



Directeur d'Hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

La structuration d'une dynamique polaire dans un établissement de taille intermédiaire : l'exemple du Centre Hospitalier de Dieppe

Arnaud BUREL

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des équipes du Centre Hospitalier de Dieppe pour m'avoir permis de rédiger ce travail. Leur disponibilité et leurs réflexions ont considérablement alimenté ce travail et l'ont rendu possible.

Je remercie également l'ensemble des mes camarades de promotion que j'ai pu solliciter dans le cadre de ce travail et qui m'ont offert une porte d'entrée précieuse dans le cadre de l'analyse comparative que j'ai pu réaliser.

Un grand merci enfin à l'équipe de direction au sens large, qui m'a tout d'abord soutenu dans ce choix de mémoire et qui s'est montrée bienveillante tout au long de mes sollicitations et de mes besoins de relecture critique.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les bénéfices attendus de l'introduction des pôles à l'hôpital public et leur mise en place au CH de Dieppe	6
1.1 Une mise en place qui visait à répondre à plusieurs objectifs dans un contexte de modernisation et de transformation des établissements de santé	6
1.1.1 Donner une place plus importante à la communauté médicale dans le pilotage des hôpitaux.....	6
1.1.2 Optimiser la prise en charge des patients avec la mise en place de filières de soins	8
1.1.3 Responsabiliser davantage les équipes, notamment médicales, dans le pilotage des établissements de santé	9
1.2 Une structuration polaire qui apparaît fort disparate en fonction de la taille et des caractéristiques des établissements de santé	11
1.2.1 Une organisation qui apparaît pertinente, bien que disparate dans les CHU, au vue de leur taille critique	11
1.2.2 Des centres hospitaliers intermédiaires qui peinent à trouver le modèle et la structuration adéquate	14
1.2.3 Des petits établissements et plus largement des exemples internationaux dans lesquels la logique en service reste prépondérante	18
1.3 Le modèle de structuration actuel du Centre Hospitalier de Dieppe	20
2 Une structuration polaire qui se heurte à de nombreuses limites, interrogeant la pertinence des pôles au Centre Hospitalier de Dieppe	26
2.1 Une grande hétérogénéité de fonctionnement en fonction des pôles considérés ..	26
2.1.1 Des différences de fonctionnement notables en fonction des pôles	26
2.1.2 Une gouvernance qui n'a pas été homogénéisée au gré des changements	27
2.1.3 Des logiques de constitution et d'organisation qui expliquent en partie les difficultés rencontrées	28
2.2 Un positionnement et une articulation entre les acteurs qui semblent devoir être précisés	29

2.2.1	Des cadres administratifs de pôle qui peinent à trouver leur place dans un contexte changeant.....	29
2.2.2	Des directeurs de pôle isolés qui ne semblent pas avoir les moyens de remplir leur fonction.....	31
2.2.3	Des chefs de pôle en attente de plus de légitimité et d'une plus grande autonomie	33
2.3	Un manque de moyen et d'outils au niveau des pôles qui freine leur développement.....	35
2.3.1	Une absence déplorée de délégation et d'intéressement au niveau des pôles	35
2.3.2	Des outils d'analyse et de pilotage trop peu développés et appropriés pour être pleinement pertinents.....	37
2.3.3	Des pôles par ailleurs fortement contraints par des marges de manœuvre limitées	38
3	Sans être rendue caduque ou dépassée, la structuration en pôles doit désormais être mise en adéquation avec les contraintes diverses existantes dans l'établissement et sans être trop ambitieuse, embarquer le plus de personnes possibles.....	40
3.1	Ce que la comparaison avec d'autres établissements nous enseigne en matière de structuration polaire	40
3.1.1	L'importance de la cohérence et de la méthode partagée de construction et d'élaboration des pôles	41
3.1.2	La nécessité de bien former et définir les missions respectives des acteurs polaires	43
3.1.3	L'impératif de donner du sens et de la légitimité pour que les pôles soient connus et reconnus par tous.....	45
3.2	Des attentes et des contraintes au niveau de l'établissement qu'il s'agit toutefois de bien intégrer pour une approche optimale et garante de l'adhésion collective.....	47
3.2.1	Réussir à concilier des intérêts et des attentes qui peuvent sembler contradictoires.....	48
3.2.2	Parvenir à convaincre l'ensemble des acteurs que les pôles doivent devenir des lieux d'échanges, de négociations et de prise de décisions incontournables	49
3.2.3	Garantir que la réussite de cette démarche ne se heurtera pas à des individualités ou des enjeux de court terme, notamment dans un contexte où ce projet devra être mené à coût constant.....	52

3.3	Un plan d'actions qu'il convient donc d'arbitrer et de dimensionner en fonction des besoins de l'établissement et des contraintes des acteurs, selon des scénarios plus ou moins ambitieux.....	54
3.3.1	Un plan d'actions multiples, avec deux scénarios préférentiels	54
3.3.2	Le scénario à minima : un scénario qui sans permettre un aboutissement complet de la logique polaire présenterait l'avantage d'être plus réaliste sans modifier complètement la culture de l'établissement	56
3.3.3	Le scénario ambitieux : un scénario qui permettrait une véritable structuration polaire, tout en nécessitant un accompagnement au changement autour d'acteurs formés et convaincus	57
	Conclusion.....	60
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes	65

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé

CAP : Cadre d'Appui à la Performance

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMUG : Commission Médicale Unifiée de Groupement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHESP : Ecole des Hautes Études en Santé Publique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

Loi HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

PAT : Pôle des Activités Transversales

PCME : Pôle Chirurgie, Mère, Enfant

PMSP : Projet Médical et Soignant Partagé

SMR : Soins Médicaux de Réadaptation (anciennement SSR)

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

Introduction

« L'hôpital public se trouve écartelé entre des exigences contradictoires et doit relever le défi suivant : soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût. Il est de son devoir de jouer un rôle central en matière de soins préventifs, curatifs et palliatifs, accueillir les personnes âgées et les plus démunis, mettre en œuvre une médecine de très haute technicité, spécialisée et coûteuse, tout en réduisant les coûts de manière drastique ».

Ces propos sont ceux de K. Piganeau et datent désormais de près d'une vingtaine d'années. Ils illustrent pourtant une tendance toujours d'actualité, qui renvoie aux mutations qui sont aujourd'hui à l'œuvre au sein de l'hôpital public. Confrontés à de multiples défis, le fonctionnement et la structuration des hôpitaux semblent aujourd'hui plus que jamais questionnés. La multiplication des réformes au tournant des années 2000, autour notamment de l'ordonnance du 2 mai 2005 ou de la grande loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) de 2009, avait ainsi visé à façonner le fonctionnement des hôpitaux autour de grands pôles d'activité.

Un pôle, selon la définition la plus courante est ainsi avant tout un regroupement de services, selon des logiques qui peuvent varier (logique de filières, de prise en charge, logique interpersonnelle, logique de regroupement géographique...) avec en son sein des activités de soins communes ou complémentaires. Les différentes réglementations intervenues en la matière souhaitaient également doter les pôles d'une gouvernance particulière, dite d'un quatuor de pôle, articulée autour de la figure du médecin chef de pôle, accompagnée d'un cadre soignant et d'un cadre administratif, en lien avec un directeur délégué. Le fait toutefois que cette réforme intervienne précisément à cette période n'est en rien le fruit du hasard et sa postérité et les critiques qu'elle attire et qu'elle attirera en seront en quelque sorte les marqueurs. Cette réforme est en effet résolument marquée du sceau d'un contexte d'austérité, postérieur à la crise de 2008, et d'une logique de rationalisation et d'efficience médico-économique, qualifiée parfois de courant du new public management (Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2012), qui se traduira notamment dans les différents plans de retour à l'équilibre qu'ont connu les hôpitaux.

Selon cette logique, la mise en place de grands pôles médico-administratifs devait permettre une rationalisation des dépenses, une lutte contre le gaspillage et une responsabilisation plus grande des acteurs, notamment des acteurs médicaux, se traduisant in fine par des sources d'économies budgétaires. Pourtant si le législateur a entendu, à travers la loi HPST de 2009, imposer l'organisation en pôles d'activité à l'ensemble des établissements de santé, une grande liberté est laissée aux établissements eux-mêmes dans la mise en place de cette structuration. La décision de création des pôles d'activité revient ainsi au seul chef d'établissement, qui arrête la structuration en pôles après concertation avec le directoire, sur avis du président de la CME et, dans les CHU, sur avis du président de la CME et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Les pôles d'activité clinique et médico-technique peuvent comporter des structures internes mais là encore sans qu'aucune obligation formelle ne soit imposée. Il revient également au directeur de décider de cette organisation et notamment de la structuration de la gouvernance polaire, idéalement autour du quatuor de pôle que nous avons évoqué plus haut. La loi HPST précise par ailleurs qu'à la tête des pôles, est nommé un chef de pôle, pour 4 ans, qui peut recevoir une délégation de signatures, lui permettant ainsi de bénéficier d'une autonomie plus grande et de mener une gestion au plus près des structures internes.

Cette imprécision volontaire du législateur qui évoque de multiples possibilités d'organisation, mais sans jamais les imposer, explique ainsi les différences notables d'organisation qui existent entre les établissements de santé. En fonction en effet de leur taille, de leur histoire, du contexte économique et social et parfois surtout des sensibilités de la Direction Générale et de la communauté médicale, cette gouvernance polaire est plus ou moins opérationnelle et poussée. L'exemple désormais largement connu du Centre Hospitalier de Valenciennes, premier établissement à avoir mis en place une large délégation de gestion et de prise de décision au niveau polaire, démontre combien les pôles peuvent structurer la vie des établissements, à condition toutefois que cette structuration embarque l'ensemble des personnels (soignants comme non soignants) et qu'elle soit adaptée aux caractéristiques de l'établissement considéré. Cette large délégation qui, pour la première fois va également être mise en place dans un Centre Hospitalier Universitaire, celui de Nice, semble ainsi bénéficier d'un véritable atout.

Pourtant ces quelques exemples ne doivent pas cacher une réalité qui apparaît bien plus nuancée. Dans de nombreux autres établissements en effet, la mise en place des pôles apparaît largement inachevée, matérialisée avant tout dans les organigrammes, mais sans que cela ne se traduise au quotidien. Dans ces établissements, les pôles apparaissent soit comme un échelon supplémentaire mais sans réelle valeur ajoutée par rapport à l'échelle du service, qui structure encore largement le quotidien des agents de l'hôpital, soit se heurte à un manque de structuration et à des rivalités internes qui en empêchent le bon fonctionnement. Surtout le rapport Claris paru en 2020 a remis en lumière une problématique, qui en réalité n'avait jamais disparu, qui est celle de la place des services dans cette nouvelle gouvernance. Implicitement c'est bien la place des équipes de terrain et de la démocratie sanitaire de proximité qui est questionnée, face à la montée de pôles, parfois avec des dimensionnements larges et peu identifiés par les personnels hospitaliers. Toutefois, le fait que cette réforme soit encore relativement récente, explique le recul relatif que nous ayons sur la mise en place des pôles dans les hôpitaux. Sans compter en effet le temps qu'il a fallu pour structurer cette nouvelle organisation imposée par le législateur, dans des hôpitaux confrontés par ailleurs à de multiples enjeux de désorganisation, dans certains établissements, les pôles ne sont réellement opérationnels et stabilisés que depuis quelques années. Cela permet notamment d'expliquer que selon un rapport de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, remis à la Ministre de la santé en 2014, à cette date « si les pôles avaient été bien mis en place dans la quasi-totalité des établissements, seuls 60% avaient par la suite signé des contrats de pôles et acté une délégation de gestion large à ces pôles ».

Surtout, si les travaux de recherche et les rapports sur le sujet semblent attribuer de larges vertus à la mise en place des pôles, conformément aux objectifs qui étaient alors recherchés par le législateur, peu de données et d'analyses qualitatives permettent d'étayer ce point. L'étude précédemment citée, appelait d'ailleurs dès 2014 à un approfondissement de la logique en pôles et convenait que des distinctions majeures de fonctionnement existaient entre les grands établissements, notamment universitaires, pour qui la mise en place des pôles devenait un enjeu prioritaire en raison d'un effet de taille évident et les plus petits établissements, dans lesquels les pôles n'apparaissaient clairement pas comme une priorité, voire faisaient l'objet d'une méfiance de la part de la communauté médicale. Si pour Guy Vallet (Vallet et al 2012), la mise en place des pôles ne peut de fait être assimilée à une révolution au sens strict du terme, elle emporte toutefois un véritable

changement de paradigme, qui était en gestation depuis une dizaine d'années. Un changement, toutefois largement inéluctable selon lui, empêchant désormais tout retour en arrière possible dans ce domaine.

La mise en place des pôles apparaît donc à une sorte de tournant, presque au milieu du gué. Suffisamment enracinée pour ne pas être remise en cause mais insuffisamment aboutie pour produire dans de nombreux établissements, les valeurs ajoutées qui lui était attribuées. De ce point de vue la situation à l'œuvre au Centre Hospitalier de Dieppe est particulièrement illustrative et éclairante. Établissement support du Groupement hospitalier de territoire Caux Maritime ainsi qu'hôpital dans lequel j'ai pu réaliser à la fois mon stage de découverte ainsi que mon stage de direction, le centre hospitalier de Dieppe est un établissement central de son territoire, situé au cœur de la ville, au croisement de multiples enjeux sociaux, économiques et territoriaux. C'est ainsi durant ce premier stage de deux mois, dit stage blouse blanche, en immersion principalement dans les services de soins, que m'est venue cette impression que la structuration polaire demeurerait largement inaboutie, sinon seulement apparente sur le papier. Le rapport de la Chambre régionale des comptes portant sur le Centre hospitalier de Dieppe et daté de 2015 notait d'ailleurs que dans leur structuration d'alors, les pôles n'étaient pas pleinement associés au pilotage de l'établissement et dotés des outils de management adéquats. Au total, toujours selon le rapport « d'importantes marges de progrès s'entrevoient afin d'impliquer davantage les responsables de pôle dans le management interne ».

Il est par ailleurs intéressant de noter que près de 8 ans après, la situation ne semble de ce point de vue, pas avoir changé. Lors de sa dernière évaluation datée d'avril 2023, la CRC Normandie notait de manière succincte que « Les pôles d'activité clinique et médico-technique ne sont pas opérationnels en l'absence de projets, de démarches de contractualisation et du fait d'une vie institutionnelle interne particulièrement réduite »

Ayant par le passé eu l'opportunité de faire un stage dans un Centre hospitalier universitaire, doté de nombreux pôles, eux-mêmes organisés en filières de soins bien définies, j'ai pu ainsi mesurer l'écart qui pouvait exister entre ces deux types d'établissement. Je me suis donc demandé si contrairement aux CHU, qui de par leur taille, ont de fait besoin d'un échelon supplémentaire qu'est le pôle, dans les Centres hospitaliers de taille moyenne, la réflexion était la même, ou si au contraire dans un moment où l'on parle plus que jamais d'un retour des services, il était toujours pertinent de vouloir à tout prix structurer les établissements autour de pôles.

Autrement dit les atouts de performance et d'efficacité qui étaient attribués aux pôles sont-ils réellement valables dans des établissements comme Dieppe ? Surtout les pôles sont-ils toujours plébiscités par les acteurs hospitaliers eux-mêmes ou n'y voient-ils finalement qu'une contrainte institutionnelle supplémentaire.

