situé à Suresnes qui est le plus gros établissement hors AP HP du département.<sup>22</sup>
- Le poids de l'AP HP avec le groupement hospitalier universitaire paris ouest ile de France et notamment son site de Boulogne, Ambroise Paré, qui se situe à trois kilomètres du site de Saint Cloud

Ce fort maillage territorial en établissement de santé a favorisé les coopérations. Le CH4V exploite son bloc opératoire en partenariat avec l'institut Curie, un centre de lutte contre le

<sup>21</sup> Le territoire de santé des hauts de Seine tel que délimité par l'ARS présente d'excellents indicateurs de santé comparativement à la moyenne nationale. [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/profil\\_92.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/profil_92.pdf)

<sup>22</sup> 73 établissements de santé de tous statuts sont situés sur le département

cancer (CLCC), situé à proximité immédiate du site de Saint Cloud. L'imagerie est assurée en partenariat avec le centre d'imagerie médicale de l'ouest parisien (CIMOP). Cela permet au CH4V de bénéficier dans ses locaux d'un scanner et bientôt d'un IRM<sup>23</sup>. Des conventions existent avec l'hôpital Ambroise Paré et l'hôpital Foch s'agissant des services de réanimation dont le CH4V est dépourvue.

Le CH4V a su tirer parti de son environnement et développer simultanément une offre de soins de proximité et de pointe dans deux secteurs bien définis : la médecine addictologique et le traitement de l'infertilité où le recrutement de l'hôpital rayonne au-delà des communes limitrophes. Le bon niveau d'activité enregistré par les services de l'hôpital ainsi que la maîtrise des dépenses (via notamment une stabilisation précoce des effectifs<sup>24</sup>) permettent une situation financière équilibrée. Le CH4V affiche un excédent de son compte de résultat en 2015 après un déficit modéré en 2014. Les principaux ratios financiers, comme le taux d'endettement ou la CAF, témoignent d'une situation financière structurellement saine. Ce contexte financier est à souligner, l'option d'activer les pôles, choisie en 2015 ne résulte pas de la contrainte budgétaire.

### **2.1.3 Un établissement ayant fait le choix de ne pas donner de contenu aux pôles suite à l'ordonnance de 2005**

L'ordonnance de 2005 instituant les pôles a été publiée dans un contexte de fusion pour le CH4V. La priorité était à la gestion de celle-ci plutôt qu'à la réorganisation du management en interne. La fusion aurait pu être l'occasion de créer des pôles fonctionnels mais ce choix n'a pas été retenu. La loi fixant un calendrier contraignant de définition des pôles, 5 pôles ont été créés et 5 chefs de pôles ont été nommés. Ces pôles n'ont toutefois jamais eu d'existence organisationnelle réelle. Le titre de chef de pôle est resté sans objet, aucun conseil de pôle ni projet de pôle n'a vu le jour, aucun directeur référent n'a été nommé ainsi qu'aucun cadre supérieur de santé de pôle. Le CH4V correspondait jusqu'à fin 2015 à la situation numéro 1 telle que décrite dans la partie I. Le découpage des pôles retenu était le suivant :

- Un pôle médecine SSR incluant également la médecine addictologique et la dialyse
- Un pôle bloc anesthésie chirurgie
- Un pôle Femme Enfant avec l'ensemble de l'obstétrique et la chirurgie gynécologique
- Un pôle personnes âgées
- Un pôle médico technique (imagerie, laboratoire, pharmacie) incluant également les urgences

---

<sup>23</sup> La décision d'autorisation de l'ARS pour l'IRM devrait être prise d'ici à fin 2017

<sup>24</sup>. Le nombre d'ETP est resté identique entre 2012 et 2014 (Bilan social 2012-2014).

Trois de ces pôles n'étaient pas cohérents du point de vue de la prise en charge. Par exemple, le SSR gériatrique était inclus dans le pôle médecine et non dans le pôle personnes âgées. Les urgences étaient incluses dans le pôle médico technique. Seuls les pôles femme enfant et bloc anesthésie chirurgie étaient constitués de services regroupés géographiquement et travaillant conjointement, ce qui explique le maintien de leur périmètre lors du redécoupage.

Le projet d'établissement 2009-2012, prolongé pour 3 ans, prévoyait « d'ouvrir le chantier de la contractualisation » et de développer les mécanismes d'intéressement<sup>25</sup>. La réorganisation des services entre les deux sites ne rendait toutefois pas prioritaire cette thématique. Cet axe de travail n'a ainsi entraîné aucune action concrète. Il n'y a pas eu d'évolutions sur l'activation des pôles entre 2009 et 2015.

L'arrivée d'un nouveau directeur en octobre 2015 sera décisive dans le démarrage du processus d'activation des pôles au CH4V.

## **2.2 La démarche d'activation des pôles a été menée en concertation avec l'ensemble des chefs de services et de l'équipe de direction**

### **2.2.1 Présentation de la démarche et description des nouveaux pôles.**

La volonté d'activer les pôles a été exprimée dès la prise de fonction du nouveau directeur. Pour reprendre les termes de ce dernier « *J'ai été surpris lors de ma prise de fonction de voir que, 11 ans après la loi instaurant les pôles dans les hôpitaux publics, ceux-ci n'existaient que sur le papier au CH4V. Il n'y avait pas eu de réflexions sur leur mise en place effective. Des pôles existaient mais ils n'avaient aucune conséquence pratique sur le fonctionnement de l'établissement* ». L'absence de pôles fonctionnels est alors perçue comme la cause des lacunes observées dans le pilotage médico économique de l'établissement au niveau du personnel médical et soignant.

La démarche d'activation des pôles s'est accompagnée d'un redécoupage de leur périmètre afin de les rendre plus cohérents d'un point de vue médical et plus lisible pour le patient. Ce redécoupage a nécessité la consultation des instances de l'hôpital (Commission médicale d'établissement, directoire, Conseil technique d'établissement, Conseil de surveillance) ainsi que des réunions ad hoc à destination des chefs de services. Les directeurs adjoints ont été tenus informés des avancés lors des comités de direction hebdomadaires. Il n'y a pas eu d'opposition frontale exprimée à l'encontre de ce projet de

---

<sup>25</sup> Le projet d'établissement retenait 6 axes forts en gestion dont le développement de la culture de gestion, des outils de pilotage interne, de la contractualisation et de la participation

redécoupage. Peu de remarques ou de critiques ont été directement remontées<sup>26</sup>. Le caractère flou de l'utilité et du mode de fonctionnement d'un pôle pour le personnel médical du CH4V explique sans doute l'absence d'anticipations des changements organisationnels et managériaux à venir<sup>27</sup>. Des débats ont toutefois eu lieu quant aux périmètres des nouveaux pôles. Le chef de service d'addictologie a par exemple fait part de sa volonté de s'autonomiser du pôle médecine. Le directeur a proposé ses idées et les a fait valider par les chefs de services réunis. Le nouveau découpage retenu a été le suivant :

- Un pôle femme enfant au périmètre inchangé
- Un pôle bloc anesthésie chirurgie au périmètre inchangé
- Un pôle Médecines Urgence où la médecine gériatrique et le SSR ne sont plus présents ainsi que la dialyse. Le service de médecine addictologique reste inclus.
- Un pôle médico technique qui perd les urgences mais s'agrandit de la dialyse
- Un pôle personnes âgées qui inclue désormais la médecine gériatrique et les services de soins de suite.

Ces nouveaux périmètres ont pour objet de renforcer la cohérence interne des pôles. Le pôle personnes âgées propose en son sein l'ensemble de la filière gériatrique, de la médecine aigüe à l'hébergement. Le pôle médecine urgences répond aussi à une logique de parcours, avec de nombreuses hospitalisations aux urgences transférées par la suite dans les services de médecine polyvalente. Enfin le pôle médico technique se recentre sur la notion de plateau technique et de supports pour les autres services.

Les pôles bloc anesthésie chirurgie et femme enfant ne voient pas leurs périmètres modifiés. Ils étaient déjà lisibles sur le plan organisationnel et fonctionnel. Ces deux pôles sont constitués de services présents sur le même site et à proximité géographique immédiate. Par exemple, en ce qui concerne le pôle femme enfant, la cheffe de pôle assurait déjà un pilotage médical global sur l'ensemble des services obstétricaux.

Afin de mieux cerner la taille et l'activité des nouveaux pôles on peut dresser le récapitulatif suivant :

---

<sup>26</sup> Il a été remontée plusieurs fois lors des entretiens que l'organisation interne de l'hôpital était perçue comme une anomalie liée à la volonté de la précédente directrice.

<sup>27</sup> La mission DGOS insiste ainsi sur l'absence d'une culture managériale suffisante au sein du personnel médical.

<b>Pôle BAC</b>	<b>Pôle Femme Enfant</b>	<b>Pôle Médecine Urgences</b>	<b>Pôle personnes âgées</b>	<b>Pôle médico- technique</b>
98 agents paramédicaux	170 agents non médicaux	203 agents non médicaux	319 agents non médicaux	69 agents non médicaux
34 médecins et chirurgiens	47 médecins et chirurgiens	42 médecins et psychiatres	11 médecins	2 médecins, 3 pharmaciens et 3 biologistes
35 lits et places, 4 salles de bloc	62 lits et 10 places, 5 salles de naissances, 2 salles opératoires dédiées	118 lits et 5 places	100 lits d'USLD, 192 lits et 20 places en EHPAD, 51 lits et 5 places en SSR 26 lits en médecine gériatrique	10 places de dialyse
7050 interventions, 1738 séjours, 17561 consultations	3100 naissances, 10 000 séjours en gynécologie et néonatalogie, 45000 consultations gynécologiques	4149 séjours en médecine polyvalente, 2639 en médecine addictologique, 975 en UHCD	29816 journées d'hébergement en USLD, 6881 en EHPAD. 1163 séjours en SSR, 487 séjours en médecine.	22.7 millions de B, 15066 consultations en radiologie, 8728 séances de dialyse, 4.6 millions d'euros de dépenses en produit pharmaceutiques

Les effectifs varient grandement selon les pôles. Excepté le pôle médico technique, tous ont un nombre d'ETP supérieur à 130. Le pôle personnes âgées a un effectif supérieur à 300 ETP ce qui est le seuil supérieur retenu par le rapport de la DGOS dans sa description du pôle optimal<sup>28</sup>.

