



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2012-2014**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**L'ORGANISATION POLAIRE : FACTEUR
D'AMÉLIORATION DE LA
GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE ?**

*Analyse à partir du Groupe Hospitalier Paris
Nord-Val de Seine de l'AP-HP*

Louise COLAS

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Alexandre Therre pour son suivi régulier en tant que maître de stage, ses conseils et le temps qu'il m'a consacré tout au long du stage.

Je remercie chaleureusement Elisabeth De Laroche Lambert, directrice générale du Groupe Hospitalier, pour son accueil chaleureux, la confiance qu'elle m'a accordée et sa bienveillance à l'égard des jeunes élèves directeurs.

Je remercie aussi Laetitia Laude, encadrante mémoire, professeure à l'EHESP et docteur en sciences de gestion, pour m'avoir accompagné tout au long du mémoire et apporté des éclairages très utiles dans ma réflexion.

Mes remerciements s'adressent bien sûr à l'ensemble de l'équipe de direction, et particulièrement à Virginie Barrabé, directrice de la communication, avec qui j'ai beaucoup apprécié travailler à la préparation du séminaire sur les pôles, et à Arnaud Corvaisier, directeur général adjoint, pour ses précieux conseils et son appui méthodologique.

Je tiens également à remercier toutes les personnes, membres des exécutifs de pôle, de la direction ou du Conseil exécutif, qui ont accepté de me rencontrer au sujet des pôles, et notamment Philippe Sudreau, directeur général du Groupe Hospitalier Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal, pour avoir pris le temps de me recevoir, et Hubert Peurichard, directeur délégué au secrétariat général, pour son aide et son invitation à participer au comité de suivi des pôles de l'AP-HP.

Je remercie enfin Guillaume Caro, stagiaire élève directeur aux HUPNVS, fidèle compagnon de stage, pour son enthousiasme, pour les bons moments partagés et pour son soutien constant.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 FACE A UN CONTEXTE HOSPITALIER MOUVANT MARQUE PAR DE NOMBREUX CLOISONNEMENTS, LA REFORME POLAIRE IMPLIQUE DE PROFONDS CHANGEMENTS DANS LA CULTURE HOSPITALIERE.....	9
1.1. UN CONTEXTE HOSPITALIER MARQUE PAR DE NOMBREUX CLOISONNEMENTS	9
1.1.1. L'hôpital en « tuyaux d'orgues », lieu d'affrontement entre différentes légitimités professionnelles	9
1.1.2. Un conflit de pouvoir accentué par un contexte de raréfaction des ressources	12
2.1. LA REFORME POLAIRE IMPLIQUE DE PROFONDS CHANGEMENTS DANS LA CULTURE HOSPITALIERE.....	15
1.2.1. Pour l'organisation professionnelle : vers l'émergence d'un pouvoir médico administratif	15
1.2.2. Pour l'organisation dirigeante : vers des fonctions support au service des producteurs de soins	16
1.2.3. La mise en place nécessaire de nouveaux mécanismes de coordination et d'intégration	18
2 SA MISE EN ŒUVRE ENCORE INACHEVEE SOULIGNE LES DIFFICULTES LIEES A L'ACCULTURATION DES ACTEURS, DONT LA COORDINATION EST RENDUE PLUS COMPLEXE PAR LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER.....	21
2.1. UNE ACCULTURATION A LA NOUVELLE GOUVERNANCE QUI DEMEURE INACHEVEE	22
2.1.1. Mise en œuvre limitée et controversée des délégations de gestion.....	22
2.1.2. Une dynamique polaire confrontée à des difficultés de positionnement	27
2.1.3. Un manque de clarté dans la mission des acteurs et dans les modalités du dialogue de gestion	30

2.2. L'INFLUENCE DETERMINANTE DE LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER SUR L'ORGANISATION POLAIRE	35
2.3.1. Une structuration du GH en pôles très hétérogène.....	35
2.3.2. Un dialogue médico administratif difficile à mettre en œuvre en pratique ...	37
2.2.3. Une articulation complexe entre logique de pôle et logique de site	38
3 UN CADRE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE CLAIR, ADAPTE AU CONTEXTE DU GH ET PARTAGE PAR SES ACTEURS EST NECESSAIRE POUR RELANCER LA DYNAMIQUE POLAIRE.....	43
3.1. METHODOLOGIE ET THEMATIQUES ETUDIEES LORS DU SEMINAIRE SUR LA GOUVERNANCE ET LES POLES	43
3.1.1. Thématiques choisies pour le séminaire	43
3.1.2. Des thématiques qui concernent également les autres Groupes hospitaliers de l'AP-HP	45
3.2. PRECONISATIONS	47
3.2.1. Optimisation des modalités du dialogue de gestion	48
3.2.2. Un cadre d'action clarifié et adapté aux enjeux du GH.....	51
3.3. NECESSAIRE MOBILISATION DES ACTEURS AUTOUR D'UN PROJET FEDERATEUR	54
CONCLUSION	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
CAP	Cadre Administratif de Pôle
CEL	Conseil Exécutif Local
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMEL	Commission Médicale d'Etablissement Locale
CPP	Cadre Paramédical de Pôle
CREA	Comptes de Résultat Analytiques
CTLE	Comité Technique Local d'Etablissement
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GH	Groupe Hospitalier
HCL	Hospices Civils de Lyon
HUPNVS	Hôpitaux Universitaires Paris Nord-Val de Seine
HPST	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires du 21 juillet 2009
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
PM	Personnel Médical
PNM	Personnel Non Médical
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A	Tarifcation à l'activité
TPER	Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés
UF	Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

- **La réforme des pôles : entre rupture et continuité**

Les pôles d'activités, définis comme « *structure opérationnelle résultant du découpage de l'hôpital pour la déconcentration d'une partie du pilotage médico administratif* »¹ ou « *entité de gestion dirigée par un praticien qui se voit confier par le directeur une délégation de gestion dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens* »², ont été mis en place par l'**ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005**. Présentée par ses promoteurs comme une solution au constat d'un hôpital en « *tuyaux d'orgues* »³ fortement cloisonné et terrain d'une opposition forte entre la légitimité professionnelle des soignants et celle bureaucratique des gestionnaires, elle vise à instaurer davantage d'harmonie au sein de la gouvernance hospitalière. Elle résulte d'une évolution de long terme de l'organisation hospitalière visant à améliorer sa performance, tant du côté de la qualité des soins que de l'utilisation des ressources disponibles, dans un contexte budgétaire désormais contraint.

L'ordonnance de 2005 s'inscrit donc dans le prolongement de plusieurs réformes visant au décloisonnement et développement de la coopération médico administrative. Cette évolution, initiée dès les années 80, s'est traduite en premier lieu dans **la loi du 3 janvier 1984** instaurant la départementalisation et le découpage de l'hôpital en centres de responsabilité ainsi qu'une expérimentation du management par objectifs.

Dans la même logique, l'« **amendement liberté** » de la **loi du 31 juillet 1991** issu de la mission « Couty » prévoyait la possibilité pour les services de s'associer en départements. L'idée sous-jacente était de promouvoir la coopération interne sans la rendre contraignante, partant du postulat qu'une telle démarche ne serait possible qu'avec le consentement des professionnels concernés. Cependant, la liberté accordée a surtout consisté en une liberté de ne pas s'associer et a suscité un faible engouement voire un rejet de la part de la communauté médicale. Ceux-ci n'y voyaient en effet qu'une logique purement comptable les sommant à fournir les informations pertinentes sur leur activité sans autre responsabilité, et dans la perspective d'un contrôle accru sur la production de l'offre de soins. Vécue comme une mise sous tutelle infantilissante et une

¹ ACKER D., BENSADON C., LEGRAND P., MOUNIER C., « Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants », Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°RM2012-046 P, avril 2012

² HALLUIN J-P., MAURY F., PETIT J-C., DE SINGLY C., « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, janvier 2007/1, p. 14-39

³ *ibid*

bureaucratisation chronophage au détriment du patient, elle s'est en outre heurtée à l'attachement de la communauté hospitalière pour les services.

Face à ce constat d'échec, **l'ordonnance de 2005 opère donc une double réorientation vers à la fois plus de contraintes et d'autonomie.**

Elle est plus contraignante en ce qu'elle impose l'organisation polaire comme **structuration obligatoire** de tous les établissements, le pôle étant consacré comme le cadre de gestion de référence et unité de base pour l'hôpital. Tous les établissements devront donc être découpés en pôles, eux-mêmes pilotés par un coordinateur de pôle (devenu chef de pôle depuis la loi HSPT) appuyé par un exécutif de pôle⁴ ; ils devront élaborer en concertation un projet de pôle pluriannuel en lien avec le projet d'établissement ; ils seront régis par un contrat de pôle signé entre le chef de pôle et la direction et définissant ses objectifs, ses moyens, des indicateurs de suivi ainsi que les modalités de leur évaluation et de leur intéressement. Devront également être inscrit dans le contrat de pôle les modalités concrètes des délégations de gestion, pouvant faire l'objet de réévaluation et de réajustements dans des avenants au contrat. Cette contrainte s'arrête cependant à la structuration générale, et les établissements demeurant libre de s'organiser en interne.

Elle donne cependant davantage d'autonomie en ce qu'elle tend également à une **responsabilisation des acteurs** au sein d'un partenariat médico administratif censé accorder davantage de liberté de gestion aux pôles dans le respect des contraintes institutionnelles. Le passage d'une relation unilatérale à une relation contractuelle, par la signature d'un contrat de pôle, ainsi que la mise en place de délégations de gestion en application du principe de subsidiarité, en sont les deux principaux symboles. C'est en ce sens qu'elle innove par rapport aux lois précédentes, et qu'elle s'inscrit dans une démarche volontariste fondée sur l'engagement et la compétence des acteurs concernés.

De cette nouvelle structure devra en effet émerger une nouvelle forme de management basée sur les thèmes classiques du **New Public Management** : responsabilisation, contractualisation, management par objectifs, allocation des ressources en fonction de l'activité, intéressement et évaluation. La réforme polaire est d'ailleurs intimement liée au **nouveau paradigme budgétaire basé sur l'activité** : les

⁴ De composition diverse selon l'organisation et la taille de l'établissement : du simple duo de pôle (chef de pôle et cadre paramédical de pôle) au trio de pôle (avec un assistant de gestion) voire au quatuor de pôle (avec un directeur référent ou délégué au pôle).

pôles sont en effet le support privilégié du dialogue de gestion et de l'analyse médico économique, corollaires indispensables à la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

- **Une réforme structurelle fortement dépendante de son appropriation par les professionnels concernés**

La réforme des pôles est avant tout une **réforme des structures**, une réponse institutionnelle aux difficultés liées à la gouvernance de l'hôpital. Elle agit en effet en premier lieu sur **l'organisation-structure**, définie par la théorie des organisations comme le « *mode selon lequel un ensemble est constitué en vue de sa fin, de son fonctionnement* »⁵, celle-ci devenant le principal levier de changement. Celle-ci constitue en effet une base essentielle de par sa portée à la fois opérationnelle et symbolique, comme en témoigne la phase initiale et cruciale de découpage en pôle.

Cependant, l'influence de **l'organisation-processus**, définie comme « *l'action d'organiser quelque chose, son résultat* »⁶ dans la mise en œuvre de la réforme est tout aussi importante, ou du moins consubstantielle à son efficacité concrète. En effet, l'interaction est incessante entre l'organisation-structure et l'organisation-processus, et c'est seulement si cette dernière suit les règles formelles de l'organisation-structure que le fonctionnement de l'organisation polaire sera optimal.

En d'autres termes, derrière le changement de structure instauré par la réforme des pôles, **un changement culturel plus fondamental** des rapports de pouvoirs, des modes de prise de décision, des comportements et des représentations est également nécessaire. Ainsi, l'on peut citer parmi ces évolutions en profondeur la nécessité d'une coopération entre cultures professionnelles différentes, le développement d'une nouvelle logique gestionnaire pour les médecins, la mutation du rôle des directions, de nouvelles appartenances pour le personnel, en fait une réelle acculturation des membres de l'hôpital à un nouveau mode de fonctionnement.

Les pôles, en tant que structure au service de la gestion hospitalière, représentent donc une réelle opportunité de rénovation de la gouvernance hospitalière, mais leur dynamique doit être soutenue et portée par les différents acteurs hospitaliers. Par conséquent, la mutation profonde nécessaire à la mise en œuvre des pôles rend l'exercice complexe, laborieux, et peut être plus long à réaliser que ce qui était espéré.

⁵ HOLCMAN R., « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, 2008/4 n°184

⁶ *ibid*

- **Des pôles qui peinent toujours à trouver leur rythme de croisière**

L'organisation polaire fait encore l'objet d'interrogations et de réajustements. Plusieurs enquêtes et analyses de bilan sur les pôles soulignent en effet les difficultés rencontrées dans le quotidien des établissements ainsi que le caractère encore inabouti de leur mise en place. Parmi ces rapports, dont notamment **le rapport de l'IGAS de février 2010**⁷, sont notamment cités l'insuffisante formation et le manque de crédibilité des exécutifs de pôles, les réticences des directions à la réalisation de réelles délégations de gestion, la faiblesse et le caractère inadapté des outils mis à la disposition des pôles...

C'est d'ailleurs sur ce volet processus, mise en œuvre concrète des objectifs de la réforme, que les pôles sont aujourd'hui encore au cœur de l'actualité hospitalière : en témoigne la **commande récente de la ministre de la santé Marisol Touraine** à la conférence des présidents de CME et de directeurs d'hôpital pour un bilan exhaustif des pôles d'activités⁸. Si le résultat de cette enquête n'est que pour décembre prochain, on peut déjà percevoir que le ton a quelque peu changé depuis le dernier bilan réalisé par l'IGAS en 2010. De nombreux acteurs hospitaliers semblent en effet aujourd'hui déçus par cette réforme avortée, source selon eux de davantage de complexification et dispersion que d'amélioration de la gouvernance hospitalière. Ainsi, dans sa partie relative à l'organisation polaire, **le rapport de M. Edouard Couty**⁹ sur le « **Pacte de confiance à l'hôpital** » rappelle les difficultés auxquelles sont confrontées les pôles et indique qu'il n'y avait pas consensus sur l'existence même des pôles au sein du groupe de travail chargé d'étudier ce sujet.

S'il serait exagéré de dire que les pôles, confirmés par la loi HPST, seraient remis en cause dans leur fondement, ce malaise perceptible traduit une forme de désillusion des professionnels hospitaliers, en premier lieu du côté de la communauté médicale et des chefs de services¹⁰, mais également du côté des exécutifs de pôle, associé à un engouement relatif des équipes de directions à aller au bout de la logique de déconcentration, les délégations de gestion étant toujours un objet de crispation des rapports entre pôles et directions.

⁷ ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé », Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°RM2010-010 P, février 2010

⁸ Voir en annexe 4 la réponse des HUPNVS au questionnaire de bilan des pôles.

⁹ COUTY E., SCOTTON C., « Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux », Rapport du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2013

¹⁰ Le syndicat des praticiens hospitaliers a d'ailleurs lancé son propre questionnaire de bilan des pôles en parallèle de celui des conférences de directeurs et de présidents de CME.

Le risque d'un nouveau désenchantement pour la gouvernance hospitalière est donc toujours présent avec pour conséquence possible une démobilisation voire un contournement de celle-ci, aboutissant à une dissonance croissante entre organisation-structure et organisation-processus.

- **Analyse de la mise en œuvre de la réforme polaire à partir de l'exemple du Groupe Hospitalier Paris Nord-Val de Seine de l'AP-HP**

La réforme polaire s'inscrit donc dans un contexte de cloisonnement entre acteurs hospitaliers poursuivant des logiques différentes. Elle est aussi fortement conditionnée par le contexte évolutif et mouvant de l'organisation hospitalière, marquée par de nombreuses restructurations.

Face à ce constat, **dans quelle mesure l'organisation polaire peut-elle être un réel moteur de changement et d'amélioration de la gouvernance hospitalière ?**

Il s'agit à travers cette question d'analyser en quoi la structuration en pôles est capable de surmonter les difficultés inhérentes au contexte hospitalier et d'être pleinement appropriée par ses acteurs. La réforme polaire représente en effet une opportunité de changement, mais il s'agit de comprendre dans quelle mesure elle atteint son objectif et est saisie dans les faits : est-elle aujourd'hui source de simplification ou de complexification de la gouvernance ? Pour cela, il conviendra d'analyser les interactions entre l'organisation structure et l'organisation process, notamment les modalités de cogestion ainsi que les mécanismes d'acculturation et de coordination permettant l'appropriation de la réforme par les acteurs hospitaliers.

Notre analyse aura pour exemple privilégié l'organisation polaire au sein du **Groupe Hôpitaux Paris Nord-Val de Seine (HUPNVS) de l'AH-HP**. Les pôles y sont en effet bien mis en place mais rencontrent plusieurs difficultés de fonctionnement que j'ai eu l'occasion d'analyser tout au long du stage. Pour y remédier, un séminaire sur les pôles réunissant l'ensemble des exécutifs de pôle, des membres de la direction et du conseil exécutif local a d'ailleurs été organisé le 4 octobre dernier. Celui-ci, dont les conclusions feront l'objet d'un développement dans les parties qui suivent, avait pour objet une remise à plat du fonctionnement actuel et une redéfinition commune du cadre d'action. Les mêmes interrogations se posent au niveau de l'ensemble de l'AP-HP, qui a d'ailleurs mis

en place un comité central de suivi des pôles chargé d'accompagner la dynamique polaire.

L'influence du contexte dans lequel la réforme polaire s'inscrit, en l'occurrence celui d'un Groupe Hospitalier de grande taille récemment constitué, fera également partie intégrante de notre analyse, l'articulation entre les deux restructurations (en pôle et en GH) ayant des implications importantes sur le fonctionnement des pôles.

Il convient à ce stade de présenter succinctement les principales caractéristiques de ce GH. Constitué le 1^{er} janvier 2011 suite à la réforme d'ampleur de regroupement des établissements de l'APHP en 10 Groupes hospitaliers, il est composé des cinq sites de Beaujon, Bichat-Claude-Bernard, Bretonneau, Louis Mourier et Charles Richet, eux-mêmes situés sur trois départements (Paris pour Bichat-Claude-Bernard et Bretonneau, Hauts-de-Seine pour Beaujon et Louis Mourier et Val-d'Oise pour Charles Richet) et donc sur trois territoires de santé. L'éloignement géographique de certains sites (notamment les sites de Louis Mourier et Charles Richet) représente donc une contrainte importante à prendre en compte dans la gouvernance du GH (regroupement des directions fonctionnelles, question des pôles uni ou multi sites). Parmi ces cinq sites, trois d'entre eux ont une orientation MCO (Beaujon, Bichat-Claude-Bernard) et deux autres ont une orientation gériatrique (Bretonneau et Charles Richet). Les HUPNVS représentent un ensemble de grande ampleur dont les chiffres clés pour 2011 sont les suivants :

- 2 575 lits (dont 1672 MCO) 159 places
- 15 pôles dont 12 cliniques, 2 médicotechniques, 1 recherche
- 1 935 personnels médicaux et 7666 personnels non médicaux
- 44 salles d'opérations et 19 laboratoires
- 80 317 hospitalisations complètes et 46 682 hospitalisations partielles
- 654 825 consultations et 172 534 passages aux urgences
- 1 TEP, 4 IRM, 5 Gamma-caméras à scintigraphie, 4 scanners
- 698 millions d'euros de recettes et 725 millions d'euros de dépenses

▪ **Méthodologie**

Pour tenter de répondre à ces questions et afin d'étayer notre analyse avec des observations de terrain, plusieurs sources d'informations ont été mobilisées :

1. Séminaire sur la gouvernance et les pôles :

- Réalisation d'une trentaine d'entretiens semi directifs à partir d'une grille de question préétablie avec les exécutifs de pôles, les membres de la direction du GH et du CEL ;
- Participation au groupe de travail chargé d'organiser le séminaire (définition d'ateliers de travail avec des feuilles de routes précises) ;
- Présentation de la synthèse des entretiens en introduction du séminaire et participation aux ateliers de réflexion.

2. Benchmarking au sein de l'AP-HP :

- Participation à la réunion du comité de suivi des pôles de l'AP-HP et entretien avec un de ses membres ;
- Participation à l'audit du pôle Biologie PUI dans le cadre de la monographie de 12 pôles de l'AP-HP conduite par la Direction de l'Inspection et de l'Audit ;
- Entretien avec le Directeur général du Groupe Hospitalier Fernand Widal-Saint Louis-Lariboisière ;

3. Observation du fonctionnement des pôles au travers de dossiers traités ainsi que par le biais de la participation à diverses instances (Codir, CEL, Conférences de pôle, Réunion CAP CPP).

Notre développement se fera en trois temps :

- A. La réforme polaire implique de profonds changements dans la culture hospitalière au regard au contexte cloisonné et évolutif dans lequel elle s'inscrit (I)
- B. Les difficultés de sa mise en œuvre sont liées à une acculturation insuffisante par les acteurs, dont la coordination est rendue plus complexe par la constitution du GH (II)
- C. Un cadre clair, adapté au GH et partagé par les différents acteurs est nécessaire pour relancer la dynamique polaire (III)

1 FACE A UN CONTEXTE HOSPITALIER MOUVANT MARQUE PAR DE NOMBREUX CLOISONNEMENTS, LA REFORME POLAIRE IMPLIQUE DE PROFONDS CHANGEMENTS DANS LA CULTURE HOSPITALIERE

1.1. UN CONTEXTE HOSPITALIER MARQUE PAR DE NOMBREUX CLOISONNEMENTS

Le dépassement du *patrimonialisme* et de la « *féodalité* » hospitalière (Mélinand, 1974), le regroupement des services au bénéfice des patients, l'association des médecins à la gestion, la responsabilisation des professionnels de santé, tels sont les objectifs ambitieux de la mise en place des pôles. Celle-ci touche ainsi à ces invariants importants de l'hôpital, et suppose des changements en profondeur de son fonctionnement.