Par ailleurs, en raison de la faible recherche et documentation consacrée aux pôles dans les centres hospitaliers, j'ai considéré que ce travail, structuré autour d'un benchmark d'établissements similaires, ainsi que d'analyses tant qualitatives que quantitatives, pouvait être une source de réflexion et d'analyse pertinente, afin notamment d'éclairer les choix ou non que pourrait faire la direction générale du CH de Dieppe dans ce domaine.

Ce travail s'inscrit en effet dans une période où le CH de Dieppe est de fait en pleine réécriture de son projet d'établissement et en son sein de son projet de gouvernance. La situation actuelle de tensions, à la fois budgétaires, mais également de cristallisation sur certains sujets avec la communauté médicale, appelle ainsi à une refondation nécessaire de la gouvernance hospitalière et notamment de celle des pôles. Dans ce cadre, il m'a notamment été remis comme mission, en lien avec la directrice des finances et du pilotage de gestion du GHT, de réfléchir, négocier et rédiger les futurs contrats de pôles, qui viendront traduire l'ambition de l'établissement dans ce domaine et qui découleront nécessairement de multiples échanges avec les acteurs polaires.

Ce mémoire se veut ainsi à la fois un travail de recherche et de documentation, pour appuyer et structurer la démarche de l'établissement mais également un retour d'expérience de la façon dont la gouvernance polaire a pu être déployée dans d'autres établissements.

La première partie de ce travail sera ainsi consacrée à un approfondissement de la logique tant économique que médicale, qui explique la mise en place des pôles ainsi qu'à un état des lieux de la situation au CH de Dieppe (1).

Par la suite nous verrons que cette structuration en pôle apparaît aujourd'hui largement inachevée, sans véritablement prendre et faire sens pour les équipes (2).

Enfin la dernière partie de notre travail sera consacrée à des préconisations, qui appuyées notamment sur la comparaison avec des établissements de taille similaire, montreront combien, sous certaines conditions, les pôles peuvent prendre tout leur sens dans un centre hospitalier comme celui de Dieppe (3).

1 Les bénéfices attendus de l'introduction des pôles à l'hôpital public et leur mise en place au CH de Dieppe

La mise en place des pôles, en tout cas dans la logique qui a présidé à leur création, poursuivait ainsi plusieurs objectifs de responsabilisation et d'efficience (1.1), qui se sont naturellement heurtés à la diversité des établissements de santé publics en France (1.2). De ce point de vue, la situation du CH de Dieppe est éclairante puisqu'elle illustre toutes les difficultés que peuvent rencontrer les établissements dans la structuration de leur pôle (1.3).

1.1 Une mise en place qui visait à répondre à plusieurs objectifs dans un contexte de modernisation et de transformation des établissements de santé

Réforme parfois comparée aux grandes réformes fondatrices de 1958 en ce qui concerne les hôpitaux publics, la mise en place des pôles d'activité poursuivait ainsi un triple objectif. Tout d'abord redonner du pouvoir à la communauté médicale (1.1.1), par la suite mieux organiser la prise en charge des patients, selon une logique de filière (1.1.2) et enfin responsabiliser davantage les équipes (1.1.3).

1.1.1 Donner une place plus importante à la communauté médicale dans le pilotage des hôpitaux

L'équilibre des pouvoirs au sein de l'hôpital entre le corps des directeurs, dans lequel j'inclus volontairement les directeurs de soins, qui sont également formés à l'EHESP et de l'autre la communauté médicale, est depuis longtemps un sujet soumis à des débats passionnés. Dans ce cadre, la loi HSPT, qui vient conforter et préciser le fonctionnement des pôles, visait à contrebalancer la toute-puissance d'un directeur qui est seul à la tête de son établissement. Or pour ce faire le législateur a souhaité que la gouvernance des pôles d'activité revienne à un membre de la communauté médicale, nommé chef de pôle, par décision du directeur.

La fonction de chef de pôle est ainsi une fonction centrale à l'hôpital, en raison notamment des nombreuses prérogatives et missions de son titulaire.

Ces dernières sont notamment fixées par la fiche de poste du chef de pôle ainsi que par le contrat de pôle qui est passé entre la direction et le pôle concerné. En fonction ainsi de la volonté plus ou moins décentralisatrice de la direction, le chef de pôle peut se voir attribuer délégation de gestion en matière de dépenses, dans l'ensemble des domaines suivants :

- Les dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- Les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Les dépenses à caractère hôtelier ;
- Les dépenses d'entretien et de réparation des équipements.

Il peut également se voir attribuer des missions dans l'ensemble des domaines suivants :

- La gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- La définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- L'affectation des personnels au sein du pôle ;
- L'organisation de la continuité des soins et de la permanence médicale ou pharmaceutique.

En redonnant ainsi la main aux médecins pour un certain nombre de décisions de la vie courante, en lien bien sûr avec les autres membres du trio de pôle, la mise en place des pôles visait à renforcer l'efficacité des pôles et à éviter que les décisions prises, ne soient trop éloignées du terrain.

A noter toutefois que la mise en place des chefs de pôle se heurte à deux écueils sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir plus en détail par la suite.

Tout d'abord, on l'a dit, ces missions et son rôle sont d'autant plus importants et utiles que la direction et la communauté médicale ont entendu les consacrer.

Par ailleurs le recrutement de chef de pôle peut se heurter dans certains établissements à un manque notable de candidat, pour une fonction chronophage, en sus de sa fonction habituelle et peu valorisée. La part financière est par exemple fixée par décret de la manière suivante : une part fixe mensuelle de 200 euros et une part variable annuelle d'un montant maximum de 2.400 euros « déterminée par le directeur de l'établissement en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle ».

1.1.2 Optimiser la prise en charge des patients avec la mise en place de filières de soins

Le deuxième objectif, davantage orienté sur le patient, visait ainsi à encourager la création de pôle selon une logique de prise en charge du patient. L'hôpital et d'autant plus dans les grands établissements, peut en effet avoir tendance à fonctionner en silo, ce qui peut s'accompagner de véritables pertes de chance pour le patient.

Les pôles étaient ainsi l'occasion de reposer le fonctionnement de l'hôpital en encourageant un regroupement selon plusieurs logiques de prise en charge.

Comme la composition et la constitution des pôles demeure à la main de la direction générale, il n'existe pas d'idéal type de structuration de cette logique de prise en charge. Il apparaît toutefois que dans les faits et notamment en suivant les référentiels qu'ont pu établir la DHOS et l'ANAP à ce sujet (2010), l'établissement se doit de donner une taille critique aux pôles et d'assurer la cohérence des structures internes à ceux-ci.

En ce qui concerne la taille critique, des recherches académiques ont permis d'aboutir au constat que si un pôle doit nécessairement atteindre une taille suffisante pour être pertinent et assurer cette prise en charge cohérente du patient, des pôles trop grands apparaissent inadéquats, au risque de perdre toute cohérence (Bendaira et al, 2012).

L'enquête réalisée par les Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et auprès des établissements de santé, concluait ainsi que des pôles trop importants (comprenant plus de 300 ETP par exemple) pouvaient présenter certaines difficultés de management et un risque de balkanisation. Une moyenne de 200 agents en Equivalents Temps Plein (ETP) semblait, selon ces chercheurs, être un bon compromis.

Pour ce qui a trait à la cohérence des pôles, différentes logiques peuvent entrer en jeu quant au regroupement des activités.

On peut tout d'abord se retrouver face à une logique que l'on pourrait qualifier de médicale. Le pôle regroupe alors des activités médicales appartenant à une même famille, la médecine par exemple ou alors des activités complémentaires les unes avec les autres. On peut trouver ensuite dans certains établissements une logique architecturale. Selon cette logique forment un pôle, les activités qui se trouvent à proximité géographiquement, voire même sur un même bâtiment. Cette logique permet ainsi de faciliter le travail des équipes lorsque des redéploiements sont par exemple nécessaires ou encore facilite le travail de l'encadrement, qui n'a pas à se trouver sur plusieurs sites géographiques en même temps.

Enfin on peut retrouver en dernier une logique que je qualifierais de logique managériale. Le regroupement ne se fait pas forcément en fonction de logique médicale ou

de structure, mais plutôt en fonction d'affinités, de considérations « politiques » ou encore d'une forme de bon sens, qui conduit à réunir les activités dont la nature ne les prédestine pas à un pôle en particulier. C'est notamment la logique qui régit la constitution des pôles médicaux techniques.

Comme le rappellent Bendaira, Calmes et Glardon (Bendaira et al, 2012) l'aspect relationnel entre les différents chefs de services semble déterminant dans le découpage des pôles, pour des questions d'affinités ou d'antagonismes. Une considération qui n'est ainsi pas en lien direct avec le soin et qui peut parfois entraîner des complications ou expliquer des constructions de pôle qui ne répondent pas nécessairement à une logique de prise en charge ou à une logique répondant aux objectifs du projet médical par exemple.

En s'appuyant sur les données recueillies par la mission des conférences de directeurs et consacrées aux pôles, plus de 90% des pôles semblent aujourd'hui construits sur une logique médicale (activités similaires ou complémentaires), ce taux s'élevant à 97% pour les Centres Hospitaliers les plus importants. Dans la plupart des hôpitaux, on va ainsi retrouver des pôles à vocation généraliste (pôle médecine par exemple ou des activités transversales). Dans certains grands hôpitaux, comme les CHU, on trouve également des pôles organisés selon une logique d'organes (il existe par exemple un pôle consacré à l'abdomen au CHU de Rennes).

Pour illustrer ces propos et montrer l'importance d'avoir une véritable réflexion sur la constitution de ces pôles, le CH de Dreux, qui compte environ 758 lits, a profité de la réécriture de son projet d'hôpital ainsi que de son projet médical pour revoir complètement la composition et la nature de ses pôles, en adoptant une logique résolument orientée vers le patient. Le centre hospitalier a fait passer le nombre de ses pôles de 12 à 6, en misant sur un véritable processus incrémental, sur lequel nous reviendrons par la suite, alliant réflexions sur le positionnement territorial qu'entend avoir le CH et mise en place d'une structuration interne la plus efficiente possible.

1.1.3 Responsabiliser davantage les équipes, notamment médicales, dans le pilotage des établissements de santé

Enfin et c'est le dernier élément que l'on développera dans cette partie, la mise en place des pôles visait également à responsabiliser davantage les équipes et de ce fait à accroître leur intérêt à la bonne gestion des établissements de santé.

Cette responsabilisation, qu'elle soit celle du chef de pôle directement ou des équipes qui le composent, peut passer par plusieurs dispositifs différents, plus ou moins incitatifs et efficaces.

Le premier d'entre eux et le plus simple à mettre en place, concerne la **contractualisation**, qui est passée entre le chef de pôle, au nom de son pôle et la direction générale. Par cette contractualisation, le chef de pôle s'engage ainsi sur un certain nombre d'indicateurs, qui répondent notamment aux objectifs du projet médical ou du projet d'établissement. Cet outil, mis en place conformément à l'esprit de la loi HPST, peut prendre plusieurs formes en fonction des ambitions et des besoins recherchés.

Ainsi, et notamment en reprenant les éléments de l'enquête menée par la conférence des directeurs d'hôpitaux sur les pôles d'activités, certains éléments semblent y figurer de manière quasiment systématique : c'est notamment le cas des objectifs d'activités, d'efficience médico-économique, de qualité ou encore de management et d'organisation.

De même, mais de manière plus rare, on peut également trouver des éléments ayant trait au type d'établissement ou à des priorités définies comme stratégiques par les dirigeants et/ou les instances : ainsi, par exemple, des objectifs en matière de recherche, de coopérations territoriales, ou encore des critères reprenant des objectifs du CPOM ou du projet d'établissement.

Enfin des objectifs liés aux activités d'enseignement et de formation peuvent figurer, souvent à titre exceptionnel, dans les contrats de pôle.

Toutefois c'est surtout le degré de responsabilité qui est donné au chef de pôle par la suite qui agira le plus sur la responsabilisation. C'est par exemple le cas en ce qui concerne les délégations de gestion, dont la mise en place se poursuit mais dont le type et le niveau des champs délégués aux pôles est extrêmement différent d'un établissement à l'autre.

Cette délégation peut ainsi concerner plusieurs thématiques, en fonction là aussi des besoins et de la stratégie de l'établissement : il peut s'agir par exemple de déléguer les mensualités de remplacement, les crédits de formation, les dépenses hôteliers voire médicales.

Par ailleurs et notamment concernant le champ des ressources humaines, il n'est pas rare que soit déléguée la gestion du personnel médical ou non-médical de l'organisation de la permanence des soins.

Enfin la responsabilisation des acteurs du pôle peut se traduire par un intéressement fort aux résultats produits par le pôle. Que ce soit par exemple un intéressement à la création et à l'aboutissement de projets définis à l'échelle du pôle, un intéressement par le biais d'une enveloppe financière dédiée ou de crédits d'investissement spécifiques ou encore un intéressement aux résultats de l'établissement. Cette logique étant aujourd'hui d'autant plus présente que la certification des établissements de santé, autour d'indicateurs de qualité, a permis d'avoir des référentiels communs et détaillés.

A noter qu'il est bien sûr primordial que l'ensemble de ces éléments soit défini de manière précise et coordonnée en amont dans le contrat de pôle, afin qu'il soit bien intégré par tous les acteurs.

Si l'on verra dans la prochaine partie que cette volonté décentralisatrice s'est heurtée à un principe de réalité, et reste peu développée, notamment dans les centres hospitaliers, ce principe de responsabilisation apparaît néanmoins comme un principe fort, à même de renforcer la place et le rôle de la communauté soignante dans l'établissement et en premier lieu la figure du chef de pôle, qui apparaît parfois effacée. Tout ceci en contribuant par ailleurs à créer une véritable dynamique collective à l'échelle des pôles, qui là aussi fait parfois défaut.

Comme on a déjà commencé à le voir, la mise en place des pôles à l'hôpital public, pourtant par ailleurs bien engagée dans la plupart des structures se heurte à de nombreuses limites, qui dépendent notamment de la taille des établissements considérés (1.2).

1.2 Une structuration polaire qui apparaît fort disparate en fonction de la taille et des caractéristiques des établissements de santé

Cela permet par exemple d'expliquer pourquoi dans cette partie, nous ferons une distinction notable entre les grands centres hospitaliers universitaires (1.2.1), les centres hospitaliers de taille intermédiaire, sur le modèle de celui de Dieppe (1.2.2) et les plus petits centres, tout en envisageant une brève comparaison internationale (1.2.3).

1.2.1 Une organisation qui apparaît pertinente, bien que disparate dans les CHU, au vue de leur taille critique

Comme le rappelle Grenier et Bernardini-Perinciolo dans leur article consacré au sujet des pôles, les CHU ont été largement moteurs dans la mise en place des pôles au début des années 2000. En raison en effet de leur taille et du nombre conséquent de services qu'ils comportent, il apparaît comme tout naturel qu'un échelon supplémentaire puisse permettre de structurer davantage le fonctionnement de ces structures. Dans un article universitaire, Jimmy Vallejo (Vallejo et al, 2020) considère ainsi que la mise en place des pôles peut être considérée comme un moyen de réduire l'anarchie organisée au sein des hôpitaux. Ce concept, emprunté à Olsen notamment, désigne ainsi des organisations complexes qui se caractérisent par des préférences incertaines, une technologie floue et une participation fluctuante. L'hôpital est en effet un des rares espaces professionnels où doivent coexister tant de professionnels différents (communautés médicales, soignantes,

administratives, techniques...) avec souvent des intérêts qui peuvent apparaître contradictoires voire opposés.