Concernant leur activité, le pôle BAC est en retrait en raison de sa taille plus faible et d'une offre de soins en chirurgie limitée. La forte concurrence du secteur privé et de l'AP-HP rend difficile la prise de part de marché en chirurgie. L'activation de ce pôle n'apportera probablement aucune plus-value managériale. Il s'agit de la juxtaposition de trois services travaillant déjà en synergie<sup>29</sup>.

A l'opposé, le pôle personnes âgées regroupe différentes activités aux modes de tarification variés. Le décloisonnement de la logique sanitaire et de la logique médico-social a été souhaité par le personnel médical et la direction. L'approche par filière a été privilégiée à une approche purement administrative.

Trois nouveaux chefs de pôles ont été nommés sur les pôles ayant vu leur périmètre altéré. A ce jour, les formations prévues règlementairement pour les nouveaux chefs de pôle n'ont pas démarré.

<sup>28</sup> Au-delà de ce seuil, des problèmes de management peuvent se poser selon la mission DGOS

<sup>29</sup> C'est le point de vue du chef de pôle et du directeur référent de ce pôle

Parallèlement au redécoupage des pôles, l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement a été initiée. Un séminaire de travail regroupant les directeurs adjoints et les nouveaux chefs de pôles a été organisé. Ce séminaire a permis de dégager une dizaine de grandes orientations pour la période 2016-2019. Des groupes de travail ouverts à l'ensemble du personnel ont été mis en place afin de favoriser la participation de tous dans la réalisation des sous projets thématiques (projet de soins, projet social, projet de développement durable etc..). Une gouvernance spécifique s'est mise en place<sup>30</sup>. Dans ce cadre, le suivi de la remontée des fiches projets d'actions est la première mission attribuée spécifiquement aux chefs de pôles. Ils sont chargés de recueillir et coordonner les projets d'actions médicales de leurs services.

### **2.2.2 Evolution de la démarche et état des lieux**

Suite à la redéfinition du périmètre des pôles, le directeur a demandé aux directeurs adjoints de candidater pour le rôle de directeur référent de pôles. Les demandes ont été remontées et officialisées en comité de direction. La désignation des directeurs référents en avril 2016 a fait l'objet d'une note interne diffusée à l'ensemble du personnel de l'hôpital. Le directeur a réaffirmé à cette occasion que l'objectif était la signature de contrat de pôles d'ici à la fin de l'année 2016. Il a rappelé que le recrutement de cadre supérieur de pôle était à prévoir, soit via redéploiement interne avec la promotion de cadres de santé, soit via recrutement extérieur si besoin. En septembre 2016, les cadres supérieurs de santé n'étaient pas encore désignés.

La nouvelle gouvernance des pôles s'est peu à peu mise en place. Les premiers conseils de pôles ont été tenus au sein du pôle médecine urgences et du pôle médico technique. Les directeurs référents concernés ont participé à ces instances.

Toutefois, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire<sup>31</sup> et la nécessité de réaliser dans ce cadre une première version de projet médical partagé ont ralenti l'avancée du processus d'activation des pôles. Le calendrier serré d'élaboration du nouveau projet d'établissement pour présentation aux instances en octobre 2016 a également retardé l'élaboration des contrats de pôles ainsi que le recrutement des cadres supérieurs de pôles. Ces deux actualités parallèles ont néanmoins fourni l'occasion de convoquer pour la première fois les conseils de pôles et de mettre à l'épreuve les binômes de pôles.

Au vu des changements effectués sur le premier semestre 2016 au sein de la structure organisationnelle de l'établissement, on peut classer le CH4V dans la catégorie des établissements en situation numéro 2 telle que définit dans les résultats de l'enquête. Les

---

<sup>30</sup> Mise en place d'un comité de pilotage incluant les représentants des OS et des usagers.

<sup>31</sup> Le décret du 29 avril 2016 fixe comme échéance le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour la création des GHT

pôles existent désormais d'un point de vue managérial mais aucune délégation de gestion n'a encore été contractualisée.

Passer à l'étape suivante, c'est-à-dire à la contractualisation interne, soulève nombre de questions au sein d'une structure de la taille du CH4V. C'est l'opportunité de renforcer le pilotage médico économique au niveau de l'encadrement soignant et de moderniser les techniques de gestion. C'est également un aggiornamento organisationnel qui n'est pas sans risques. L'organisation hospitalière, comme beaucoup d'autres administrations, présente des rigidités internes qui ne la rendent pas naturellement perméable aux changements.

## **2.3 Intérêt et risques de signer des contrats de pôles au CH4V**

### **2.3.1 L'activation des pôles est un changement organisationnel global qui doit promouvoir une culture médico-économique dans l'ensemble des services de soins**

L'activation des pôles est un changement managérial profond qui met en relation hiérarchique le directeur et les chefs de pôles et par ricochet l'ensemble du personnel médical<sup>32</sup>. La liberté d'appréciation laissée au directeur dans la contractualisation interne est grande. Afin de préciser le contenu des délégations de gestion la loi HPST énumère les domaines de compétence faisant l'objet de délégations de gestion incluses dans le contrat de pôle. Il est fait notamment mention de délégations de signature permettant d'engager des dépenses (Art. R.6146-8 du Code de la santé publique). Le contrat engage et responsabilise, c'est son but premier. Le contrat est également un écrit ce qui lui donne une valeur supérieure à un simple engagement oral. Comme c'est un document consultable et connu de tous, c'est un très bon outil pour formaliser de l'intéressement collectif ou un objectif d'activité. Il y a une notion de dialogue intrinsèque à la signature d'un contrat.

La T2A fait porter la responsabilité d'une large proportion des recettes sur les services de soins. Le personnel médical doit être conscient des conséquences économiques résultant de l'attractivité et de la bonne ou mauvaise organisation du service. L'organisation polaire n'est pas en elle-même une garantie de cette prise de conscience. Le cas du CH4V, où certains services se montraient pro actifs dans la recherche de nouvelles parts de marché en témoigne<sup>33</sup>. Toutefois la délégation de gestion rend impérative pour l'encadrement du

---

<sup>32</sup> Il ne s'agit toutefois pas d'une relation hiérarchique au sens juridique. La loi HPST prévoit seulement une « autorité organisationnelle ». La notion d'indépendance professionnelle pour le personnel médical reste garantie par l'art. L. 162-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>33</sup> Les deux services de médecine polyvalente ont ainsi vu la valorisation de leur activité progresser de 30% entre 2014 et 2015 : Données issues du rapport d'activité 2015 du CH4V.

pôle l'appropriation d'outil de gestion et de pilotage médico économique. Les objectifs d'activité ainsi que des cibles de dépenses dans des domaines variées (RH, achats travaux etc...) demandent un suivi périodique et un contrôle qui devient un des objets du management du pôle. Lors de sa prise de poste, le directeur du CH4V s'est montré étonné de la faible remontée d'indicateurs émanant des services ce qui rendait la prise de décision plus difficile car se faisant en dehors de toutes bases quantifiées.

Entamer une démarche d'activation des pôles a pour vertu de dynamiser à moyen et long terme les équipes encadrantes via la délégation de gestion. Après la 1ère génération de contrats de pôles les personnels se sont pris au jeu de la délégation et se montrent beaucoup plus concernés par l'activité de l'établissement<sup>34</sup>. L'équilibre financier structurel de l'établissement a retiré un élément de pression favorisant la réforme des organisations ce qui explique que des pratiques organisationnelles dépassées aient pu perdurer. Le manque d'exploitations des données produites au sein de l'hôpital complique la définition de stratégies nouvelles. Activer les pôles est, dans un tel contexte, un puissant levier pour rattraper ce retard en termes de délégation de gestion et de pilotage médico-économique. C'est en ce sens que la formation au management et au pilotage médico-économique est essentielle. Il est indispensable que le chef de pôle, le directeur référent et le cadre supérieur parlent un langage de gestion commun.

Enfin, concernant la culture d'établissement, la signature de contrats de pôles et l'élaboration de projets de pôles sont unanimement perçus par les établissements comme contribuant à la diffusion d'une culture commune par « *l'évocation de valeurs et de projets communs, ainsi que d'objectifs fédérateurs* »<sup>35</sup>.

L'affirmation des pôles comme échelon de pilotage médico économique est toutefois porteuse d'un risque institutionnel : la balkanisation de l'établissement résultant d'une autonomisation trop poussée des pôles. Dans un tel scénario, un pôle finirait par interpréter ses bons résultats économiques comme une réussite indépendante du reste de l'hôpital. Cette vision ne prenant en compte que les résultats pôles par pôles est source de tensions dans la gouvernance interne de l'établissement. On peut imaginer le pôle chirurgie ayant des résultats en diminution et le pôle femme enfant en pleine croissance avec un résultat global en dégradation pour l'hôpital. L'autonomisation des pôles conduiraient à une argumentation émanant du pôle excédentaire sur sa non implication dans les causes de ces mauvaises performances. Il serait par conséquent injuste de son point de vue, de lui

---

<sup>34</sup> C'est la conviction du directeur du CH4V suite à son passage de 5 ans à l'IGAS où il a pu analyser la situation de nombreux établissements.