Une analyse de l'organisation particulière de l'hôpital, par une approche de la sociologie des organisations, est donc indispensable pour comprendre le contexte complexe et les enjeux de pouvoir sur lequel s'inscrit la réforme polaire.

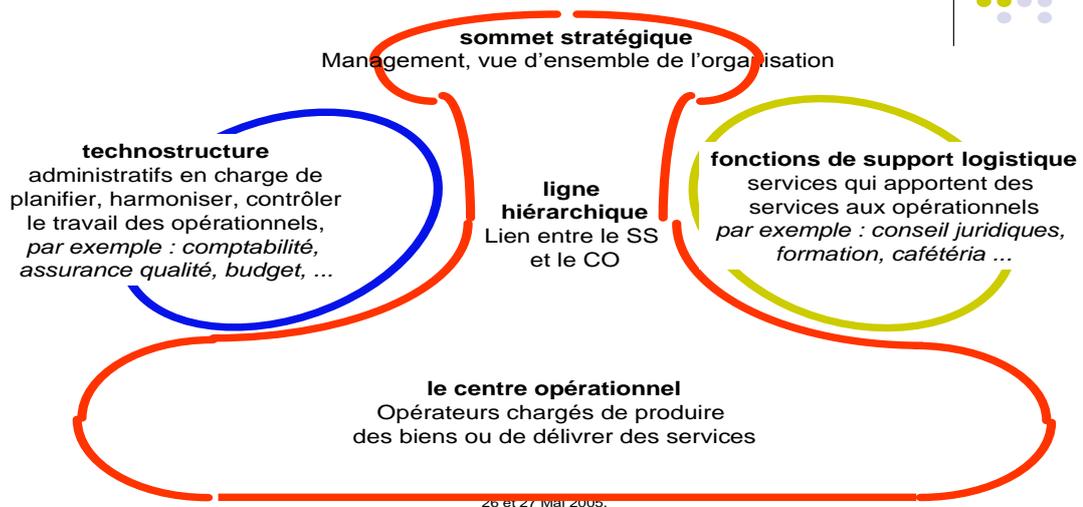
1.1.1. L'hôpital en « tuyaux d'orgues », lieu d'affrontement entre différentes légitimités professionnelles

De part ses caractéristiques propres, l'organisation hospitalière peut sembler être un *terrain miné* à qui voudrait mettre en place une nouvelle forme de management basée sur la cogestion et la coopération entre les professionnels.

Le cadre de référence classique pour décrire l'organisation hospitalière, organisation de production, est en effet celui de la **bureaucratie professionnelle** décrite par **Henri Mintzberg**¹¹. Selon son modèle des configurations structurelles, la structure des organisations est composée de cinq composantes principales décrites dans le schéma ci-dessous :

¹¹ MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation, Paris, 1982

les 5 parties de l'organisation selon Mintzberg



C'est donc à partir de l'agencement de ces éléments structurants que découle la typologie de Mintzberg de cinq configurations de base des organisations : *la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la forme divisionnée et l'adhocratie*¹². Il s'agit bien sûr d'archétypes servant de grille de lecture d'une réalité plus complexe du fonctionnement des organisations.

La bureaucratie professionnelle est donc caractérisée par une faible technostructure et un **rôle prépondérant du centre opérationnel**, incluant le travail qualifié et standardisé, dont les opérateurs (les médecins) disposent d'un fort pouvoir et d'une large autonomie. Elle est également caractérisée par une importante spécialisation horizontale, un regroupement en unité par fonction ainsi qu'une faible planification. Le mécanisme de coordination des activités se réalise donc davantage par un code d'éthique et un contrôle par les pairs que par les normes édictées par le sommet stratégique, avec lesquelles elles peuvent d'ailleurs entrer en conflit. Une grande importance est donnée à la connaissance et l'expertise des opérateurs, conférant aux professionnels pouvoir et autorité dans la structure, la hiérarchie organisationnelle découlant de l'ordonnement et de la valorisation des qualifications. Les organisations support (administrative, techniques, logistiques) n'ont donc en charge que des activités secondaires au service de l'activité principale. Par conséquent, la bureaucratie professionnelle est propice à la coexistence de deux hiérarchies parallèles pouvant entrer en conflit¹³.

¹² Voir les descriptions des différentes organisations en annexe 8

¹³ « Dans la bureaucratie professionnelle, on a fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de Louise COLAS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

Cette analyse met donc en exergue la **cohabitation de deux lignes d'autorités** à l'hôpital : l'une profane, administrative et non professionnelle et l'autre charismatique, professionnelle et médicale (Smith 1970)¹⁴. Ces deux légitimités sont basées sur des valeurs différentes et ont leur propre vision du monde, de la justice et de la finalité de l'organisation. En effet, il y a d'un côté la **légitimité professionnelle médicale traditionnelle**, fondée sur la connaissance, sur une éthique de défense de l'intérêt individuel du patient et dotée de ce fait d'une forte composante externe (savoir, recherche et progrès médical). Elle est caractérisée par le principe de l'autorégulation et de l'autonomie, une forte collégialité ainsi qu'une imputabilité devant les patients et les pairs. De l'autre côté, **la légitimité managériale ou bureaucratique** s'appuie sur les valeurs de défense de l'intérêt général et collectif dont l'objectif est d'apporter une réponse équitable aux besoins de la population d'un territoire. Cette logique organisationnelle est basée sur le postulat du rôle positif de l'organisation sur l'amélioration des soins et des pratiques. Ainsi, si les deux légitimités sont in fine au service du patient, leur divergence de valeurs et de représentations peut conduire à de réelles incompréhensions, voire à un divorce de valeurs (Dumond 2003).

Cette imbrication de légitimités et d'autorités parallèles, qu'elles soient formelles ou informelles, rend donc le management harmonieux de l'hôpital particulièrement complexe¹⁵. Cet état de fait se complique par l'ajout de subdivisions supplémentaire entre professionnels et semi-professionnels, notamment **la structure soignante** très présente à l'hôpital dotée d'une culture propre et d'une hiérarchie particulière (cadre de proximité, cadre supérieur, cadre de pôle, direction des soins). L'hôpital multiplie donc les sources d'appartenances professionnelles entre le personnel médical, paramédical, technique et administratif, ayant chacun leurs logiques propres, assimilant l'hôpital à une « *rue commerçante* » constituée d'entrepreneurs indépendants (De Kervasdoué, 1996).

De ce fait, l'organisation hospitalière est exposée à une segmentation des circuits de production de normes et à une dilution des responsabilités, dont l'absence de coordination rendrait le pilotage cohérent de l'organisation impossible. A cela s'ajoute les

support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste » (Mintzberg, 1982)

¹⁴ SMITH H.L., « Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital », *Médecine, maladie et société, Ecole pratique des hautes études-Mouton*, Paris, pp. 259-262

¹⁵ « Cet hôpital en « tuyaux d'orgue » parvient sans doute à produire de l'harmonie mais c'est au prix de bricolage et de rustines (telle la notion « d'autorité fonctionnelle » pour tenter de combler les trous dans la hiérarchie) qui ne tiennent pas toujours » (HALLUIN J-P., MAURY F., PETIT J-C., DE SINGLY C., « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, janvier 2007/1, p. 14-39)

normes produites par les autorités de tutelle qui, dans ce contexte, risquent de n'être qu'un pilotage parallèle ou une note dissonante de plus.

1.1.2. Un conflit de pouvoir accentué par un contexte de raréfaction des ressources

Comme dans toute organisation, des rapports de pouvoir existent à l'hôpital. L'analyse stratégique des organisations notamment développée par **M. Crozier et E. Friedberg**¹⁶ met en effet l'accent sur les relations de pouvoirs au travers de trois concepts clefs :

- **Le système d'action concret** : l'organisation étant marquée par l'inertie de sa structure formelle et soumise à un environnement en mouvement perpétuel, ce concept désigne l'organisation informelle, c'est-à-dire l'adaptation des comportements et des relations des acteurs, permettant les ajustements nécessaires¹⁷.
- **Le pouvoir** : davantage une relation qu'un attribut, le pouvoir est une relation à la fois déséquilibrée et réciproque dans laquelle son détenteur à une capacité de nuisance¹⁸.
- **La zone d'incertitude** : les individus n'acceptant pas d'être un simple instrument entièrement dédié à la réalisation des objectifs de l'organisation, ils poursuivent également des objectifs propres pas toujours conformes à ceux de l'organisation et leur conférant une certaine marge de liberté et d'autonomie. Dans une relation de pouvoir, l'objectif des individus est donc d'accroître la prévisibilité du comportement d'autrui tout en rendant le sien le plus imprévisible possible. Ce concept désigne donc un pouvoir informel de négociation, d'autant plus important que la zone d'incertitude en jeu est stratégique pour l'organisation¹⁹. « *Le pouvoir*

¹⁶ CROZIER M. FRIEDBERG E., L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, 1981

¹⁷ Le système d'action concret est « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* » (Crozier, Friedberg, 1977)

¹⁸ « *Le pouvoir peut ainsi se repréciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre* » (Crozier, Friedberg, 1977)

¹⁹ « *Le pouvoir d'un individu est ainsi fonction de l'importance de la zone d'incertitude qu'il sera capable de contrôler face à ses partenaires* » (Crozier, Friedberg, 1977)

réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir »²⁰.

Or la relation de pouvoir se matérialise à l'hôpital dans la rencontre entre les autorités médicales et bureaucratiques maîtrisant chacune une zone d'incertitude bien distincte : la maladie pour les premiers, les ressources pour les seconds²¹. Elle est complexifiée par la maîtrise d'autres zones d'incertitudes, par les soignants ou le personnel technique par exemple.

En outre, cette relation de pouvoir conflictuelle a été accentuée par le **contexte de raréfaction des ressources qui touche l'hôpital depuis les années 80** provoquant un basculement des rapports de force en faveur de la logique managériale. En effet, alors que les managers n'avaient qu'un pouvoir limité dans un contexte où les ressources étaient abondantes, l'attention croissante portée sur les dépenses hospitalières a rendu leurs fonctions de plus en plus stratégiques. Initié en 1983 par l'instauration de la dotation globale, ce mouvement de rationalisation budgétaire a été poursuivi par la mise en place de la tarification à l'activité. La zone d'incertitude basée sur la maîtrise des ressources s'est donc accrue au profit des directeurs gestionnaires, dont la légitimité a été soutenue par une professionnalisation croissante en gestion et en stratégie. Ainsi, « *la réforme du financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante* »²².

Cependant, ce passage de l'hôpital « atelier » à l'hôpital « stratège »²³ dans lequel la logique rationaliste de l'institution (le sommet stratégique) prend le pas sur la logique de profession (le centre opérationnel) a également fait réagir les professionnels, cherchant à leur tour à augmenter leur zone d'incertitude :

- tout d'abord, en s'appuyant sur la composante externe de leur légitimité professionnelle, celle-ci étant également soutenue par les progrès médicaux, techniques et scientifiques des dernières années, ainsi que par la professionnalisation de leurs fonctions (notamment pour le personnel paramédical) ;

²⁰ HOLCMAN R., « L'avènement de la gestion par pôle : Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, mai 2006

²¹ *ibid*

²² HOLCMAN R., « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, 2008/4 n°184

²³ Contandriopoulos et Souteyrand, 1996

- ensuite, en accentuant le versant opaque de leur organisation : un exemple édifiant, développé par R. Holcman²⁴ à partir de deux études de cas dans plusieurs établissements, est celui de **l'information sur l'organisation médicale et soignante des services**. Si cette information est désormais cruciale depuis la mise en place d'un financement à l'activité, l'auteur constate qu'il est souvent très difficile, voire impossible d'y accéder, les soignants décrivant leur activité comme dictée par l'urgence, imprévisible, avec une spécificité des tâches échappant à toute tentative de programmation ou de rationalisation²⁵. Ainsi, par sa nature stratégique, l'organisation du travail deviendrait un moyen de résistance et d'extension de la zone d'incertitude : *« si le temps du soin se plie au temps de l'organisation, c'est dès lors le temps de l'institution qui prime, et les services de soins subissent la domination d'une organisation bureaucratique des horloges »*. La demande de personnel supplémentaire, source de conflit permanent au sein de l'hôpital, est à ce sujet très révélatrice de ce conflit larvé, dans lequel les managers se heurtent à la forte légitimité externe des professionnels²⁶.

R. Holcman dégage d'ailleurs de ses observations un nouveau concept décrivant l'organisation hospitalière : celui de **« dysorganisation »**. Contrairement à la désorganisation, dans laquelle on constate un décalage entre la structure et le système concret d'action, le concept de **« dysorganisation »** met en évidence un dysfonctionnement recherché par certains acteurs ne voulant pas de conformer à l'organisation-structure, symbolisant le rejet de la légitimité bureaucratique.

Ce mode de fonctionnement, satisfaisant certains acteurs, met cependant en péril l'organisation optimale de l'hôpital. C'est pourquoi une troisième voie est recherchée, et concrétisée dans la réforme des pôles : celle d'une **coopération renforcée** entre les deux légitimités en vue d'une gestion partagée et davantage performante de l'organisation hospitalière.

²⁴ ibid

²⁵ L'auteur souligne cependant le caractère en réalité majoritairement programmable de l'activité des soignants, sans faire bien sûr abstraction de la relation au patient *« particularité irréductible des métiers du soin »*.

²⁶ *« Originalité de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux est que le refus de la domination bureaucratique de l'organisation dirigeante par l'organisation soignante s'adosse à une forte composante de légitimité externe »*.

2.1. LA REFORME POLAIRE IMPLIQUE DE PROFONDS CHANGEMENTS DANS LA CULTURE HOSPITALIERE

La réforme des pôles suppose ainsi une appropriation et une acculturation des acteurs hospitaliers, tant du côté de l'organisation professionnelle que de l'organisation dirigeante.

1.2.1. Pour l'organisation professionnelle : vers l'émergence d'un pouvoir médico administratif

Une nouvelle fonction, concrétisée dans la personne du chef de pôle, émerge donc : celle de **médecin gestionnaire**. En écho à la montée du pouvoir administratif, son émergence est avant tout le signe d'une volonté de sortir de la « *dysorganisation* » de l'hôpital par davantage de solidarité et de compréhension mutuelle. L'amélioration de la performance hospitalière par le renforcement du pouvoir médico administratif est en effet sous-tendue par deux hypothèses²⁷ :

- Celui-ci est un pré requis pour le développement de l'efficience et l'amélioration des soins ;
- Les médecins gestionnaires jouent un rôle clef pour la mobilisation de la communauté médicale au service de l'organisation.

Ce basculement vers une troisième voie privilégiant la cogestion n'est pas propre à la France, dont le modèle va souvent bien moins loin que dans d'autres pays. En effet, le modèle américain est caractérisé par une cogestion à tous les niveaux de décisions avec un fort engagement des deux parties, tout comme le modèle danois qui a en outre mise en place une véritable une troïka de direction médicale, infirmière et administrative au sein de ses établissements de santé²⁸.

La fonction du médecin gestionnaire n'est cependant pas évidente puisque celui-ci doit **réconcilier les deux logiques managériales et professionnelles**. Cela implique concrètement plusieurs éléments : tout d'abord, la faculté du médecin à acquérir les

²⁷ DENIS J-L., GIBEAU E., LANGLEY A. et al., « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances », *Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux*, février 2012

²⁸ *ibid*

compétences utiles en gestion, reposant à la fois sur sa capacité d'apprentissage mais aussi sur son engagement à prendre des responsabilités relevant de la légitimité bureaucratique.

Les médecins gestionnaires sont aussi censés **favoriser l'engagement de la communauté médicale et soignante** au service de l'organisation et les mobiliser autour de valeurs souvent vécues comme opposées aux leurs, ce qui n'est pas non plus évident en pratique et nécessite des changements culturels profonds. La mise en place des pôles bouleverse en effet le positionnement des chefs de services, qui ont traditionnellement une organisation collégiale, mais aussi celui des cadres de santé. De ce fait, un nouveau chef hiérarchique « *cheval de Troie* » de l'administration peut apparaître comme une menace pour les médecins, ou un retour en arrière pour les soignants eu égard à leur récente émancipation du pouvoir médical.

La stratégie pour développer le leadership et la crédibilité des chefs de pôle repose donc en grande partie sur leurs compétences managériales, les outils dont ils disposent ainsi que sur leur capacité de conviction. En conséquence, de nombreux rapports²⁹ préconisent de porter davantage d'attention sur le recrutement, la formation, l'intéressement³⁰ et l'aménagement de poste pour les chefs de pôle. Cela concerne également les autres membres de l'exécutif de pôle (CPP et CAP), qui ont aussi à surmonter des questions de légitimité interne.

1.2.2. Pour l'organisation dirigeante : vers des fonctions support au service des producteurs de soins

La réforme polaire implique également de profonds changements pour les équipes de directions.

En premier lieu, tout comme les médecins gestionnaires, les directeurs doivent concilier les deux logiques et s'imprégner des valeurs de la légitimité professionnelle, par un exercice de leurs fonctions au plus proche de la production de soins. Cette évolution se concrétise par une modification de l'organigramme de direction et par l'émergence

²⁹ Par exemple, **le rapport de la Mission Hôpital Public 2011-2012**, remis le 19 avril 2012 au ministre de la Santé (dont une partie traite des pôles).

³⁰ Par le primes, l'avancement ou le statut, mais aussi par des incitations intrinsèques : reconnaissance, capacité d'influence.

d'une nouvelle fonction : celle de **directeur délégué** ou **référent** de pôle, en lien étroit avec le trio de pôle, qui peut devenir un réel quatuor de pôle en fonction de l'étendue de ses attributions. Ainsi, la fonction de directeur délégué à un ou plusieurs pôles est devenue une fonction à part entière dans certains établissements pionniers de la nouvelle gouvernance, à l'instar du CHU de Montpellier. Selon le rapport de l'IGAS, la fonction de directeur référent de pôle ne devrait être que transitoire, puisque, à terme, la notion même d'équipe de direction devrait évoluer vers un **management direct des chefs de pôle** par la direction générale, à l'instar des autres membres de la direction (ce qui est le cas au CH de Valenciennes).

Par ailleurs, la mise en œuvre du **principe de subsidiarité**³¹ et de réelles délégations de gestion au profit des pôles change la perspective du métier de direction, vers une fonction davantage axée sur la coordination, l'animation et l'expertise au profit des pôles. Ce passage d'une culture verticale de directions « états-majors » à une **culture plus horizontale de prestations de services**, tout en demeurant le garant de l'unité institutionnelle et de l'intérêt général³², modifie donc en profondeur le positionnement des directions fonctionnelles (notamment la DRH, la direction des finances ou la direction des soins) : « *cela suppose de passer d'une culture de forte concentration des compétences, d'un objectif de « maîtrise » à une culture de la délégation, de la confiance, de l'association du corps médical à la gestion médico-économique de l'établissement* » (IGAS 2010).

C'est pourquoi la réforme polaire doit aussi faire l'objet d'une appropriation du côté des directions, pour surmonter certains obstacles culturels ou craintes de perte de pouvoir : en effet, les directions fonctionnelles peuvent parfois être réticentes à la mise en œuvre des délégations de gestion de peur de perdre leur cœur de métier.

Le rapport de l'IGAS préconise donc d'accompagner ce changement par la formation des directeurs à la nouvelle gouvernance (à l'EHESP mais aussi en formation continue) ainsi qu'un discours plus clair des tutelles sur la réalité des délégations de gestion.

³¹ Selon lequel les missions/compétences doivent être confiées à l'entité la plus apte à les gérer.

³² Et deviendraient de ce fait une « *structure d'arbitrage des conflits* » (R. Holcman, *ibid*)

1.2.3. La mise en place nécessaire de nouveaux mécanismes de coordination et d'intégration

La réforme polaire tend à instituer un nouveau management à l'hôpital basé sur un partenariat médico administratif entre gestionnaires et médecins. Les pôles apparaissent en effet comme un moyen privilégié pour rendre les deux logiques interdépendantes : dans le cadre d'une relation contractuelle avec la direction, les pôles sont pilotés par un médecin chef soutenu par un exécutif, bénéficiaire de compétences et de responsabilités de gestion et impliqué aux orientations stratégiques de l'établissement (les chefs de pôle étant membre du conseil exécutif). Cette cogestion tend à la fois à responsabiliser les acteurs et à limiter les conflits de pouvoir, par la promotion d'un partage de la gouvernance hospitalière. Celle-ci se trouve d'ailleurs facilitée par le découpage de l'hôpital en structures plus vastes, réduisant le nombre d'interlocuteurs privilégiés pour la direction (en passant d'un nombre important de chefs de service à quelques chefs de pôle).

Cependant, il convient de nuancer l'influence de la structure polaire sur le pilotage performant de l'hôpital : en effet, l'analyse du modèle des médecins gestionnaires, développée dans le rapport sur les médecins gestionnaires précité³³ dresse le constat suivant : **les médecins favorisent la performance de l'établissement à la condition qu'il existe des mécanismes efficaces de réconciliation des deux logiques.** L'existence d'outils de pilotage et de coordination apparaît donc comme une condition essentielle au succès du partenariat médico administratif. Ainsi, « **les seules structures ne suffisent pas à garantir la réussite de l'engagement médical** »³⁴ et doivent être soutenus par des mécanismes ad hoc de conciliation. Le rapport illustre notamment cette idée avec l'exemple du modèle français et britannique.