Dans ce cadre l'objectif du pôle est de réduire les dissensions qui peuvent exister dans les préférences des individus, notamment lorsqu'elles s'expriment dans des services, qui peuvent se compter en centaine dans certains grands CHU. Le pôle procède ainsi au regroupement de ces services. A titre d'exemple, 22 pôles cliniques et médico-techniques ont été constitués au CHU de Strasbourg, à partir de 90 services, sous l'égide d'un seul et même professionnel, le chef de pôle qui, fort de la légitimité que lui confère sa fonction, se fera le porte-parole de l'ensemble de ses collègues. Ceci explique donc pourquoi les CHU sont aujourd'hui aussi avancés dans la mise en place des pôles et pourquoi la plupart des articles consacrés à ce sujet prennent comme exemple des centres universitaires par ailleurs.

Pour autant dans les faits, la mise en place des pôles dans les CHU ne paraît pas avoir permis de réduire cette anarchie organisée, conduisant au contraire dans certains cas à accroître cette anarchie, faute d'adhésion et de participation et à accentuer le gaspillage organisationnel et la perte d'efficacité, générés précisément par l'anarchie organisée.

Ce constat relativement peu flatteur à l'égard des pôles et qui servira indéniablement de point de vigilance lorsque nous aborderons la situation du CH de Dieppe, peut relever de différentes clés d'explication.

Tout d'abord dans de nombreux établissements de grande taille, les pôles ont été vidés de leur contenu par l'absence de délégation de gestion et la centralisation des décisions a pu être ressentie comme une régression par rapport à ce qui se faisait avant. En ce qui concerne tout d'abord les délégations de gestion, la situation est extrêmement diverse, y compris entre les CHU eux-mêmes, contrairement à ce qui aurait pu être postulé, du fait notamment de leur taille et de leur situation.

Si certaines thématiques semblent déléguées aux pôles dans la majorité de ces structures (mensualités de remplacement, crédits de formation, dépenses hôtelières et médicales), c'est moins le cas sur d'autres champs (gestion du personnel médical ou non-médical, permanence des soins, équipements, travaux ou produits de la recherche et de l'innovation par exemple).

L'étude menée par la conférence des directeurs montre de son côté que parmi les plus gros établissements, entendu comme ceux ayant un budget supérieur à 100 millions d'euros, seuls 60% ont mis en place ce type de délégation.

Ce faible pourcentage semble ainsi relever de réticences à la fois de la part de la direction générale, qui estime souvent que les pôles ne sont pas prêts à de telles

délégations et à faire les arbitrages difficiles que cela peut entraîner ainsi que par la nécessité de faire des choix à l'échelle d'un établissement. Cependant cela peut aussi provenir des pôles eux-mêmes qui ne souhaitent pas assumer de telles responsabilités, surtout dans des établissements confrontés à des situations financières délicates (dans ces cas-là, ce n'est pas tant la gestion qui est déléguée que la contrainte). Or dans bien des cas les pôles au sein des CHU ont l'impression de n'avoir été créés que comme des variables d'ajustement financière, afin notamment de permettre le retour à l'équilibre de l'établissement. Cette logique, en plus de ne pas permettre une véritable adhésion des équipes autour des pôles, risque d'aboutir in fine à une opposition entre les pôles excédentaires et les pôles déficitaires.

Il ressort ensuite que même et parfois encore plus, dans des grands établissements, les pôles ont du mal à trouver leur légitimité et leur place, constamment pris entre les services d'une part et la direction générale de l'autre. Ceci conduit donc bien souvent au fait que faute de véritables et substantielles délégations de gestion, le pôle occupe un rôle à la marge des processus de décision. Ceci est souvent d'autant plus marquant que les acteurs majeurs du pôle, le fameux quatuor de pôle, ont du mal à trouver leur place et à définir leur rôle. Faute en effet d'une véritable définition du rôle de ces acteurs, voire parfois des compétences nécessaires pour occuper de telles positions, des postes pourtant centraux comme chef de pôle ou cadre administratif de pôle se trouvent vidés de leur sens. Ceci aboutit donc à une multiplication des tensions, à la mise en place de quatuors de pôle qui sont souvent vécus comme une perte de temps par les acteurs, ce qui en retour affaiblit encore davantage l'image et la légitimité des pôles.

Enfin la dernière grande problématique qui est relevée et qui ressort notamment des différentes analyses qui ont pu être menées sur le sujet, concerne l'objet et la nature même des pôles. Faute en effet souvent de réflexion en amont ou en raison de facteurs personnels, il apparaît que certains pôles ne répondent en rien à une logique médicale ou d'organisation permanente. Au contraire et pour reprendre ici les propos des auteurs de cet article, certains pôles apparaissent comme « des conglomerats de secteurs d'activité ou de spécialités n'ayant quasiment aucun point commun en matière d'organisation des soins, d'expertise médicale et de recours au plateau médico-technique ».

En plus d'être particulièrement inefficace, voire de conduire à du gaspillage de moyens et de ressources, cette logique de « non-pôle » nuit considérablement au développement d'une véritable culture de pôle et explique souvent l'image négative et usurpée dont peuvent jouir les pôles dans certains établissements.

1.2.2 Des centres hospitaliers intermédiaires qui peinent à trouver le modèle et la structuration adéquate

La situation des pôles dans les Centres hospitaliers de taille intermédiaire, qui rappelons-le, est l'objet d'étude premier de ce travail, apparaît plus ambiguë. Sans rentrer immédiatement dans des analyses comparées, la mise en place de pôles dans des établissements de taille modeste, ne va pas forcément de soi.

Afin d'analyser la situation des pôles dans les établissements dits de taille intermédiaire, à l'image de celui de Dieppe, j'ai décidé de m'appuyer sur une analyse qualitative, réalisée à partir d'un petit échantillon d'établissements sélectionnés. L'objectif était d'avoir un panel d'établissements relativement représentatifs de la situation des hôpitaux français, afin d'en tirer des pistes concernant la mise en place de pôles d'activité, qui soit à la fois acceptés par les équipes et qui trouvent leur raison d'être au quotidien. Le choix a également été fait de ne pas se limiter aux établissements du territoire du centre hospitalier de Dieppe.

Pour ce faire, j'ai choisi 10 établissements pour des raisons variées et diverses. J'ai bien entendu limité mon champ de recherche aux établissements de taille comparable à Dieppe (le plus petit établissement comparé compte ainsi 832 lits et places, quand le plus gros en compte 1500). Pour rappel le CH de Dieppe compte plus de 950 lits et places.

Le choix a notamment été facilité par les recherches documentaires que j'ai pu faire et par mes camarades de promotion, qui ont pu à chaque fois, être des portes d'entrées idéales pour m'apporter des informations ou me permettre d'échanger avec les professionnels de leurs établissements. Rappelons ici que notre objectif est de comprendre comment il est possible de structurer et de faire vivre des pôles dans un établissement de taille moyenne, confronté par ailleurs à de multiples autres problématiques.

Le tableau, qui se trouve en annexe, résume ainsi synthétiquement quelques éléments relatifs aux pôles. Les noms des centres hospitaliers n'apparaissent pas dans la mesure où certains interlocuteurs ne souhaitent pas que des informations puissent être rattachées à leur hôpital et dans la mesure également où cela n'apparaît pas indispensable à cette étude, seule l'analyse des résultats l'étant.

Le premier point que l'on peut ressortir de cette étude est qu'il existe quasiment autant de structurations qu'il existe d'établissements. A taille comparable, on trouve ainsi des choix très différents en matière de :

a- Gouvernance des pôles

Des établissements qui ont fait le choix de quatorze pôles.

Pour ces derniers, chaque rôle au sein du quatuor est essentiel puisque chaque acteur a un rôle bien défini à y jouer. Le cadre supérieur de santé est positionné essentiellement sur les ressources paramédicales et le chef de pôle, en pendant assure le suivi des sujets liés la RH médicale. Le cadre administratif du pôle assure en principe le suivi des indicateurs et la partie analyse financière des projets. Enfin le directeur du pôle est le garant de la bonne application des orientations de la direction générale au sein du pôle et de la remontée d'informations au besoin. Comme a pu me le dire un directeur à propos de sa mission, il est en quelque sorte un pompier qui passe son temps à éteindre des incendies. Il est toutefois important de noter que sur les 10 établissements qui ont fait ici l'objet d'une analyse, seul 2 d'entre eux étaient structurés en quatuor sur l'ensemble de leurs pôles. La raison en est que bien souvent le rôle du directeur de pôle et du cadre administratif de pôle, dont le positionnement et les missions varient par ailleurs largement en fonction des établissements, est redondant (d'où l'importance d'avoir des fiches de poste et une répartition des tâches claires), ce qui incite les établissements à ne pas créer deux postes distincts. Le contexte de rationalisation budgétaire et de contrainte sur la masse salariale explique également qu'il soit bien souvent privilégié de ne pas multiplier les postes.

La majorité des établissements analysés semble donc avoir fait le choix de trio de pôle. Toutefois là encore la composition des trios de pôles varie en fonction des choix effectués. Parfois la différence avec un quatuor de pôle se traduit par l'absence d'un directeur de pôle.

Ce choix justifie toutefois pour pouvoir être optimal et ne pas porter atteinte à la dynamique du pôle, que le cadre administratif du pôle ait un profil très polyvalent et ait une vision claire sur ce qui est attendu de lui et sur les directives de la direction générale. Cela peut également signifier que le binôme cadre sup et chef de pôle aient de plus grandes responsabilités. Ce choix peut aussi être orienté par un besoin de donner davantage d'autonomie au pôle. C'est par exemple l'orientation que prennent certains établissements, qui, en s'inspirant des exemples Valenciennois et désormais Niçois décident de mettre en place une délégation accrue au niveau des pôles, avec un renforcement du rôle de gestion du chef de pôle.

Dans ce contexte, un directeur de pôle apparaît moins pertinent puisque les moyens sont mis sur les acteurs de terrains et l'expertise concentrée au niveau des directions fonctionnelles.

A l'inverse, d'autres ont fait le choix de ne pas se doter de poste de cadre administratif de pôle. Les retours qui m'ont été faits de la part de directeurs en poste dans de tels établissements, montrent que cette situation s'explique généralement par le fait que la gouvernance et le rôle même des pôles sont relativement peu aboutis dans ces établissements. Dès lors, la vie des pôles se concentre essentiellement autour d'un trio de

pôle organisé trimestriellement et de quelques projets. La nécessité d'un poste administratif pour structurer et organiser le fonctionnement du pôle n'apparaît ainsi pas nécessaire. Enfin d'autres établissements ont fait le choix de recentrer les missions du cadre administratif de pôle. On peut alors trouver des établissements où il est fait mention d'un chargé administratif de projets. L'accent est donc bien mis sur les projets, qui sont en effet une modalité essentielle de la vie et de la dynamique d'un pôle.

b- Dimensionnement et structuration des pôles

Comme nous avons pu le voir précédemment la structuration et la composition des pôles est un choix éminemment stratégique, qui in fine peut déterminer la réussite ou non d'un pôle.

Cela explique donc que les stratégies des établissements diffèrent considérablement. A l'échelle des 10 établissements, il n'y a pas une structuration identique. On trouve ainsi des établissements de moins de 1000 lits qui ont deux fois plus de pôles que des établissements de taille plus importante.

Toutefois, de manière générale, on peut en tirer quelques enseignements particulièrement instructifs, en ce qui concerne notamment la situation du CH de Dieppe.

Avec seulement 5 pôles à l'heure actuelle, ce dernier apparaît comme sous dimensionné par rapport à des établissements de taille comparable, qui comptent au minimum un voire deux pôles de plus. Cela explique qu'au CH de Dieppe, nous trouvons des méga pôles, sans véritable logique (comme le pôle chirurgie mère enfant ou le pôle des activités transversales, qui regroupe également les urgences et la réanimation).

A l'inverse dans les établissements qui comptent environ 1000 lits et places, les pôles sont parfois extrêmement spécifiques, jusqu'à se concentrer autour d'organes ou de filières comme la tête et le cou ou les maladies viscérales.

De manière générale, on remarque également qu'il est fréquent que la chirurgie ait un pôle à part et non rattaché à la filière femme / mère / enfant, ou alors qu'il existe un pôle de spécialités chirurgicales, auquel peuvent dès lors se greffer les actes chirurgicaux de la filière obstétrique. De même les urgences, la réanimation et l'unité de soins intensifs sont fréquemment regroupés sous un même pôle, qui peut prendre différentes appellations (pôle aigu par exemple).

c- Les outils à destination des pôles

C'est souvent sur cet aspect que le bât blesse dans le fonctionnement des pôles. En effet si le CH de Dieppe semble clairement en retard quant à la maturation de la structuration de ses pôles, la gouvernance, bien que peu aboutie, semble néanmoins correspondre à la situation de la majorité des établissements.

Si l'on prend ainsi successivement les différents outils existants et à disposition des établissements que sont les contrats de pôles, la délégation et enfin l'intéressement, il y a aujourd'hui peu d'exemple abouti.

Sur les contrats de pôles tout d'abord, près de la moitié des établissements consultés n'ont pas formalisé de contrat de pôle ou alors seulement sur des pôles spécifiques. Le CH de Dieppe est donc loin d'être un cas isolé de ce point de vue. Les raisons avancées pour justifier cet état de fait relèvent souvent d'une maturation et d'une ingénierie insuffisante pour permettre à une telle démarche d'aboutir. Contractualiser autour de contrats de pôle implique en effet une concertation sur les objectifs, les moyens et les indicateurs à suivre et bien souvent nécessite également une structuration et des outils pour en assurer le suivi. Autant d'éléments qui font encore défaut dans certains établissements. Cela ne veut bien sûr pas dire qu'en l'absence de contrat de pôle, aucun indicateur n'est suivi ni aucune réunion organisée. Cela veut simplement dire que la démarche n'a pas permis d'aller jusqu'à la signature de contrats négociés.

Sur la délégation de gestion ensuite, la situation est encore plus frappante, puisque sur l'ensemble des établissements consultés, aucun n'a mis en place une démarche aboutie et significative de délégation. Encore une fois, cela ne veut pas dire qu'à la marge, certains établissements n'aient pas décidé de déléguer quelques financements (petits matériels par exemple), toutefois cela reste marginal.

Le changement de culture qu'implique ce projet peut ainsi expliquer les réticences de certains établissements. Les capacités financières que cela nécessite ne sont pas non plus à négliger. A noter néanmoins, que 2 des établissements interrogés avaient comme projet de développer ce genre de démarche.

En guise de conclusion de cette partie de comparaison et au regard des différents échanges qui ont nourri cette analyse, voici les éléments qu'il me semble intéressant d'en faire ressortir.