<sup>35</sup> Pour reprendre les termes de la mission DGOS

demander des efforts d'économie. C'est un des écueils de l'organisation polaire qui se retrouve souvent mentionné dans la littérature<sup>36</sup>.

### **2.3.2 La délégation de gestion en matière RH doit porter sur des éléments sur lesquels une maîtrise des services est possible**

La thématique RH est la plus présente au sein des contrats de pôles signés par les établissements ayant répondu à l'enquête. La délégation en matière RH est depuis l'origine la plus répandue au sein des EPS. Cela s'explique par le degré d'expertise plus élevé des cadres et chefs de services dans ce domaine et de l'existence préalable d'outils informatiques ad hoc. Bien que les contrats de pôles ne soient pas encore formalisés au CH4V, la volonté du directeur semble de déléguer au moins en partie la formation professionnelle. Cette délégation serait concrétisée via la définition par les instances du pôle d'un plan de formation propre à celui-ci, basé sur un projet médical ou para médical bien défini. La gestion de la formation professionnelle est actuellement centralisée au sein de la direction des ressources humaines. Le plan de formation est élaboré lors de la commission de formation qui se réunit 2 fois par an. Les besoins de l'hôpital sont appréhendés dans leur globalité en l'absence de projet de pôle spécifique. L'avantage de déléguer le choix des formations au niveau du pôle est le renforcement de la pertinence de celles-ci et la possibilité de mettre en pratique un projet de soins plus abouti.

L'attribution d'enveloppes d'heures supplémentaires, d'heures de vacataire et de recours à l'intérim à gérer directement par les services ferait également l'objet d'une délégation. Il s'agirait d'un budget à suivre et à respecter par le pôle. Les heures supplémentaires représentent au CH4V près de 500 000 euros annuels pour 1/3 des agents et 34 000 heures au total. Il s'agit d'une enveloppe conséquente où de vraies marges de manœuvre en gestion existent. S'agissant des vacataires, le recours est plus limité mais représente tout de même l'équivalent de 8 ETP annuels. Enfin l'intérim, avec un budget de près de 500 000 euros, permet là aussi de vraies possibilités d'action. L'intérim est intrinsèquement lié à la question de l'absentéisme, plutôt faible au CH4V (5.9%)<sup>37</sup>. La procédure actuelle de recours à l'intérim implique une demande formalisée par écrit à la direction des soins qui l'instruit. Ce mécanisme est déresponsabilisant car le coût est transparent pour le service<sup>38</sup>. Contractualiser une enveloppe de dépenses d'intérim permet de responsabiliser les services qui seront davantage incités à trouver des situations organisationnelles autres pour

---

<sup>36</sup> Ce risque de fragmentation de l'établissement du fait de l'émergence d'une forme d'égoïsme des pôles a été analysé dans l'ouvrage suivant : FOUQUE Nicolas Raphaël, *Gestion et pilotage des pôles hospitaliers*, 2011.

<sup>37</sup> Le taux d'absentéisme constaté au niveau national en 2014 était de 7.9%. Données ATIH

<sup>38</sup> A l'heure actuelle, le suivi des dépenses d'intérim est assuré par un agent du service achats. La direction des soins n'a pas connaissance au fil de l'eau de ces dépenses.

pallier une absence. Le pôle offre d'ailleurs un cadre élargi de gestion de l'absentéisme via des remplacements inter services.

Sur la question du recrutement, il n'est pas envisagé de délégation. La taille du CH4V rend cette option plus risquée qu'avantageuse. La direction des soins et la DRH sont proche des services et connaissent leurs problématiques. Les échanges avec les cadres de santé sont réguliers<sup>39</sup>. De plus, déléguer la politique de recrutement favoriserait un risque de fractionnement accru entre les pôles, avec des politiques divergentes nuisibles à la cohésion de l'établissement. Une politique de recrutement commune facilite l'émergence d'une culture d'établissement partagée par tous.

La délégation d'enveloppes de dépenses à gérer directement par les pôles rend possible des dérapages financiers en cas de suivi non rigoureux. Les délégations envisagées posent ainsi la question des outils de suivi à mettre en place à destination des services. Il y a nécessité de fiabiliser les données RH et de s'accorder sur quelques indicateurs clés. Il en va de même sur le suivi de consommation des enveloppes qui nécessite une actualisation fréquente des sommes engagées, que ce soit sur l'intérim ou les heures supplémentaires. Un suivi mensuel ou trimestriel semble impératif afin de limiter d'éventuels écarts par rapport à une tendance de dépense. Les données nécessaires existent au CH4V, il faut les exploiter et les communiquer dans un format appréhendable par tous<sup>40</sup>.

### **2.3.3 La définition d'objectifs d'activité implique une meilleure transmission des données PMSI aux pôles**

La contractualisation peut comporter par pôle des objectifs d'activité à atteindre. Ces objectifs d'activité seront repris au sein des projets de pôles qui décrivent l'organisation et les évolutions du pôle sur les 4 ans à venir.

A l'heure actuelle, une réunion bilatérale annuelle par service, réunissant la direction et l'encadrement médico-soignant, dresse un bilan de l'année écoulée. Le niveau d'activité est débattu, des prévisions pour l'année à venir sont établies.

Contractualiser des objectifs quantitatifs nécessite une transmission régulière des données PMSI aux pôles afin d'observer les tendances à la hausse ou à la baisse. Le CH4V est déjà bien avancé sur cette voie avec un bilan mensuel de l'activité comprenant le nombre de séjours et de séances réalisés et leur traduction en un montant financier. Ce bilan mensuel peut être étoffé d'indicateurs plus reconnaissables pour les services comme l'indicateur

---

<sup>39</sup> Une réunion regroupant l'ensemble des cadres de l'établissement et l'équipe de direction est organisée trimestriellement.

<sup>40</sup> Le directeur a souhaité dès janvier 2016 communiquer davantage d'éléments RH, comme le recours aux heures supplémentaires, à l'intérim, lors des réunions bilatérales avec les services

d'occupation des lits qui est très attendu et commenté par les services lors de la réunion annuelle<sup>41</sup>. Mensualiser cet indicateur serait pertinent. Il faut toutefois noter que l'occupation des lits est communiquée deux fois par jour.

Une des problématiques du suivi au fil de l'eau de l'activité des pôles est l'incompréhension qui peut exister entre les données émanant de la direction des affaires financières et le ressenti des services de soins. Porter un jugement sur le niveau d'activité est souvent perçu, pour le personnel médical, comme une remise en cause de sa valeur professionnelle. Il faut par conséquent s'entendre en amont et faire preuve de pédagogie sur les indicateurs retenus. Les chefs de pôles sont demandeurs d'un suivi régulier de l'activité afin d'éviter le caractère par trop inquisitorial de la réunion annuelle de prévision d'activité. S'approprier les outils de suivi peut permettre de faciliter le dialogue médico économique pour la direction. Une divergence entre services au niveau de leur trajectoire d'activité peut être débattue dans l'enceinte du pôle et des solutions peuvent être adoptées pour y remédier. Le décloisonnement des services a ici tout son sens. Le dialogue au sein du pôle permet la résolution des problèmes en interne. La direction devient moins invasive, la recherche d'une solution ne dépendant plus uniquement d'elle. Cela peut contribuer à dépassionner les enjeux<sup>42</sup>.

La remontée imparfaite des données PMSI des services aux pôles fait peser un risque quant à l'exhaustivité des données d'activité. Le DIM chargé du codage rencontre parfois des difficultés avec les retours de certains services au CH4V. Une remontée défailante nuit à l'ensemble du processus en créant un décalage entre les données informatiques et la réalité de la vie du service. Le dialogue de gestion nécessite un effort de la part des services soignants et de la direction. Un chef de pôle ne souhaitant pas s'investir peut rendre inopérante l'ensemble de la démarche. Il s'agit ici d'une question de personnes, d'où l'intérêt de susciter l'adhésion du personnel médical via un intéressement. L'intéressement à l'activité, peut faciliter l'adhésion du pôle aux objectifs contractualisés et favoriser le dialogue de gestion.

Enfin, l'utilisation d'outils de comptabilité analytique requiert que les services supports soient habitués aux logiciels et procédures y afférant. Il y a une relation croissante entre la taille de l'établissement et l'utilisation de ces outils. Seulement 64% des établissements

---

<sup>41</sup> Développer cet indicateur est une volonté de la DAF et une attente de la présidente de la CME

<sup>42</sup> La possibilité d'un dialogue entre chefs de services sans avoir recours à la direction est perçue positivement par la présidente de la CME ainsi que par une cheffe de pôle.

dont le budget est compris entre 20 et 70M d'euros utilisent ces outils contre 100% des CHR et CHU<sup>43</sup>. Le CH4V utilise de tels outils.

### **2.3.4 La délégation d'une enveloppe travaux et achats peut responsabiliser les services soignants mais est porteuse de risques financiers pour l'établissement**

Les achats et les travaux sont gérés de manière centralisée par la direction achats, logistique et patrimoine du CH4V. Les services médico techniques travaillent régulièrement avec cette direction. La directrice des achats de la logistique et du patrimoine a été nommée directrice référente du pôle médico technique pour cette raison. Les thématiques de bonne gestion, les contraintes juridiques et de qualité sur les achats sont connus des acteurs du pôle. Il est envisagé la possibilité à moyen terme d'inclure l'ensemble des acteurs du pôle médico technique dans le dialogue de gestion achats avec les autres pôles au moyen d'un contrat inter pôle dont le cadre n'est pas encore défini<sup>44</sup>.