En effet, loin de faire disparaître les relations de pouvoir, la réforme polaire en modifie les enjeux, fait évoluer les zones d'incertitudes et nécessite donc un **cadre précis du rôle des acteurs** et de leurs champs de compétences. Ce nouveau rapport de force doit donc être anticipé et maîtrisé, pour ne pas conduire à un nouveau découplage de la gestion et a fortiori une complexification du processus de décision.

Enfin, au regard du contexte organisationnel spécifique de l'hôpital décrit au préalable, il y a un réel sujet autour de la **capacité d'appropriation de la réforme**

³³ DENIS J-L., GIBEAU E., LANGLEY A. et al., « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances », *Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux*, février 2012

³⁴ *ibid*

structurelle au niveau du système concret d'action. En effet, si les outils proposés sont porteurs de valeurs managériales opposées à celle de la communauté professionnelle, il y a de grande chance que les changements annoncés aient un faible impact sur le fonctionnement quotidien de l'organisation.

L'enjeu de la mise en œuvre de la réforme polaire réside donc dans sa capacité à transcender des intérêts divergents et à susciter une adhésion des professionnels hospitaliers. Elle requiert donc à la fois de la pédagogie, mais aussi la création de nouveau mode de management basé sur l'échange, la coordination et l'appropriation. La démarche ne doit pas être à sens unique, mais s'appuyer sur un dialogue et une adaptation des pratiques, dans un cadre contractuel : *« On oppose encore souvent la normalisation imposée par les outils de gestion à la nécessaire liberté du médecin. L'intégration de l'approche managériale et de l'activité médicale suppose un **apprentissage par construction progressive** dans laquelle la logique contractuelle a un rôle à jouer dans la transformation et l'intégration des pratiques de gestion à la culture médicale, dans le sens où c'est **l'adaptation des pratiques de gestion à la culture médicale que l'on doit rechercher.** »*³⁵

C'est d'ailleurs la raison majeure de son caractère nécessairement long et progressif, voire incertain pour les plus pessimistes.

³⁵ Propos de Dechamp et Romeyer, extrait de l'article CROZET P., KAANICHE A., LIENARD J., « Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines », *Politiques et management public*, vol 26/2, 2008.

2 SA MISE EN ŒUVRE ENCORE INACHEVÉE SOULIGNE LES DIFFICULTÉS LIÉES À L'ACCULTURATION DES ACTEURS, DONT LA COORDINATION EST RENDUE PLUS COMPLEXE PAR LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER

« Ce contexte organisationnel nouveau (la prise de décision médico-administrative, le regroupement des unités de soins, la décentralisation de la gestion au plus proche du terrain, la responsabilisation, la contractualisation...) sera-t-il le prélude à une modification des comportements et des attitudes, les professionnels participant à la démarche de changement de façon active et dynamique ? »³⁶.

La dynamique polaire est nécessairement progressive, et, depuis la mise en place des premiers pôles, des progrès non négligeables ont été réalisés au niveau de la gouvernance hospitalière : développement de la réflexion stratégique, simplification de la gouvernance avec quelques interlocuteurs privilégiés, rationalisation du pilotage des projets au niveau du pôle, développement d'une logique médico-administrative, échange et connaissance mutuelle entre différentes logiques professionnelles.

Cependant, sa mise en œuvre demeure encore inachevée tant en ce qui concerne l'acculturation des différents acteurs que l'élaboration de nouveaux mécanismes de coordination et de gestion partagée. Plusieurs bilans de la mise en œuvre des pôles constatent en effet une rupture entre la rapidité du découpage initial et la lenteur de la définition et de la mise en œuvre d'un cadre général, avec un risque de démobilisation et de décredibilisation des acteurs engagés dans la nouvelle gouvernance. Cet **état transitoire** peut également conduire à une complexification du processus de décision du fait de la mise en place de nouvelles règles du jeu en cours de stabilisation. Il peut enfin favoriser la « *dysorganisation* » de l'hôpital, selon le concept de R. Hoelzman évoqué ci-dessus, les acteurs profitant des dysfonctionnements de l'organisation-structure pour étendre leurs zones d'influence. Dans ce cas, le « choc de simplification » annoncé par la nouvelle gouvernance hospitalière pourrait avoir un impact sur l'organisation process (fonctionnement réel) contraire à celui recherché.

³⁶ HALLUIN J-P., MAURY F., PETIT J-C., DE SINGLY C., « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, janvier 2007/1, p. 14-39

Par ailleurs, la restructuration en Groupe hospitalier, concomitante à celle de la montée en charge des pôles, est également un facteur de complexification du dialogue médico administratif.

Dans cette partie, nous analyserons la mise en œuvre de la réforme polaire au sein du Groupe HUPNVS, à partir d'une analyse des entretiens menés avec les exécutifs de pôle (chef de pôle, CAP ou CPP couvrant 12 des 15 pôles), les membres de la direction et du CEL (direction générale, doyen, président et vice-président de la CMEL).

2.1. UNE ACCULTURATION A LA NOUVELLE GOUVERNANCE QUI DEMEURE INACHEVEE

2.1.1. Mise en œuvre limitée et controversée des délégations de gestion

❖ Rappel de la réglementation

Le **rapport de l'IGAS** avait souligné en 2010 la faiblesse des délégations de gestion, avec cependant un bilan hétérogène selon les établissements. Selon la mission IGAS, ce faible engouement était notamment dû à une acculturation encore inachevée des membres de la direction à la nouvelle gouvernance, les principaux arguments allant à l'encontre du mouvement de délégation de gestion étant les suivants :

- Faible maturité des pôles à la gestion ;
- Contexte financier difficile et peur de perdre la maîtrise des dépenses sans mécanisme d'alerte à temps (ainsi, certains mouvements de recentralisation de compétences suite à des dérives financières ont eu un effet dévastateur sur le partenariat médico administratif et la confiance mutuelle, à l'instar du CHU de Nantes ou des Hospices Civils de Lyon) ;
- Risque de balkanisation et de manque de transparence de la part des pôles, au détriment de l'unité institutionnelle et de la stratégie d'établissement.

Ces réticences, qui ne sont pas toujours injustifiées, ont également été alimentées par un certain « flou juridique » autour de la notion de délégation. Ce terme ne figure d'ailleurs plus dans la loi HSPT, selon laquelle l'accroissement de responsabilité des

pôles se traduit principalement par une forte association du chef de pôle à la gestion des ressources humaines, ainsi que par des délégations de signature pour l'engagement de certaines dépenses. La loi HPST affiche cependant une **volonté de davantage de déconcentration** des pouvoirs et de pilotage opérationnel au niveau des pôles. Ainsi les anciens « *responsables de pôles* » deviennent les « *chefs de pôles* », et voit leur rôle et leurs compétences renforcées : il organise désormais « *le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle*³⁷ » et non plus seulement le fonctionnement technique du pôle.

Ainsi selon les textes (**article R. 6146-8-III du Code de la santé publique**³⁸), le chef de pôle exerce un rôle dans les domaines suivants :

- gestion du TPER et répartition des ressources humaines dans les structures internes du pôle ;
- gestion des tableaux de service du PM et du PNM ;
- définition des profils de poste des PM et PNM ;
- affectation des personnels au sein du pôle ;
- organisation de la continuité des soins ;
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au développement professionnel continu des PM.

Il intervient également dans la gestion médicale pour la nomination (proposition au directeur pour la nomination et la mise en recherche d'affectation avec avis du président de la CME) et l'admission des médecins (proposition de l'admission sur contrat avec avis du président de CME).

Enfin, il peut avoir une **délégation de signature** pour engager des dépenses limitativement énumérées par l'article R. 6146-8-III :

- dépenses de crédit de remplacement des personnels non permanents ;
- dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- dépenses de caractère hôtelier ;

³⁷ Citation extraite du guide de la DGOS : « la loi HPST : les clefs pour comprendre », décembre 2010

³⁸ Voir article en annexe 7.

- dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- dépenses de formation de personnel.

Tous ces éléments doivent être précisés dans le contrat de pôle. Celui-ci définit en outre « *les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs* » et est conclu pour une période de quatre ans.

❖ **Etat des lieux au sein du Groupe HUPNVS**

Au sein des contrats de pôles, il y a un article générique relatif aux délégations de gestion, mais aucune précision sur les délégations à mettre en œuvre. Cependant, il existe certains champs de gestion partagée voire « déléguée » dont l'inventaire actuel est le suivant :

Pour le PM :

- **Gestion des effectifs** : les pôles ont à disposition le TPER des effectifs médicaux, service par service et grade par grade, celui-ci étant mis à jour annuellement suite aux notifications budgétaires au siège (mesures nouvelles, restructuration et transferts). Ils peuvent donc suivre l'état des réalisations du TPER par le biais d'un tableau de suivi.
- **Recrutements** : ils sont à l'initiative des exécutifs de pôle en conformité avec le TPER sur la base des fiches de postes qu'ils établissent la plupart du temps. Le Bureau du personnel médical (BPM) de la direction peut accompagner les pôles dans la recherche de candidats (proposition au sein du GH, annonces, marchés avec des cabinets d'aide au recrutement pour des secteurs spécifiques, comme l'anesthésie). Le recrutement administratif selon les grades (révision des PH, contrats pour les praticiens attachés...) est réalisé par le BPM.
- **Permanence des soins** : la création des lignes de garde et d'astreinte est à l'initiative des pôles/services, sous réserve des dispositions réglementaires et de l'avis de la Commission du temps et des financements disponibles.

- **Tableaux de service** : ils sont réalisés et validés par les chefs de service pour la quasi-totalité.
- **Formation et congrès** : pas d'enveloppe déléguée au pôle et validation des demandes du pôle / service par le siège de l'APHP.

Pour le PNM :

- **Gestion des effectifs** : le pôle dispose d'un TPER des effectifs non médicaux et fait régulièrement des points en lien avec la direction des soins et la direction des ressources humaines. Il existe un fichier de suivi nominatif des effectifs qui est partagé entre le pôle et la DRH, renseignant le pôle sur la faisabilité d'un recrutement.
- **Recrutement** : les pôles reçoivent les candidats, renseignent le dossier de recrutement pour le professionnel souhaité, et le transmettent avec les pièces justificatives aux directions fonctionnelles (direction des soins et DRH) qui gèrent l'aspect administratif du dossier.
- **Moyens de remplacements** : les pôles répartissent les mensualités de remplacements de congés annuels au sein du pôle. Il n'y a pas de délégation de gestion des heures supplémentaires ni de l'intérim.
- **Formation** : les pôles disposent d'une enveloppe congrès et frais de mission et sont représentés dans la commission formation et DIU.
- **Surprimes** : les pôles disposent d'une enveloppe pour les agents du pôle à répartir.
- **CET** : les pôles gèrent depuis 2013 les Comptes-épargne-temps.

En outre, une enveloppe d'un faible montant en raison des contraintes financières (5000, 7500 ou 10 000 euros en fonction du nombre de lits soit 127 000 euros au global pour 2013) est confiée aux pôles pour les **petits équipements**.

Cet inventaire doit cependant être pris avec précaution puisqu'il fait encore l'objet de confusion entre le qui fait quoi, ainsi qu'un certain nombre de critiques de la part des

exécutifs de pôle. Les délégations demeurent en effet un sujet sensible tant du côté des pôles que des directions fonctionnelles et l'on perçoit rapidement l'absence de consensus à ce sujet au cours de différents entretiens.

Du côté des exécutifs de pôle, on regrette majoritairement la **faiblesse ou l'absence de délégations réelles**, les principales décisions étant toujours du ressort des directions fonctionnelles. Ainsi en est-il du recrutement ou de l'affectation du personnel, pour lesquels la direction des soins et la direction des ressources humaines conservent toute latitude en pratique. Par ailleurs, les enveloppes déléguées sont considérées d'un montant trop faible, ne laissant quasiment aucune marge de manœuvre aux pôles.

L'on déplore également des délégations de gestion **chronophages et sans intérêt**, le « *sale boulot dont on se débarrasse* » ou « *un surplus de travail par toujours compensé par des moyens supplémentaires, comme du temps de secrétariat* », à l'instar de la gestion des CET nouvellement déléguée.

La vision des pôles est donc ambivalente, les délégations étant perçues à la fois comme une opportunité de mener à bien leurs projets, d'être davantage responsabilisés et autonomes dans leurs décisions, mais également comme une contrainte supplémentaire de gestion administrative. Celles-ci sont cependant majoritairement considérées comme un préalable indispensable à la dynamique polaire et à l'instauration d'une réelle autorité de l'exécutif de pôle.

Par ailleurs, si les pôles se disent conscients de la situation budgétaire actuelle et de la contrainte réglementaire qui pèsent sur les compétences déléguées (plusieurs membres des exécutifs de pôles ayant insisté sur le fait qu'il ne voyait pas la délégation comme une « carte bancaire »), le doute subsiste du côté de la direction. En effet, plusieurs directeurs s'interrogent encore sur la maturité des pôles à la gestion, tout comme sur leur volonté réelle de gérer ce qu'ils ont à déléguer, c'est-à-dire plus de contraintes que de moyens : « *nous ne pouvons déléguer que nos compétences, et la délégation de gestion, c'est aussi la gestion de problèmes* ».

Ainsi, **le point de controverse est bien celui de la définition du contenu des délégations**, qui n'ont d'ailleurs pas pu être précisée dans les contrats de pôles élaborés en 2012 faute d'accord préalable. Les positions des différents acteurs révèlent donc un certain climat de défiance entre les pôles, qui dénoncent l'absence de réelles délégations, et la direction, qui rappelle sans cesse que la délégation, ce n'est pas des moyens supplémentaires mais aussi la gestion du « *retour à l'équilibre* », et qu'il faut aussi s'investir dans une gestion quotidienne et pratico-pratique, ou « *mettre les mains dans le cambouis* » selon un directeur.

Entre les deux bords, c'est donc un dialogue de sourd, ou, pour reprendre l'expression d'un directeur : « **un jeu de dupe : on en demande mais personne n'en veut** ».

Si le contexte financier déficitaire de l'établissement n'est pas propice au développement de la logique de délégation, c'est surtout le manque de dialogue et de compréhension mutuelle qui fait obstacle au mouvement de déconcentration de gestion. En effet, la défiance entre les différents acteurs révèle que les valeurs de la logique managériales et gestionnaires ne sont pas encore totalement partagées entre pôles et direction. Un chef de pôle l'admet d'ailleurs : « *Je ne me sens pas capable de gérer le retour à l'équilibre* ».

Le manque de discours clair des tutelles à ce sujet, souligné dans le rapport de l'IGAS, joue également un rôle dans cette confusion sur le contenu et les modalités des délégations de gestion : il n'y a en effet pas de réel positionnement au niveau de l'APHP sur les délégations, sauf celui de dire qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire des deux côtés et qu'il faudrait aller plus loin notamment dans le domaine des ressources humaines.

2.1.2. Une dynamique polaire confrontée à certaines difficultés de positionnement

L'analyse de l'organisation polaire au sein des HUPNVS fait également ressortir plusieurs difficultés de positionnement des acteurs et une appropriation relativement faible de la dynamique polaire par le personnel de l'hôpital.

❖ Un positionnement ambigu des chefs de pôles

L'acculturation des médecins à la gestion demeure à géométrie variable, celle-ci dépendant fortement de l'implication et des compétences managériales des différents chefs de pôle. Ce point peut d'ailleurs s'avérer problématique : ainsi, malgré un important effort de pédagogie de la part de l'AP-HP lors de la mise en place des pôles, il n'y a eu

que 50% des 128 chefs de pôles qui ont suivi les 14 séances de leadership proposées (et seulement 8% au niveau national selon l'enquête de la DGOS de 2011)³⁹.

L'appropriation de la légitimité managériale par les chefs de pôle est aussi fortement hétérogène. En effet, la position d'un certain nombre de chefs de pôle demeure ambiguë, oscillant entre imprégnation managériale et appartenance professionnelle. Certains ont ainsi du mal à endosser leur nouveau rôle et se sentent souvent en porte à faux vis-à-vis de la communauté médicale et soignante. De ce fait, cette difficulté de positionnement amoindrit leur capacité à mobiliser la communauté médicale au service de la politique institutionnelle. Ainsi deux archétypes existent, et ont été observés au cours du stage, entre un chef de pôle impliqué du côté de la direction (participation assidue au conseil exécutif, préparation des conférences de pôles...) mais court-circuité et décrédibilisé au sein de son pôle, et un chef de pôle soutenu par la communauté médicale du fait de son discours tranché vis-à-vis de l'institution, et avec lequel un partenariat médico administratif est difficilement possible.

Par ailleurs, la **relation chef de pôle / chef de service** ne semble toujours pas stabilisée. Elle est en effet encore source d'un certain nombre de dysfonctionnements au sein du pôle. Ainsi, plusieurs chefs de pôle ont fait part lors des entretiens de leur sentiment d'être couramment « *court-circuité* », « *instrumentalisé* » et « *tenus à l'écart par les chefs de services et d'UF* », ceux-ci étant trop souvent en relation directe avec les directions (par exemple pour une demande d'équipement, d'ouverture ou de fermeture de lits). Du côté des directions fonctionnelles, l'on admet que des progrès et des changements d'habitudes sont encore à réaliser pour une association systématique des trios de pôles pour tout élément les concernant plus ou moins directement. Enfin, du côté des chefs de service, l'on regrette une importante **déperdition d'information** et un contact moins fréquent avec les directions depuis la mise en place des pôles, rendant plus complexe la gestion quotidienne de leurs unités. Ce constat soulève donc la question de la circulation d'information et de la communication interne au pôle, jugées souvent trop faible ou à géométrie variable par les membres du pôle.

Une relation conflictuelle entre un chef de pôle et un chef de service peut d'ailleurs mettre en péril voire paralyser le fonctionnement interne du pôle (boycott des instances, contournement systématique de l'exécutif de pôle). A ce sujet, un dossier traité au cours du stage et concernant les modalités d'acquisition d'un équipement a été fortement

³⁹ Information extraite de l'article Hospimédia du 30/04/2013 « 4^{ème} Rencontres du management de pôles : La délégation de gestion joue le grand écart entre CHU et petits hôpitaux » : la directrice générale de l'AP-HP y évoque également certaines difficultés pour la signature des contrats de pôle, les chefs de pôle étant parfois accusés de « *pactiser* » avec la direction.

entravé et retardé par l'absence de dialogue entre le chef de service et le chef de pôle, ceux-ci étant de même spécialité pourtant. Cet exemple souligne donc a contrario l'importance d'une bonne entente entre les deux protagonistes pour soutenir la dynamique interne du pôle.

Ces difficultés sont-elles dues au maintien même de la notion de service ? Il est vrai que la loi HPST, en laissant une entière liberté aux établissements quant à la dénomination et au découpage des structures internes au pôle⁴⁰, ne permet pas de lever toutes les ambiguïtés concernant la place des anciens services à forte portée symbolique dans les nouveaux pôles. Si la permanence de structures stables est sans doute nécessaire pour accompagner le changement, elle rend cependant la situation plus complexe à assimiler. En effet, comme le souligne la **mission IGAS**, « *les acteurs doivent à la fois intégrer un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital alors que certains vestiges de l'ancienne organisation demeurent pour préserver l'équilibre d'ensemble* ».

❖ Une faible appartenance au pôle

De façon plus générale, le sentiment d'appartenance au pôle par l'ensemble de ces membres est jugé plutôt faible. Celui-ci est en effet souvent considéré comme une « **strate administrative supplémentaire** » et, selon un chef de pôle, « *le service demeure la base de l'hôpital, le premier sentiment d'appartenance. Le niveau du pôle demeure abstrait* ». Le site reste également une source première d'appartenance au-delà du pôle, que ce soit pour les agents hospitaliers, le personnel soignant ou le personnel médical.

A ce sujet, de nombreuses études sociologiques sur les infirmières révèlent leur forte implication dans le travail au sein des services en même temps que leur faible implication dans l'organisation⁴¹. Cette tendance est d'autant plus accentuée dans les gros établissements, issus de diverses fusions, avec de sites « miroirs » (c'est-à-dire avec des activités similaires) souvent éloignés et de cultures différentes, et de grands pôles multisites à forte logique médicale ou de parcours. Dans ce cas, la logique polaire devra être d'autant plus volontariste et développée pour avoir un réel ancrage de terrain.

⁴⁰ En effet, les pôles ne sont que le seul mode d'organisation obligatoire, tandis que les « structures internes » sont laissées à la libre appréciation des établissements. L'appellation de services est donc possible, tout comme celle de département, d'instituts et de centres.

⁴¹ Thévenet 1999, Lemoine 2004

D'ailleurs, afin de créer une dynamique interne, quelques pôles ont pris l'initiative d'organiser des réunions d'informations générales ou des journées du pôle sur des thématiques particulières. Il est à noter qu'il s'agit davantage de pôle ayant une forte cohérence médicale ou de parcours, rendant le choix de thèmes fédérateurs plus facile. Le bilan de ces initiatives est cependant jugé positif pour « *donner vie* » au pôle, promouvoir les échanges entre professionnels, et c'est pourquoi d'autres chefs de pôle projettent d'en organiser sur des thématiques transversales (l'éducation thérapeutique par exemple).

En outre, si au départ la mise en œuvre des pôles a suscité des inquiétudes de la part du personnel et des organisations syndicales (pour les mutualisations de personnel par exemple), on constate aujourd'hui plutôt **une certaine indifférence** vis-à-vis du pôle, celui n'ayant pas eu vraiment d'impact sur le quotidien de l'organisation de travail. Ainsi, au sein des instances du dialogue social (CTLE, CHSCT), l'organisation polaire ne semble pas susciter un intérêt particulier, les organisations syndicales rappelant cependant régulièrement leur opposition de principe et leur attachement au site et au service.