Un aspect d'embarquement des équipes tout d'abord. Il est en effet illusoire de penser que les pôles vont s'instaurer d'eux-mêmes et que les équipes médicales vont y adhérer si rien n'est fait en ce sens. Des mécanismes d'intéressement sont apparus, dans certains établissements, particulièrement bénéfiques et motivants. Toutefois et comme l'a particulièrement bien montré Laëtitia Jeahanno dans le mémoire cité précédemment, une politique d'intéressement ne peut être pertinente et apparaître comme légitime que si des critères précis et transparents sont au préalable définis avec la gouvernance du pôle. Cela peut-être aussi bien des critères financiers (atteinte d'un certain résultat, mais qui posent question quant aux pôles structurellement déficitaires), que des critères ayant trait à l'organisation des soins et à l'amélioration de leur qualité. Dans l'établissement qu'elle prenait comme référence pour son travail de recherche, l'intéressement de la gouvernance

du pôle passait également au travers des investissements. Parce que chaque pôle faisait remonter chaque année les besoins qu'il pouvait faire figurer dans le plan pluriannuel d'investissement, ces besoins étaient d'autant plus satisfaits et atteignables que les pôles étaient performants. Cette prime à la performance, qui n'est évidemment pas qu'économique, engageait donc les équipes. A titre de comparaison, notamment au niveau des moyens pertinents et adaptés à cet intéressement, deux établissements de taille similaire à Dieppe ont pu développer ce principe. A Blois, il était ainsi question de 200 000 euros par an à se répartir selon des critères précis et définis en amont. A Toulon, l'enveloppe était plus conséquente, puisqu'il était question de 500 000 euros.

La fixation d'objectifs clairs mais limités en ce qui concerne les contrats de pôle. Les entretiens que j'ai pu mener, montraient en effet que fixer trop d'objectifs, trop ambitieux, risquait de paralyser toute action et d'en empêcher de fait l'atteinte.

A l'inverse des objectifs limités mais clairs apparaissent comme le meilleur moyen de donner sens au pôle et d'embarquer les acteurs du pôle, à condition bien sûr qu'ils aient été associés à leur définition. Toutefois en plus de la définition d'objectifs clairs et limités, leur suivi dans le temps est également un indispensable. A défaut, le risque est en effet que les contrats de pôle ne deviennent des formes de « coquilles vides » et que la dynamique ne soit brisée.

1.2.3 Des petits établissements et plus largement des exemples internationaux dans lesquels la logique en service reste prépondérante

Maintenant que nous avons analysé plus en profondeur la mise en place des pôles dans les grands établissements ainsi que dans les établissements de taille intermédiaire, voyons ce qu'il en est des plus petits établissements. Cette partie sera volontairement plus courte dans la mesure où les petits établissements, de par leur nature et les enjeux qui les concernent, apparaissent bien moins propices à la mise en place de pôles.

Pour la plupart des directions de ces hôpitaux, la mise en place des pôles n'apparaît pas comme un enjeu majeur et prioritaire, voire même peut se révéler être une vraie difficulté. L'étude plusieurs fois mentionnée et consacrée aux pôles dans les hôpitaux, relève, que si dans la grande majorité des hôpitaux la mise en place des pôles n'a pas donné lieu à des difficultés majeures, ni posé de questions sur la pertinence de l'organisation en pôle, ce constat fait exception en ce qui concerne certains établissements. Il est ici question d'établissements disposant d'un budget limité (inférieur à 30 millions d'euros environ), comptant moins de 4 pôles ou encore moins de 50% de l'activité en MCO et psychiatrie, pour lesquels le regroupement des services en pôles apparaît moins pertinent compte tenu du nombre réduit de structures internes à la base et de la proximité des acteurs.

En raison notamment de l'effet de seuil que nous avons évoqué précédemment et qui se situait entre 200 et 300 ETP par pôles, certains établissements se retrouveraient de fait avec un seul pôle, ce qui en limiterait toute la pertinence.

Pour toutefois ne pas limiter notre seule analyse à la situation française, il m'est apparu important et nécessaire de s'intéresser à la façon dont les établissements étrangers avaient pu envisager cette logique polaire. De telles structures existent elles même ailleurs qu'en France ou d'autres modèles sont-ils privilégiés ?

Pour ce faire, je me suis basé sur la situation de deux établissements, étant donné le peu de littérature existant sur le sujet, tout en essayant de capitaliser au maximum sur l'expérience de certains de mes camarades de promotion lors des stages qu'ils ont pu réaliser à l'étranger.

Le premier établissement étudié est l'hôpital universitaire de Genève.

Une structure qui, à titre d'information, compte 2 000 lits pour environ 12 000 collaborateurs. Un établissement de grande dimension donc dans lequel on ne retrouve pas des pôles mais ce qui est appelé des départements.

De fait, ces départements ne peuvent pas être assimilés au sens strict aux pôles qui peuvent exister chez nous. En effet les départements ont une logique purement médicale, avec de ce fait, une gouvernance exclusivement médicale et surtout ces départements sont conçus pour donner une primauté au service médical. Ainsi il n'y a à proprement parler pas de projet de département dans le modèle genevois et surtout tous les départements exercent les mêmes compétences dans la mesure où leurs prérogatives et leurs missions sont définies dans la loi hospitalière du canton de Genève.

Cette situation se retrouve également dans la plupart des pays dits anglo-saxons comme l'Angleterre ou les Etats-Unis, dans lesquels il existe également des départements, mais purement médicaux et surtout aucune structure intermédiaire, à l'image des pôles que nous connaissons nous. La situation étant toutefois peu comparable étant donné par exemple la place que peuvent occuper les médecins dans la gouvernance de ces hôpitaux.

Malgré ainsi l'intérêt qui avait été exprimé au moment de la mise en place des pôles, les pôles apparaissent aujourd'hui toujours inaboutis et souvent loin de pouvoir exprimer leur plein potentiel. Que cela rejoigne des dimensions financières, culturelles, interpersonnelles ou d'organisation, la mise en place des pôles à l'hôpital public apparaît aujourd'hui au milieu du gué.

Ce panorama global de la mise en place des pôles va désormais nous être plus qu'utile au moment de faire un zoom sur la situation du CH de Dieppe en ce domaine, qui je le rappelle demeure ici notre objet d'étude (1.3).

1.3 Le modèle de structuration actuel du Centre Hospitalier de Dieppe

Cette partie sera consacrée à une présentation succincte de la structuration des pôles au CH de Dieppe et à la façon dont ils fonctionnent.

Cette analyse s'appuiera à la fois sur des éléments chiffrés qui ont pu être récupérés à partir des tableaux de bord envoyés par les finances et par les entretiens qui ont pu être réalisés avec l'ensemble des acteurs polaires. Des entretiens qui ont été à chaque fois menés de façon individuelle, afin de permettre une parole plus libre.

Comme évoqué rapidement dans l'introduction, le CH de Dieppe, est à l'heure actuelle structuré autour de 5 pôles. L'objectif de cette partie est d'en présenter les grandes caractéristiques, sous forme d'un tableau synthétique, qui permettront par la suite d'affiner notre diagnostic et les préconisations qui en suivront.

Pôle	Médecine	Chirurgie/mère enfant	Psychiatrie	Gériatrie	PAT
Logique d'agrégation	Médicale	Parcours	Filière	Filière	Mal identifiée
Nombre de services	14	10	4 hospitalisations + 2 services ambulatoire	5	9
Nombre de lits et places	213	128	125	461	28
Nombre d'ETP *	332	339	215	381	333,4
Personnel médical	42	13	16	11	43
Personnel non médical	290	326	199	370	291,4
Budget du pôle	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Temps d'échange dédiés au pôle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Composition et organisation	Trio (pas de directeur de pôle) – fréquence hebdomadaire	Quatuor – fréquence hebdomadaire	Réunion du Quatuor hebdomadaire	Quatuor hebdomadaire	Trio (pas de directeur de pôle) – fréquence hebdomadaire
Conseils de pôle ou temps dédié avec d'autres acteurs	Bureau de pôle (avec l'ensemble des cadres, chefs de services et ouvert à tous les praticiens)	Pas de bureau de pôle en raison du dimensionnement contesté du pôle (chirurgie rattachée au secteur mère enfance)	Conseil de pôle (tous les 3 mois, ouvert à tous les cadres, chef de services + PH + représentant paramédical par secteur)	Conseil de pôle (tous les 3 mois, ouvert à tous les cadres, chef de services + PH + représentant paramédical par secteur)	Pas de bureau de pôle (en raison là aussi du dimensionnement du pôle qui ne facilite pas la transversalité et les échanges)
Contrat de pôle	Pas de contrat de pôle Projet à venir suivant les ambitions du nouveau projet de gouvernance	Pas de contrat de pôle Projet à venir suivant les ambitions du nouveau projet de gouvernance	Pas de contrat de pôle Projet à venir nouveau projet de gouvernance Au cours de mes échanges sur ce pôle, plusieurs attendus ont été exprimés quant aux contrats - Un récapitulatif des projets à mettre en place - Préciser les liens existants et attendus avec les directions fonctionnelles	Pas de contrat de pôle Projet à venir suivant les ambitions du nouveau projet de gouvernance	Pas de contrat de pôle Projet à venir suivant les ambitions du nouveau projet de gouvernance

			- Préciser une feuille de route pour le pôle sur les 2/3 ans à venir (afin notamment d'arbitrer sur ce qu'il faut prioriser)		
Projet de pôle	De nombreux projets de pôle avec la mise en place récente à l'échelle de l'établissement de comité d'analyse et d'appui technique au projet	De nombreux projets de pôle avec la mise en place récente à l'échelle de l'établissement de comité d'analyse et d'appui technique au projet	De nombreux projets en lien avec le PTSM et les appels à projet lancés par l'ARS. Pour les projets de moins grandes envergures, ils passent et sont validés par le quatuor de pôle.	De nombreux projets de pôle, leur nombre est d'ailleurs déploré par la directrice du pôle car cela phagocyte la dynamique de pôle. Suivi et mise en place compliqués	Assez peu de projet de pôle en raison de la nature essentiellement technique du pôle
Directeur référent de pôle	Non (poste vacant depuis plus de 2 ans)	Oui (par intérim)	Oui	Oui	Non (poste vacant depuis plus de 2 ans)
Temps plein/ temps partiel	Non applicable	Partiel (Le directeur du pôle est en premier lieu responsable du biomédical)	Partiel (coordinatrice gériatrie) Le constat est fait unanimement que ses différentes missions ne lui permettent pas de consacrer suffisamment de temps au pôle de psychiatrie	Partiel (directrice pôle psychiatrie également)	Non applicable
Le directeur a-t-il bénéficié d'une formation avant sa prise de poste	Non applicable	A exercé comme directeur de pôle dans d'autres établissements avant sa prise de poste	Oui plusieurs formations en lien avec la responsabilité de pôle	Oui plusieurs formations en lien avec la responsabilité de pôle	Non applicable
Rôle du Cap et lien avec les autres acteurs	Essentiellement centrée sur les projets qualité et sur les projets Exprime sa difficulté à appréhender les sujets finances qui lui sont parfois demandés	Essentiellement centrée sur les sujets qualité Également CAP pour le pôle PAT	Rôle important dans l'accompagnement des projets et la transversalité La répartition des rôles entre la CAP et la directrice du pôle n'est pas toujours très claire Également CAP pour le pôle gériatrie	Le rôle du CAP est jugé essentiel dans le suivi des projets et dans les liens avec les directions fonctionnelles (direction des finances sur le suivi médico-économique des projets) La CAP exprime toutefois le sentiment de ne pas être utilisée en	Essentiellement centré sur les sujets qualité

				accord avec ses compétences	
Temps consacré par le chef de pôle	Variable entre 10 et 20%	Environ 20% de son temps (avec des demi-journées libérées de toutes activités cliniques)	Environ 20% de son temps	Entre 40 et 50 % de son temps	NC
Ancienneté sur le pôle	12 ans	3 ans	1 an	4 ans	6 ans
Marge de manœuvre du chef de pôle		Marges de manœuvre trop faibles déplorées à l'heure actuelle (notamment sur le volet RH et finances)	Marges de manœuvre trop faibles déplorées à l'heure actuelle (notamment sur le volet RH)	Marges de manœuvre existantes, même s'il est déploré le manque de consultation et de liens avec la direction de l'établissement	NC
Le chef de pôle a-t-il bénéficié d'une formation avant ou pendant sa prise de poste	Non pas de formation particulière (grande ancienneté sur le pôle)	Non aucune formation spécifique, prise de poste durant la période covid	Oui le chef de pôle a suivi la formation dédiée aux médecins managers	Non. Formation de chef de service mais pas de pôle, évoque un manque au niveau encadrement	NC
Nécessité ou non de délégation de gestion	Les acteurs ne considèrent pas que cela soit une priorité	Le sujet semble effectivement faire sens pour ce pôle, avec un besoin d'une plus grande marge de manœuvre, en matière RH notamment.	Les avis divergent en fonction du poste occupé Le chef de pôle et la cadre de santé évoquent le besoin d'une plus grande souplesse RH (sur le modèle d'un pool au niveau des pôles et à la main de ces derniers). Ce modèle a existé mais il a disparu au profit d'un pool institutionnel. A l'inverse la nécessité de délégations matière financières ne semble pas présente (lien notamment avec les modalités de financement du pôle) La directrice du pôle semble	La nécessité de délégations ne semble pas apparaître comme une priorité pour les acteurs polaires, même si dans certains cas, « cela aurait pu permettre d'avancer plus vite ». Dans tous les cas, la mise en place de délégations impliquerait des conditions (dialogue, moyens RH...) qui ne sont aujourd'hui pas réunis.	Si le cadre supérieur de santé évoque assez naturellement le besoin de plus de latitude en matière de gestion des effectifs, la dynamique de ce pôle ne semble pas pour les autres acteurs, appeler à plus de délégations

			pour sa part plus réservée d'une part en raison de la faible maturité des acteurs sur ces sujets et deuxièmement du fait de la situation financière du pôle qui devrait plutôt conduire à recentraliser le pilotage		
Tableau de bord pôle	Les tableaux de bord sont appréciés même si des indicateurs plus précis et individualisés sont attendus	Les tableaux de bord sont appréciés même si des formations pour leur appropriation et leur bonne utilisation seraient nécessaires	Importance d'avoir une visibilité Permet d'objectiver la situation (notamment l'absentéisme) pilotage de l'activité	Même si les nouveaux outils proposés (créa, tableaux de bord RH et finances) sont salués, ils sont souvent insuffisamment approfondis pour être réellement utiles	Les tableaux de bord sont appréciés même si des indicateurs plus précis et individualisés sont attendus
Dispositif d'intéressement	Non	Non	Non Le chef de pôle fait toutefois remarquer que cela peut être une vraie source de motivation, notamment si l'intéressement porte sur des projets	Non	Non
Dispositif de participation mis en place au sein des pôles	Non	Non	Non Existence toutefois d'une solidarité dans les remplacements	Non	Non
L'organisation actuelle vous semble-elle pertinente	Le fonctionnement agile et quotidien du pôle est apprécié, même si là encore davantage de précision dans la répartition des missions et l'appui d'un directeur de pôle, pour faire le	Le constat est clairement négatif de la part de l'ensemble des acteurs. Le pôle n'est aujourd'hui qu'artificiel, avec un rôle extrêmement limité confié aux acteurs polaires. Sentiment de	Le pôle fonctionne bien et l'organisation actuelle est appréciée. Là encore l'aspect monoactivité semblant jouer en cette faveur. Toutefois pour une plus grande efficacité, il est souligné l'importance de bien définir les	Le sentiment est que globalement le pôle fonctionne bien. Son aspect cohérent « monoactivité » renforce ce sentiment. La directrice du pôle déplore toutefois le manque de liens avec	L'absence de cohérence et le dimensionnement actuel du pôle sont pointés comme des éléments limitants.