La délégation d'une fraction des enveloppes achats obéit à la même logique que la délégation d'enveloppes intérim ou heures supplémentaires. L'idée sous-jacente reste la responsabilisation des pôles. La direction n'a pas décidé quel serait le périmètre de la délégation au niveau des achats. Il est envisagé de déléguer une partie des enveloppes actuelles aux pôles.

Il existe deux systèmes fréquemment utilisés de délégation en ce qui concerne les achats

- La délégation de gestion d'un pourcentage de l'enveloppe achat
- Un système de carte Achat.

Une carte achat permet, dans le cadre d'un montant plafond, de réaliser des achats vers différents fournisseurs (UGAP etc...) sans intervention de la direction des achats. C'est une délégation contrôlée pour le pôle. Ces deux systèmes aboutissent au même résultat à savoir l'autonomie partielle des pôles sur leurs achats.

Le risque pour le service achats serait une rupture de la stratégie de standardisation des références du fait de commandes différentes selon les pôles. On perdrait en efficience au niveau de l'achat public.

A l'instar des délégations RH, le même risque de dérapage financier existe en l'absence de suivi rigoureux.

---

<sup>43</sup> Données issues du Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST*, 2008

<sup>44</sup> C'est l'ambition de la directrice achat, patrimoine et logistique

Concernant les travaux, il n'y a pas de délégation envisagée pour l'instant. Le caractère structurel des dépenses de travaux et la petite taille du centre hospitalier des 4 villes rendent peu attractive l'idée d'une délégation sur cette thématique. La nécessité d'une cohérence architecturale, la forte technicité de la matière et l'absence de compétences sur le sujet au sein des services soignants plaident en défaveur des délégations de gestion.

### **2.3.5 L'activation des pôles va accroître le rôle managérial du chef de pôle ce qui aura des répercussions sur les affaires médicales**

Le CH4V n'avait pas de direction/bureau des affaires médicales identifié comme tel jusqu'en janvier 2016. La DRH ne s'occupe que du personnel non médical. La direction générale gérait les affaires médicales. La commission de la permanence des soins (COPS) n'existait pas et a été activé seulement à l'été 2016. Cette situation particulière n'a pas favorisé les bonnes pratiques au niveau de la gestion du temps de travail médical. Une responsable des affaires médicales a été nommée en décembre 2015 pour pallier à cette carence du pilotage. Il y a donc des marges de progression très significatives sur cette thématique où le chef de pôle joue un rôle central.

Activer les pôles c'est donner un rôle managérial nouveau au chef de pôle qui a l'autorité fonctionnelle sur les chefs de services et sur la cadre supérieure de santé, donc sur le personnel soignant. Cette notion de hiérarchie est cependant moins bien acceptée au sein du corps médical à l'hôpital<sup>45</sup> où la légitimité institutionnelle passe par d'autres canaux de reconnaissance. Il y a une crainte exprimée par les chefs de pôles quant à leur futur positionnement vis-à-vis de leurs collègues chefs de service<sup>46</sup>. Le chef de pôle n'a pas un lien de travail direct avec le service or un chef de service peut déjà avoir du mal à s'imposer vis-à-vis de ses équipes. Le service reste la base de l'organisation médicale, il bénéficie de davantage de cohérence médicale et géographique comparativement à un pôle qui est désincarné, ne serait-ce que par les services qu'il regroupe peuvent ne pas être situés à proximité.

Pourtant le chef de pôle a règlementairement des prérogatives dans la gestion des affaires médicales. Le rôle du chef de pôle est le seul à être formalisé juridiquement.

- Le chef de pôle dispose de l'autorité fonctionnelle sur les médecins de son pôle
- Il est responsable de la remontée des tableaux mensuels de services pour son pôle<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Voir le rapport de recherche *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, JOUNIN Nicolas WOLFF Loup, 2014, sur les différences de perception des relations de pouvoir au sein de l'hôpital entre personnel soignant, médical et administratif.

<sup>46</sup> Cette crainte a été exprimée de manière unanime par les chefs de pôles interrogés

<sup>47</sup> Article R-6152 du code de la santé publique

- Il est un échelon de transmission vers la direction pour les demandes de CET
- Il organise la permanence des soins au sein du pôle
- Il valide les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps de travail additionnel.

L'ensemble de ses missions nouvelles pour les chefs de pôles auront des répercussions très fortes sur le management du personnel médical. Les pratiques devront évoluer, notamment dans l'élaboration du tableau des astreintes et la remontée des tableaux mensuels des services. Cela nécessitera du temps et un changement de mentalité qui n'est pas acquis<sup>48</sup>. Il sera primordial pour la direction de légitimer les chefs de pôles en faisant le canal de transmission principal de l'information aux services. L'organisation d'assemblée de chefs de pôle peut être un moyen de formaliser cette légitimité institutionnelle.

Le risque de découragement à terme des nouveaux chefs de pôles en cas de difficultés managériales rencontrées vis-à-vis des chefs de services qu'ils encadrent<sup>49</sup> est réel. Une formation à la prise de fonction de chef de pôles est indispensable pour faciliter la mise en place de cette nouvelle gouvernance<sup>50</sup>. Il existe également un risque de désinvestissement institutionnel des médecins non chefs de pôles<sup>51</sup>.

Le chef de pôle éclipse également l'autorité du directeur des soins vis-à-vis du personnel soignant. Le personnel soignant représente l'essentiel des effectifs du pôle (75% en moyenne). Le chef de pôle a par conséquent un pouvoir de gestion et d'organisation considérable. L'organisation de conseils de pôle est l'outil de concertation à privilégier malgré leur caractère non obligatoire. Une instance formalisée reste le moyen le plus efficace d'assurer un circuit de transmission et de partages de l'information entre l'ensemble des composantes du pôle (médicales, soignantes, administratives).

### **2.3.6 L'activation des pôles va obliger à repenser le rôle de la direction des soins**

La direction des soins du CH4V fonctionne sur le modèle traditionnel des établissements publics de santé avant la création des pôles. Il n'y a pas de cadre supérieur de santé et l'ensemble des cadres de santé traitent directement avec elle. La direction des soins centralise les demandes de remplacement, d'intérim et de vacataires. Elle gère le recrutement en lien avec la DRH. Activer les pôles en désignant des cadres supérieurs de

---

<sup>48</sup> La présidente de CME a fait part de son scepticisme à court terme sur le nouveau positionnement des chefs de pôles vis-à-vis de leurs collègues.

<sup>49</sup> Ce découragement a d'ores et déjà été constaté par une directrice référente vis vis de sa collègue cheffe de pôle

<sup>50</sup> Cette formation est règlementaire et doit être organisée dans les deux mois suivant la nomination des chefs de pôle ainsi que le prévoit l'article R. 6146-6 du code de la santé publique.

<sup>51</sup> Comme l'a souligné la mission DGOS

santé et en déléguant certaines tâches assurées actuellement par la direction des soins risque de la mettre en difficulté.

Le cadre supérieur de santé est nommé sur proposition du chef de pôle, c'est de lui qu'il tient sa légitimité et son autorité. Le cadre supérieur de santé a une responsabilité directe dans les décisions concernant le pôle, il n'est par conséquent plus un exécutant des décisions du directeur des soins. Le champ d'activité du cadre supérieur de pôle se définit ainsi :

- La gestion générale des ressources humaines de la filière paramédicale
- L'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques

D'une logique d'autorité, on passe à une logique de compétences ce qui entraîne la question des nouvelles relations que doivent entretenir ces deux niveaux hiérarchiques.

La direction des soins devra trouver sa place dans la nouvelle gouvernance<sup>52</sup>. Son rôle devra évoluer, en s'éloignant davantage de la gestion quotidienne, et se concentrer sur des thématiques transcendant l'ensemble des pôles comme le projet de soins, les thématiques axées sur la qualité et enfin le pilotage global des effectifs et la politique du recrutement<sup>53</sup>. Cela va nécessiter une transformation au CH4V du mode de gestion du personnel soignant. Les cadres de chaque service n'auront plus un accès direct au directeur des soins. Toute la ligne hiérarchique allant du personnel des services au directeur des soins sera remise en cause.

Il est trop tôt pour se prononcer sur les risques éventuels d'une telle transformation. Le directeur des soins et les nouveaux cadres supérieurs de pôles devront trouver un mode opératoire satisfaisant et un partage des tâches efficace et lisible pour le personnel soignant afin d'éviter les écueils propres aux tensions entre échelons de décision différents (rétention d'information, contournement etc).

### **2.3.7 Les directions métiers vont devoir s'adapter au nouveau mode de fonctionnement des pôles**

Bien qu'il soit prématuré de pronostiquer l'évolution au CH4V des relations entre les pôles en devenir et les directions supports, on peut toutefois envisager les changements organisationnels à venir.

---

<sup>52</sup> Il faut noter que Le directeur des soins est aussi directeur référent de pôle

<sup>53</sup> Cette reconversion des directeurs des soins vers la gestion globale de la prise en charge et de la qualité des soins plutôt que comme supérieur hiérarchique des cadres soignants est décrite plus en détail par NOBRE Thierry et LAMBERT Patrick dans l'ouvrage : *Le management des pôles à l'hôpital*, 2012.