Par conséquent, face aux déceptions et aux réticences vis-à-vis des pôles, il y a **un risque probable de démobilisation voire de repli du personnel sur les appartenances antérieures** (service, site), pouvant de ce fait conduire à un cloisonnement supplémentaire de l'organisation hospitalière. Le fonctionnement des pôles ne serait en effet être optimal sans son appropriation et une implication quotidienne de ses membres.

2.1.3. Un manque de clarté dans la mission des acteurs et dans les modalités du dialogue de gestion

Si la gouvernance polaire tend à remédier à la dilution des responsabilités et à la segmentation des circuits de décision et de productions de normes, il est apparu au cours des entretiens que la situation actuelle était plutôt confuse avec deux questions récurrentes : ***qui fait quoi ? qui décide ?*** Certaines missions ne sont en effet pas encore totalement identifiées par les acteurs et les modalités de gestions demeurent en construction.

❖ Sur le positionnement des CAP :

Au niveau de l'exécutif du pôle, la répartition des rôles entre les membres du trio de pôle ne semble pas poser de problèmes particuliers au premier abord⁴².

Cependant, il est apparu au cours des entretiens que le contour des missions des CAP faisait toujours l'objet d'interrogations. Recrutés pour pallier à la réduction des effectifs des directions fonctionnelles suite à la constitution du GH, les CAP souffrent en effet d'un certain isolement et d'un manque d'accompagnement de la part des directions fonctionnelles et ont quelques difficultés à imposer leur légitimité gestionnaire face aux médecins et aux soignants. Au sein des HUPNVS, les CAP sont plutôt de jeunes diplômés avec peu d'expérience hospitalière. Ils doivent donc évoluer avec des professionnels plus expérimentés. Cela conduit en pratique à une **forme de tutorat** du CPP sur la CAP contraire à l'idée initiale de deux fonctions bien distinctes. La question de leur niveau de compétence et de formation est souvent posée, et plusieurs chefs de pôle ont évoqués leurs **difficultés à recruter** des CAP avec des compétences appropriées. Face à ce constat et afin de clarifier le profil attendu de CAP, une nouvelle fiche de poste a été rédigée par la direction des finances, en lien avec les exécutifs de pôle⁴³.

Outre la question de leurs compétences, leur positionnement difficile pose la question de l'intégration de la logique administrative et gestionnaire issues du sommet stratégique au cœur même du centre opérationnel de l'hôpital. D'ailleurs, certains préfèrent davantage utiliser le terme « **d'assistant de gestion** » que celui de « *cadre administratif de pôle* », jugé trop bureaucratique et stigmatisant. La fonction de CAP est en effet celle d'un trait d'union entre direction fonctionnelle et pôle clinique, rôle clef pour la coordination et la mise en œuvre d'un partenariat médico administratif. Ceux-ci ont d'ailleurs été récemment rattachés à la direction des finances avec pour objectif un meilleur accompagnement et une harmonisation de leurs pratiques⁴⁴. Cependant, ce rattachement révèle aussi une volonté de superviser cette fonction stratégique qui est tout autant au service des pôles que de la direction.

⁴² Chef de pôle = impulsion, management, participation au CEL, supervision des équipements et du personnel médical.

CPP = animation de l'équipe d'encadrement du pôle, mise en œuvre du projet de soins et de qualité au niveau du pôle, harmonisation des circuits RH.

CAP = relai administratif des pôles, analyse de l'activité, suivi du budget, des autorisations, accompagnement et suivi des projets.

⁴³ Voir la fiche de poste en annexe 6.

⁴⁴ Plusieurs CAP font également un mi-temps à la direction des finances.

De ce fait perdure la **coexistence entre autorité fonctionnelle** (du chef de pôle) et **autorité hiérarchique** (du directeur des finances) symptomatique d'une organisation toujours complexe et encore en mutation. En effet, si le rapport de l'IGAS de 2010 préconisait une autorité hiérarchique des chefs de pôles, ce n'est toujours pas le cas en pratique. Certes l'autorité fonctionnelle dont dispose le chef de pôle, confirmée par la loi HPST et par le biais de laquelle il affecte les ressources en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs du pôle, a plusieurs composantes du pouvoir hiérarchique (pouvoir de donner des instructions, d'annuler ou de réformer des décisions). Elle est néanmoins dépourvue des prérogatives traditionnelles du pouvoir hiérarchique investi du pouvoir de nomination (notation, gestion des carrières, pouvoir disciplinaire). Les marges du chef de pôles vis-à-vis de ses collaborateurs (CAP, CPP rattaché à la direction des soins) sont donc réduites.

Cette double autorité requiert donc une collaboration entre la direction et le pôle et doit être organisée en pratique. Ainsi, pour le recrutement des CAP, deux modalités existent :

- le directeur des finances choisi le candidat, vérifie ses connaissances techniques et administratives puis le chef de pôle le reçoit et valide la candidature ;
- le chef de pôle et le directeur des finances reçoivent conjointement le candidat.

L'évaluation des CAP est également double, selon le circuit suivant : le chef de pôle donne son évaluation au directeur des finances, celui-ci procède à l'entretien annuel d'évaluation puis propose une notation à la Direction des ressources humaines.

❖ **Sur le positionnement des directeurs référents :**

De même, le positionnement des directeurs référents ne semble pas encore stabilisé, tant du côté des directions que des pôles. Si son rôle n'est pas remis en cause et est jugé essentiel par les pôles pour l'appui aux projets et pour la légitimation de leur action (notamment à travers la participation du directeur référent au bureau de pôle), les contours de sa fonction apparaissent variables, avec des attentes différentes selon les pôles. La **double casquette du directeur référent**, à la fois membre d'une direction fonctionnelle et en charge d'un pôle, pose également certaines interrogations relatives aux conflits d'intérêt possibles : l'appartenance première est-elle au pôle, centre opérationnel, ou à la direction, sommet stratégique ? Le rattachement à une direction

fonctionnelle spécifique peut-il conduire à un biais dans le suivi et l'accompagnement du pôle ? Cette question n'est actuellement pas tranchée⁴⁵.

❖ **Sur les modalités du dialogue de gestion :**

Autre aspect important du fonctionnement des pôles, les modalités du cycle de gestion interne, qui gagneraient à être consolidées afin de soutenir un réel partenariat médico administratif, notamment pour le suivi des objectifs et des projets du pôle.

Les interfaces actuelles entre pôle et direction se font principalement par le biais par l'accompagnement des directeurs référents et la tenue de conférences de pôles, au nombre de deux par an à partir de l'année 2013. Celles-ci sont jugées globalement positivement en ce qu'elles permettent de faire un bilan de l'activité et des perspectives du pôle. Cependant, il est fait état **d'un manque de suivi infra annuel** de l'activité et de mise en œuvre des projets du pôle. Les exécutifs de pôles sont donc demandeurs de davantage de rencontre et de dialogue avec les directions fonctionnelles, hors les « *grands messes* » des conférences de pôle. Le mode de reporting entre pôle et directions fonctionnelles au sujet des délégations de gestion reste aussi à définir. Un directeur l'admet : « *Il faut prendre le temps du dialogue entre les directions et les pôles.* », par exemple via une participation au bureau de pôle. Cet état actuel favorise donc le développement de mécanismes et de **circuits informels** de prise de décisions, souvent dans l'urgence, alimentant le sentiment d'une gouvernance diffuse et confuse.

Par ailleurs, **les outils de pilotage et de gestion demeurent mal assimilés** par les pôles, et difficilement mobilisable pour avoir une vision d'ensemble de la situation de leur pôle. Les pôles ont en effet à disposition une multitude de tableaux de bords produits à la fois au niveau du siège, de la direction des finances du GH et par le CAP, avec des périmètres et des méthodologies différentes, et qui sont principalement centré sur l'activité. Pour les dépenses, les pôles peuvent ont accès aux états mensuels des dépenses de titre 2 et de titre 3, mais ne l'utilisent pas toujours et la mise à disposition de CREA par pôle n'a lieu que l'année n+1 en raison du calendrier de consolidation budgétaire. Ainsi, un CAP s'interroge : « *comment faire de l'efficience si on ne sait pas ce que l'on dépense ?* ».

⁴⁵ C'est d'ailleurs à cause du caractère complexe et ambigu des missions du directeur référent que le directeur général du GH Saint Louis-Lariboisière a décidé de ne pas en avoir.

Enfin, concernant la **dynamique de contractualisation interne**, le suivi de l'activité et des résultats du pôle n'est actuellement pas réellement possible en l'absence d'objectifs précis, d'indicateurs de suivi ou de mesures d'intéressement clairement formulés dans le contrat de pôle, celui-ci n'étant d'ailleurs pas décliné annuellement (par le biais d'avenants). Le contrat de pôle ne mentionne pas non plus le périmètre souhaité des délégations de gestion. Par conséquent, il est difficile d'évaluer l'articulation entre les projets de pôle et le projet médical d'établissement et de faire le lien entre les pôles et les résultats de l'établissement en termes de parcours de soins, de qualité ou d'efficience.

❖ **Sur le fonctionnement du Conseil Exécutif :**

Les faiblesses du partenariat médico administratif se répercutent en conséquence au niveau du circuit décisionnel. L'instance la plus concernée par l'organisation polaire est le Conseil exécutif local. C'est un lieu d'échange essentiel entre les chefs de pôle et la direction permettant une amélioration substantielle du dialogue médico administratif. C'est également un lieu privilégié pour la transmission d'informations et la prise de décisions stratégiques.

Son fonctionnement actuel est cependant complexe avec **plus 30 membres** du fait d'un grand nombre de pôle (15), et l'assiduité demeure fortement inégale en fonction des chefs de pôle. Le CEL fait également l'objet de critiques de la part des chefs de pôle, qui le considèrent certes utile pour les informations générales, notamment financières, mais qui regrettent son caractère **trop descendant**, l'assimilant à « *une chambre d'enregistrement* » ne permettant pas de vrais débats de fond. Il gagnerait donc selon eux à être davantage stratégique et centré sur certaines thématiques prioritaires.

Par conséquent, en l'absence d'un cadre clair et partagé, le partenariat médico administratif demeure sous efficient et sujet à une relation plus conflictuelle qu'harmonieuse, contraire à l'esprit de l'ordonnance de 2005. En effet, l'acculturation encore inachevée des pôles et de la direction à la logique de déconcentration, la permanence de réticences internes au pôle ainsi que les faiblesses du dialogue de gestion rendent la coordination entre acteurs difficile, source davantage de perte de temps et de défiance que de réel partenariat constructif.

Néanmoins, cette analyse ne saurait être suffisante sans une **prise en compte du contexte dans lequel s'inscrit l'organisation polaire**. Il s'agit ici en l'occurrence d'un contexte particulier de constitution d'un Groupe hospitalier aux contours particulièrement vastes et à l'identité encore en construction. Ainsi, la question de **l'articulation entre**

l'organisation-structure en GH et l'organisation-structure en pôle a donc une influence déterminante sur les modalités de fonctionnement concret du partenariat médico administratif.

2.2. L'INFLUENCE DETERMINANTE DE LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER SUR L'ORGANISATION POLAIRE

2.3.1. Une structuration du GH en pôles très hétérogène

❖ Etat de lieux de la structuration en pôles au niveau national

Selon **l'enquête réalisée par la DGOS en juillet 2011**⁴⁶, la structuration en pôle est plus aboutie dans les grands établissements, celle-ci apparaissant comme un moyen privilégié de structuration⁴⁷ : ainsi 77% des établissements en France sont structurés en pôle (dont la totalité des CHU-CHR), avec une moyenne de 7 pôles par établissements (14 pour les CHU). La mise en place des contrats de pôles, des délégations de gestion ou de l'intéressement demeure toujours limitée, avec des pourcentages toujours plus importants dans les CHU et les gros CH.

La question de la taille critique des pôles et de l'articulation des circuits de décisions se pose cependant dans les vastes établissements : le rapport de la mission IGAS souligne ainsi le caractère souvent complexe et difficilement lisible de l'articulation entre direction fonctionnelle, de site, déléguée à un pôle et exécutifs de pôle. Cette problématique concerne d'ailleurs pleinement les GH de l'AP-HP.

❖ La structuration polaire aux HUPNVS

Aux HUPNVS, la structuration en pôle s'est avérée complexe du fait de la taille de l'établissement, de l'éloignement et de la diversité des différents sites ainsi que du grand nombre de spécialités médicales qui le composent. La mise en place de la deuxième mouture des pôles en 2012 fait suite à une première version par site et prend acte de la

⁴⁶ « Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011 », DGOS, juillet 2011 (disponible en ligne sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_v5.pdf)

⁴⁷ Contrairement aux petits établissements pour lesquels elle peut être plus difficile à mettre en œuvre : la loi HPST prévoit d'ailleurs la possibilité pour le DG de l'ARS de dispenser un établissement de l'obligation de structuration en pôle «*lorsque l'effectif médical le justifie*» (L. 6146-1 du CSP)

constitution du Groupe en 2011 : ainsi, le nombre de pôle est passé **de 24 à 15**, dont **11 sont multisites** (4 bisites, 3 trisites, un quadrisite et 3 pintasite)⁴⁸.

Ainsi, la structuration actuelle répond à différentes logiques :

- En premier lieu et principalement, **une logique médicale et universitaire** (thématique d'organe, spécialités complémentaires) permettant la mise en place de pôles d'excellences sur les axes forts du GH : par exemple, le pôle Digestif principalement situé sur le site de Beaujon et le pôle Cœur-Vaisseaux à Bichat. La recherche est d'ailleurs une composante structurante du pôle, et fait l'objet d'une partie au sein du contrat de pôle.

- En second lieu, **une logique géographique** : certains pôles sont monosites pour de prendre en compte l'éloignement géographique entre sites, empêchant ainsi de regrouper des spécialités similaires au niveau du GH (ainsi les activités de gériatrie ne sont pas regroupées sur un seul pôle, tout comme celles de gynécologie-obstétrique).

- En troisième lieu, **l'entente entre personnes et services** qui a également joué un rôle dans le découpage actuel : ainsi il n'a pas été possible de réunir les réanimations chirurgicales (pôle SUPRA 2) et la réanimation médicale (pôle Infectieux).

- Enfin, du fait de **l'obligation réglementaire** et afin d'harmoniser les pratiques, les pôles médicotecniques (pôle Biologie PUI et pôle Imagerie-Pathologie) couvrent les cinq sites.

Le président de la CMEL a d'ailleurs souligné lors d'un entretien cette double finalité du découpage des pôles entre spécialité médicale, excellence universitaire et intégration géographique, qui n'est pas simple à gérer au quotidien.

Il existe cependant des **thématiques transversales interpoles** comme la cancérologie, ainsi que de nombreuses coopérations entre pôles, notamment entre des pôles cliniques et médico techniques (biologie PUI, Imagerie-Pathologie qui participent à de nombreux projets de recherche). En outre, trois DHU ont été mis en place, et d'autres sont en projet. La structure des DHU se superpose sur celle des pôles.

⁴⁸ Voir la présentation des pôles en GH en annexe 3

La **taille et la structuration interne des pôles est également très hétérogène**, pouvant être composés à la fois de fédérations et de départements (directement rattachés au pôle), de services (subdivision des départements / fédérations ou directement rattachés au pôle) et d'unités fonctionnelles (subdivision des départements / fédérations / services ou directement rattachées au pôle). Ainsi, il n'y a rien à voir entre la gestion d'un pôle pentasite composé d'une multitude de structures interne et d'activités très diverses (comme le pôle TCOR ou le pôle Biologie-PUI) et celle d'un pôle monosite de plus petite taille à forte cohérence médicale ou de filières (pôle Thorax-Vaisseaux ou pôle AGE par exemple). Plusieurs membres de l'exécutif de pôle rencontrés ont d'ailleurs insisté sur le **caractère plus ou moins difficile du management selon la nature du pôle**.

L'organisation polaire au sein des HUPNVS est donc complexe, à l'image du Groupe hospitalier. Elle devrait être simplifiée et gagner en cohérence lors du prochain découpage des pôles, devant aboutir à une réduction de leur nombre et à une généralisation du principe des pôles intersites. L'intérim actuel du pôle UGO des sites Bichat et Beaujon par le chef du pôle Femme-Enfant du site de Louis Mourier s'apparente ainsi comme une préfiguration de ce nouveau découpage, permettant le regroupement de toutes les activités de gynécologie-obstétrique du GH.

Cependant, s'il est intellectuellement séduisant de faire coïncider et d'harmoniser les contours du GH avec la structuration polaire, au service d'une plus grande cohérence médicale et d'une logique de filière et de parcours de soins, cela peut conduire à de réelles difficultés de gestion en pratique et de fonctionnement quotidien des pôles.

2.3.2. Un dialogue médico administratif difficile à mettre en œuvre en pratique

La dimension du GH a en effet une influence sur la mise en œuvre du dialogue de gestion. Tout au long des entretiens réalisés, il est ressorti **un sentiment d'éloignement des directions fonctionnelles** depuis la constitution du GH, avec un contact et une proximité du terrain moins facile du fait de la dispersion géographique des sites.

Il est vrai que les directions fonctionnelles ont dû faire face à une double restructuration :

- Passage de 5 directions fonctionnelles par site à une seule direction pour l'ensemble du GH, avec pour corollaire une forte réduction de leurs effectifs ;
- Montée en charge de leurs compétences du fait de l'effacement progressif de la fonction de directeur de site (dont la fonction se limite aujourd'hui aux relations avec les syndicats et les usagers et qui n'est donc plus un interlocuteur privilégié pour les pôles).

Cela a donc naturellement conduit, du moins le temps de la restructuration, à une moindre disponibilité et réactivité des directions fonctionnelles vis-à-vis des pôles. Un directeur s'interroge sur cette mutation : « *Sommes-nous devenus **une tour d'ivoire bis ?*** », en comparant la nouvelle relation pôle et directions fonctionnelles du GH à celle entre le siège de l'AP-HP et les GH. L'enjeu aujourd'hui pour les directions fonctionnelles est donc de retrouver un rythme de croisière en s'adaptant à la nouvelle organisation afin de pouvoir « *revenir à la situation antérieure* » en termes de proximité et d'informations aux pôles.

Cela n'est cependant pas chose aisée vu la dimension du GH : un exemple concret est celui des conférences de pôles, qui doivent être préparées en amont avec des pré conférences de pôles, ce qui signifie qu'il faut 15 pré conférences et 15 conférences à organiser dans des sites différents, et cela deux fois par an.

Les modalités de rencontres et de dialogue sont donc encore à inventer, et reposent avant tout sur **l'adaptation des directions fonctionnelles** à la dimension GH, mais aussi sur l'acceptation du nouveau rôle du directeur de site par la communauté médicale et soignante. Cela prend du temps, et explique en grande partie les dysfonctionnements actuels du dialogue médico administratif, en grande partie transitoires : comme le souligne un membre de la direction, il y a « **plutôt des dysfonctionnements organisationnels qu'une volonté de non coopération** » et « *pas de stratégie de rétention d'information mais plutôt des problèmes de coordination* ».

2.2.3. Une articulation complexe entre logique de pôle et logique de site

Par ailleurs, il n'est pas évident de faire toujours coïncider l'organisation polaire et l'organisation par site. En effet, l'organisation polaire, majoritairement basée sur une logique médicale et de parcours, doit aussi s'accorder avec la logique de proximité par site encore très présente dans la vie quotidienne de l'hôpital.

Ainsi, plusieurs interlocuteurs rencontrés ont fait part d'une certaine confusion entre la logique de proximité et la logique polaire : **quel circuit de décision privilégier entre le pôle et le site ?** Cela concerne notamment la direction des ressources humaines ou la direction des soins, du fait de leurs missions de proximité (il y a un référent RH et un directeur des soins par site). La tentation est souvent de raccourcir le circuit décisionnel, d'avoir des interlocuteurs proches géographiquement, et donc de **privilégier naturellement la logique par site** au détriment de la logique polaire. A ce sujet, le rôle de la direction de site vis-à-vis des pôles ne semble pas encore stabilisé, puisque celle-ci demeure un interlocuteur privilégié pour les pôles, monosites notamment : une directrice de site admet qu'il y a encore « *un manque de culture de la nouvelle organisation, c'est-à-dire de l'effacement du directeur de site au profit du directeur référent de pôle* ».

Cette articulation épineuse entre sites et pôles peut être illustrée à travers un dossier traité au cours du stage. Il s'agit de **l'élaboration d'un Document unique uniforme** pour le GH, pour lequel plusieurs questions de faisabilité pratique se sont posées. Le choix a en effet été fait de privilégier une logique par pôle, ayant deux principaux avantages :

- Elle permet le regroupement des risques professionnels en groupes homogènes cohérente selon les types d'expositions aux risques des professionnels (par exemple, regroupement des risques liées aux rayonnements dans le pôle Imagerie-pathologie) ;
- Elle permet en outre sur le plan méthodologique l'information et la mobilisation des cadres de proximité via le CPP du pôle, ainsi qu'une prise de relai via de référents risque du pôle.

Cependant, l'enjeu était également de prendre en compte la logique par site, incontournable puisque le recueil d'informations est fait service par service, en prenant en compte les spécificités des locaux, que les chargés de prévention en risque professionnel, qui réaliseront la synthèse, sont basés sur site, et que le Document unique devra être présenté au CHSCT du site. La trame finale du Document unique doit donc permettre à la fois d'avoir une approche globale par famille de risques (et donc intersites) mais également une approche par site.