	relai avec la direction générale, est souligné	faire ce que l'on peut avec ce qu'on a.	missions respectives des acteurs (la RH est du ressort du CSP)	certaines directions fonctionnelles et l'absence de formalisation d'un certain nombre d'outils (fiche de poste, contrat de pôle...)	
Sentiment d'appartenance au pôle	Relativement limité, même si des progrès sont soulignés grâce à la stabilité des acteurs en poste	Très limité	Non solidarité dans les remplacements importance de la communication interne pour valoriser la vie du pôle + existence de vis ma vie	Un sentiment existant, même si limité, qui apparaît facilité par la nature et le dimensionnement du pôle	Très faible, en raison notamment de la nature hétéroclite du pôle
Liens avec les autres pôles	Les liens sont assez limités, sauf sur des projets spécifiques	Les liens sont assez limités, sauf sur des projets spécifiques. Le chef de pôle souhaiterait d'ailleurs qu'un point entre chef de pôle soit instauré pour faciliter le dialogue	Liens existants, par le biais par exemple de la formation, des projets qui peuvent exister ou encore au travers de la mise à disposition de personnel	Lien assez limité, du fait notamment de l'aspect monoactivité de ce pôle	Lien important du fait des nombreuses fonctions supports de ce pôle
Piste d'amélioration	Envisager la remise en place d'un directeur de pôle ou à minima faciliter les liens avec les directions fonctionnelles Redéfinir les missions et les rôles de chacun et notamment du CAP	Obtenir plus de latitudes et de moyens dans la gestion quotidienne du pôle Redéfinir le rôle et la place de chacun, en arbitrant notamment sur la place du directeur de pôle	Obtenir plus de latitude et de moyens dans la gestion quotidienne du pôle	Avoir un dialogue plus facile et immédiat avec les directions fonctionnelles Optimiser les temps de travail et la répartition des rôles	Redéfinir le périmètre du pôle Donner davantage de moyens aux acteurs polaires

*chiffres de référence au 31/12/2023

L'analyse réalisée dans la première partie de ce travail nous permet ainsi de disposer d'une base solide pour faire un état des lieux désormais plus qualitatif du fonctionnement des pôles sur Dieppe. Un fonctionnement qui apparaît largement perfectible, même si la situation est très contrastée en fonction des pôles considérés (2).

2 Une structuration polaire qui se heurte à de nombreuses limites, interrogeant la pertinence des pôles au Centre Hospitalier de Dieppe

Pour ce faire, nous évoquerons tout d'abord la grande hétérogénéité dans le fonctionnement actuel des pôles (2.1), avant d'envisager le positionnement pour le moins compliqué des acteurs des pôles (2.2) pour enfin analyser les outils et moyens qui sont aujourd'hui mis à leur disposition (2.3).

2.1 Une grande hétérogénéité de fonctionnement en fonction des pôles considérés

Il ressort en effet de manière extrêmement flagrante que sur le CH de Dieppe, chaque pôle fonctionne de manière différente. Cela s'explique bien sûr par des facteurs historiques (datant parfois de la mise en place des pôles), mais aussi par des facteurs personnels, en lien avec la personnalité et la vision des acteurs polaires.

Il est ainsi schématiquement possible de distinguer les pôles selon leur fonctionnement interne (2.1.1), leur gouvernance (2.1.2), et la logique qui a présidé à leur constitution (2.1.3). Chacune de ces trois catégories, permettant en retour d'expliquer le dynamisme plus ou moins marqué en fonction des pôles.

2.1.1 Des différences de fonctionnement notables en fonction des pôles

Il est d'abord à noter et c'est indéniablement un point positif, que tous les pôles font au moins un trio (ou quatuor en fonction des situations) par semaine. Ces rencontres hebdomadaires permettent ainsi de créer une dynamique qui n'est pas à nier. Pour autant, passé ce premier élément, ensuite chaque pôle fonctionne différemment.

Certains ont un fonctionnement particulièrement collectif et abouti. Cela se traduit par le fait de réunir chaque trimestre, des conseils de pôles. S'y trouvent alors réunis l'ensemble des cadres, chefs de services ainsi que tous les praticiens qui le souhaitent. Cette dynamique se retrouve sur les pôles de médecine, de psychiatrie et de gériatrie.

L'ordre du jour de ces temps étant surtout consacré aux projets du pôle, aux actualités du pôle ou encore à tout sujet spécifique qui pourrait faire l'objet d'une analyse. C'est également dans ces mêmes pôles que chaque trio ou quatuor donne lieu à la rédaction d'un ordre du jour et d'un suivi hebdomadaire des sujets traités. Certains pôles comme le pôle médecine ont même mis en place des entretiens annuels réalisés par le chef de pôle. Cela permet ainsi de préciser le rôle de chacun et de s'assurer que tous les acteurs partagent la même vision et les mêmes attendus.

A l'inverse d'autres pôles semblent fonctionner de manière moins optimale. C'est le cas par exemple du pôle PCME ou du pôle PAT. Dans ces pôles, il n'y a ni conseil de pôle ni bureau de pôle. Les raisons souvent invoquées étant que le dimensionnement du pôle, avec en son sein des activités aussi diverses que peu cohérentes, ne permettent pas de faire naître une dynamique de pôle. Surtout comme me le confiait le chef de l'un de ces deux pôles, quel intérêt y a-t-il à réunir un conseil de pôle si l'on ne sait pas quoi y dire et surtout si l'on ne peut rien y faire ni rien promettre. Cela renvoie donc aux marges de manœuvre laissées au pôle, que l'on abordera par la suite.

2.1.2 Une gouvernance qui n'a pas été homogénéisée au gré des changements

Comme cela a pu être relevé à plusieurs reprises, certains pôles fonctionnent en effet en quatuor quand d'autres fonctionnent en trio. Cette situation est particulièrement originale, notamment par rapport à d'autres établissements. Elle l'est d'autant plus qu'elle ne relève pas de situations d'arrêt ou d'absentéisme qui auraient nuit à cette dynamique. Non en réalité les deux pôles qui fonctionnent aujourd'hui en trio (à savoir le pôle PAT et le pôle de médecine) n'ont plus de directeur de pôle depuis plusieurs années et la volonté de la direction générale ne semble pas de les remplacer (ce qui aurait pu être fait en y nommant par exemple des directeurs fonctionnels, ce qui est souvent le cas dans d'autres établissements).

On a donc une situation extrêmement ambiguë vis-à-vis de cette gouvernance, qui toutefois, et c'est un point important, ne semble pas en réalité porter atteinte à la dynamique propre du pôle.

En effet des entretiens que j'ai pu avoir avec les acteurs de ces pôles « sans directeur », n'est pas ressorti un sentiment de manque considérable à ce niveau-là. Certes si le directeur peut avoir un rôle de relai et d'arbitrage important, ce rôle est aujourd'hui joué par les autres acteurs (le chef de pôle et le cadre administratif notamment).

Surtout dans les pôles qui ont conservé un directeur de pôle, ce rôle de directeur ne semble pas toujours bien identifié ou bien assumé en fonction. Plusieurs acteurs de ces

pôles m'ont d'ailleurs confié qu'ils ne voyaient pas toujours quelle était la valeur ajoutée d'un directeur de pôle et que si l'un des postes venait à disparaître, ça pouvait être celui-là.

2.1.3 Des logiques de constitution et d'organisation qui expliquent en partie les difficultés rencontrées

Si certains pôles semblent en effet avoir une vraie cohérence de fonctionnement, que cela soit lié à l'organisation par filière (pôle de gériatrie ou de psychiatrie par exemple) ou par logique médicale (avec le pôle de médecine, qui regroupe l'ensemble des activités de médecine, aussi bien médecine aiguë que médecine plus légère), d'autres au contraire pour lesquels la logique est plus difficile à percevoir. C'est notamment le cas du pôle des activités transversales, qui regroupe à la fois les activités que l'on pourrait qualifier de médico technique (laboratoire, imagerie, pharmacie), mais également des activités d'urgences comme les urgences, le SMUR ou encore la réanimation. C'est également le cas du pôle PCME, qui regroupe à la fois les activités de chirurgie et les activités liées à la filière mère / enfant.

Comme cela a déjà pu être noté, ce dimensionnement est aujourd'hui un frein à la création d'une vraie dynamique de pôle et peut même être un vrai frein au moment d'envisager des logiques de solidarités et de parcours à l'échelle des pôles.

La problématique du dimensionnement des pôles n'est en aucun cas spécifique à ces pôles puisque se pose également la problématique du rattachement des Soins de suite et de réadaptation à un pôle et non pas à plusieurs pôles comme cela peut être le cas aujourd'hui. La question de créer des pôles inter établissement, qui regrouperaient également les activités de médecine des autres établissements du GHT, s'est également posée. A fortiori dans un contexte de réécriture du projet d'établissement. Toutefois cette piste risquant de se faire au détriment des spécificités de chacun des établissements et surtout de rendre particulièrement compliquée l'organisation et la gestion d'un pôle multi site, la réflexion n'a finalement pas été plus loin. Il est d'ailleurs intéressant de noter que sur les dix établissements de référence et de comparaison sélectionnés, seul un avait mis en place une telle logique d'organisation de ses pôles.

Au-delà ainsi de l'ambiguïté et des difficultés inhérentes à chacun des pôles, c'est bien dans le positionnement et le rôle des acteurs, qu'il convient de trouver une autre piste d'explication des difficultés rencontrées (2.2)

2.2 Un positionnement et une articulation entre les acteurs qui semblent devoir être précisés

Pour réaliser cette partie, je me suis inspiré des travaux de plusieurs auteurs (Gavault, 2014) qui, dans un article datant désormais de près de 10 ans, avaient montré combien les agirs individuels pouvaient déterminer la réussite ou non d'un projet polaire. Toutefois plus que les agirs, c'est surtout les motivations des acteurs et leur positionnement qui sont importants. Ils permettent en effet d'expliquer les dysfonctionnements et les actions ou plutôt parfois les non-actions.

La mise en place d'une dynamique de pôle repose avant tout sur la volonté et l'implication de ces acteurs clés. En ce sens, analyser le positionnement et l'implication des acteurs membres du trio ou du quatuor de pôle est un moyen très efficace pour mettre à jour les difficultés ou au contraire les facilités de fonctionnement du pôle.

J'ai réalisé ce travail, notamment au travers des différents entretiens que j'ai pu avoir avec les membres des pôles et qui ont été déjà présentés ci-dessus, et j'en propose désormais une analyse, qui sera indispensable, au moment d'envisager notamment les pistes d'actions à mettre en place. Cette partie sera donc une partie davantage orientée sur l'axe management et conduite du changement.

2.2.1 Des cadres administratifs de pôle qui peinent à trouver leur place dans un contexte changeant

Il existe tout d'abord une vraie difficulté quant au rôle que jouent et que doivent jouer les cadres administratifs de pôles.

Leur dénomination tout d'abord est révélatrice des ambiguïtés inhérentes à leur fonction, puisqu'elle n'a cessé de changer au cours des années. D'abord cadre administratif de pôle, puis cadre d'appui au pôle et désormais cadre d'appui à la performance, ces acteurs, pourtant au combien essentiels dans le fonctionnement polaire, ne jouent aujourd'hui pas le rôle qui devrait être le leur. A cela, plusieurs raisons, qui chacune appelleront des réponses particulières.

Il y a tout d'abord une vraie problématique à définir les missions et les rôles de ces CAP. Un bref passage par l'archéologie hospitalière est ici indispensable. Lors de la naissance des pôles sur Dieppe, existaient donc des cadres administratifs positionnés essentiellement sur les aspects organisationnels du pôle et le suivi des indicateurs. Puis l'arrivée d'un nouveau directeur général a été l'occasion d'entreprendre un virage conséquent puisque les cadres administratifs ont été rattachés à la direction de la qualité (aujourd'hui direction de l'amélioration continue). Dès lors leurs missions et leur rôle ont été davantage orientés sur la mise en place et le suivi d'une politique qualité au sein des pôles. Tout ceci dans un contexte où la certification des établissements devenait de plus en plus un sujet majeur.

L'analyse des fiches de poste rédigées en 2020/2021, au moment de ce rattachement, montre ainsi que le volet démarche qualité et gestion des risques occupe une place prépondérante dans ce qui est attendu des CAP.

Pour autant et comme cela se trouve dans la plupart des autres établissements, le rôle des CAP (ou cadre administratif selon leur appellation) est assez différent. Souvent en effet les missions des CAP sont plutôt orientées autour d'analyses médico-économique, de suivi des indicateurs (souvent financiers) et de suivi et de gestion de projet. Cette problématique est ainsi pleinement présente à Dieppe, puisque de plus en plus, c'est ce qui est demandé au CAP, s'accompagnant toutefois d'une autre difficulté, évoquée sur le point suivant.

Une problématique de compétences qui met les CAP en difficulté dans leurs missions. En effet sur les trois CAP en poste sur l'établissement, 2 sont d'anciennes soignantes, n'ayant que peu ou pas de compétences en matières RH, finances ou de gestion de projet. La dernière, une attachée, est davantage spécialiste des démarches qualité et a également été positionnée sur la démarche de développement durable au sein de l'établissement.

Malgré ainsi une volonté de l'établissement de faire monter en gamme les CAP sur ces nouvelles compétences, via le biais de formations, en externe ou en interne (surtout sur le volet finances), force est de constater la difficulté dans laquelle ils sont aujourd'hui. Leurs retours sont d'ailleurs unanimes pour souligner qu'ils ne sont pas toujours au fait ou en accord avec ce qui peut leur être demandé. Ils se retrouvent ainsi à devoir faire des missions à l'opposé de ce pourquoi ils avaient été recrutés, sans avoir toujours le sentiment d'être bien accompagnés.

Des difficultés à s'articuler avec les autres acteurs du pôle. Dans leur positionnement, on a ainsi deux cas de figure qui existe. Sur les pôles où il n'y a aujourd'hui pas de directeur de pôle, comme la médecine, le CAP se trouve parfois en difficulté, essayant de pallier ce rôle, sans en avoir pleinement ni la légitimité, ni les compétences. La CAP concernée me confiait ainsi avoir parfois l'impression de passer pour une « emmerdeuse » auprès des acteurs du pôle. Toujours à demander des comptes, des données ou des infos.

A l'inverse, sur les pôles où il existe aujourd'hui un quatuor, les CAP ne se sentent pas toujours pleinement utiles. L'articulation avec le directeur de pôle est en effet parfois difficile à trouver (d'autant plus lorsqu'elle n'a pas été vue et discutée en amont). Ils ont le sentiment de n'être parfois que des « secrétaires à la disposition du chef de pôle ». Ce sentiment étant souvent renforcé par le fait qu'ils n'ont pas toujours toutes les informations.

Enfin une dernière difficulté que nous avons déjà eue l'occasion d'évoquer concerne le rattachement et le positionnement des CAP. Etant aujourd'hui hiérarchiquement rattachés à la direction de l'amélioration continue, ils sont perçus comme des agents de la qualité. Pourtant leurs missions évoluent et ce rattachement devient problématique, les mettant parfois en porte à faux avec d'autres directions, comme la direction des finances ou la direction des soins. Un rattachement à la direction des finances, comme cela est souvent le cas, apparaît donc comme un bon moyen d'entériner l'évolution de leur rôle.