Le rôle de directeur référent est une porte d'entrée au sein des services pour les directeurs adjoints. Les tâches administratives incombent fréquemment au directeur référent qui agit en soutien du chef de pôle. Par nature le pilotage administratif concerne plusieurs thématiques, comme les achats, les finances, la RH. Un directeur référent qui est aussi DRH devra par conséquent assurer un suivi du pôle sur des thématiques qu'ils ne maîtrisent pas totalement. Cela aura des répercussions sur le mode relationnel entre les directeurs adjoints eux-mêmes, l'expertise étant toujours à aller chercher au sein de la direction support dont c'est le métier. On voit bien ici l'ampleur de changement de logique induite par l'activation des pôles. Il s'agit d'une transformation au long cours qui aura des incidences sur l'ensemble des personnels encadrant. Entamer une démarche de délégation de gestion va dynamiser les équipes de direction autant que les équipes médico soignantes à la tête des pôles.

Le risque principal pour la démarche d'activation serait la formalisation de délégations de gestion ne laissant que peu de marges de manœuvre aux pôles du fait de la crainte des directeurs adjoints de perdre leurs prérogatives. C'est un des écueils rapportés par l'IGAS qui constate que le partage de l'information reste un enjeu fort entre les membres de l'équipe de direction et les chefferies de pôles. L'ensemble des directeurs référents du CH4V sont conscients de ce risque, ce qui peut rendre optimiste sur les chances de succès de la démarche.

Une autre menace tient à la perte de visibilité sur la ligne managériale de l'établissement. En redéployant une partie des fonctions administratives au sein des pôles, les rôles de chacun sont modifiés<sup>54</sup>. Il semble primordial de clarifier via des fiches de postes le positionnement du directeur référent de pôle et celui des autres directeurs adjoint<sup>55</sup>.

Enfin, le risque dans un premier temps est que les directeurs référents soient perçus comme « *un cheval de Troie de la direction* »<sup>56</sup>. Cela pourrait entraver la liberté des paroles au sein des instances et réunions auxquelles ils participeront.

---

<sup>54</sup> La mission IGAS a constaté cette perte de visibilité dans une majorité des hôpitaux audités

<sup>55</sup> Le besoin d'établir clairement une fiche de poste sur le rôle de directeur référent a été remonté par une directrice adjointe du CH4V

<sup>56</sup> Pour reprendre l'expression utilisée par la DRH

### **3 L'activation des pôles dans les établissements de taille moyenne doit répondre à leurs problématiques propres et leur permettre de collaborer efficacement dans le cadre des futures GHT**

L'activation des pôles dans les établissements de taille moyenne se doit de prendre en compte les caractéristiques de ces établissements afin d'être efficace<sup>57</sup> (4.1). Pour les établissements ne les ayant pas activés, le contexte de mise en place des GHT ne rend pas inutile la mise en œuvre d'un processus d'activation (4.2)

#### **3.1 L'activation des pôles dans les établissements de taille moyenne doit prendre en compte les spécificités de ces établissements**

##### **3.1.1 Un nombre de pôles limité doit garantir une taille critique suffisante**

Les établissements de taille moyenne, tels que définis en introduction, proposent une offre de soins variées avec des services de médecine, chirurgie obstétrique, de moyen séjour et de long séjour. Ils ne sont cependant jamais des établissements de recours comme le sont les CHR CHU ou les CH de taille importante. Leur offre de soins suffisamment diversifiée justifie la création de pôles fonctionnels, mais leurs services sont de taille plus réduites et proposent moins de spécialités.

Le risque est alors de dessiner des pôles aux contours limités ne se différenciant pas suffisamment d'un service et ne permettant pas de générer une plus-value organisationnelle. Par plus-value, on entend par exemple la capacité d'élargir le potentiel de remplacement en cas d'absence, ou la capacité d'innover dans les modes d'organisations par effet d'échelle.

A l'inverse, un pôle doit regrouper des services suffisamment proches en termes de prise en charge du patient ou mode de fonctionnement pour les mêmes raisons. L'équilibre peut être délicat à trouver.

Il peut être inévitable d'avoir un pôle peu fonctionnel, le cas du pôle bloc anesthésie chirurgie au CH4V est sans doute représentatif de la problématique liée à ces services dans les établissements de taille moyenne. Nous avons ici des services travaillant ensemble mais souvent de taille réduite ce qui limite la plus-value de l'organisation polaire, le pôle étant une strate de décision supplémentaire peu pertinente.

L'exemple inverse peut être celui des pôles personnes âgées regroupant des services de médecine, de moyen séjour, de long séjour et d'hébergement. Ces pôles font sens car ils

---

<sup>57</sup> Ce principe d'adaptation fait l'objet d'une proposition (n°6) dans le rapport de la mission DGOS.

regroupent l'ensemble de la filière gériatrique. Ils sont toutefois constitués de services répondant à des tarifications et des modes de prise en charge très différents ce qui peut contribuer à les rendre difficilement gouvernables. Au sein des 51 établissements de taille moyenne, les lits d'hébergement et de long séjour représentent 40% du total (29% pour les lits de médecine, 12% pour les lits de chirurgie, 6% pour les lits d'obstétrique et 10% pour les lits de moyen séjour)<sup>58</sup>, cette problématique les concerne particulièrement.

Au vu de la taille des établissements, un nombre de pôles compris entre 4 et 5 est le plus pertinent<sup>59</sup>. Cela permet une moyenne d'ETP de 200 par pôle et par conséquent une taille critique suffisante au vu de l'importance des thématiques RH dans la délégation de gestion<sup>60</sup>.

### **3.1.2 Le pilotage médico économique doit reposer sur des données fiables et un nombre d'indicateurs restreints**

La diversité des compétences administratives du personnel d'un CH de taille moyenne ne peut rivaliser avec celle d'un CHU. La spécialisation du personnel est moins développée, les services informatiques moins étoffés. Le rapport IGAS soulignait déjà en 2010 les difficultés pour produire des données fiables au fil de l'eau du fait d'une insuffisance des systèmes d'information alors que les établissements étudiés étaient pour l'essentiel des CHU/CHR<sup>61</sup>.

Le pilotage médico économique requiert nécessairement un suivi par indicateur. Il est important de fiabiliser ces derniers et de les légitimer auprès de l'encadrement médical et soignant de chaque pôle. Les données d'activité doivent être expliquées et comprises ainsi que les données RH. Les modes de calcul recouvrent des réalités qui peuvent parfois ne pas être perçues. Le taux d'absentéisme (où le nombre de jours d'absence est rapporté à 365)<sup>62</sup> et le nombre d'ETP moyen mensuel sont des données pas immédiatement significatives qui peuvent cristalliser des désaccords contre productifs. En fonction des délégations de gestion accordées, il faut s'assurer que le suivi au fil de l'eau est permis par les systèmes d'informations existant. Il faut parallèlement se limiter à des indicateurs calculables automatiquement dont le périmètre et la signification sont assimilés. Il semble

---

<sup>58</sup> Données issues du site de la fédération hospitalière de France : <http://www.fhf.fr/>

<sup>59</sup> En 2008, le nombre moyen de pôles cliniques et médico-techniques pour les CH avec un budget compris entre 20 M€ et 70M € était de 5.3. Données issues du Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé : *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST*, 2008.

<sup>60</sup> La mission DGOS dans sa proposition numéro 6 insiste sur la nécessaire adaptation de la taille des pôles à la l'organisation et la taille des établissements

<sup>61</sup> La mission IGAS insiste sur le manque de crédibilité de chiffres non fiabilisés par un système d'information performant

<sup>62</sup> Cette méthode de calcul retenue par la DGOS fait débat et suscite l'opposition d'organisations syndicales

opportun de mettre à disposition de l'encadrement du pôle un accès aux logiciels requêteurs type Business Object permettant l'automatisation de requête et l'obtention de données rapides et à tout moment. L'avantage de ce genre de logiciel est leur facilité de prise en main et l'actualisation aisée des données. En cas de systèmes d'informations insuffisants, il est impératif d'investir ce domaine afin de rendre opérationnel le pilotage et le dialogue de gestion nécessaires entre les pôles et la direction. La mutualisation des services informatiques au sein des établissements supports des GHT devrait permettre à l'ensemble des établissements de santé de bénéficier de compétences en informatiques suffisantes<sup>63</sup>.

### **3.1.3 L'activation des pôles doit se faire à coût constant**

La situation financière des établissements de taille moyenne n'est pas plus dégradée que la moyenne des autres établissements et présente une forte diversité. Le contexte financier contraint par le plan triennal et la diminution du rythme de progression de l'ONDAM impose que le processus d'activation des pôles se fasse à coûts constants.

Cela a des conséquences sur le recrutement. La nomination de cadres supérieurs de pôle doit privilégier le redéploiement et la promotion interne plutôt que la création ex nihilo d'un nouveau poste. Un cadre supérieur de santé représente une dépense d'environ 68 000 euros par an<sup>64</sup>. Multiplié par 5 ou 6 en fonction du nombre de pôles, cela représente un peu plus de 0.5% de la masse budgétaire de ces établissements ce qui est difficilement soutenable financièrement au vu du contexte actuel.

Il ne semble pas opportun pour les mêmes raisons de nommer des cadres administratifs de pôle<sup>65</sup>. Leur nomination, si elle est rendue nécessaire par un mode d'organisation particulier, doit privilégier le redéploiement de personnels administratifs issus des directions supports.

En ce qui concerne les directeurs référents, leurs nominations à ce rôle n'entraîne pas de changement indemnitaire et n'a donc aucune conséquence financière.

La délégation de gestion est également porteuse de risques de dérapages financiers en cas de non-respect des enveloppes, notamment au niveau des achats et de l'intérim. Le suivi des directions supports doit être appuyé dans un premier temps, afin de garantir que la culture de gestion soit bien assimilée par les équipes médico soignantes des pôles. Le

---

<sup>63</sup> Le choix d'inscrire dans la loi la création d'une direction des services informatiques communs répond justement à la préoccupation du manque de compétences disponibles au sein des établissements de taille moyenne ou petits pour mener à bien les dossiers à forts enjeux : dossier patients informatisés, pilotage en contexte T2A etc.