Par ailleurs, l'articulation entre logique de pôle et logique de site est d'autant plus complexe que **l'harmonisation des pratiques et des procédures n'est pas achevée** : par exemple, certaines procédures en RH divergent entre sites, que ce soit pour les primes, les moyens de recrutement ou la fiche de recrutement. Cela pose donc de réelles difficultés de fonctionnement pour les pôles multisites.

A ce sujet, les jugements portés sur les bienfaits des pôles multisites sont ambivalents, entre source de richesse et complexité de gestion interne :

- **Arguments pour** : ils favorisent l'enrichissement mutuel entre spécialités complémentaires et donnent une meilleure visibilité des axes forts de l'établissement ; ils soutiennent l'harmonisation des pratiques et la constitution d'un esprit GH ; ils représentent un facteur d'autonomisation et de développement des compétences managériales des cadres de proximité (sous réserve de disposer de cadres expérimentés).

Argument a contrario : moins de dimension GH et forte logique de site pour les pôles monosites, voire risque de balkanisation.

- **Arguments contre** : leur gestion quotidienne est difficile du fait de la multiplication des déplacements, de problèmes logistiques (bureau, accès informatique, téléphone...), d'une moindre participation aux instances, d'une communication interne plus difficile. En pratique, le relai sur site est donc fréquemment assuré, et souvent dans l'urgence, par la direction des soins du site ; en outre, la valeur ajoutée du pôle en termes de mutualisation, de projets transversaux, de valeurs communes et d'échanges pluri professionnels est amoindrie par la permanence de cloisonnements et de culture par site, ainsi qu'un manque d'harmonisation des outils⁴⁹, limitant fortement le sentiment d'appartenance au pôle.

Argument a contrario : plus grande facilité de gestion des pôles monosites du fait de la proximité géographique.

Un CPP témoigne de ses difficultés quotidiennes : «*On a l'impression de ne jamais être au bon endroit au bon moment.* », et «*Gérer un pôle multisite, c'est très enrichissant mais chronophage.* ».

Le sentiment est donc souvent celui d'une « **injonction paradoxale** » entre deux logiques difficilement conciliables : logique médicale et de parcours participant à l'intégration du GH, et conduisant à la constitution de vastes pôles multisites versus logique de mutualisation, gestion de proximité et sentiment d'appartenance au sein du pôle.

Ainsi, si les pôles multisites ont été volontairement créés pour soutenir la constitution du GH, des modalités pratiques au soutien de leur fonctionnement quotidien

⁴⁹ Pas de numéro d'identification patient commun, de dossier médical commun, logiciels différents par site...

doivent être définies ou reprécisées. Cela permettra d'éviter que la cohérence affichée du découpage polaire aboutisse à la constitution de pôles « *ingérables* », marqué par des replis et des cloisonnements internes, et de ce fait faiblement intégrateur pour le GH. Autrement dit : les pôles multisites soutiendront davantage la constitution du GH et permettront de surmonter les concurrences entre sites « miroirs » que s'ils parviennent à trouver un rythme de croisière, une dynamique interne et une certaine homogénéité de fonctionnement.

3 UN CADRE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE CLAIR, ADAPTE AU CONTEXTE DU GH ET PARTAGE PAR SES ACTEURS EST NECESSAIRE POUR RELANCER LA DYNAMIQUE POLAIRE

Les prérequis de la gouvernance polaire énumérés au sein du rapport IGAS⁵⁰ demeurent donc encore perfectibles au sein du Groupe HUPNVS. Face à ce constat, **un séminaire sur les pôles et la gouvernance** a été organisé le 4 octobre dernier, réunissant l'ensemble des membres de l'exécutif de pôle, de la direction et du Conseil Exécutif (soit 70 personnes environ), avec pour feuille de route : remise à plat du fonctionnement actuel avec un constat partagé et formulation de pistes d'amélioration.

3.1. METHODOLOGIE ET THEMATIQUES ETUDIEES LORS DU SEMINAIRE SUR LES POLES

3.1.1. Thématiques retenues pour le séminaire

Le séminaire qui a eu lieu sur la gouvernance et les pôles a été préparé selon la méthodologie suivante :

1. Entretiens avec des membres des exécutifs de pôles, de la direction et du Conseil Exécutif Local ;
2. Sur cette base :
 - Constitution d'ateliers thématiques revus et validés par un Groupe de travail composé de membres des exécutifs de pôle et de la direction ;
 - Présentation de la synthèse des entretiens en introduction du séminaire ;

⁵⁰ *une acculturation des pôles et des directions, des outils de pilotage et de gestion partagée, une circulation de l'information à la fois ascendante et descendante, une articulation et un suivi des projets du pôle, une organisation ad hoc dédiée au dialogue de gestion, une confiance entre professionnels, un abandon de la logique de site et de service*

Ainsi, six ateliers ont été proposés aux participants du séminaire. Il a été décidé par le Groupe de travail de laisser une certaine liberté de réflexion aux ateliers, d'où une formulation assez générale des questions posées et des pistes de réflexion, et l'absence de référence à des attendus ou livrables possibles.

Les ateliers du séminaire ont donc été les suivants :

- **ATELIER 1 - Management interne du pôle : missions de l'exécutif de pôle**

Questions : Quel fonctionnement interne du pôle ? Quel rôle du directeur référent ?

Pistes de réflexion :

- Fonctionnement des instances du pôle (bureau de pôle restreint et élargi)
- Vie du pôle : démocratie interne, management participatif, communication interne
- Missions respectives des membres du trio de pôle
- Rôle du directeur référent
- Fonctionnement interne : opportunité d'une charte du pôle ?

- **ATELIER 2 - La dynamique interne du pôle : management médical et paramédical**

Questions : Quelles relations entre le chef de pôle et le chef de service et d'UF ? Quel management paramédical du pôle ?

Pistes de réflexion :

- Management médical : relation chef de pôle / chef de service et d'UF / direction, nomination des chefs de services et d'UF
- Management paramédical : relation CPP / cadres supérieurs / cadres de proximité
- Coopération médicale et paramédicale
- Mise en œuvre de projets transversaux, mutualisations, référents thématiques

- **ATELIER 3 - L'organisation polaire multi-site**

Questions : Quel management ? Quelle organisation pratique ?

Pistes de réflexion :

- Communication interne et harmonisation des pratiques
- Fonctionnement des bureaux de pôle
- Organisation logistique, relai de l'exécutif sur site
- Articulation avec la direction de site/direction des soins/DRH

- **ATELIER 4 - Le pôle et les directions : les délégations de gestion**

Questions : Où en est-on dans les délégations de gestion? Quel est l'objectif à atteindre?

Pistes de réflexion :

- Définition partagée de la délégation de gestion
- Périmètre actuel et périmètre potentiel
- Objectifs et moyens nécessaires pour une gestion de proximité

- Implications pour le pôle (en interne) et pour les directions (information réciproque et reporting, contrat de pôle)
- Procédure à suivre pour leur mise en œuvre

- **ATELIER 5 - Le pôle et les directions : les modalités du dialogue de gestion**

Questions: Quel suivi de l'activité du pôle ? Quelles modalités du dialogue de gestion ?

Pistes de réflexion :

- Modalités de la contractualisation interne (objectifs et indicateurs de suivi, évaluation)
- Critères et modalités de l'intéressement
- Contenu et forme des conférences de pôles
- Suivi infra annuel des projets et de la gestion du pôle (pré conférence, rencontre CAP/direction des finances/directeur référent)
- Réunion CAP/PPP : modalités d'informations et d'échanges

- **ATELIER 6 - Le pôle et le circuit décisionnel : CEL/ Direction/CMEL/Université**

Questions : Quel processus de prise de décision ? Quelle articulation entre les différentes instances décisionnelles?

Pistes de réflexion :

- Fonctionnement du CEL : ordre du jour, thématiques abordées, lieu, fréquence
- Articulation Direction/CEL/CMEL/Université
- Circuit et modes de prise de décision
- Articulation entre projets de pôle et projet médical d'établissement
- Méthode d'élaboration du plan stratégique

Les ateliers étaient composés à la fois de chefs de pôle, de CAP, de PPP représentants chacun différents pôles et de membres de la direction, co-animés par un binôme médico administratif et devaient suivre une méthodologie précise⁵¹. Les ateliers se sont réunis 3h environ et ont fait l'objet d'une restitution de 15-20 minutes par un rapporteur à l'ensemble des participants.

3.1.2. Des thématiques qui rejoignent celles des autres Groupes hospitaliers de l'AP-HP

Une monographie de douze pôles appartenant chacun à un GH a été réalisée en avril et mai 2013 par la Direction de l'Inspection et de l'Audit. Les 12 pôles ont été audités sur la base de critères permettant de couvrir la diversité des situations (pôle

⁵¹ Voir annexe 5

monosite/multisite, clinique-médico technique- mixte, à forte activité d'urgence – à forte homogénéité médicale ou hétérogène), la description portant sur trois points principaux :

- La gouvernance du pôle ;
- Le management du pôle ;
- Les relations, du point de vue du pôle, avec la direction du GH et la CMEL.

Il est intéressant de constater que les conclusions de ces 12 monographies rejoignent en partie celles tirées des entretiens menés au sein des HUPNVS, avec cependant certaines divergences notamment sur l'appréciation de l'exécutif de pôle par les praticiens hospitaliers ou sur les délégations de gestion⁵².

Conclusions des monographies :

- *« Le fonctionnement en pôle et le sentiment d'appartenance à un pôle sont nettement plus effectifs dans les pôles mono sites que dans les pôles multi sites, et encore davantage dans les pôles mono sites présentant une forte cohérence médicale (autour de pathologie et /ou de parcours et filières de patient).*
- *Chef de pôle est un nouveau métier par rapport à chef de service : la dimension managériale (vision stratégique, pilotage de projets, coordination et animation d'équipes) est prépondérante. Les chefs de pôles consacrent au moins 1/3 de leur temps d'activité à la fonction.*
- *Plusieurs chefs de pôles cumulent cette fonction avec celle de chef de service.*
- *Le trio exécutif apparaît comme une vraie réussite, tant du point de vue de leurs relations internes que de leur positionnement dans les pôles.*
- *La présence et l'action du CAP sont très positivement appréciées dans la grande majorité des cas.*
- *Les praticiens rencontrés lors de l'étude ont une appréciation positive du management effectué par les chefs de pôle.*
- *La plupart des pôles connaissent des difficultés de stabilisation de l'encadrement soignant-infirmier (postes vacants, et définition du schéma d'encadrement).*
- *Le sentiment d'appartenance au pôle semble le plus développé parmi les cadres paramédicaux.*
- *Tous les trio-exécutifs de pôle portent une appréciation positive sur la qualité des relations avec les directions de groupe hospitalier, avec toutefois quelques difficultés de compréhension de l'organigramme du GH. Les relations directes entre chefs de services et direction posent également un certain nombre de difficultés pour les pôles.*
- *La fonction de directeur référent existe dans une majorité de situation et est reconnue comme très utile par les pôles concernés.*
- *La délégation de gestion ne fait pas l'objet d'une revendication pour davantage de domaines de compétences. La revendication porte surtout sur l'augmentation du montant des crédits délégués (notamment sur les petits matériels et équipements). »*

⁵² Ces thématiques se retrouvent également au sein du questionnaire sur les pôles, adressée à l'APHP dans le cadre de l'enquête sur les pôles conduite par la conférence des présidents de CME et des DG de CHU.

Ces problématiques, analysées par le Comité de suivi des pôles de l'AP-HP, réunissant des membres de direction, des présidents de CMEL, des chefs de pôles et des cadres paramédicaux, ont fait l'objet de remarques suivantes :

- Il existe en effet une réelle question autour du **positionnement de l'encadrement paramédical du pôle** vis-à-vis des cadres de proximité et des cadres supérieurs, et de leur articulation avec la direction des soins. Les CPP disposent-ils de l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle ? Cela n'est pas encore réellement tranché au sein des Groupes Hospitaliers, et un travail actuellement en cours au sein de la DRH du siège sur le schéma d'encadrement devrait aboutir à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques pour les CPP.
- Une autre question évoquée par le Comité de suivi est celle de la **gestion médicale**, qui semble fortement disparate au sein des différents GH : en effet, dans un certains nombres de cas, la direction a une relation directe avec les chefs de services (gestion du temps médical, ouverture et fermeture des lits, révision des effectifs) alors que dans d'autres cas, les chefs de pôles sont systématiquement associés à toutes les sous-commissions.

3.2. PRECONISATIONS

Les préconisations suivantes sont principalement issues des conclusions du séminaire. D'autres sont en lien avec des réorganisations en cours au sein de l'établissement.

L'intérêt du travail de concertation lors du séminaire a été double : il a permis à la fois de s'accorder sur des **solutions réalistes** mais aussi de **répondre aux besoins** concrets des différents acteurs en prenant en compte leur environnement de travail. Il n'y a en effet pas de référentiel universel pour l'organisation polaire, la loi HPST laissant une grande liberté d'organisation aux établissements⁵³. L'enjeu est donc de **faire du « sur mesure »** adapté à la structure et aux enjeux de l'établissement.

⁵³ Tout comme la position du siège de l'AP-HP laissant une liberté d'organisation interne aux GH.

3.2.1. Optimisation des modalités du dialogue de gestion

❖ Sur la contractualisation interne et l'intéressement :

- **Objectif** : un dialogue basé sur des objectifs et des indicateurs de suivi contractualisés et révisés annuellement ;
- **Pistes d'amélioration** :
 - **Mise en place d'avenants** annuels contractualisés sur la base d'indicateurs pertinents et de cibles prédéfinies, permettant une revue annuelle des contrats de pôle (projets du pôle, cible RH, activité prévisionnelle, objectifs qualité, recherche..). Ces avenants seront rédigés suite aux prochaines conférences de pôle, et permettront de donner une force exécutoire au contrat. Il devront refléter un engagement réciproque des deux parties.
 - **Définition d'un intéressement au pôle**. La proposition issue du séminaire est celle d'un intéressement collectif basé à 40% sur le développement de l'activité et à 60% sur la qualité des soins, celui-ci pouvant être matérialisé par une aide à l'investissement.

A ce sujet, le Groupe hospitalier Saint Louis-Fernand Widal-Lariboisière a choisi un critère unique et transversal du **délai d'envoi des comptes rendus** aux médecins traitants, celui-ci permettant d'évaluer à la fois la qualité de l'information au médecin et au malade, mais aussi le taux de codage de l'activité. L'intéressement peut aussi être variable selon les pôles afin de mieux prendre en compte leurs caractéristiques. Il convient aussi de réévaluer annuellement la pertinence de ces critères afin que l'intéressement demeure un facteur d'émulation entre les pôles.

❖ Sur le fonctionnement du Conseil exécutif :

- **Objectif** : faire du CEL une réelle instance décisionnelle.
- **Pistes d'amélioration** :
 - **Allègement de l'ordre du jour** avec un recentrage sur des sujets stratégiques, universitaires et de recherche, pouvant ainsi être approfondis et faire l'objet de débats de fond.

- **Envoi des informations et des diaporamas** en amont afin d'éviter les présentations trop longues et de centrer le débat sur certains points problématiques.
- **Prévoir un temps pour les questions d'actualité** sur le modèle des « questions parlementaires », permettant de renforcer la réactivité et l'opérationnalité du CEL.
- Prévoir la possibilité d'organiser des **CEL extraordinaires** et si besoin élargis pour instruire un sujet en urgence.
- Mise en place d'un **tableau de bord partagé de suivi des projets du pôle** à actualiser régulièrement afin de pouvoir connaître leur avancement et de mieux répondre aux difficultés rencontrées.

❖ **Sur la circulation de l'information et la formation des pôles à la gestion :**

- **Objectif** : amélioration de la maîtrise des outils de pilotage existants et développement des compétences des CAP.
- **Pistes d'amélioration** :
 - Intégration d'un **contrôle qualité des données** figurant dans les tableaux de bord : cela permettra de rétablir la confiance sur les informations délivrées au pôle.
 - Elaboration d'une **note méthodologique** sur l'utilisation des différents tableaux de bord par la direction des finances, afin qu'ils soient mieux appréhendés et utilisés par l'ensemble des acteurs concernés. L'idée n'est donc pas de développer de nouveaux outils (qui sont déjà nombreux), mais de les rendre plus accessibles et lisibles aux yeux de tous.
 - **Intégration systématique de l'ensemble du trio de pôle** (et pas seulement du chef de pôle) **dans la boucle de l'information** sur tous les projets le concernant ou susceptibles de le concerner.
 - **Réunion hebdomadaire CAP/DAF** pour un suivi régulier de leur activité et un accompagnement dans leurs fonctions ;
 - **Réunion mensuelle/bimensuelle CAP/DAF centrée sur certains thèmes prioritaires**, eux-mêmes définis annuellement et étudiés par des groupes de travail qui rendent compte à périodicité définie. Thèmes possibles : analyse des dépenses de personnel, ressources humaines, qualité, logistique, SIH, conduite de projets... Cette mesure permettra essentiellement de développer les compétences opérationnelles des CAP, notamment en matière d'analyse de l'activité et de gestion de projet.

❖ **Sur le suivi et l'accompagnement des projets du pôle (réorganisation en cours) :**

- **Constitution de binômes médico-administratifs** (un directeur + un médecin) chargés de réaliser une pré-analyse des projets des pôles : état des lieux, définition du projet médical et soignant, analyse de l'impact sur l'activité et les organisations, évaluation des moyens à mobiliser, définition d'un calendrier et d'un plan de communication. Celle-ci sera ensuite consolidée par une étude médico économique de la direction des finances.

Cela permettra de répondre au besoin d'accompagnement des pôles et d'adopter une méthodologie commune à l'ensemble des pôles facilitant le travail de sélection et de priorisation des projets à retenir lors des prochaines conférences de pôle. Cette mesure va également dans le sens d'une amélioration du dialogue médico administratif.

❖ **Sur les délégations de gestion :**

- **Objectif :** clarification de la notion et du contenu des délégations, et développement de celles-ci.

- **Pistes d'améliorations :**

- **Déléguer davantage avec une modification du périmètre actuel :** si la demande des pôles concernant une hausse du montant des enveloppes déléguées (pour les équipements notamment) est fortement conditionnée à la contrainte financière de l'établissement, la mise en place progressive d'une délégation des moyens de remplacement, également demandée par les pôles, est souhaitable et va dans le sens de la responsabilisation et de l'acculturation des pôles à la gestion.
- **Mieux déléguer avec la poursuite de l'acculturation des directions fonctionnelles à la logique de déconcentration.** La conception à proscrire est bien celle d'une délégation « pour se débarrasser » de tâches moins nobles ou rébarbatives, mais doit reposer sur une approche de gestion de proximité. Pour cela, les directions devront affiner l'inventaire des délégations possibles afin que celles-ci soient conformes à la mise en œuvre d'un réel principe de subsidiarité, et accompagner les pôles dans leur formation à la gestion.

- **Possibilité de délégations à la carte** selon la maturité des pôles, avec pour objectif principal une mise en œuvre progressive des délégations en fonction des compétences en gestion des pôles, permettant de créer une certaine émulation positive.
- **Inscriptions des délégations de gestion au sein des avenants** au contrat de pôle, dans une logique d'engagement réciproque.

3.2.2. Un cadre d'action clarifié et adapté aux enjeux du GH

❖ **Sur la gouvernance et la dynamique interne du pôle**

- **Objectif** : harmoniser la gouvernance interne et soutenir la dynamique interne du pôle.
- **Piste d'amélioration** :
 - **Elaboration d'une charte du pôle** : ce document, permettant de fixer un socle minimal de fonctionnement interne, notamment pour la réunion des instances (fréquence, composition, thèmes à aborder obligatoirement) et les modalités d'association du personnel, devra cependant demeurer suffisamment souple pour laisser une certaine liberté d'organisation au pôle.
 - **Mise en place de référents thématiques au niveau médical et paramédical** (qualité, risque, formation, logistique, douleur...) : cette mesure permettra de d'associer d'autres professionnels (hors trio de pôle) au fonctionnement du pôle comme des cadres de santé, les chefs de services mais aussi médecins et soignants, en leur donnant une visibilité d'ensemble. Elle soutiendra également la dynamique de mutualisation au sein du pôle en déchargeant les services de certaines tâches.
 - **Identification d'espaces dédiés à la concertation et à l'expression du personnel** : journée du pôle, réunions thématiques, séminaire du pôle...
 - Dans la mesure du possible, **développement de la mutualisation des moyens et du personnel** (bi compétence, recrutement au sein d'un pôle et non d'un service) et **mise en place de formations au niveau du pôle**.
 - **Formation en communication** de l'exécutif de pôle.

L'idée n'est donc pas de remettre en cause la place des services au sein du pôle mais bien **d'améliorer la visibilité du pôle** et de susciter l'intérêt de ses membres quant aux

possibilités de mise en œuvre de projets, de mutualisations ou d'enrichissement professionnel, dans une logique « *gagnant gagnant* ». Dans un contexte en transition où le service et le site demeurent des éléments structurants pour le personnel, le pôle doit en effet être considéré comme une **appartenance supplémentaire et cumulative** plutôt qu'un moyen de coercition.

❖ **Sur la clarification de l'articulation entre logique de pôle et logique de site**

- **Objectif** : clarifier le rôle des directeurs référents et des directeurs de site, et identifier les interlocuteurs des pôles au sein des directions fonctionnelles.

- **Pistes d'amélioration** :

- **Fiche de mission pour le directeur référent** avec les fonctions suivantes : aide pour le montage de projets du pôle (mise en place de groupes de travail, calendrier...), lien ascendant et descendant avec les directions fonctionnelles, préparation des conférences de pôle, participation aux bureaux de pôle (et aux réunions du trio de pôle si besoin).

Les directeurs référents devront donc trouver un équilibre entre accompagnement et responsabilisation du pôle, et veiller à ne pas avoir de conflits d'intérêt liés à leur rattachement parallèle à une direction fonctionnelle.