2.2.2 Des directeurs de pôle isolés qui ne semblent pas avoir les moyens de remplir leur fonction

Il a en effet déjà été noté le fait que tous les pôles n'étaient pas dotés de directeur de pôles (3 sur 5 le sont aujourd'hui) et que cette situation perdure aujourd'hui, démontrant d'une part le manque d'attractivité de ces fonctions, mais également l'absence d'une volonté claire de la direction générale, de les remplacer.

Cette situation est donc symptomatique des difficultés que rencontrent aujourd'hui les personnes qui sont positionnées comme directeur de pôle, une fonction qui n'est n'y très bien définie, ni très bien considérée, ni enfin réellement positionnée comme elle pourrait l'être. Cela limite donc considérablement les marges de manœuvre et l'effectivité des directeurs de pôles et crée une forme de frustration qui est ressortie assez nettement de mes entretiens avec les deux directeurs concernés.

Reprenons donc dans le détail ces différents points d'analyse.

On a donc tout d'abord des fonctions de directeur de pôle qui sont mal définies. Faute en effet d'une véritable fiche de poste claire et détaillée et surtout d'orientation de la part de la direction générale, les directeurs de pôles en sont venus à définir eux-mêmes leur rôle et leurs missions.

Cela aboutit donc à un positionnement extrêmement différent en fonction des personnalités et surtout des pôles considérés. Nous sommes en effet dans une situation où il existe deux directeurs de pôle. L'un est positionné sur le pôle de chirurgie mère / enfant et l'autre sur deux pôles (celui de la gériatrie et celui de la psychiatrie). Ces deux personnes ont des profils extrêmement différents. Le premier nommé est ingénieur biomédical de formation et d'ailleurs en charge de l'équipe biomédicale de l'établissement. La deuxième est une ancienne directrice des soins, également directrice par le passé de l'institut de formation des soins infirmiers (IFSI).

Deux profils donc avec des compétences et des appétences différentes, ce qui se traduit très concrètement dans leur pratique.

Le directeur du pôle PCME est en effet davantage en retrait. Même s'il connaît particulièrement bien l'hôpital et son fonctionnement, il conçoit principalement son rôle comme quelqu'un qui « éteint les incendies et prévient les tempêtes ». Son positionnement

en tant qu'ingénieur biomédical le rend par ailleurs beaucoup plus légitime sur les questions relatives aux matériels ou autres mais beaucoup moins sur tout ce qui peut avoir trait à la gouvernance, aux projets ou au suivi des indicateurs ou des aspects financiers.

La directrice des pôles de psychiatrie et de gériatrie a un profil extrêmement différent, bien que cela varie en fonction du pôle considéré.

Sur le pôle gériatrie et en raison de son passé de directrice des soins, elle est extrêmement présente, peut-être trop, sur la gestion des personnels et sur les problématiques RH. Elle est particulièrement active sur le suivi et la gestion des projets et conçoit davantage son rôle comme un moyen de donner un cap au pôle et de faire le lien avec la direction générale et avec les directions fonctionnelles.

Toutefois sur le pôle de psychiatrie, son positionnement est plus délicat. La dynamique du quatuor n'est en effet pas la même, les personnalités non plus et surtout les sujets sont là aussi différents de ceux de la gériatrie. En conséquence et de ses paroles même, elle est moins impliquée et moins présente. Elle avoue avoir ainsi du mal à s'immiscer dans les affaires du pôle psychiatrie, ce qui rend son rôle de directeur de pôle bien plus délicat.

On a donc ici trois pôles différents avec des directeurs de pôle et trois façons différentes d'exercer cette mission, avec à chaque fois un positionnement et une dynamique de quatuor qui varie. Cela interroge donc sur le positionnement du directeur de pôle et sur les ambiguïtés inhérentes à ces fonctions aujourd'hui sur Dieppe. Cette ambiguïté est par ailleurs renforcée par le fait que les deux directeurs de pôles considérés n'exercent cette fonction qu'à titre accessoire, voire parfois de manière très lointaine, ayant d'autres fonctions à côté, ce qui limite forcément le champ des actions qu'ils peuvent mener.

Le second élément limitant dans l'exercice des fonctions de directeur de pôle concerne les moyens qui leur sont alloués pour exercer à bien cette mission. Cela rejoint en grande partie la question du positionnement que nous avons évoquée précédemment mais également des éléments de considération. Les moyens à destination des directeurs de pôles sont en effet restreints d'une part parce que leur rôle est peu défini et les attendus peu explicites mais surtout parce que leurs marges de manœuvre dépendent avant tout de leurs fonctions annexes et non pas de leur rôle de directeur de pôle.

Pour prendre des exemples précis, la directrice des pôles psychiatrie et gériatrie étant par ailleurs directrice de site et responsable de la filière gériatrique du GHT, elle assiste au Codir et aux autres instances de l'établissement (directoire et conseil de surveillance par exemple). Elle a un bureau dans les locaux de la direction générale et fait régulièrement des points avec le binôme DG / DGA. De ce fait, elle peut si besoin, faire avancer les dossiers de ses pôles et surtout avoir accès aux informations

A l'inverse le directeur du pôle PCME est responsable du biomédical. Il ne siège pas au Codir (simplement au codir élargi qui ont lieu environ tous les trimestres), ni aux instances. Il n'a pas de point défini avec la direction générale. De ce fait, il est très peu au courant des dossiers et des sujets, y compris ceux relatifs à son propre pôle. De son propre ressenti, il fait aujourd'hui comme il peut mais sans avoir véritablement le sentiment d'être un directeur.

Les marges de manœuvre des directeurs, même si le constat peut être étendu à tous les acteurs polaires, sont ensuite fortement restreintes par le fait qu'il n'existe aucune délégation de gestion, que jusqu'ici il n'y avait pas de contrat de pôle écrit et qu'enfin les outils à leur disposition (même si des créas viennent d'être remis en place) ne leur permettent pas de piloter leur pôle. Pour avoir un véritable pilotage, ils sont donc contraints de se tourner vers les directions fonctionnelles, avec là aussi un constat d'un manque de fluidité et d'accessibilité.

Les disfonctionnements constatés au niveau du fonctionnement des directeurs de pôles, ont fait ressortir que bien souvent pour les autres acteurs du pôle, ce poste n'est aujourd'hui pas indispensable. Ceux qui n'en avaient pas, font sans et se sont habitués à fonctionner comme cela, en établissant d'autres fonctionnements et d'autres circuits. Quant aux pôles où il y a des directeurs, le regard que peuvent porter notamment les chefs de pôle, montre notamment qu'à condition que cet accès aux directions fonctionnelles et à la direction générale, que nous évoquons tout à l'heure, soit garanti, ils considèrent que ce poste n'est pas indispensable et que ça peut être le moyen pour eux d'en faire plus.

2.2.3 Des chefs de pôle en attente de plus de légitimité et d'une plus grande autonomie

Comme il a été écrit précédemment, les chefs de pôle ont été dès le début au cœur de l'instauration des pôles, avec une volonté forte de responsabiliser la communauté médicale sur la gestion hospitalière et de rééquilibrer une gouvernance administrative souvent critiquée. Leur rôle est donc crucial et leur mode de nomination par la direction générale, sur proposition du PCME en est le symbole.

Qu'en est-il donc au CH de Dieppe, leur mise en place et leur positionnement a-t-il permis de répondre aux attentes et en premier lieu à celles de la communauté médicale elle-même ?

Les échanges et les témoignages recueillis montrent que là aussi, à l'image de leurs collègues de pôles, les chefs de pôles semblent avoir du mal à trouver leur marque et expriment une forme de frustration vis-à-vis de leur rôle.

Si nous analysons dans le détail les témoignages obtenus, il ressort ainsi que la plupart des chefs de pôle (3 sur 5), sont relativement nouveaux sur leurs fonctions (moins de quatre ans). Surtout leurs témoignages sont relativement similaires en se focalisant sur les points suivants :

- Une fonction de chef de pôle qui reste encore à définir. A l'image en effet des directeurs de pôle et des CAP, les chefs de pôle ne sont pas toujours très au clair sur ce qui est attendu d'eux. Ils n'ont en effet aucune fiche de poste, ni lettre de mission et de ce fait, comme pour les directeurs, ont construit leur fonction en tenant compte de leur personnalité et de leur appétence. Ils considèrent ainsi ne pas bénéficier de la reconnaissance nécessaire, ne serait-ce que le fait que la fonction de chef de pôle soit reconnue comme une fonction à part entière (avec donc un temps dédié) et pas simplement une fonction annexe.
- Ils regrettent ensuite le manque de moyen dont ils peuvent disposer pour assurer un véritable pilotage de leur pôle. L'absence de toute délégation, le manque de données financières et RH et le manque parfois d'informations et d'échanges avec la direction générale, rendent les pôles peu effectifs et la fonction de chef de pôle souvent délicate. C'est particulièrement vrai sur des pôles qui manquent d'une vraie cohérence, comme le pôle PCME. La chefferie de ce pôle est aujourd'hui exercée par un chirurgien, qui ne se sent ni toujours compétent ni légitime, ni parfois concerné par les problématiques que peut rencontrer la filière mère enfant.

De tous mes échanges est ainsi ressortie la demande de bénéficier de délégation RH à minima sur une partie du PNM (avec l'idée d'un POOL qui serait à la disposition des pôles) et également sur les secrétariats. Le fonctionnement actuel qui a privilégié un responsable unique des secrétariats, sous la responsabilité de la DRH, crée en effet des insatisfactions, liées à une gestion non cohérente avec les besoins du terrain. Une plus grande délégation financière en lien avec la gestion de projets est également souhaitée et permettrait de ne plus avoir à suivre des processus parfois lourds de passage en commission de gestion de projet.

- Une frustration liée à l'exercice de leur fonction. Comme l'avait justement remarqué Annick Valette (Valette, 2018), la fonction de chef de pôle est par essence délicate. Le chef de pôle est constamment soumis à des injonctions contradictoires. D'une part celles de la direction, qui lui impose performance et gestion optimale des ressources du pôle. D'autre part celles de ses collègues qui nécessitent de tenir compte des besoins médicaux et qui le mettent parfois en porte à faux, allant jusqu'à lui reprocher d'avoir trahi sa véritable fonction. Le tout dans une contrainte temporelle limitée qui lui impose bien souvent de renoncer à une partie de son activité clinique, pourtant cœur de sa formation et de son engagement. Ceci peut

dès lors créer des frustrations importantes, qui sont renforcées quand prédomine l'impression de ne pas être écouté, de ne pas être entendu et de ne pas être consulté.

- Un manque de formation qui limite aujourd'hui la maturité des pôles. Comme je le disais, la plupart des chefs de pôles sont relativement nouveaux sur leurs fonctions, ce qui implique des enjeux et des compétences assez différents de ceux attendus de la part d'un chef de service. Or peu ont réellement bénéficié d'une formation au moment de leur prise de poste. Ces formations sont en effet proposées, mais à la demande des praticiens eux-mêmes et non pas de manière obligatoire. Cela limite donc leur compréhension de certains sujets, particulièrement des sujets financiers qui ne sont pas du tout abordés au cours de leur formation médicale. Ce manque se fait ressentir clairement au moment de la présentation des documents financiers en instances ou à l'échelle des pôles. Surtout comme l'avouait un chef de pôle lui-même, cela limite les possibilités de délégation au niveau des pôles à ce stade, faute de maturité suffisante pour être en mesure de gérer ces délégations.

Enfin, un autre enjeu majeur dans les difficultés que rencontrent aujourd'hui les pôles dans leur fonctionnement quotidien a trait aux outils dont ils disposent. Il est en effet tout à fait illusoire de vouloir faire fonctionner des pôles bien dimensionnés, cohérents et avec des acteurs impliqués et formés, si par ailleurs le pilotage et l'organisation des pôles sont freinés par des outils limités (2.3).

2.3 Un manque de moyen et d'outils au niveau des pôles qui freine leur développement

Aujourd'hui, le constat est en effet fait d'une absence de toute forme de délégation (2.3.1) et d'outils suffisants permettant d'assurer un pilotage efficace (2.3.2) le tout dans un contexte fortement contraint par des marges de manœuvre limitées (2.3.3).

2.3.1 Une absence déplorée de délégation et d'intéressement au niveau des pôles

Il est tout d'abord important de noter qu'à l'échelle du CH de Dieppe, aucune délégation n'est aujourd'hui accordée au pôle. Cela vaut aussi bien pour les délégations d'enveloppes financières, d'enveloppe RH ou encore d'éventuelles enveloppes de formation.

Cette situation est historique et remonte à la constitution même des pôles. Malgré les changements de direction générale, ce principe n'a jamais été remis en cause.

Cet état de fait n'est évidemment pas propre au CH de Dieppe puisque sur les dix établissements témoins, aucun n'avait à ce jour mis en place un système de délégation significatif.

Les arguments les plus fréquemment avancés pour justifier cette situation tournent autour du manque de formation et de maturité des pôles pour être en mesure d'assumer cette charge, ou encore du manque de volonté des acteurs polaires eux-mêmes et en premier lieu des médecins, d'assumer cette charge qu'ils considèrent ne pas leur incomber du fait de leur formation. Bien sûr la délicate situation financière d'un grand nombre d'établissements hospitaliers complique également ce projet. La volonté étant plutôt de recentraliser la gestion financière de l'hôpital et de ce fait d'en assurer un plus grand contrôle.

La position des acteurs que j'ai pu rencontrer sur le sujet est en réalité assez nuancée sur l'opportunité ou non de telles délégations. Ce partage ne correspondant par ailleurs pas à une logique de métier ou de fonctions. Certains médecins, souvent jeunes y sont ainsi assez favorables, quand d'autres y voient au contraire une source d'ennuis et ne sentent pas la légitimité de le faire. De même certains cadres de pôles considèrent que plus de délégation ne serait pas forcément plus facilitant au quotidien. Allant jusqu'à considérer que le véritable sujet n'est pas dans plus ou moins de délégation, mais plutôt dans la mise en place d'un dialogue et d'espaces d'échange entre les pôles et les directions fonctionnelles. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans la littérature consacrée au sujet (Brechat, 2010), les délégations qui sont mises en place dans la plupart des établissements sont apparentées à des délégations de contraintes plutôt que de gestion. Paradoxalement plutôt que d'avoir davantage de moyens, les pôles disposant de délégations se retrouvent à devoir assurer des responsabilités dont ils n'ont pas vraiment la maîtrise et pas toujours les clés de compréhension.

Malgré toutefois cette absence de consensus sur la nécessité ou non de déléguer davantage de moyens aux pôles en responsabilisant les acteurs, tous se retrouvent sur le constat que le manque de consultation et d'information nuit à un bon développement.

Il n'est donc ici pas question d'outils matériel ou physique, mais plutôt d'outils d'information et de communication.

Je ne reviendrais en effet pas sur le constat qui avait été fait d'une structuration défailante de la circulation de l'information, à la fois ascendante et descendante, à l'heure actuelle sur Dieppe. Toujours est-il qu'à de multiples reprises et notamment au cours des différents ateliers, dits de task-force, consacrés à la mise en place d'un nouveau projet de gouvernance, le fait que les pôles soient court-circuités et faiblement impliqués dans le

partage d'information, est apparu comme un facteur de frein considérable à un fonctionnement optimal.