<sup>64</sup> Donnée transmise par la DAF du CH4V

<sup>65</sup> Le rapport IGAS souligne le manque de carte de gestion permettant de finaliser le « trio managérial médical soignant et administratif. Toutefois le rapport a été réalisé après l'audition d'établissements de taille bien plus considérables que ceux étudiés ici

système de carte achat présente en ce sens un avantage, il permet l'absence de dérapages financiers tout en permettant une vraie délégation de gestion.

#### **3.1.4 La taille des établissements limite le périmètre des délégations pas leurs degrés**

Déléguer le recrutement dans un établissement de taille moyenne où la direction reste accessible pour les services ne présente pas d'intérêt. La direction des soins et la DRH sont en mesure de travailler avec les chefs de pôles et les cadres supérieurs de pôles afin d'établir le type de profil recherché. Le risque d'un recrutement trop centralisé et ne prenant pas en compte les spécificités de chaque pôle est limité dans un établissement de taille moyenne. La contractualisation d'enveloppes sur les coûts RH maîtrisables (Interim, vacataires, heures supplémentaires) et l'autonomie accordée sur la formation professionnelle sont des éléments de délégation suffisants.

Les services achats sont les premiers services supports concernés par la mise en place des GHT. Ce service sera centralisé au niveau de la direction concernée de l'établissement support. Cette consolidation des services achats s'inscrit dans la logique actuelle de la réforme de la commande publique. L'objectif est de professionnaliser la fonction et de bénéficier de gains financiers via l'augmentation du volume des commandes. C'est l'un des volets clé du plan triennal d'économie<sup>66</sup>. En ce sens, la délégation de gestion vers les services au niveau des achats apparaît en contradiction avec cette tendance. C'est pour cela qu'une délégation sur les achats, pour être bénéfique financièrement, ne peut être que restreinte dans son périmètre et à but de responsabilisation sur des consommations pour lesquelles le risque de dérapage ou de perte de standardisation est faible. La délégation peut se limiter à la recherche de gain d'efficacité en évitant de gérer de façon centralisée au sein de la direction support de nombreuses commandes de montants modestes mais récurrentes.

Il paraît également inutile de déléguer la gestion d'une partie des travaux aux pôles. Le manque de compétences clés dans les services de soins et la proximité de la direction support concernée rend la plus-value d'une telle délégation nulle.

S'agissant de la qualité, la délégation ne paraît pas nécessaire en dehors de la définition d'objectifs dans ce domaine. Le changement de positionnement du directeur des soins permet à cette direction de s'emparer plus complètement de cette thématique dans les centres hospitaliers où il n'y a pas de direction/ bureau ad hoc.

---

<sup>66</sup> La DGOS anticipe 1.2 milliards d'euros d'économie sur 2015-2017 via « la mutualisation des achats des hôpitaux et l'obtention de meilleurs tarifs auprès des fournisseurs

Limiter le périmètre des délégations ne doit pourtant pas conduire à vider de leur substance les contrats de pôles. Un des écueils constatés par les rapports de l'IGAS et de la DGOS concerne le faible niveau de délégation de gestion réelle et la tendance centralisatrice des directions. Pour qu'une démarche d'activation des pôles fonctionne il faut réellement donner un pouvoir de décisions et d'actions aux décideurs du pôle sous peine de découragement et d'échec du processus. La présence de l'intéressement au sein des contrats de pôle est un levier essentiel pour faire adhérer les services à la démarche<sup>67</sup>. Des leviers en termes de moyens RH (ETP supplémentaires) ou matériels (enveloppes travaux) sont à contractualiser.

Il existe différents moyens de générer de l'intéressement. Certains hôpitaux calculent des indices de variation de la performance, d'autres sur objectifs, d'autres sur l'évolution des recettes du pôle uniquement. Il y a plusieurs types d'objectifs contractualisables en dehors des objectifs économiques comme des objectifs qualités ou des objectifs en matière de réorganisation. Etablir de nouveaux indicateurs composites pour calculer l'intéressement est inutilement complexe pour un établissement de taille moyenne. La question de savoir si l'intéressement doit être conservé même quand l'établissement est déficitaire au global est un choix à prévoir lors de la signature des contrats de pôles<sup>68</sup>.

### **3.1.5 Clarifier les rôles et les rapports entre chacun des acteurs du pôle afin de garantir leur efficacité**

L'activation des pôles génère un changement managérial pour l'ensemble de l'équipe de direction ainsi que pour l'encadrement médical. De nouvelles relations professionnelles apparaissent entre les directeurs référents et les chefs de pôles. Le périmètre et l'étendue de leur champ d'action laisse une large marge d'autonomie aux établissements, les obligations réglementaires portant sur les chefs de pôles concernant les affaires médicales pour l'essentiel. Cette autonomie peut rendre illisible la gouvernance du pôle. Il est par conséquent nécessaire de clarifier les rôles via une réflexion en amont et l'élaboration de fiches de postes listant à minima les tâches à accomplir de chacun.

Le positionnement des directeurs référents peut être difficile à définir avec précision. La difficulté pour eux est de ne pas être perçue comme le bras armé de la direction générale dans les services du pôle. L'autre risque est qu'ils fassent fonction de cahier de doléance, se limitant à remonter à la DG l'ensemble des problèmes particuliers des agents d'un pôle.

---

<sup>67</sup> Pourtant en 2008, l'intéressement était très peu développés au sein des CH avec seulement 18% des établissements le pratiquant contre 62% des CHU.

<sup>68</sup> La mission IGAS révèle que 52% des établissements audités maintiennent l'intéressement quand le CH/CHU est déficitaire.

Les relations inter personnelles jouent un rôle fondamental dans ce type de situation. Cela plaide pour une formalisation des rôles de chacun.

Les chefs de pôles disposent quant à eux d'une légitimité juridique via le code de la santé publique. Leur positionnement face aux chefs de services est sans équivoque. La création d'une assemblée des chefs de pôles, coordonné par le directeur et le président de la CME, permet l'échange d'informations et des bonnes pratiques. Cela renforce la légitimité des chefs de pôles et diminue le risque de découragement de ces derniers.

Les cadres supérieurs de santé ne s'inscrivent plus désormais au sein d'une ligne hiérarchique définie avec le directeur des soins. L'autorité fonctionnelle est celle du chef de pôle. Leur rôle doit être clarifié et leur plus-value explicitée car il peut s'agir pour certains établissements de la création ex nihilo d'un nouveau niveau hiérarchique

Enfin, le cadre administratif de pôle, bien que n'apparaissant que rarement dans les établissements de taille moyenne, est le rôle le moins facilement définissable. Leurs missions varient en fonction du niveau de délégation retenue. De nombreux rapports ont insistés sur leur difficulté à trouver leurs places au sein des pôles<sup>69</sup>. Il ne s'agit toutefois pas d'une question prioritaire pour les établissements de taille moyenne qui le plus souvent n'y auront pas recours<sup>70</sup>.

Tous ces éléments plaident en faveur d'une formalisation des règles d'organisation des pôles au sein du règlement intérieur. La loi de modernisation de notre système de santé a d'ailleurs rendu cette formalisation obligatoire<sup>71</sup>. Le règlement intérieur est soumis à débat lors des instances, c'est par conséquent un document lu et connu de tous, cela favorise la transparence des modes de fonctionnement retenus. L'élaboration d'une charte d'organisation des pôles permet d'aller plus en détail dans la description du fonctionnement des pôles et de leurs interactions et mérite d'être rédigée.

---

<sup>69</sup>DE SINGLY Chantal, *Rapport de la mission cadres hospitaliers ; 2009*. Le rapport revient sur le manque de reconnaissance éprouvé par les cadres administratifs de pôle

<sup>70</sup> C'est le constat fait par l'enquête en partie I avec seulement 21% des établissements répondants ayant formalisé la fonction

<sup>71</sup> Article R 6146-9-2 du code de la santé publique.

### **3.2 La pertinence de la démarche d'activation des pôles dans les centres hospitaliers de taille moyenne n'est pas remise en cause par la création des GHT**

Les GHT vont mutualiser les services achats et informatiques des établissements membres au sein de l'établissement support. Sur les 51 établissements de taille moyenne, seuls 2 ont été désignés établissement support. Ces transferts de services ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médical partagé (PMP) vont profondément influencer les schémas de gouvernance internes actuelles des établissements. Dans un tel contexte, entamer un processus d'activation des pôles peut sembler inutile au vu des évolutions structurelles à venir. Pourtant la position qui consisterait à attendre que les GHT soient pleinement opérationnels pour engager une réforme de la gouvernance interne n'est pas nécessairement la bonne approche.

#### **3.2.1 Mieux délimiter et activer les pôles améliore la lisibilité de l'offre de soins d'un établissement et peut renforcer son positionnement futur au sein d'une GHT**

Les GHT sont constitués autour d'un projet médical qui doit permettre de rapprocher les établissements via une réflexion globale sur la prise en charge des patients d'un territoire de santé déterminé<sup>72</sup>. Les différentes communautés médicales des établissements sont les premières concernées par cette réflexion, ce qui éprouvera leur cohésion et leur organisation.

L'activation des pôles permet de clarifier les rôles au sein des communautés médicales. Un établissement avec des pôles actifs a déjà désigné un nombre de médecins réduits comme chefs de file (les chefs de pôles). Cela facilite l'identification des interlocuteurs pour les autres établissements du groupement.