En outre, afin d'évaluer sa fonction et d'harmoniser la fonction entre les différents directeurs référents, ceux-ci devront faire un point mensuel avec le directeur général adjoint.

- **Communication et pédagogie autour des nouvelles missions du directeur de site** : rappeler à l'ensemble des pôles que le directeur de site n'est pas un interlocuteur pour la gestion des projets du pôle de son site.
- **Clarification des interlocuteurs des directions fonctionnelles** : identification des interlocuteurs sur site pour la gestion courante (référent logistique, RH, technique...) et identification d'un interlocuteur unique des pôles au sein des directions fonctionnelles. Au préalable, un travail de clarification des compétences des directions fonctionnelles entre gestion de proximité par site / gestion transversale GH est donc indispensable.

- **Objectif** : poursuivre l'harmonisation des pratiques entre sites différents.

A ce titre, **une réorganisation de la DRH** est actuellement en cours et vise à prendre acte du double besoin de transversalité sur le GH et de gestion de proximité. Les missions des référents de proximité, anciennement exclusivement rattachées au site d'activité, vont donc être modifiées pour plus de polyvalence intersites et sur des thématiques transversales (fonctionnement en binôme sur deux sites et sur plusieurs thématiques, pouvant se remplacer mutuellement). Cette réorganisation permettra d'améliorer l'harmonisation des pratiques entre sites, préalable indispensable au développement des délégations de gestion et au fonctionnement optimal des pôles multisites.

- **Objectif** : Soutenir le fonctionnement quotidien des pôles multisites.
- **Pistes d'améliorations** :
 - **Sur la gouvernance** : lieux tournant des sites de réunion des instances du pôle afin d'améliorer le taux de participation ; organisation d'un planning par journée sur la permanence de l'encadrement (ritualisation de rendez-vous) ; mise en place de référents adjoints au CPP par site (à condition de disposer d'une taille critique suffisante) → ces mesures équilibreront et rendront plus lisible la gouvernance du pôle au sein des différents sites.
 - **Sur l'organisation logistique** : développement de la visioconférence ; espace informatique partagé ; mise en place d'outils informatiques uniques sur l'ensemble du GH ; identification des bureaux à réserver par le personnel de l'encadrement sur chacun des sites → ces mesures permettront de faciliter la gestion quotidienne des pôles multi sites.
 - **Pédagogie sur l'intérêt des pôles multi sites** comme source d'enrichissement, facteur structurant du GH ou participant à un projet d'excellence. Quant aux difficultés quotidiennes rencontrées, il convient de souligner que les pôles multi sites représentent un « *partage de contrainte* » liée à la dimension GH qui concerne également les directions fonctionnelles.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces préconisations, portant à la fois sur l'amélioration du dialogue de gestion et l'adaptation du cadre d'action au GH, sera sans doute facilitée par la concertation avec les exécutifs de pôle lors du séminaire. Afin de rester sur cette dynamique, un travail de synthèse et de production de livrables (fiches de mission, note méthodologique sur l'utilisation des tableaux de bord, charte du pôle, trame des avenants des contrats de pôle...) va d'ailleurs être rapidement initié par la direction.

3.3. NECESSAIRE MOBILISATION DES ACTEURS AUTOUR D'UN PROJET FEDERATEUR

Cependant, la mise en œuvre d'actions d'amélioration doit aussi être accompagnée d'une démarche plus globale de mobilisation des acteurs autour d'un projet fédérateur. En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, le meilleur gage de réussite du fonctionnement de l'organisation polaire réside dans son appropriation par le personnel.

C'est ce qu'a souligné **M. Philippe Domy**, invité comme « grand témoin » dans le cadre du séminaire des pôles HUPNVS. Directeur général du CHU de Montpellier et président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU, celui-ci a en effet dressé un premier bilan de l'enquête nationale sur les pôles demandée par la ministre de la santé aux Conférences de directeurs et présidents de CME, qui est le suivant : **les dysfonctionnements actuels sont principalement liés à une insuffisante expression et association du personnel à la logique polaire**. Ainsi, il n'y a pas besoin d'arsenal réglementaire supplémentaire, mais plutôt une nécessité de mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière. C'est d'ailleurs selon lui tout l'intérêt du pôle, dont l'objectif premier est de « *nourrir le processus de décision au plus près du terrain* ».

L'appropriation des acteurs hospitaliers à la gouvernance polaire étant centrale à son fonctionnement optimal, deux remarques peuvent être formulées à ce stade sur le rôle primordial de la confiance, de la communication et de la stratégie d'établissement comme moteur de changement et facteur d'amélioration de la structuration polaire.

Le rapport de l'IGAS d'avril 2012 portant sur le management et l'efficacité hospitalière⁵⁴ souligne en effet le rôle clef du **management de la confiance** pour la performance des organisations, celui-ci étant défini comme un « *moyen d'insuffler de la souplesse dans les organisations pyramidales de façon à multiplier les intelligences interactives* ». Proche des idées du « lean management », basé sur l'importance de la collaboration avec les acteurs de terrain et du sentiment de proximité entre personnels et directions, le management de la confiance a en effet pour objet de donner du sens à l'action collective, de faire partager des objectifs et ainsi de fédérer les personnels autour

⁵⁴ ACKER D., BENSADON C., LEGRAND P., MOUNIER C., «Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants », Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°RM2012-046 P, avril 2012

de valeurs communes. Selon H. Seryieux et J-L. Falloux⁵⁵, plusieurs règles peuvent être appliquées pour améliorer la confiance entre professionnels, dont les principales sont : clarté des objectifs à atteindre / cohérence entre les valeurs affichées et l'action collective / développement continu des compétences de chacun / communication / travail en commun / convivialité / créativité. Ce sont donc des éléments clés à prendre en compte pour accompagner la mise en place des pôles.

Le rôle de la communication, comme vecteur de sens et de valeurs, mais aussi comme facteur de cohésion et de rapprochement entre professionnels, semble également primordial pour l'acculturation et l'appropriation de l'ensemble du personnel à la logique médico administrative. En effet, à l'instar du management de la confiance, celle-ci participe à la création d'un langage et de valeurs communes. L'organisation d'un séminaire sur les pôles aux HUPNVS représentait d'ailleurs en lui-même un enjeu de communication, avec pour principale valeur ajoutée l'opportunité de partager et d'échanger sur un constat et sur les objectifs à atteindre. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, malgré quelques doutes émis par les participants en amont du séminaire sur son utilité, celui-ci a été un succès avec un retour globalement positif de l'enquête de satisfaction et un bon taux de participation. A ce sujet, la proposition d'organiser un séminaire au sein des pôles ayant pour but de partager les enjeux du pôle et de réfléchir ensemble à certaines problématiques, semble une piste très intéressante. Cela permettra d'impliquer notamment les cadres de proximité et les chefs de service, ayant des rôles clés pour le relai de l'information et se sentant souvent « laissés pour compte » de la réforme polaire.

Enfin, il semble important que **l'organisation-structure polaire soit incarnée et au service d'une stratégie plus globale de l'établissement**. En effet, la réflexion davantage sur la forme et la méthode de travail lors du séminaire sur les pôles a pu susciter quelques frustrations de la part de certains chefs de pôles, souhaitant plutôt aborder les axes stratégiques des pôles, davantage mobilisateurs. L'actuel **projet de construction d'un nouvel Hôpital Nord du Grand Paris** issu de la fusion des sites de Bichat et de Beaujon, présente à ce titre une occasion privilégiée de donner une perspective à l'organisation polaire et de mobiliser la communauté médicale autour du projet stratégique de l'établissement. La participation active des chefs de pôle à la préfiguration du nouvel hôpital (sur le projet médical, les pôles d'excellence, l'hôpital de demain) est un signe positif, confortant le caractère structurant des pôles comme réel espace d'appropriation de la stratégie d'établissement.

⁵⁵ in La confiance en pratique, MAXIMA Laurent Dumesnil Editeur, 2010 (ouvrage cité dans le rapport IGAS précité)

CONCLUSION

Selon Mintzberg, la principale difficulté de la bureaucratie professionnelle, qui caractérise l'organisation hospitalière du fait de la prééminence du centre opérationnel, réside dans la capacité à innover et la lenteur du changement. En effet, tout changement doit être soutenu par la base opérationnelle et entraîne une modification de son fonctionnement, ce qui est nécessairement plus long et plus complexe que dans une structure simple ou entrepreneuriale. C'est pourquoi la bureaucratie professionnelle est adaptée à un environnement complexe, mais stable.

Or, depuis plusieurs années, le contexte hospitalier est mouvant et instable, marqué par de nombreuses réformes comme le passage à la T2A, le développement de l'ambulatoire, d'importantes restructurations et le découpage en pôles d'activités. Ces transformations ne sont donc pas faciles à mettre en œuvre dans l'organisation hospitalière, comme nous l'avons analysé à travers la mise en place des pôles au sein des HUPNVS. En effet, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance nécessite de profonds changements culturels tant du côté médical et soignant que du côté administratif afin de surmonter le conflit latent entre différentes légitimités et valeurs professionnelles.

Un travail d'amélioration des modalités du dialogue de gestion, du fonctionnement interne des pôles et de leur adaptation au contexte du Groupe hospitalier est donc nécessaire, et a été initié lors d'un séminaire sur la gouvernance et les pôles. Celui-ci doit également être accompagné d'un travail de fond sur la mobilisation et l'engagement des acteurs, reposant sur une stratégie d'établissement lisible, claire et accessible, permettant ainsi d'actionner le changement au cœur du centre opérationnel. La réforme polaire nécessite en effet d'être pleinement approprié par ses acteurs pour être un réel facteur d'amélioration de la gouvernance hospitalière.

Plus fondamentalement, la mise en place de la nouvelle gouvernance interroge la capacité de transformation, d'adaptation et de modernisation de l'hôpital face aux nouveaux enjeux de santé publique. Nous retrouvons ici le thème classique de la *culture du changement*, souvent considérée comme plus difficile en France que dans d'autres pays, avec un ton souvent pessimiste⁵⁶. Cependant, au regard du contexte hospitalier complexe et mouvant, il convient davantage de faire l'éloge des « *petits pas* » : l'organisation polaire fait aujourd'hui partie du paysage hospitalier et doit avant tout

⁵⁶ « *La gestion publique souffre en France d'un réel déficit dans sa capacité d'apprentissage de la modernisation* » (Gibert, Thoenig 1993)

consolider ses bases en s'ancrant davantage dans la réalité quotidienne de chacun de ses membres.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Ordonnance de 2005

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, n°0167 du 22 juillet 2009

Ouvrages

MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation, Paris, 1982

CROZIER M. FRIEDBERG E., L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, 1981

CROZIER M., Le Phénomène bureaucratique, Seuil, Paris, 1963

PELJAK D., La gestion de pôle à l'hôpital, coll. Essentiel, septembre 2010, 236p

Articles spécialisés

BURELLIER F., VALETTE A., « Garder ou tomber la blouse. Le rôle pour analyser le changement », *Centre d'Etudes et de Recherche Appliquées à la Gestion*, cahier de recherche n°2009-06, septembre 2010

CROZET P., KANICHE A., LIENARD J., « Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines », *Politiques et management public*, vol 26/2, 2008

DEBROSSE D., « La nouvelle gouvernance hospitalière », *Santé publique*, n°72, septembre 2010

DENIS J-L., GIBEAU E., LANGLEY A. et al., « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances », *Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux*, février 2012

FRIEDGERG E., « L'analyse sociologique des organisations », *Pour*, n°28, 1988, p.36

HALLUIN J-P., MAURY F., PETIT J-C., DE SINGLY C., « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Esprit*, janvier 2007/1, p. 14-39

HERIAUD A., ARNAUTOU J., « Les pouvoirs à l'hôpital : les relations entre médecins et directeurs », *Communication et organisation*, HS n°1, 1994

HOLCMAN R., « L'avènement de la gestion par pôle : Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, mai 2006

HOLCMAN R., « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, 2008/4 n°184

GLARDON P-H., LE GALLARD L., « Les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé ? », *Gestions hospitalières*, n°510, décembre 2010

SAINT-MARC T., FISCHLER M., TILLON-FAURE O. et al., « Organisation : bilan à deux ans de la mise en place des pôles d'activité », *Gestions hospitalières*, n°494, mars 2010

SMITH H.L., « Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital », *Médecine, maladie et société*, *Ecole pratique des hautes études-Mouton*, Paris, pp. 259-262

VINCENT G., « La répartition des pouvoirs à l'hôpital. Synthèse de la législation hospitalière », *Journal d'économie médicale*, n°3, 1988, pp. 169-176

Rapports et documents institutionnels

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé », Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°RM2010-010 P, février 2010

ACKER D., BENSADON C., LEGRAND P., MOUNIER C., «Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants », Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°RM2012-046 P, avril 2012

COUTY E., SCOTTON C., « Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux », Rapport du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2013

« Enquête nationale sur la gouvernance hospitalière. Résultats 2011 », Direction générale de l'offre de soins, juillet 2011

« Organisations médicales au sein de l'AP-HP. Pôles et structures internes de pôle (Règles d'organisation communes à l'ensemble des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP) », 24 septembre 2012 (guide disponible en ligne sur http://affairesjuridiques.aphp.fr/IMG/pdf/Les_poles_a_l_AP-HP_-_avril_2013.pdf)

« Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011 », DGOS, juillet 2011 (disponible en ligne sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_v5.pdf)

« Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? Base de partage et de réflexion pour les professionnels », Agence nationale d'appui à la performance, mars 2012

Mémoires consultés

DURIEZ G., « Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction. Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP », mémoire professionnel, filière directeur d'hôpital, EHESP, décembre 2012

LAIGRE J., « Pérenniser les pôles d'activité : pratiques managériales et appropriation par les acteurs », mémoire professionnel, filière directeur d'hôpital, EHESP, décembre 2007

Liste des annexes

- 1) LISTE DES PERSONNES RENCONTREES
- 2) GRILLES D'ENTRETIENS
- 3) PRESENTATION DES 15 POLES AUX HUPNVS
- 4) REPONSE DES HUPNVS AU QUESTIONNAIRE SUR LES POLES DANS LE CADRE DE L'ENQUETE NATIONALE
- 5) METHODOLOGIE ANIMATION DES ATELIERS DU SEMINAIRE
- 6) FICHE DE POSTE POUR LES CAP
- 7) ARTICLE R1646-8 DU CSP SUR LES DELEGATION DE GESTION
- 8) TYPOLOGIE DES ORGANISATIONS DE MINTZBERG

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Exécutifs de pôle :

- Chef du pôle AGE
- Chef du pôle AGAPPP
- Chef du pôle Digestif
- Chef du pôle SUPRA
- Chef du pôle Femme-Enfant
- Chef du pôle Biologie-PUI
- CPP du pôle Imagerie-Pathologie
- CPP du pôle Adultes-Proximité
- CPP du pôle Cœur-Vaisseaux
- CPP du pôle Infectieux
- CAP du pôle Cœur-Vaisseaux
- CAP du pôle TCOR
- CAP du pôle UGO

Membre de la direction et du CEL :

- Directrice générale
- Président de la CMEL
- Doyen
- Ancienne présidente de CCM
- Directeur général adjoint
- Directrice des ressources humaines
- Directeur des ressources humaines adjoint
- Coordinatrice générale des soins
- Directeur des finances
- Directeur des finances adjoint
- Directrice de site

ANNEXE 2 : GRILLES D'ENTRETIEN

POUR LES CHEFS DE POLES

Description des principales caractéristiques du pôle et de ses enjeux de management.

- **Sur la gouvernance interne :**
 - Comment est organisée la gouvernance en interne ? (rencontre trio de pôle et bureau de pôle : composition, fréquence, ordre du jour, taux de participation).
 - Y a-t-il des instances/réunions plus large permettant l'information et l'expression des personnels du pôle ? Et qu'en est-il du sentiment d'appartenance au pôle ?
 - Quel est le mode d'élaboration et de suivi du projet de pôle ?
 - Les rôles respectifs du CP, du CPP et du CAP sont-ils bien définis ? Quel impact l'organisation polaire pour les chefs de service et les cadres de proximité ?
 - Comment voyez-vous le métier de chef de pôle ? Quelles compétences / formation sont nécessaires ? Quelles sont les principaux défis à relever ?
 - Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la gouvernance interne du pôle ?
- **Relations avec la direction :**
 - Comment voyez-vous le rôle de la direction dans cette nouvelle gouvernance partagée ? Quelle est l'influence des pôles dans le circuit de prise de décision ?
 - Le fonctionnement actuel du CEL vous semble-t-il satisfaisant ?
 - Comment définiriez-vous le rôle de directeur référent de pôle ? Et celui de directeur de site ?
 - Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, conférences de pôle, suivi des projets, tableaux de bord...) ?
 - Quelle est selon vous l'influence de la constitution du Groupe Hospitalier sur la gouvernance polaire et le fonctionnement des directions fonctionnelles ?
- **Sur les délégations de gestion :**
 - Quelle définition des délégations de gestion ? Où en est la délégation de gestion au sein de votre pôle ? Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ?
 - Pensez-vous que les pôles ont les outils/moyens nécessaires pour les mettre en œuvre ?
 - Le principe de subsidiarité est-il clairement établi ou fait-il encore l'objet de confusion entre les directions fonctionnelles et les exécutifs de pôles ?
- **Question ouverte :**
 - Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré à l'avenir dans le fonctionnement des pôles ? (une ou deux priorités).

POUR LES CAP ET CPP

Description des principales caractéristiques du pôle et de ses enjeux de management.

- **Sur la gouvernance interne :**
 - Comment est organisée la gouvernance en interne ? (rencontre trio de pôle et bureau de pôle : composition, fréquence, ordre du jour, taux de participation).
 - Y a-t-il des instances/réunions plus large permettant l'information et l'expression des personnels du pôle ? Et qu'en est-il du sentiment d'appartenance au pôle ?
 - Quel est le mode d'élaboration et de suivi du projet de pôle ?
 - Les rôles respectifs du CP, du CPP et du CAP sont-ils bien définis ? Quel impact l'organisation polaire pour les chefs de service et les cadres de proximité ?

- Comment voyez-vous le métier de CPP / CAP ? Quelles compétences / formation sont nécessaires ? Quelles sont les principaux défis à relever ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la gouvernance interne du pôle ?
- **Relations avec la direction :**
 - Comment voyez-vous le rôle de la direction dans cette nouvelle gouvernance partagée ? Quelle est l'influence des pôles dans le circuit de prise de décision ?
 - Le fonctionnement actuel des réunions CPP / CAP / Direction vous semble-t-il satisfaisant ?
 - Comment définiriez-vous le rôle de directeur référent de pôle ? Et celui de directeur de site ?
 - Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, conférences de pôle, suivi des projets, tableaux de bord...) ?
 - Quelle est selon vous l'influence de la constitution du Groupe Hospitalier sur la gouvernance polaire et le fonctionnement des directions fonctionnelles ?
- **Sur les délégations de gestion :**
 - Quelle définition des délégations de gestion ? Où en est la délégation de gestion au sein de votre pôle ? Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ?
 - Pensez-vous que les pôles ont les outils/moyens nécessaires pour les mettre en œuvre ?
 - Le principe de subsidiarité est-il clairement établi ou fait-il encore l'objet de confusion entre les directions fonctionnelles et les exécutifs de pôles ?
- **Question ouverte :**
 - Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré à l'avenir dans le fonctionnement des pôles ? (une ou deux priorités).

POUR LES MEMBRES DE LA DIRECITON ET DU CONSEIL EXECUTIF

- **Relation pôles-direction :**
 - Comment voyez-vous le rôle de la direction dans cette nouvelle gouvernance partagée ? Quelle est l'influence des pôles dans le circuit de prise de décision ?
 - Le fonctionnement actuel du CEL vous semble-t-il satisfaisant ?
 - L'articulation actuelle des compétences entre directions fonctionnelles/de site/référent de pôle vous semble-t-elle claire ?
 - Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, conférences de pôle, suivi des projets, tableaux de bord...) ?
 - Quelle est selon vous l'influence de la constitution du Groupe Hospitalier sur la gouvernance polaire et le mode de fonctionnement des directions fonctionnelles ?
- **Sur les délégations de gestion :**
 - Quelle définition des délégations de gestion ? Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ?
 - Pensez-vous que les pôles ont les outils/moyens nécessaires pour les mettre en œuvre ?
 - Le principe de subsidiarité est-il clairement établi ou fait-il encore l'objet de confusion entre les directions fonctionnelles et les exécutifs de pôles ?
- **Question ouverte :**
 - Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré à l'avenir dans le fonctionnement des pôles ? (une ou deux priorités).

ANNEXE 3 : PRESENTATION DES 15 POLES AUX HUPNVS

1. Pôle Biologie-PUI – 5 sites

Activités du pôle : toutes les activités cotées en B et BHN, y compris la biologie de la reproduction et les 5 pharmacies à usage intérieur du GH. Le rattachement des PUI au pôle biologie est conçu de manière transitoire dans une volonté de dynamiser la réflexion sur les activités pharmaceutiques du GH. Au vu de la différence des métiers et de la taille du pôle, une gouvernance adjointe pour les pharmacies est prévue.

Taille et volume indicatifs :

PM : 131 ETP, dont 43 HU

PNM : 514 ETP

Total : 645 ETP

2. Pôle Imagerie-Pathologie – 5 sites

Activités du pôle : imagerie, médecine nucléaire, explorations fonctionnelles, anatomopathologie. Le rattachement de la partie immunologique de la médecine nucléaire à la biologie est prévu dans la reconfiguration des pôles.