Bien sur cet état de fait est rendu encore plus délicat par l'absence dans un certain nombre de pôle, de directeurs qui puissent assumer ce rôle et encore plus qui se fassent le relai de la politique institutionnelle de l'établissement. A défaut, une forme de méfiance, voire de défiance entre les acteurs des pôles et la direction générale a pu se faire sentir par moment, conduisant à un repli sur eux-mêmes des pôles, qui dès lors ne jouent plus le rôle d'échelon intermédiaire qu'ils seraient censés assumer.

2.3.2 Des outils d'analyse et de pilotage trop peu développés et appropriés pour être pleinement pertinents

Entre le moment où je suis venu pour la première fois en stage sur Dieppe et le moment où j'y suis revenu pour effectuer mon stage de direction, beaucoup d'outils ont été créés, notamment à destination des pôles.

Le premier et le plus demandé sans aucun doute sont les créas ou compte analytique. Cet outil permet, pôle par pôle, de faire la synthèse des charges et des recettes du pôle, afin notamment de dresser un bilan de la santé financière et surtout des pistes de travail à envisager. C'est bien sûr un outil comportant de nombreuses limites, particulièrement délicat à construire dans l'affectation de certaines charges ou produits, et surtout pas complètement épargné par les critiques des acteurs des pôles eux-mêmes, qui y voient là une forme de mise en compétition entre pôles.

Toutefois cet outil a le mérite d'exister, après des années où il avait disparu et de faire émerger des interrogations.

Pourtant comme pour beaucoup de sujet, faute d'une véritable dynamique, d'engagement et aussi de niveaux de compréhension entre les trios ou quatuors considérés, l'utilisation de l'outil demeure partielle. Si des pistes d'actions ont été construites avec les pôles, suite à cette présentation, avec un recul de 6 mois, rien de véritablement concret n'en est ressorti et surtout les créas ont souvent été vus comme des outils plus démobilisateurs que mobilisateurs. Voir en effet des activités être très déficitaires, malgré par ailleurs leur dynamisme a souvent renforcé le sentiment que peu importe les actions à mettre en œuvre, la marche était trop haute et le déficit, une fatalité. Sur la plupart des pôles, loin d'avoir été fédérateurs et bénéfiques, les créas ont été un outil comme un autre mais peu approprié.

Il existe ensuite d'autres outils, là encore relativement récents. C'est le cas par exemple des tableaux de bord d'activité, envoyés mensuellement aux pôles. Articulés autour d'indicateurs d'activités et de recettes, ils permettent notamment d'effectuer des comparaisons par rapport aux années précédentes.

A ces tableaux de bord d'activité, ce sont rajoutés, à la demande des pôles d'ailleurs, des tableaux de bord ressources humaines, qui permettent d'assurer un suivi des effectifs, de l'absentéisme et des heures supplémentaires.

Il existe donc des outils mais qui apparaissent trop limités. Les retours qui m'ont été faits par les acteurs des pôles, montrent ainsi que ces quelques indicateurs ne permettent pas d'assurer un véritable pilotage efficient et autonome.

Il s'agit en effet très souvent d'indicateurs à portée générale, assez peu individualisés. La contrainte de temps, notamment pour le contrôle de gestion social qui produit ces indicateurs, est bien sûr une donnée qu'il convient d'intégrer, toutefois la plupart des acteurs déploraient cet état de fait.

Pour prendre un exemple très précis, l'ensemble des acteurs du pôle psychiatrie auraient ainsi souhaité que les indicateurs liés à l'absentéisme soient réalisés à l'échelle des unités d'affectation plutôt qu'à l'échelle du pôle et surtout dans le cas de ce pôle précis, avoir un suivi par catégorie de personnel.

Autre exemple, pour le pôle médecine, c'est l'absence d'indicateurs précis sur les consultations (leur nombre, le taux de remplissage) qui était pointée. On a donc des demandes particulièrement variables d'un pôle à l'autre, pas toujours satisfaites.

2.3.3 Des pôles par ailleurs fortement contraints par des marges de manœuvre limitées

Cela a déjà été mentionné à de multiples reprises dans le cadre de ce travail, le CH de Dieppe et plus généralement le GHT, est dans une situation financière compliquée qui impose une vigilance accrue quant à l'utilisation des deniers publics.

Or cette situation a un impact direct sur la dynamique et la vision des pôles. En effet comme on l'a montré à de multiples reprises, notamment dans la première partie, la plus-value et la dynamique des pôles émergent bien souvent autour des projets qu'ils peuvent être amenés à porter. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on parle de projets transversaux et d'une certaine envergure, qui permettent de révéler les compétences individuelles et de créer des logiques de parcours ou de complémentarités entre les services.

Sur certains établissements que j'ai pu observer et analyser pour comparaison, seuls les projets étaient discutés lors des points dédiés au pôle. Le reste relevait de la gestion courante et était principalement géré par l'encadrement paramédical et médical.

Pour autant aujourd'hui la dynamique des projets est très souvent freinée par les problématiques financières, ce qui fait que le pôle se réduit à un rôle de gestionnaire.

A fortiori surtout un gestionnaire des ressources humaines du fait des difficultés de recrutement, de fidélisation et de la multiplication des arrêts maladie dans certains secteurs. Cela frustre donc les équipes et rend le pôle peu attractif et perceptible par les agents. Toutefois les tensions sur les ressources ne sont pas que financières et comme nous venons de le voir, peuvent également être humaines. Un manque de moyen humain tout d'abord à destination des pôles pour aider à leur bon fonctionnement et pilotage.

Deux principaux points me sont particulièrement revenus lors de mes échanges. Le premier concerne le manque de temps de secrétariat dédié au fonctionnement du pôle. Le second renvoie à l'absence de pool organisationnel à disposition des pôles. En ce qui concerne le premier, le sujet a déjà été effleuré lorsque l'on a évoqué la position relativement inconfortable des cadres administratifs à la performance. Ces derniers ont en effet souvent le sentiment d'être réduits à des secrétaires à disposition des membres du pôle. Ce qui est particulièrement inefficace et surtout ne correspond pas du tout à la plus-value qui pourrait être la leur, au regard de leur qualification et formation. Par ailleurs cela se traduit par des difficultés à organiser des temps de travail qui soient toujours performants à l'échelle des pôles. Absence répétée d'ordre du jour, pas forcément de compte rendu, pas de suivi des points évoqués, autant de points qui pourraient être améliorés si un temps de secrétariat était dédié au fonctionnement des pôles.

Le second sujet renvoie à une problématique plus institutionnelle, liée à une stratégie d'organisation très centralisée à l'échelle de l'établissement. Les acteurs du pôle et notamment les cadres supérieurs de pôles n'ont en effet à leur disposition aucun pool de remplacement, permettant de pallier au besoin et avec une relative autonomie, aux absences qui pourraient intervenir. Surtout cette centralisation, à l'échelle de la direction des soins, en ce qui concerne la gestion du pool de remplacement, peut s'avérer à certain moment inefficace et contre-productif, car trop éloignée du terrain. Il m'a ainsi été remonté de nombreux exemples de propositions de remplacement qui arrivent soit trop tard ou soit qui ne correspondent pas dans les faits aux besoins qui avaient été exprimés. Autant d'éléments qui pourraient être évités, si la gestion de ce pool était à la main du pôle concerné. Cela impliquerait bien sûr en retour qu'un suivi régulier de la gestion de ce pool, avec des indicateurs partagés et renseignés, soit assuré.

Cette problématique se retrouve également sur la question de la gestion des secrétariats. Elle n'est en cela pas propre au GHT Caux maritime, puisque les travaux sur le sujet et les établissements contactés semblaient montrer une même problématique organisationnelle. Le fonctionnement des secrétariats au CH de Dieppe est aujourd'hui

centralisé (sauf pour certains secteurs bien particuliers comme le laboratoire ou la pharmacie), avec une gestion des remplacements et des missions assurées par une responsable des secrétariats médicaux.

Cette gestion apparaît aujourd'hui en décalage avec les attentes et les besoins des pôles, qui se trouvent régulièrement contraints par les décisions qui peuvent leur être imposées. Surtout ils ne disposent pas de la possibilité de pouvoir organiser comme ils pourraient l'entendre le fonctionnement de leur secrétariat.

Il n'est ainsi pas possible de nier les multiples obstacles auxquels se heurte aujourd'hui la structuration polaire sur Dieppe. Que ce soit par manque d'uniformisation, de structuration, de formation, de moyen, voire de volonté, l'ensemble des acteurs institutionnels semblent ainsi unanimes pour pointer les dysfonctionnements existants. Cela signifie-t-il pour autant que structurer un établissement comme celui de Dieppe en pôle est vain. Surtout comment adapter les bonnes pratiques que nous avons pu rencontrer dans d'autres établissements de comparaison aux situations spécifiques à l'établissement ici de référence. Autant d'interrogations qui vont constituer le socle de cette dernière partie, une partie qui va nous permettre d'aboutir à un plan d'actions ambitieux (3).

3 Sans être rendue caduque ou dépassée, la structuration en pôles doit désormais être mise en adéquation avec les contraintes diverses existantes dans l'établissement et sans être trop ambitieuse, embarquer le plus de personnes possibles

A l'entame de cette dernière partie, il convient en effet d'envisager des pistes d'actions, qui tout en s'appuyant sur la comparaison avec d'autres établissements (3.1), n'entendent pas faire fi des attentes et des contraintes propres à l'établissement (3.2), pour proposer un plan d'actions gradués selon le niveau d'ambition approprié (3.3).

3.1 Ce que la comparaison avec d'autres établissements nous enseigne en matière de structuration polaire

L'analyse qualitative qui a été réalisée auprès d'une dizaine d'établissements de toute la France, avec un positionnement et un dimensionnement relativement similaire à celui du CH de Dieppe, permet assez naturellement de mettre à jour des bonnes pratiques et à l'inverse des pratiques qui semblent moins bien fonctionner.

Je concentrerai mon propos autour de 3 éléments qui ressortent systématiquement des entretiens et des analyses menées. Ces éléments seront respectivement l'importance de la cohérence et de la méthode de construction des pôles (3.1.1), la nécessité de bien former et de définir les missions respectives des acteurs polaires (3.1.2) et enfin l'impératif de donner du sens et de la légitimité pour que les pôles soient connus et reconnus par tous (3.1.3).

3.1.1 L'importance de la cohérence et de la méthode partagée de construction et d'élaboration des pôles

C'est en effet le premier élément et pour autant, c'est véritablement le plus important. A défaut, la dynamique de pôle aura beaucoup de difficulté à prendre et surtout à faire sens pour l'ensemble des acteurs.

On le voit particulièrement bien sur Dieppe où dans deux pôles en particulier, cette absence de cohérence, limite fortement ne serait-ce que la mise en place de temps de rencontre communs entre les acteurs.

Le diagnostic réalisé démontre bien combien sur Dieppe, la plupart des pôles ont été conçus davantage par défaut et selon les affinités que par une véritable adhésion ou vision stratégique, avec une logique par filière par exemple. La littérature et les éléments de comparaison réalisés montrent que pour que les pôles prennent tout leur sens, la méthodologie de leur construction est primordiale et nécessite donc à la fois beaucoup de concertation et surtout un temps de la réflexion qui n'est pas à négliger. Un temps qui ne correspond donc pas toujours aux besoins d'aller vite dans les établissements de santé, notamment lorsqu'un projet de gouvernance doit être renouvelé dans un délai court. La méthodologie mise en place par les quelques établissements consultés et qui ont redéfini récemment et de manière structurelle, leur pôle, varie bien sûr sur certains points. Pour autant, on retrouve de nombreux éléments communs.

Tout d'abord la création d'un groupe de travail spécifique sur le sujet. Le sujet est en effet suffisamment important et transversal, pour qu'un groupe de travail spécifique (qui reste de dimension raisonnable, à savoir autour d'une dizaine de personnes), lui soit dédié.

Ensuite la mise en place d'une méthodologie claire et transparente qui explicite notamment dès le début les prérequis indispensables au bon fonctionnement des pôles (taille des pôles, budget des pôles...). A défaut, cette démarche risque de créer plus de frustration que de satisfaction et ne permettra pas d'aboutir à une forme de consensus final. Evidemment il est indispensable de s'appuyer, autant que faire se peut, sur les besoins et les attentes exprimés par les acteurs, mais sans toutefois faire fi des contraintes qui sont inhérentes à tout établissement (que nous détaillerons dans la seconde partie).

Enfin impliquer de manière large la communauté médicale et soignante et pas simplement la direction puisque in fine ce sont bien les acteurs de terrain, qui font vivre les pôles au quotidien.

Pour assurer au mieux cette cohérence, il est ainsi indispensable de partir des objectifs stratégiques posés par le projet médical et soignant partagé. Un PMSP, qui comme cela a pu être indiqué à plusieurs reprises, vient tout juste d'être renouvelé jusqu'en 2028.

Dans le cadre du projet de gouvernance du PMSP, il est ainsi indiqué que l'ambition affichée est de « mettre en adéquation le périmètre des pôles avec le PMSP, dans une logique de filière ».

Or en matière de filière, le PMSP en a défini 6 principales : la dépendance et le handicap, les enfants et les adolescents, les maladies chroniques, la cancérologie, la chirurgie programmée et non programmée et les urgences, les soins non programmés et soins critiques.

Si on suit donc cette logique, on peut envisager la structuration des pôles sur le CH de Dieppe, de la manière suivante :

- Un large pôle dépendance, qui reprendrait les contours du pôle gériatrique actuel, tout en y intégrant les activités de consultations douleurs et de soins palliatifs, dans une démarche d'accompagnement à la fin de vie ;
- Un pôle mère / enfant, qui serait donc désormais séparé de la partie chirurgie, pour assurer une cohérence dans la prise en charge ;
- Un pôle médecine, dont les contours seraient redéfinis pour intégrer les activités de consultations de médecine, de pneumologie, de SSR polyvalent, de dermatologie, de rhumatologie, d'endocrinologie et de gastrologie-entérologie (qui ne serait plus rattachée au pôle de chirurgie). Cela permettrait ainsi de recentrer l'activité de ce pôle sur des maladies chroniques et surtout de séparer le pôle médecine actuel en deux sous-ensembles, avec notamment un redécoupage du service de médecine interne, qui apparaît aujourd'hui peu pilotable ;
- Un pôle de médecine intensive, qui regrouperait les urgences, la réanimation, la cardiologie, l'anesthésie, la neurologie et la néphrologie. Ce pôle permettrait ainsi d'épouser les concours des filières urgences et soins critiques évoquées dans le PMSP ;
- Un pôle psychiatrie, qui tout en demeurant sur le format actuel, puisse également intégrer les activités d'addictologie ;
- Un pôle chirurgie, qui reprendrait plus ou moins les contours du pôle actuel, sans la gastro-entérologie mais en y intégrant la partie chirurgie gynécologique, qui

permettrait de répondre aux besoins de la filière chirurgie programmée et non programmée.

- Enfin demeure la question de la dernière filière, celle de cancérologie. De ce point de vue, trois options existent.
 - La première, créer un pôle de cancérologie à part entière, avec un rayonnement sur le territoire, qui intègre également la partie soins palliatifs
 - La deuxième consisterait à rattacher la cancérologie au pôle de médecine plutôt chronique en y intégrant les soins palliatifs.
 - La dernière option consisterait à rattacher les activités de cancérologie au pôle de chirurgie, très légèrement réajusté.