La définition et la mise en œuvre du projet médical partagé implique à terme la redéfinition des filières de soins au sein du groupement. Ces filières regroupent plusieurs services. On peut citer le cas de la filière gériatrique par exemple. Disposer d'une filière identifiée et organisée par un pôle peut aider à souligner les avantages comparatifs d'un établissement comparativement à un autre. Ainsi un établissement disposant de nombreux services de moyen séjour peut in fine être amené à devenir l'établissement de référence sur ce type de

---

<sup>72</sup> Pour reprendre les propos de madame Marisol Touraine, ministre de la santé :

*Le but des GHT est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical.* Communiqué du cabinet de la ministre du 17 mars 2016

prise en charge<sup>73</sup>. Il sera plus facile pour un chef de pôle dont l'autorité est établie de s'imposer au sein des discussions multilatérales qui ne manqueront pas d'avoir lieu entre les établissements membres.

Enfin, les nouvelles instances de la GHT prévoient le déploiement d'un collège médical de groupement ou d'une commission médicale de groupement<sup>74</sup>. Siègent au collège médical, des médecins désignés de chacun des établissements du groupement. Les chefs de pôles ont naturellement vocation à être désignés par leurs établissements. Ils ont une légitimité managériale supérieure à celle d'un chef de service. Leur fonction les a conduits à gérer des arbitrages entre services et les a davantage accoutumés au pragmatisme de la gestion.

### **3.2.2 La centralisation de services supports et la possibilité de pôles inter établissements plaident pour l'activation des pôles**

La loi santé prévoit la possibilité de pôles inter établissements<sup>75</sup>. Cela est logique, d'un point de vue législatif, le pôle est la base de l'organisation médicale depuis 2005. Des pôles « de papier » seront désarmés face à des pôles déjà acclimatés au pilotage médico économique. Prenons un exemple d'un pôle médecine urgences. De nombreux établissements proposent ce type de services, il y aura inévitablement des doublons au sein des GHT. Un pôle inter établissements sur ces services avantagera l'établissement ayant déjà une gouvernance de pôle établie avec des processus et des procédures éprouvés. L'expérience des fusions d'établissement démontre que les services les plus structurés avec un leadership identifié finissent par imposer leur mode de fonctionnement<sup>76</sup>. Des pôles peu ou pas fonctionnels auront des difficultés à exister dans le processus de fusion des pôles à l'échelle de la GHT. La constitution de pôles inter établissements est facultative. Ils incarnent cependant l'esprit même de la mise en place des GHT. Il paraît hasardeux à l'heure actuelle de faire un pari sur leur non mise en œuvre.

Les GHT vont supprimer à moyen terme l'argument de la taille critique insuffisante des établissements justifiant l'absence de plus-value des pôles. Les directions des établissements membres vont se rapprocher et se réorganiser<sup>77</sup>. La consolidation à terme

---

<sup>73</sup> L'un des établissements du GHT92 dispose de l'ensemble des spécialités en SSR. Au vu des discussions sur la première version du PMP, son rôle d'établissement référence en moyen séjour sera conforté.

<sup>74</sup> La GHT 92 a choisi l'option du collège médical de groupement afin de limiter le nombre de membres présents au sein de l'instance

<sup>75</sup> Art 3 décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif au GHT

<sup>76</sup> LAUDE, LOUAZEL, *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2013, vol 31

<sup>77</sup> C'est le cas de la GHT de l'ouest de l'ORNE ou une direction commune entre les établissements membres est prévue à moyen terme.

des équipes de directions à l'échelle du groupement va éloigner la prise de décision des services de soins. Des pôles fonctionnels habitués à la délégation de gestion, avec une maîtrise sur certains éléments clés comme leurs enveloppes intérim, la formation professionnelle ou une partie de leurs achats seront supérieurement armés pour faire face à un tel changement d'échelle. Le développement de la culture de gestion induite par le pilotage médico économique au sein des pôles apparaît encore plus nécessaire avec l'émergence du concept de groupe public hospitalier.

Enfin, la mutualisation des services informatiques au sein de l'établissement support devrait à terme garantir la disponibilité de systèmes d'informations performants permettant le dialogue de gestion. Les établissements de taille moyenne pénalisés par des services informatiques réduits bénéficieront à court terme des systèmes d'informations des établissements supports. Cela facilitera la mise en place du pilotage médico-économique.

Les établissements de taille moyenne auraient tort de ne pas poursuivre le processus d'activation des pôles sous prétexte de la mise en place des GHT. Loin de constituer une rupture dans l'approche de ce que doit être l'organisation interne d'un hôpital, les GHT vont contribuer à affirmer à nouveau le rôle du pôle comme structure de pilotage et de décision des services de soins. Les établissements ayant des pôles inactifs seront finalement rattrapés par l'esprit de la réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 à laquelle ils ont cru pouvoir échapper. Ils ne pourront pas continuer sur le modèle organisationnel de l'ancienne gouvernance sans risquer d'être marginalisés au sein des groupements qui ne sont peut-être qu'une première étape vers une véritable fusion.

## Conclusion

La réforme de la gouvernance des hôpitaux, décidée par l'ordonnance du 2 mai 2005, a donné un cadre institutionnel aux EPS leur permettant d'adapter l'organisation interne au nouveau mode de financement qu'était la T2A. Cette réforme a laissé une marge d'appréciation aux établissements en vertu du principe d'autonomie de ces derniers. La diversité des établissements publics de santé quant à leur taille n'a que peu été prise en compte lors de la publication de l'ordonnance. Seuls les hôpitaux locaux ont été exemptés de la mise en place d'une telle organisation. La mise en place des pôles a été respectée mais l'esprit de l'ordonnance, qui était de généraliser le pilotage médico économique et de redonner des pouvoirs de gestions aux services, n'a pas abouti à une vraie délégation de gestion dans de nombreux établissements. Particulièrement concernés, les établissements de taille moyenne ayant signés des contrats de pôles sont minoritaires. La plus-value de l'organisation polaire sur ces établissements n'a pas toujours été perçue par les directions concernées.

La loi HPST, qui clarifie certains éléments de la gouvernance par pôle, n'a pas engendré une dynamique nouvelle sur ces établissements. On observe une quasi-stagnation du pourcentage d'établissements de taille moyenne ayant formalisés des délégations de gestion entre 2012 et 2016.

Le plan triennal d'économie et la création des GHT au 1<sup>er</sup> juillet 2016 n'ont pas favorisé la thématique de la gouvernance interne sur la période. Pourtant, mener à terme pour un établissement de taille moyenne le processus d'activation de ses pôles présente des avantages certains dans le cadre de la future carte hospitalière. Les GHT sont le moyen de mettre en place une stratégie de groupe public hospitalier. La mutualisation de certains services et des équipes médicales va engendrer des changements organisationnels majeurs dans les années à venir. Les établissements de taille moyenne n'auront pas le rôle d'établissements supports dans le cadre de ces groupements. La gouvernance par pôle est davantage aboutie dans les hôpitaux de taille plus importante. Ce sont eux qui à terme imposeront les modes d'organisations à l'ensemble du groupement via le rôle clé attribué au directeur de l'établissement support. La notion d'établissement de taille moyenne perdra peu à peu son sens avec l'affirmation progressive de la notion de groupe public hospitalier. Le risque de marginalisation à terme pour les établissements n'ayant pas pris le tournant du pilotage médico économique via la délégation de gestion est réel.

Ainsi, la création des GHT ne rend pas inutile, pour les établissements de taille moyenne, d'investir la thématique de la délégation de gestion. Elle doit plutôt être comprise comme l'ultime rappel (après la loi HPST) aux établissements de santé de la nécessité d'un aggiornamento organisationnel.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- NOBRE Thierry, LAMBERT Patrick, *Le management des pôles à l'hôpital*, 2012, 256 pages. Editions Dunod collection Santé social.
- FOUQUE Nicolas-Raphaël, *Gestion et pilotage des pôles hospitaliers*, 2011, 374 pages. Editions Berger Levrault collection Les indispensables
- DUPUY Olivier, *La nouvelle gouvernance hospitalière*, 2007, 95 pages. Editions Heures de France collection Droit professionnel.

## Rapports

- *Rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale 2014*, Chapitre XIV Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux.
- DOMY, MARTINEAU, FECHOU, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, 2013, 33 pages. Rapport de Mission DGSOS
- VALLET, ZEGGAR, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, 2010, 124 pages. Rapport IGAS
- De SINGLY Chantal, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, 2009, 124 pages. Rapport ministère de la santé
- *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST*, 2008, 37 pages. Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé
- JOUNIN Nicolas, WOLFF Loup ; *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, 2006, 124 pages. Rapport de recherche centre d'études de l'emploi
- DEBROSSE Denis, PERRIN Antoine, VALLANCIEN Guy, *Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de gestion sociale*, 2003, 176 pages. Rapport Projet Hôpital 2007

## Articles

- DE LARD-HUCHET et SEGUI-SAULNIER *Gestions Hospitalières Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions*, 2016, num 551 p 634
- LAUDE, LOUAZEL, *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicale, 2013, vol 31

## Sites internet

- Site de la fédération hospitalière de France. <http://www.fhf.fr/>
- Site de l'Agence nationale de l'appui à la performance.  
<http://www.anap.fr/accueil/>



---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : Liste des 51 établissements de taille moyenne retenus pour l'enquête