Taille et volume indicatifs :

PM : 95 ETP dont 36 HU

PNM : 383 ETP

Total : 479 ETP

3. Pôle Digestif – 3 sites (Beaujon Bichat Louis Mourier)

Activités du pôle : les services d'hépatogastroentérologie, de chirurgie générale et digestive, d'hépatologie, de pancréatogastroentérologie, d'assistance nutritive, de chirurgie hépatopancréato-biliaire, de chirurgie colorectale de Beaujon ; les services d'hépatogastro-entérologie et de chirurgie générale et digestive de Bichat ; les services d'hépatogastro-entérologie et chirurgie générale et digestive de Louis Mourier ;

Taille et volume indicatifs :

294 lits

PM : 77 ETP dont 37 HU

PNM : 493 ETP

Total : 570 ETP

4. Pôle Cœur-Vaisseaux – Bichat

Activités du pôle : les services de cardiologie, de diabétologie endocrinologie et nutrition, de neurologie vasculaire, de chirurgie cardiaque ;

Taille et volume indicatifs :

210 lits

PM : 54 ETP dont 21 HU

PNM : 366 ETP

Total : 420 ETP

5. Pôle Thorax-Vaisseaux – Bichat

Activités du pôle : les services de pneumologie A et B et de chirurgie vasculaire et thoracique de Bichat.

Taille et volume indicatifs :

94 lits

PM : 25 ETP dont 12 HU

PNM : 144 ETP

Total : 169 ETP

6. Pôle Recherche, santé publique, information médicale – 5 sites

Activités du pôle : le département d'épidémiologie, bio statistique et recherche clinique, le CIC et le CRB de Bichat ; le département épidémiologique et recherche clinique de Beaujon ; le département santé ; publique de Louis Mourier ; les départements d'Informations Médicales des sites.

Taille et volume indicatifs :

PM : 15 ETP dont 5 HU

PNM : 15 ETP

Total : 30 ETP (hors la centaine d'emplois financés sur projets)

7. Pôle Gériatrique AGE – Charles Richet

Activités du pôle : toutes les activités cliniques de Charles Richet (consultations, ambulatoire, médecine gériatrique, soins palliatifs, SSR, SLD, UPHAD).

Taille et volume indicatifs :

472 lits

PM : 28 ETP

PNM : 465 ETP

Total : 493 ETP

8. Pôle Adultes-Proximité – Louis Mourier

Activités du pôle : les services de médecine interne, de gériatrie, de réanimation, les urgences et la psychiatrie.

Taille et volume indicatifs :

273 lits

PM : 50 ETP dont 13 HU

PNM : 435 ETP

Total : 485 ETP

9. Pôle Femme-Enfant – Louis Mourier

Activités du pôle : les services d'obstétriques et de gynécologie, de pédiatrie, de néonatalogie, réanimation néonatale et soins intensifs, et urgences enfants.

Taille et volume indicatifs :

160 lits

PM : 42 ETP dont 10 HU

PNM : 334 ETP

Total : 376 ETP

10. Pôle AGAPPP : Addictologie, Gériatrie, Pédopsychiatrie Psychiatrie – 3 sites (Bretonneau Bichat Beaujon)

Activités du pôle : les services de gériatrie à orientation générale et psychiatrique, de gériatrie aigue de Bretonneau ; le service de gériatrie aigue et l'Unité de Traitement Ambulatoire Maladies Addictives de Beaujon ; la gériatrie, la psychiatrie et l'addictologie, la pédopsychiatrie, la médecine physique et réadaptation de Bichat.

Taille et volume indicatifs :

294 lits
PM : 56 ETP dont 8 HU
PNM : 358 ETP
Total : 414 ETP

11. Pôle Urologie-Gynécologie-Obstétrique – 2 sites (Bichat et Beaujon)

Activités du pôle : les services d'obstétrique et de gynécologie de Bichat et de Beaujon, et l'urologie de Bichat.

Taille et volume indicatifs :

152 lits
PM : 42 ETP dont 11 HU
PNM : 324 ETP
Total : 366 ETP

12. Pôle Maladies systémiques et cancérologie – 2 sites (Bichat et Beaujon)

Activités du pôle : les services de dermatologie, rhumatologie, néphrologie, la médecine interne de Bichat ; service de cancérologie bi site Bichat-Beaujon ; centre intégré de cancérologie du GH ;

Taille et volume indicatifs :

166 lits
PM : 45 ETP dont 18 HU
PNM : 247 ETP
Total : 292 ETP

13. Pôle Tête Cou Os Rachis – 4 sites (Bichat, Beaujon, Bretonneau, Louis Mourier)

Activités du pôle : les services d'orthopédie et traumatologie, de chirurgie maxillo-faciale, de neurochirurgie, de neuro-radiologie interventionnelle de Beaujon ; les services d'orthopédie, traumatologie et ORL de Bichat ; les services d'odontologie de Bretonneau et Louis Mourier.

Taille et volume indicatifs :

205 lits
PM : 125 ETP dont 26 HU
PNM : 361 ETP
Total : 486 ETP

14. Pôle Infectieux – 2 sites (Bichat Beaujon)

Activités du pôle : les services de réanimation médicale, des maladies infectieuses de Bichat ; le service de médecine interne de Beaujon.

Taille et volume indicatifs :

126 lits

PM : 41 ETP dont 15 HU
PNM : 276 ETP
Total : 317 ETP

15. Pôle SUPRA 2 : Soins Urgents Pré-hospitaliers Réanimations Anesthésie – 3 sites (Bichat Beaujon Louis Mourier)

Activités du pôle : les urgences de Bichat et de Beaujon, le SMUR de Beaujon, les réanimations de Beaujon et la réanimation chirurgicale de Bichat, les départements d'anesthésie-réanimation de Bichat, Beaujon et Louis Mourier.

Taille et volume indicatifs :

101 lits
PM : 137 ETP dont 17 HU
PNM : 583 ETP
Total : 720 ETP

Evaluation et bilan du fonctionnement des pôles
Questionnaire établissement de santé

Par courrier du 7 mai 2013 la ministre des affaires sociales et de la santé a confié aux conférences de directeurs et président de CME, la réalisation d'un bilan du fonctionnement des pôles au sein des établissements de santé.
Afin de mener à bien cette évaluation, un questionnaire est adressé à l'ensemble des CHU-CHR.

Le questionnaire comprend 53 questions, réparties en 6 grands thèmes :

- évaluation du périmètre des pôles (12 questions)
- projet, contractualisation et délégation (6 questions)
- indicateurs d'évaluation des pôles (9 questions)
- place des pôles dans la gouvernance (8 questions)
- pôle et démocratie interne (13 questions)
- appréciations et perspectives (5 questions)

I. ÉVALUATION DU PERIMETRE DES POLES

a - Taille des pôles

- | | |
|---|--|
| 1. Nombre moyen de lits par pôle : | 171 lits |
| 2. Nombre maximum de lits par pôle : | 472 lits (Pôle AGE) |
| 3. Nombre minimum de lits par pôle : | 3 (Imagerie Pathologie) |
| 4. Nombre moyen de services par pôle : | 6 |
| 5. Nombre maximum de services par pôle : | 15 (Pôle Biologie-PUI) |
| 6. Nombre minimum de services par pôle : | 3 (Pôles Supra, Ugo, Thorax-Vaisseaux, Femme-Enfant) |
| 7. Nombre moyen de personnels médicaux par pôle : | 54.7 |
| 8. Nombre maximum de personnels médicaux par pôle : | 150.2 (Pôle SUPRA) |
| 9. Nombre minimum de personnels médicaux par pôles : | 14.3 (Pôle Recherche et Santé Publique) |
| 10. Nombre moyen de personnels non médicaux par pôle : | 366 ETPR |
| 11. Nombre maximum de personnels non médicaux par pôle : | 603.89 ETPR (Pôle SUPRA) |
| 12. Nombre minimum de personnels non médicaux par pôles : | 20.31 ETPR (Pôle Recherche et Santé Publique) |
| 13. Budget moyen par pôle : | 47 378 580 euros |
| 14. Budget maximum par pôle : | 93 704 473 euros (Pôle Digestif) |
| 15. Budget minimum par pôle : | 2 831 735 (Pôle Recherche et Santé Clinique) |

16. Selon vous, existe-t-il une taille optimale de pôle ? OUI NON

Commentaire : le pôle doit avoir une masse critique lui permettant d'être un véritable espace de gestion et être suffisamment vaste pour la mise en place de projets médicaux et de chantiers

transversaux (programme qualité...). Cependant, il ne doit pas non plus être trop important pour conserver une gestion de proximité et renforcer le sentiment d'appartenance au pôle.

17. Quels critères déterminent pour vous la taille optimale du pôle :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| La cohérence médicale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| La logique de filières | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| L'efficacité dans l'organisation et la gestion des moyens | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Les résultats financiers | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autres (préciser).....

b - Critères thématiques de constitution des pôles

18. Quels critères ont guidé la constitution des pôles dans votre établissement ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Logique de spécialités complémentaires | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Thématique d'organes | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Logique de filière de soins | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Logique de gestion, | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Logique architecturale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Logique universitaire | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Pas de critère | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autres (préciser).....

- obligation réglementaire (Biologie)
- logique géographique (Pôles mono-sites pour Charles-Richet et Louis-Mourier)
- entente entre personnes et entre équipes : par exemple, séparation des réanimations chirurgicales (pôle Supra) et médicales (Pôle Infectieux) ou deux Pôles Cœur-Vaisseaux/Thorax-Vaisseaux au lieu d'un seul.

19. Comment s'articule la recherche et la formation dans les pôles

- Partie intégrante du pôle OUI NON
- Thématique transversale interpoles OUI NON
- Autres modalités : fédérations, DHU OUI NON

Commentaire :

La recherche est une composante structurante du pôle, et fait l'objet d'une partie au sein du contrat de pôle.

Il existe des thématiques transversales interpoles comme la cancérologie, ainsi que de nombreuses coopérations entre pôles, notamment entre des pôles cliniques et médico techniques (biologie PUI, Imagerie-Pathologie qui participent à de nombreux projets de recherche).

20. Avez-vous mis en place des DHU (pour les CHU) ? OUI NON En projet

Commentaire :

Trois DHU ont été mis en place (FIRE, UNITY et Risque et Grossesse), et d'autres sont en projet. La structure des DHU se superpose à celle des pôles.

21. Critères de constitution des DHU :

Excellence du projet, visibilité internationale, labellisation et convention de partenariat.

c - les pôles multisites et les pôles transversaux ou support

Dans les établissements multisites

22. Avez-vous mis en place des pôles multisites ? OUI NON

Si oui :

23. Pouvez-vous décrire en quelques lignes l'intérêt des pôles intersites

Les pôles intersites permettent de renforcer la cohérence médicale des pôles ainsi que la qualité de la prise en charge des patients, par un échange entre disciplines complémentaires, par la création de filières de soins ainsi que par une harmonisation des pratiques entre les sites. Ils désenclavent ainsi certains services isolés, permettent une connaissance mutuelle entre les spécialités et contribuent fortement à la constitution d'un esprit GH. Cependant, une attention particulière doit être portée sur leur fonctionnement quotidien, afin de surmonter certaines difficultés logistiques. La mutualisation des soignants est également plus compliquée.

24. Au regard de l'organisation de l'établissement en pôles, l'articulation entre la notion de site et les pôles intersites vous paraît-elle satisfaisante ? OUI NON

Commentaire : cette articulation est cependant encore perfectible du fait du caractère récent du GH nécessitant une acculturation progressive ainsi qu'une clarification entre pôle et site.

25. Avez-vous un ou plusieurs pôles transversaux ou support ? OUI NON

Les citer :

- le pôle Biologie-PUI
- le pôle Imagerie-Pathologie
- le pôle Recherche et Santé Publique

II. PROJET DE POLE, CONTRACTUALISATION ET DELEGATION

26. Quels sont les items principaux de votre contrat de pôle ?

Objectifs de qualité OUI NON

Objectifs d'activité OUI NON

Objectifs de management et d'organisation OUI NON

Objectifs d'efficacité médico-économique OUI NON

Autres, à préciser :

.....

27. Moyens pour répondre aux objectifs OUI NON

Article 4-2 du contrat de pôle : « Les objectifs à 4 ans font l'objet d'une déclinaison annuelle qui précise les objectifs et les cibles chiffrées à atteindre pour l'année concernée. La déclinaison annuelle précise également les moyens annuels mis à disposition du pôle par la direction. »

28. Comment s'articulent les différents projets de pôle avec le projet médical ?
 Le projet médical du pôle est le socle du projet de pôle.

29. L'élaboration des projets de pôle est-elle antérieure à l'élaboration du projet médical ?
 OUI NON

30. Quelle est votre évaluation de l'articulation entre les projets de pôle et le projet médical d'établissement ?
 Les projets de pôles doivent nourrir le projet médical d'établissement.

31. Les projets de pôle ont-ils selon vous permis d'améliorer :

le parcours de soins des patients OUI NON

la qualité des soins OUI NON

l'efficacité médico-économique OUI NON

Commentaire : Difficile de répondre à cette question actuellement, il faudrait pour cela mettre en place des indicateurs prédéfinis afin de démontrer que les résultats en termes de parcours de soins, de qualité ou d'efficacité sont en lien avec le projet de pôle.

32. Avez-vous mis en œuvre les délégations de gestion (titres I, II, III) ?

Dans quels domaines :

- Personnel médical OUI NON

- Vacances médicales OUI NON

- Permanence des soins OUI NON

- Mensualités de remplacement non médical OUI NON

- Crédits de formation OUI NON

- Crédits de recherche et d'innovation OUI NON

- Dépenses hôtelières et médicales OUI NON

- Petit équipement médical OUI NON

- Autres, préciser :

.....

33. Quel bilan pouvez-vous faire de ces délégations

POSITIF NEGATIF MITIGE

Commentaire :

Les délégations de gestion demeurent limitées aujourd'hui, notamment du fait de la situation budgétaire déficitaire. Cependant, dans de nombreux cas, la gestion est partagée entre les pôles et les directions fonctionnelles (tableaux de bord et indicateurs de suivi à destination des pôles, initiative et consultation de l'exécutif de pôle. Par exemple : recrutement du personnel médical).

34. Avez-vous mis en place des mécanismes de redistribution des moyens entre les pôles ?

OUI NON

Commentaire :

.....

35. L'organisation en pôles induit-elle selon vous un risque de balkanisation de l'hôpital ?

OUI NON EN PARTIE

Commentaire :

Ce risque peut cependant se réaliser lorsqu'un pôle se confond avec un site, ce qui est le cas pour l'Hôpital Charles-Richet et partiellement pour l'Hôpital Louis-Mourier.

36. Comment éviter selon vous le risque de balkanisation ?

- s'assurer que les projets de pôle s'intègrent dans le projet d'établissement
- réaffirmer la stratégie d'établissement, l'unité institutionnelle et la solidarité financière entre pôles
- promouvoir les projets/coopérations/mutualisations entre pôles
- avoir un Conseil exécutif opérationnel (participation, assiduité, travail en commun), permettant une coordination/entraide entre pôle

Les contrats inter-pôles

37. En avez-vous mis en œuvre dans votre établissement ?

OUI NON

38. Dans quels domaines ? (les citer) :

.....

39. Quelle évaluation faites-vous de ces contrats inter pôle ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGEE

.....

III. TABLEAU DE BORD DES POLES, RESULTATS ET INTERESSEMENT

40. Existe-t-il dans votre établissement des tableaux de bord par pôle ?

Tableaux d'activité

OUI NON

Tableaux d'activité et financiers

OUI NON

CREA

OUI NON

Critères de performance HU (SIGAPS, SIGREC, MERRI etc., notoriété) :

OUI NON

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

OUI NON

42. Les pôles sont-ils intéressés si l'établissement est déficitaire ?

OUI NON

43. Les conditions de l'intéressement sont-elles prévues dans les contrats de pôles ?

OUI NON

44. Existe-t-il des formes d'intéressement non financières ?

OUI NON

45. Y a-t-il en particulier un intéressement sous forme d'investissement ?

OUI NON

46. Combien de pôle ont bénéficié d'un intéressement en 2012 ? aucun

47. Combien de pôle sont susceptibles de bénéficier d'un intéressement en 2013 ? aucun

48. L'établissement a-t-il bénéficié d'économies réalisées par la mise en place de l'intéressement ?

OUI NON

49. Si oui, pourcentage d'économies réalisées ? 0

IV. PLACE DES POLES DANS LA GOUVERNANCE

a. pôles et instances

50. Quel doit être selon vous la représentation des chefs de pôles dans les CME ? (question à confirmer ou non - projet de décret CME)

-membre de droit

OUI NON

-membres élus

OUI NON

Les chefs de pôle sont membres de droit à la CMEL. Participant déjà au CEL, il ne semble pas qu'ils doivent avoir un rôle particulier au sein des CMEL, celles-ci étant l'occasion de donner la parole à d'autres médecins représentant la communauté médicale.

51. Quelle appréciation portez-vous sur l'articulation de l'organisation en pôles et le fonctionnement des instances de l'établissement ?

Commentaire :

L'instance la plus concernée par l'organisation polaire est le Conseil exécutif local. C'est un lieu d'échange essentiel permettant une amélioration substantielle du dialogue médico

administratif. C'est également un lieu privilégié pour la transmission d'informations et la prise de décisions stratégiques. Son fonctionnement actuel avec plus de 30 membres du fait d'un grand nombre de pôles, peut cependant rendre le dialogue plus difficile.
Pour le Codir, l'articulation avec les pôles se fait principalement via les directeurs référents. Concernant les autres instances (CTEL, CHSCT), l'organisation en pôles ne semble pas susciter un intérêt particulier de la part des organisations syndicales qui rappellent régulièrement leur opposition de principe à l'organisation polaire.

52. Avez-vous mis en place une assemblée de chefs de pôles ? Un collège des chefs de pôles ?
 OUI NON

53. Pouvez-vous décrire succinctement le rôle de cette assemblée ?
.....
.....
.....

54. Fréquence de ces réunions:

- annuelle OUI NON
- trimestrielle OUI NON
- semestrielle OUI NON

b. relations directeur, président de CME, et chefs de pôle

55. Comment évaluez-vous les relations des chefs de pôle avec le président de CME ?
Le président de la CME est à l'écoute permanente des chefs de pôle. Il les rencontre à chaque CEL, et de façon informelle. Il les aide à prioriser et argumenter leurs projets d'excellence. Il assiste à la plupart des conférences stratégiques et budgétaires de pôle. Il réunit les chefs de pôle lors de situations exceptionnelles pour un échange direct avec eux sur des sujets stratégiques majeurs (1 réunion en 1 an dans ce cadre). Il en fait le bras armé de la mise en œuvre sur le terrain des projets hospitalo-universitaires prioritaires du groupe hospitalier.

56. Le Président de la CME co-signé-t-il les contrats internes des Pôles ? OUI NON

57. Le Président de la CME vise-t-il les contrats internes des Pôles ? OUI NON

58. Si non, le Président de la CME devrait-il co-signer les contrats internes des Pôles ?
 OUI NON

59. Comment évaluer vous les relations des chefs de pôle avec le directeur ?
Le directeur travaille en étroite collaboration avec les chefs de pôles dans la perspective de la mise en œuvre des contrats de pôles et du projet stratégique de l'établissement.

60. Les modalités de nomination des chefs de pôles sont-elles selon vous appropriées ?
 OUI NON

61. Quelles doivent être selon vous les modalités de nomination d'un chef de pôle :

Celles qui sont en vigueur à l'heure actuelle.

Le Président de la CME participe à la proposition de noms des Chefs de Pôles

OUI NON

Le Président de la CME co-nomme les Chefs de Pôles

OUI NON

Le Président de la CME devrait-il co-nommer les Chefs de Pôles?

OUI NON
.....
.....
.....

62. Comment appréciez-vous l'articulation des pôles avec la gouvernance globale de votre établissement ?

-Points forts :

- développement de la réflexion stratégique
- amélioration de la gouvernance avec quelques interlocuteurs privilégiés
- simplification du pilotage de projets au niveau du pôle
- acculturation à une logique médico administrative et au dialogue de gestion
- échange et connaissance mutuelle entre différentes logiques professionnelles

-Points faibles :

- architecture complexe des pôles (périmètre et nombre)
- hétérogénéité de l'implication des chefs de pôle
- une gouvernance interne encore en construction : positionnement des chefs de pôle vis-à-vis des chefs de service, positionnement des CAP, modalités de la démocratie interne

V. POLES ET DEMOCRATIE INTERNE

63. Avez-vous maintenu les services dans l'organisation interne de l'établissement en pôle ?

OUI NON

Commentaire :

La structuration interne des pôles est variable et se compose de fédérations et de départements (directement rattachés au pôle), de services (subdivision des départements ou des fédérations ou directement rattachés au pôle) et d'unités fonctionnelles (subdivision des départements, fédérations ou services ou directement rattachées au pôle).

64. Avez-vous maintenu des conseils de service ? OUI NON

Commentaire :

Ceux-ci ont été supprimés avec la mise en place des conseils de pôle, eux-mêmes supprimés avec la deuxième mouture des pôles (la loi HSPT supprimant l'obligation de leur maintien).

65. Quelle appréciation portez-vous sur leur intérêt ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGE

66. Quelle appréciation portez-vous sur le fonctionnement des bureaux de pôle ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGE

Commentaires :

Il y aurait cependant un intérêt à harmoniser leurs règles de fonctionnement au sein d'une charte ou d'un règlement intérieur des pôles.

67. Fréquence des réunions des bureaux de pôle :

- mensuelle OUI NON
 - trimestrielle OUI NON
 - semestrielle OUI NON
 - annuelle OUI NON

68. Thèmes abordés lors des bureaux de pôle :

Informations générales, projets stratégiques, projets du pôle, projets de service, questions diverses.