**Annexe II** : Carte des 51 établissements de taille moyenne retenus pour l'enquête

**Annexe III** : Grille d'entretien semi directif utilisée pour les entretiens avec les acteurs du CH4V

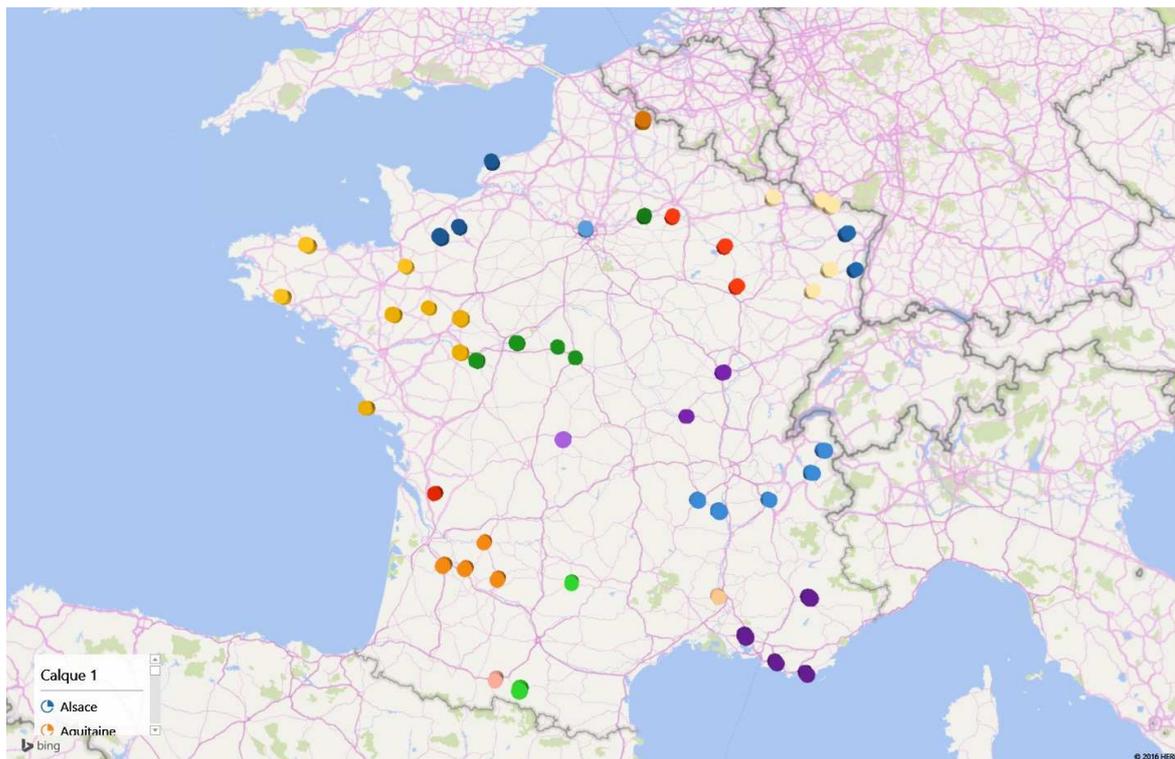
**Annexe IV** : Liste des personnes interrogées

**Annexe I** : Liste des 51 établissements retenus pour l'enquête

Département	Région	Commune du CH	ETP
Aisne	Picardie	Château Thierry	863
Alpes de haute Provence	PACA	Dignes	1042
Ardèche	Rhône Alpes	Annonay	1066
Ariège	Midi Pyrénées	Saint giron	1066
Aveyron	Midi Pyrénées	Villefranche de Rouergue	809
Bouches du Rhône	PACA	Aubagne	902
Bouches du Rhône	PACA	Salon de Provence	1053
Calvados	Normandie	Falaise	871
Charente maritime	Poitou Charente	Jonzac	801
Cher	Centre	Vierzon	842
Côte d'or	Bourgogne	Beaune	966
Côtes d'Armor	Bretagne	Guingamp	1000
Creuse	Limousin	Guéret	1059
Dordogne	Aquitaine	Bergerac	813
Finistère	Bretagne	Quimperlé	912
Gard	Languedoc		
	Roussillon	Bagnols	849
Haute Garonne	Midi Pyrénées	Saint Gaudens	836
Gironde	Aquitaine	La Réole / sud gironde,	
		Langon	936
Ile et Vilaine	Bretagne	Fougères	825
Indre et Loire	Centre	Amboise	961
Indre et Loire	Centre	Chinon	969
Isère	Rhône Alpes	Voiron	875
Loir et Cher	Centre	Romorantin Lanthenay	833
Loire	Rhône Alpes	Firminy	993
Loire Atlantique	Pays de la Loire	Châteaubriant	978
Lot et Garonne	Aquitaine	Marmande	894
Lot et Garonne	Aquitaine	Villeneuve sur lot	877
Maine et Loire	Pays de la Loire	Saumur	997
Marne	Champagne		
	Ardenne	Epernay	857
Haute marne	Champagne		
	Ardenne	Chaumont	899
Haute marne	Champagne		
	Ardenne	Saint Dizier	889
Mayenne	Pays de la Loire	Château Gonthier	801
Meurthe et Moselle	Lorraine	Briey	915
Moselle	Lorraine	Sarreguemines	1013
Moselle	Lorraine	Forbach	975
Orne	Normandie	Flers	1064
Pas de Calais	NPDC	Denain	1084
Bas Rhin	Alsace	Saverne	952
Bas Rhin	Alsace	Sélestat	817
Paray le monial	Bourgogne	Paray le monial	840

Sarthe	Pays de la Loire	La flèche	1079
Savoie	Rhône Alpes	Albertville moutiers	947
Haute Savoie	Rhône Alpes	Sallanches (pays mont blanc)	990
Seine Maritime	Normandie	Fécamp	884
Var	PACA	Hyères	913
Vendée	Pays de la Loire	Sable d'Olonne	822
Vosges	Lorraine	Remiremont	847
Vosges	Lorraine	Saint Dié	977
Vosges	Lorraine	L'ouest vosgien Neufchâteau	1083
Hauts de seine	IDF	Neuilly sur seine	962
Hauts de seine	IDF	Saint Cloud	1098

**Annexe II** : Carte des 51 établissements de taille moyenne retenus pour l'enquête



# Entretien mémoire

---

## Général

- Que pensez-vous de l'activation des pôles au CH4V et de leur reconfiguration ?
- Comment appréhendez-vous votre nouveau rôle de directeur référent / chef de pôle ?
- Quelle implication devait vous avoir ? Quel type de réunion occurrence etc. ?
- Quels sont les avantages à signer un contrat de pôles ?
- Comment abordez-vous l'autorité nouvelle dont vous allez bénéficier sur les autres chefs de services

## RH

- Faut-il recruter des cadres administratifs de pôle ?
- Quelle délégation au niveau du recrutement ?
- Quels outils de pilotages ?
- Quelle formation pour les Cadres sup/ admin/chef de pôle/directeur référent
- Quels risques au niveau du management ?

## Finances

- Y a-t-il des gains financiers chiffrables à activer les pôles ?
- Quelle délégation de pouvoir au niveau des finances ?
- Quels outils de pilotages ?
- Quels risques de dérapages financiers (couts RH, manque de contrôle etc)

## Logistique/Achat

- Quelle délégation de pouvoir au niveau des achats/ travaux
- Quels outils de pilotages ?
- Quels risques pour l'établissement ?

**Annexe IV** : Liste des personnes interrogées

- M. de Beauchamp, Directeur Général
- Mme la Dr Belaisch Allart, Présidente de CME et cheffe du pôle Femme Enfant
- Mme Lapeyre, DAF
- Mme Schoebel, DRH
- Mme Buno, Directrice des achats, de la logistique et du patrimoine
- Mme Lebreton, Directrice référente du pôle personnes âgées
- M Pauly, Directeur des Soins
- Mme la Dr Charpentier, Cheffe du pôle Personnes âgées
- M le docteur Garnier, Chef du pôle Bloc Anesthésie Chirurgie

DELAIR

Sylvain

## Directeur d'Hôpital

Promotion 2015-2016

### **Enjeux et conséquences de l'activation des pôles au sein d'un établissement public de santé de taille moyenne**

#### **Résumé :**

Le présent mémoire a pour objet les établissements de taille moyenne (définis par leurs effectifs exprimés en ETP qui doit se situer entre 800 et 1100) et leur mode de gouvernance interne, exprimée en fonction du degré d'activation de leurs pôles.

La réforme de 2005 n'a pas imposé une organisation polaire uniforme en laissant une large marge d'appréciation aux établissements de santé. Seul la définition de pôles et la nomination de chefs de pôles étaient balisées par un calendrier contraignant.

La logique de l'organisation polaire est de favoriser le pilotage médico économique des services de soins dans un contexte de déploiement de la tarification à l'activité. Le pilotage médico économique ne peut fonctionner qu'au travers d'un minimum de délégations de gestion, délégations qui sont matérialisées par la signature de contrats de pôles, étape ultime de « l'activation des pôles ».

Ce mémoire, après avoir défini le périmètre des établissements de santé de taille moyenne, dresse un état des lieux de « l'activation des pôles » au sein de ces établissements. L'exemple du CH4V sert ensuite à illustrer les conséquences pour un établissement de cette taille à donner corps à l'organisation polaire. En s'appuyant sur cet exemple, il est possible de décrire un processus d'activation des pôles qui prendrait en compte les spécificités des établissements de taille moyenne.

Enfin, ce mémoire revient sur le contexte actuel avec la mise en place des GHT. Il insiste notamment sur les enjeux pour les établissements de taille moyenne n'ayant pas en pratique activé leurs pôles de l'apparition de véritables groupements publics hospitaliers.

#### **Mots clés :**

Pôle d'activité ; contrats de pôles ; ETP ; Etablissement ; Taille moyenne ; Gestion hospitalière ; Organisation hospitalière ; Délégation ; Intéressement

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*