69. Quelle appréciation portez-vous sur le fonctionnement des conseils de pôle ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGEE

Commentaire :

Les conseils de pôle n'ont pas été maintenus suite à la publication de la loi HPST.

70. Fréquence des réunions des conseils de pôles :

- trimestrielle OUI NON
 - semestrielle OUI NON
 - annuelle OUI NON

71. Les conseils de pôle se réunissent-ils sur un ordre du jour ? OUI NON

72. Y a-t-il des PV ou des comptes-rendus ? OUI NON

73. Si oui quelle est la diffusion de ces PV ou comptes-rendus ?

74. Y a-t-il une assemblée générale médicale de pôle ? OUI NON

VI. PERSPECTIVES ET APPRECIATIONS

75. Quel bilan tirez-vous des modifications organisationnelles mises en œuvre par l'organisation de l'hôpital par pôle ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGE

Commentaires :

Cf. question 62

76. Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? (plusieurs choix possibles)

Débat sur l'évolution de la pertinence des découpages OUI NON
 Cloisonnement inter-pôles OUI NON
 Circulation de l'information au sein des pôles OUI NON
 Cohérence avec des logiques de sites OUI NON
 Problèmes architecturaux OUI NON
 Cohérence hospitalo-universitaire OUI NON
 Risque de balkanisation OUI NON

Autres (à préciser dans le commentaire)

Commentaires :

77. Selon votre appréciation, la mise en place des pôles a-t-elle modifié les performances de l'établissement ?

Dans le domaine de la qualité des soins OUI NON
 Dans le domaine de l'efficacité médico-économique OUI NON
 Dans l'amélioration du parcours de soins OUI NON
 Dans le développement de l'enseignement et de la recherche OUI NON

Commentaire : l'impression est plutôt positive, même si pour l'objectiver totalement il faudrait avoir des indicateurs prédéfinis permettant d'évaluer l'impact des pôles sur les performances de l'établissement.

78. Quelle évaluation faites-vous de l'organisation en pôles par les différents acteurs de la communauté hospitalière ?

POSITIVE NEGATIVE MITIGEE

Commentaire : l'impression est plutôt positive, même si pour l'objectiver totalement il faudrait avoir des indicateurs prédéfinis permettant d'évaluer l'impact des pôles sur les performances de l'établissement.

79. Avez-vous de suggestions d'améliorations du dispositif ?

- optimisation et harmonisation du fonctionnement des pôles au sein d'une charte ou d'un règlement intérieur annexé au contrat
 - progrès dans la délégation de gestion
 - construction d'indicateurs mesurables, et pas uniquement financiers, permettant le suivi annuel de l'exécution des objectifs inscrits dans les contrats de pôle (déclinaison annuelle des objectifs du pôle)

- mise en place d'une politique d'intéressement, même si elle est symbolique, afin de créer une forme d'émulation entre les pôles
 - rationalisation du découpage des pôles : priorité pour les logiques médicales et de parcours du patient, taille optimale et baisse du nombre de pôles
- NB : lors d'un séminaire CODIR/exécutif de pôles fixé au 4 octobre 2013, une mise à plat complète de la gouvernance du Groupe Hospitalier sera faite et des pistes d'amélioration identifiées puis suivies.

80. Quels sont, en particulier, vos souhaits de modifications législatives et/ou réglementaires ?

.....

.....

APPRECIATIONS INDIVIDUELLES

Appréciations générales du Directeur Général

.....

.....

.....

.....

Appréciations générales du Président de la CME

La configuration de pôles de notre groupe hospitalier présente un bilan hétérogène (quelques pôles très performants à tous les niveaux (médicaux, universitaires, gestion), mais d'autres beaucoup moins). La dispersion sur plusieurs sites pose une difficulté de fonctionnement, même si elle est intellectuellement vertueuse. L'absence de cadres administratifs dans certains pôles a paralysé le fonctionnement de ceux-ci pendant plusieurs mois, mais cette situation est en passe d'être résolue. Le président de la CME plaide pour un intéressement lisible et significatif vis-à-vis des pôles performants. La perspective d'une préfiguration de l'hôpital nord à brève échéance doit induire une reconfiguration des pôles préfigurant le futur hôpital. L'existence d'un futur pôle englobant toutes les maternités du GH est importante. Nécessité de nommer un directeur référent de chaque pôle et d'instituer une dose de délégation de gestion.

Appréciations du Doyen

.....

.....

.....

.....

document de travail

ANNEXE 5 : METHODOLOGIE ANIMATION DES ATELIERS DU SEMINAIRE

Aide à l'animation des ateliers

Comme animateur, il importe que vous consacriez toute votre attention à la conduite des débats, en évitant les débordements hors sujet et ne perdant pas de vue les deux objectifs assignés à l'atelier :

- Faire un point précis et concret du thème en discussion
- Établir une liste de propositions opérationnelles et atteignables, en les hiérarchisant.

1 – Le cadrage

Rappeler en commençant :

- Le thème tel qu'il a été formulé
- Quelques règles de bonne tenue de la réunion
 - > Ecoute mutuelle
 - > Bienveillance
 - > Ne pas répéter ce qui vient d'être dit et avec quoi on est d'accord
 - > Souci de faire progresser la discussion.

2 – Perception de la problématique par chacun des participants (tour de table).

3 – Bilan de la situation actuelle

- > S'appuyer sur des exemples concrets
- > Merci de relever les succès mentionnés par les participants
- > Avec le rapporteur vous assurez la synthèse du bilan (le paper board ou le power point sont ici utiles) en la faisant valider par les participants.

4 – Recherche de propositions opérationnelles

- > Avec le rapporteur vous assurez la synthèse des propositions.

5 – Priorisation des actions

- > Ayant listé les propositions, vous demandez aux membres de l'atelier de les prioriser
- > Méthode suggérée : chaque participants a droit à trois priorités N°1 = 3 points, N°2 = 2 points, N°3 = 1 point. En totalisant le nombre de points obtenu par chaque proposition, on obtient le classement du groupe.

FICHE DE POSTE	
GROUPE HOSPITALIER BEAUJON – BICHAT – BRETONNEAU – LOUIS MOURIER – CHARLES RICHEL Etablissements : BICHAT – BEAUJON – LOUIS MOURIER	
Directeur du GH : Service : Direction des finances	Adresse :
IDENTIFICATION DU POSTE	
Fonction : CADRE ADMINISTRATIF DE POLE Grade : Attaché d'Administration Hospitalière Présentation du groupe hospitalier : Le groupe hospitalier HUPNVS (Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine) est composé de 5 établissements : Beaujon – Bichat – Bretonneau - Louis Mourier – Charles Richet (3MCO et 2 établissements gériatriques) situés sur 3 territoires de santé d'environ 2 500 lits et places. 8 000 professionnels travaillent sur ces 5 sites et produisent quelques 120 000 séjours dont 65% en hospitalisation complète permettant de prendre en charge les patients de proximité et de promouvoir quelques axes forts (digestif, cardiologie, tête et cou, cancérologie, périnatalité...) Ce groupe hospitalier est un des principaux acteurs nationaux en matière de recherche. Rattachement fonctionnel Le Chef de pôle. Rattachement hiérarchique : Le Directeur des finances. Liaisons fonctionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le cadre paramédical de pôle ▪ Les cadres de santé du pôle ▪ Les responsables médicaux des structures internes du pôle ▪ Les autres pôles cliniques et médico-techniques ▪ Le directeur référent de pôle Présentation du pôle finances : Le pôle finances est un des pôles fonctionnels administratifs du groupe Beaujon – Bichat – Bretonneau – Louis Mourier – Charles Richet. La Direction des finances est organisée comme suit avec trois secteurs: <ul style="list-style-type: none"> - Budget et contrôle de gestion 1 cellule chargée du contrôle de gestion rattachée au directeur des finances 1 cellule chargée de l'élaboration et du suivi du budget rattachée au directeur des finances <ul style="list-style-type: none"> - Secteur recettes et hospitalisation 1 secteur Admissions et recettes 2 régisseurs + 5 régies locales 5 équipes locales chargées des admissions, frais de séjour et traitements externes Les mandataires à la protection des majeurs	
Mars 2013	

1

Les 5 services sociaux hospitaliers

- 1 secteur contrôle interne

1 AAH
Les CAP

Présentation de la structure du pôle :
A spécifier selon les pôles

Horaires de travail : Forfait cadre.

MISSIONS DU POSTE
Mission : le cadre administratif de pôle assiste le directeur des finances et le chef de pôle dans la gestion et le pilotage médico-économique du pôle en lien avec le cadre paramédical du pôle et en interface avec la Direction du groupe hospitalier. Rôle et fonction : <ol style="list-style-type: none"> 1. IL CONTRIBUE AU PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE DU POLE EN LIEN AVEC LE CHEF DE POLE ET LE DIRECTEUR DES FINANCES <ul style="list-style-type: none"> - Il participe à l'élaboration et au suivi du projet et du contrat de pôle notamment en ce qui concerne les objectifs en matière d'activité, de recettes, de dépenses et d'évolution des organisations. - Il prépare les négociations budgétaires et les réunions de bilan de contrat du pôle et y participe. Il contribue notamment à l'identification des pistes d'efficacité et à leur valorisation. - Il participe à la préparation des dossiers d'autorisation et/ou d'agrément et à la mise à jour des structures du pôle. - Il est destinataire et analyse pour le directeur des finances et le chef de pôle, les tableaux de bord et indicateurs mensuels de la Direction. Il alerte le directeur des finances et le chef de pôle sur les écarts constatés, propose et met en œuvre les ajustements et les contrôles à opérer. Il peut compléter les analyses par ses propres indicateurs et tableaux de bord. - Il alerte le directeur des finances et le chef de pôle quant à la qualité et la fiabilité du recueil des informations d'activité saisie, fait des propositions d'amélioration et élabore des outils spécifiques d'analyse de l'activité et de la charge de travail. - Il facilite et met en œuvre en coopération avec les directions fonctionnelles, le directeur référent du pôle et la direction des soins, l'accompagnement du changement lié aux orientations du projet stratégique du groupe hospitalier - Il conduit des études prospectives ciblées à la demande du directeur des finances ou du chef de pôle. 2. IL S'ASSURE DE LA GESTION DES CREDITS DELEGUES AUX POLES <ul style="list-style-type: none"> - Selon les dispositions prévues au contrat et en fonction de la délégation de gestion au chef de pôle, il s'assure de la bonne gestion des crédits délégués (crédits de remplacement, d'intérim, d'heures supplémentaires, de surprime, de formation, d'équipements). - Il répartit les crédits de titre 2 et 3 entre les services du pôle qui lui sont délégués - Il élabore, actualise et met en œuvre les procédures, protocoles et consignes spécifiques relatifs au suivi de la dépense et des crédits délégués dans le respect des dispositions réglementaires. 3. IL PREPARE L'ELABORATION ET LA DIFFUSION DU SUIVI DES INDICATEURS DU CONTRAT DE POLE EN REGARD DES OBJECTIFS CONTRACTUALISES <ul style="list-style-type: none"> - Il élabore les tableaux de bord destinés au chef de pôle et en assure la tenue - Il assiste le chef de pôle dans la rédaction du bilan annuel du contrat et du rapport annuel d'activité du pôle en lien avec le cadre paramédical de pôle - Il participe aux différentes enquêtes en lien avec la Direction (enquêtes de satisfaction, indicateurs
Mars 2013

2

<p>qualité...) et propose les supports de restitutions au chef de pôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il contribue à la fiabilisation des imputations de dépenses et affectations. - Il fournit aux directions les données nécessaires à la réalisation de diverses études (Comptabilité Analytique...) ou enquêtes (SAE, Migac, enquêtes de satisfaction, indicateurs de qualité...). <p>4. IL FACILITE L'APPROPRIATION DES ENJEUX MEDICO-ECONOMIQUES PAR LE PERSONNEL DU POLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il prépare avec le chef de pôle les bureaux de pôle et autres réunions organisées au sein du pôle. - Il participe à l'appropriation par l'ensemble des acteurs du pôle des outils de suivi d'activité et d'analyse médico-économique. A ce titre, il élabore des supports d'information synthétiques et pédagogiques - Il contribue à l'accompagnement du changement au sein du pôle. <p>5. IL CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES ORGANISATIONS AU SEIN DU POLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il participe aux études organisationnelles - Il peut piloter le déploiement au sein du pôle de projets institutionnels et il en assure le suivi. <p>6. IL COORDONNE LA GESTION DU PERSONNEL ADMINISTRATIF DU POLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il planifie, organise et contrôle les activités du personnel administratif du pôle, dont il participe au recrutement et à l'évaluation. - Il contribue à la mise en place d'organisations de travail efficaces et à l'évolution des pratiques professionnelles. - Il participe à l'évaluation de la qualité du service rendu, dont il définit et suit les indicateurs. <p>7. IL PEUT PILOTER OU PARTICIPER A DES PROJETS TRANSVERSAUX</p>
COMPÉTENCES REQUISES OU À ACQUERIR PAR FORMATION
<p>Formation et/ou qualification Formation en contrôle de gestion Management</p> <p>Connaissances requises Connaissances en législation et gestion hospitalière : statut de la Fonction Publique Hospitalière, T2A, code des marchés publics, ... Maîtrise de la méthodologie de conduite de projets Connaissance des outils de gestion informatiques (AP/HP) et de la bureautique sous Windows Connaissances à développer concernant les activités médicales réalisées dans le pôle.</p> <p>Expérience professionnelle requise Une expérience dans les différents domaines de la gestion administrative est souhaitable.</p> <p>Qualités professionnelles requises Goût de l'innovation et de l'expérimentation Sens du travail en équipe Connaissances à développer concernant les activités médicales réalisées dans le pôle. Intérêt pour les domaines diversifiés de la gestion hospitalière Sens de la communication et du dialogue Sens de l'initiative et autonomie</p>

ANNEXE 7 : ARTICLE R1646-8 DU CSP SUR LES DELEGATION DE GESTION

- Modifié par [Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 - art. 1](#)

I.-Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

II.-Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3° Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° Dépenses de formation de personnel.

III.-Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

IV.-Il est conclu pour une période de quatre ans.

ANNEXE 8 : TYPOLOGIE DES ORGANISATIONS DE MINTZBERG

- **L'organisation entrepreneuriale ou structure simple**
 - L'élément clé est le sommet stratégique dont le poids est prépondérant. Il conserve le contrôle de la prise de décision et réalise une coordination par la supervision directe.
 - La ligne hiérarchique est peu développée, l'encadrement est réduit.
 - La technostructure et le support logistique sont embryonnaires.
 - L'organisation est de petite taille. La structure est simple, informelle et flexible, ce qui lui confère une bonne capacité d'adaptation, mais marquée par peu de planification, de formation, de liaison.
 - Elle favorise le leadership très fort de type autocratique et charismatique. Intérêt : flexibilité, adhésion des membres, décision rapide. Risque : vulnérabilité, la stratégie et la gestion reposant sur une seule personne.
 - Exemple : PME PMI

- **L'organisation mécaniste ou bureaucratie mécaniste**
 - L'élément clé est la standardisation des processus de travail organisée par la technostructure. Elle se caractérise par une grande taille où le travail est rationalisé et exécuté selon des procédures standardisées. Celles-ci sont élaborées par des experts et des spécialistes.
 - A ce titre les fonctions de support et la technostructure y trouvent une place prépondérante.
 - Néanmoins il existe peu de mécanismes de liaison et la formation pourtant peu répandue y développe un rôle important d'outil de standardisation.
 - Une structure efficace dans un environnement stable et simple. La formalisation importante favorise la spécialisation et le développement des procédures. Intérêts : précision, cohérence et efficacité. Risques : problèmes d'adaptation et de coordination, évolution plus difficile.
 - Exemple : entreprise avec une certaine maturité (entreprise de production, administration publique : La Poste)

- **L'organisation divisionnalisée**
 - L'élément clé est la ligne hiérarchique.
 - Les fonctions de support sont essentielles car elles assurent la coordination entre les divisions et, à cet effet, conçoivent des standards de production.
 - Les divisions fonctionnent sur le principe de la bureaucratie mécaniste c'est-à-dire en définissant pour chaque division des normes de fonctionnement précises et de normes de performance. Chaque division dispose d'une autonomie et se compose d'une mini structure classique. Il existe une interdépendance entre les divisions.
 - La formation joue un rôle important.
 - Chaque division (par produit, gamme, clientèle, pays...) reste supervisée par une direction générale fixant les objectifs stratégiques, appliqués par chaque responsable de division qui doivent rendre compte. Intérêt : adaptation au marché et économies d'échelle. Risque : manque de contrôle de la DG, protection d'activité en déclin, peu d'innovation.
 - Exemple : entreprise multinationale (Nestlé)

- **L'organisation professionnelle ou bureaucratie professionnelle**
 - L'élément clé est le centre opérationnel : les professionnels sont maîtres de leur propre travail en relative indépendance par rapport à la ligne hiérarchique et à leurs collègues et ne restent proches que de leur client.
 - L'organisation est décentralisée et laisse un maximum d'autonomie aux salariés.
 - Les qualifications sont standardisées.

- Cette organisation est adaptée à un environnement complexe et stable qui rend nécessaire des connaissances maîtrisées. La stabilité permet ensuite de standardiser les réponses aux besoins.
- La formation joue un rôle important.
- La coordination s'effectue par la voie de formation et de la socialisation ou endoctrinement.
- L'environnement est stable mais complexe, la structure est décentralisée. Le sommet stratégique se contente de donner les grandes lignes d'actions. Afin d'accuser la coordination entre membres de la base opérationnelle, la fonction support est très développée. Intérêt : structure démocratique, favorise l'autonomie. Risque : innovation pas facile, changement lent car nécessite modification du travail des professionnels.
- Exemple : entreprises de service, école, hôpital, police.

- **L'adhocratie ou organisation innovatrice**

- L'élément clé réside dans les activités de support logistique. Elle met en avant l'innovation par un échange d'information horizontal entre les experts de la technostructure et la fonction support.
- Avec une structuration matricielle, ce type d'organisation regroupe des spécialistes dans des unités fonctionnelles dispersées en petites équipes selon le marché.
- L'autonomie est forte. Elle est justifiée par la qualification élevée des membres. La base opérationnelle est inexistante. Il n'y a pas « d'exécutants ».
- La coordination s'effectue par ajustement mutuel.
- La formation joue le rôle important de facteurs d'innovation, d'évolution, de flexibilité...
- Environnement complexe, dynamique et mouvant. Forte décentralisation du pouvoir et échange d'informations horizontal. Intérêt : innovation, démocratie, décentralisation. Risque : gaspillage des ressources car l'ajustement mutuel nécessite de nombreux cadres et beaucoup de personnel de liaison.
- Exemple : université, laboratoire de recherche, industrie de pointe.

- **L'organisation missionnaire**

- L'élément clé est l'idéologie qui fait que les membres de l'entreprise « *agissent ensemble dans le même sens* ». La structure est donc très informelle et son fonctionnement repose sur des croyances, une culture, une idéologie communes.
- Le contrôle des membres de l'organisation s'effectue par l'idéologie, jusqu'au contrôle de l'âme.
- La coordination se pratique par identification au leader et à l'idéologie créée et diffusée par des mythes et l'endoctrinement.
- Le contrôle est élevé.
- Un rôle des valeurs applicable à toute forme d'organisation, cette structure tendant plutôt vers la bureaucratie où la standardisation est forte. Intérêt : pouvoir unificateur de l'idéologie qui donne une mission aux membres de l'organisation (influence japonaise). Risque : des qualifications en désaccord avec l'idéologie.
- Exemple : un monastère. Mintzberg n'a pas observé d'entreprise structurée de la sorte.

- **L'organisation politisée**

- L'élément clé se fonde sur la politique comme mode de coordination et fait que chacun des membres tente d'imposer son point de vue en usant du pouvoir dont il dispose.
- Il n'y a pas de hiérarchie spécifique.
- Une stratégie de l'organisation difficile à connaître du fait que chacun tente d'imposer son point de vue par le jeu de réseaux et de pouvoirs. Intérêt : les décisions prises sont le résultat du jeu politique (opposition et coalition). Risque : création de conflits pouvant mener à la mort de l'organisation.
- Exemple : Assemblée nationale.

COLAS

Louise

Décembre 2013

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2012-2014

L'ORGANISATION POLAIRE : FACTEUR D'AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE ?

Résumé :

La réforme des pôles s'inscrit dans un contexte hospitalier particulier marqué par un fort cloisonnement et la coexistence de légitimités professionnelles différentes (légitimité managériale versus légitimité professionnelle). La mise en place d'un réel partenariat médico administratif nécessite donc de profonds changements culturels tant du côté de l'organisation dirigeante que de l'organisation médicale et soignante. Elle requiert également la mise en place de mécanismes de coordination et d'intégration permettant la mise en œuvre d'une vision et d'une gestion partagée. En effet, la seule mise en place de nouvelles structures ne suffit pas à garantir le fonctionnement optimal des pôles, ceux-ci devant être soutenus et appropriés par les différents acteurs hospitaliers.

C'est pourquoi la mise en place de la nouvelle gouvernance est nécessairement longue et difficile, à l'instar de l'exemple de l'organisation polaire aux HUPNVS. Elle est en outre plus complexe à mettre en œuvre dans un contexte de constitution d'un Groupe hospitalier de grande dimension.

La dynamique polaire doit donc s'appuyer sur un cadre clair, adapté aux spécificités de l'établissement et partagé par ses acteurs.

Mots clés :

Pôle, gouvernance, réforme polaire, Groupe hospitalier, dialogue de gestion, pôle multi site, coordination, acculturation, appropriation.

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.