La première option permettrait d'afficher clairement la déclinaison de cette filière, la deuxième permettrait de ne pas multiplier les pôles et de respecter la logique actuelle où l'oncologie est rattachée au pôle médecine. Enfin la dernière, là aussi permettrait de ne pas multiplier les pôles et surtout de faire le lien entre la filière de cancérologie et les parcours de digestif, d'ORL, d'urologie et de gynécologie (tout juste rattaché au pôle).

- Enfin un pôle médico-technique, qui comprendrait l'imagerie, le laboratoire, la pharmacie, la stérilisation, l'équipe opérationnelle d'hygiène et le DIM. Le pôle PAT actuel, duquel seraient détachées les activités d'urgences / SMUR et réanimation.

Au total, ce redécoupage entrainerait, en fonction des arbitrages, la création de deux ou trois pôles supplémentaires.

Une contrainte certes, considérant notamment la difficulté à recruter aussi bien des chefs de pôle que des cadres supérieurs de pôle (contraintes qui seront reprises dans la dernière sous-partie), mais qui présenterait l'avantage de créer des pôles construits autour de filières et avec un dimensionnement, qui tout en étant opérationnel, permette de favoriser la création de parcours patient optimaux.

Surtout la comparaison avec d'autres établissements comparables montre bien que de ce point de vue, le CH de Dieppe apparait clairement dans la fourchette basse avec 5 pôles et qu'en moyenne les établissements étudiés dans le cadre du présent mémoire, en comptaient plutôt 7 ou 8.

3.1.2 La nécessité de bien former et définir les missions respectives des acteurs polaires

On voit bien qu'en réalité le sujet n'est pas tant sur la mise en place d'un quatuor ou d'un trio. Les deux systèmes peuvent être aussi bien performants que défaillants. Ce n'est également pas réellement une question d'ambition ou de maturité des pôles puisqu'on voit

bien qu'un établissement comme Valenciennes, qui a pourtant particulièrement poussé l'ambition de ses pôles a fait le choix d'un trio avec une absence de directeur de pôle.

Cela implique toutefois deux choses en particulier.

Tout d'abord que les différents acteurs des pôles se voient remettre, au moment de leur prise de poste, une fiche de mission, avec des objectifs clairs et si possible relativement limités, au risque de devenir inatteignables.

De ce point de vue, le CH de Dieppe est plutôt bien doté, puisqu'une fiche de mission avait été rédigée. La problématique étant davantage que contrairement à d'autres établissements, cette fiche de poste est peu connue, peu partagée et surtout que la plupart des éléments qui y figurent font fi d'un environnement qui ne peut en l'état permettre sa pleine effectivité. Cette fiche de mission est en quelque sorte restée lettre morte.

Certains établissements ont ainsi pu faire le choix de faire signer par chacun des membres du trio ou quatuor, en fonction, ces lettres de missions, afin qu'elles soient bien intégrées et partagées et surtout en ont assuré une large présentation et diffusion au travers des différentes instances de l'établissement.

Surtout loin de se limiter à l'énonciation de quelques grands objectifs, certaines lettres de missions pourraient gagner à comporter également des moyens d'atteindre ces objectifs.

Cela peut-être des outils conséquents comme des délégations ou le rattachement de certains agents pour aider dans la mission (secrétariat, cadre administratif, adjoint au chef de pôle en ce qui concerne le volet médical). Mais cela peut également être des éléments moins ambitieux comme des points d'étapes réguliers avec la direction générale ou une systématisation des échanges inter-pôles ou des points pôles lors des instances. Cela permet ainsi de mettre en place une véritable dynamique de pôle à l'échelle de l'établissement et de rendre les pôles plus visibles.

Or cela implique également que les pôles aient les bons acteurs en pilotage.

Cela renvoie donc à plusieurs dimensions.

L'intérêt bien sûr en est une des principales. Un chef de pôle qui lui-même ne croit pas véritablement à l'utilité des pôles aura naturellement plus de difficulté à être moteur et dynamique et à être partie prenante de leur développement. Or malheureusement aujourd'hui les fonctions associées aux pôles sont davantage subies que choisies.

Si l'on prend l'exemple du CH de Dieppe, sur les fonctions de directeur de pôle, parmi les deux, l'un est depuis maintenant 2 ans directeur de pôle par intérim, faute de candidat potentiel et l'autre a exprimé à plusieurs reprises sa lassitude face à ses fonctions.

Parmi les CAP, deux sur trois sont d'anciens soignants qui ont été reclassés sur ces fonctions faute d'autres alternatives. Enfin parmi les chefs de pôles, au moins 2 sur 5 ont exprimé que si c'était à refaire, ils ne deviendraient pas chef de pôle.

Bien sûr la situation n'est de ce point de vue, pas propre à Dieppe. Elle est assez manifeste parmi les directeurs de pôles, qui bien souvent « récupèrent » cette fonction en sus d'une direction fonctionnelle.

Or avoir les bons acteurs au bon endroit semble davantage relever de l'ambition que l'établissement se donne dans le domaine.

Plusieurs établissements ont ainsi fait le choix assumé de recruter de jeunes attachés, sortis d'école pour occuper les fonctions de cadre administratif de pôle ou de cadre à la performance. Cela permet ainsi d'avoir des profils polyvalents à même de remplir l'éventail des missions que demandent de telles fonctions.

Cette ambition ressort aussi de la part de certains établissements qui assument de promouvoir de jeunes chefs de pôles, avec une vision souvent différente des pôles et surtout un dynamisme qui accompagne le développement des pôles. Or cela doit passer par un travail étroit entre la direction générale et la communauté médicale, afin notamment d'encourager les candidatures à de tel poste.

3.1.3 L'impératif de donner du sens et de la légitimité pour que les pôles soient connus et reconnus par tous

Dans l'introduction d'un article qu'il a publié avec Marie Paule Sauli, dans la revue hospitalière de France, Matthieu Guyot, posait ainsi la problématique en ces termes « sous prétexte de décentraliser, il arrive que nous donnions des missions et des tâches inadaptées aux pôles. Au lieu de véritablement déléguer des responsabilités stratégiques ou cliniques qui pourraient permettre aux pôles de jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité organisationnelle, ce qui leur est confié, s'apparente parfois à un transfert des charges administratives et logistiques ».

Cela implique donc à la fois de donner corps aux pôles, d'infuser une culture de pôle au sein de l'établissement mais également d'outiller les pôles en fonction de la stratégie arrêtée par l'établissement pour qu'ils puissent réellement avoir une plus-value.

Il y a de ce point de vue, plusieurs façons d'atteindre cet objectif.

Le plus évident étant que les pôles soient au cœur de la vie institutionnelle de l'établissement. Par principe les chefs de pôle siègent au sein des différentes instances que sont le directoire ou la CMUG, cela ne veut toutefois pas dire que ces instances sont des lieux où les actualités et les questions relatives au fonctionnement des pôles sont évoquées ou systématisées. Bien souvent ces instances restent des espaces très formels, où les pôles ont peu leur place.

C'est donc bien en fonction de la façon dont l'établissement va se structurer et va donner un espace aux pôles que pourra s'instaurer une véritable dynamique de pôle. Dans certains établissements par exemple, des rencontres régulières entre la gouvernance des pôles et la direction générale / les directions fonctionnelles, sont instaurées. Elles permettent ainsi

de donner aux pôles toute leur place et surtout de faciliter un échange et un partage de l'information, qui comme on l'a vu, fait parfois défaut sur le CH de Dieppe.

Cela peut et doit aussi passer par la façon dont les pôles sont vus et représentés dans l'établissement. L'attachement à l'échelon des services demeure, un acquis extrêmement important pour les équipes et bien souvent le pôle apparaît comme lointain. Les quelques entretiens que j'ai pu mener de ce point de vue avec du personnel d'encadrement paramédical et des équipes de terrain, montraient que le pôle était d'autant moins bien connu et perçu qu'il était de grande dimension et qu'il avait peu de cohérence. On retombe donc ici dans le dilemme de la juste taille du pôle, qui tout en devant être suffisamment grand pour remplir pleinement son rôle d'échelon intermédiaire, ne doit toutefois pas en perdre son identité et sa plus-value pour les équipes de terrain.

La mise en place dans certains établissements, de temps de rencontre à l'échelle du pôle, ouverts à tous (sans se réduire donc au conseil de pôle ou autres instances interinstitutionnelles) a ainsi été un bon moyen de créer de l'interconnaissance entre des services qui parfois ont peu l'occasion de travailler ensemble et surtout de faire naître des réflexes de solidarité et de projets communs, qui correspondent pleinement à la philosophie attendue lors de la mise en place des pôles.

Enfin il est assez intéressant de constater que dans plusieurs de mes entretiens, est beaucoup ressorti la notion de projet. Les pôles ne prennent véritablement leur sens, notamment auprès des équipes qui les portent, que s'ils sont à même de pouvoir en porter. La lassitude est ainsi grande vis-à-vis de pôles qui ne seraient que des gestionnaires de contraintes, sans avoir de latitude et sans avoir de perspective. La démarche de certains établissements de se doter, au sein même de la gouvernance des pôles, de personnes à même de structurer, d'accompagner et d'évaluer les projets est révélatrice de l'importance de ce volet. Surtout, en dégagant du temps de personnel sur cette thématique, cela permet d'accompagner au mieux les équipes dans la structuration de projets intra ou interservices et de pouvoir être outillé pour répondre aux appels d'offres.

Bien sûr, en filigrane, la question des outils n'est pas à négliger. Si comme on l'a vu, peu d'établissements ont fait le choix de développer de la délégation ou de l'intéressement, en raison notamment de l'implication que cela peut avoir en termes de formation, de responsabilisation, de suivi et surtout peut-être en raison du manque d'attractivité de cette solution, par rapport à la culture hospitalière actuelle.

Pourtant, loin parfois même de correspondre aux attentes des acteurs hospitaliers eux-mêmes, d'autres outils existent.

On a parlé des contrats de pôles, ils sont bien sûr indispensables. A condition toutefois d'être resserrés autour de quelques grands objectifs, d'être partagés et transparents et surtout de comporter des engagements de toutes les parties prenantes, au risque d'être

peu réalistes. Des contrats de pôle d'établissements comportaient ainsi des obligations en matière d'accompagnement et d'outillage des directions envers les pôles.

Surtout ce qui semble très bien fonctionner, c'est la proximité des pôles avec les directions fonctionnelles de l'hôpital. Naturellement lorsqu'il existe un directeur de pôle, il peut jouer ce rôle de lien et en fonction de son périmètre d'action, pouvoir apporter des éléments.

Pour autant, le modèle du directeur de pôle est loin d'être le plus répandu et dès lors, il s'agit d'instaurer des espaces de dialogue réguliers avec les principales directions fonctionnelles (finances, ressources humaines, achats, logistique, affaires médicales), pour que les pôles puissent au mieux assurer leur mission.

Dans certains établissements, ces temps sont mensualisés, dans d'autres, sans être fixes, ils sont très réguliers, en fonction des besoins, dans d'autres enfin, des acteurs sont clairement identifiés par direction sur le suivi et le dialogue avec les pôles. Cela permet ainsi d'avoir un interlocuteur défini et fixe en fonction des besoins.

Néanmoins l'ensemble de ces bonnes pratiques doit s'intégrer dans une réflexion plus large, une réflexion qui intègre des contraintes et des attentes propres au CH de Dieppe (3.2)

3.2 Des attentes et des contraintes au niveau de l'établissement qu'il s'agit toutefois de bien intégrer pour une approche optimale et garante de l'adhésion collective

S'il n'est bien sûr pas inutile de se comparer à d'autres établissements pour en tirer des bonnes pratiques, il est pourtant toujours indispensable de bien replacer ces pratiques dans un contexte particulier.

En l'occurrence ici le contexte d'un Centre hospitalier qui semble loin d'être mature sur la réflexion polaire. Un établissement surtout qui ne semble pas avoir une culture de pôle au sens où la structuration et la stratégie de l'établissement serait construit autour des pôles.

Au contraire, les pôles sont aujourd'hui davantage perçus et vécus comme des obligations légales, mais sans que leur plus-value ne soit toujours perceptible. Surtout les acteurs eux-mêmes ne semblent pas forcément y croire et il ne se dégage pas d'unanimité quant aux évolutions qui pourraient être attendues.

C'est donc primordial d'avoir ces éléments en tête pour ne pas définir un plan d'actions qui serait hors sol et surtout ni acceptable ni faisable.

Trois problématiques majeures vont donc se poser à l'heure de définir une stratégie claire et optimale sur les pôles. Seront abordées successivement la contrainte de concilier des intérêts qui peuvent sembler contradictoires (3.2.1), l'importance de parvenir à convaincre l'ensemble des acteurs que les pôles doivent devenir des lieux d'échanges, de

négociations et de prise de décisions incontournables (3.2.2) et enfin la difficulté à garantir que la réussite de cette démarche ne se heurtera pas à des individualités ou des enjeux de court terme (3.2.3)

3.2.1 Réussir à concilier des intérêts et des attentes qui peuvent sembler contradictoires

Les éléments qui ressortent des entretiens menés avec à la fois les acteurs polaires et les membres représentant la direction au sens large, montrent bien que les attentes et les besoins ne sont pas forcément les mêmes.

En lien bien sûr avec des contraintes et des enjeux qui ne sont pas les mêmes en fonction de la position que l'on occupe dans l'établissement.

Les attendus médicaux s'orientent vers des pôles avec plus de délégations de moyens (notamment en matière de ressources humaines), une plus grande reconnaissance institutionnelle et la fixation certes d'objectifs mesurables mais qu'ils fixeront eux-mêmes sans que la contrainte associée ne soit trop importante.

Du côté des attendues de la direction, la structuration des pôles apparaît comme une nécessité pour fluidifier le fonctionnement de l'établissement, faire émerger et accompagner les projets et surtout pour responsabiliser les acteurs médicaux à l'atteinte d'objectifs, notamment financiers, dans un contexte particulièrement délicat. Une structuration qui toutefois devra se faire à coût constant et sans que la répartition des rôles et des pouvoirs n'en soit trop affectée, faute de maturité de la part des pôles et faute surtout des moyens. Naturellement les attentes de la communauté paramédicale, représentée par les cadres supérieurs de pôles sont ambivalentes. Tirillée entre leur rattachement à une direction des soins, qui n'entend pas déléguer une partie de ses compétences et leur proximité avec des chefs de pôles qui considèrent qu'ils n'ont pas les moyens de mener à bien leur mission.

Enfin la communauté administrative, représentée par les CAP, attend que leur positionnement soit précisé sans qu'il ne soit attendu d'eux ce qu'ils ne seront pas en mesure, faute de compétences ou de formation, de pouvoir réaliser.

Une situation qui peut donc paraître en apparence insoluble.

Comment en effet faire monter en compétence les pôles, les responsabiliser et leur donner une place plus importante si les objectifs et les missions des pôles ne sont dès le départ pas partagés. Comment encore parvenir à une vision commune qui parvienne à satisfaire l'ensemble des acteurs ou à minima leur permette de s'y retrouver.

L'acte en quelque sorte fondateur de cette nouvelle réflexion polaire devra passer par la signature de contrats de pôles, qui ne sont plus depuis longtemps en vigueur.

Or au moins deux chefs de pôles m'ont précisé que si les choses n'évoluaient pas et que des garanties n'étaient pas apportées, aucun contrat ne pourrait être signé. On risque donc

purement et simplement de se trouver dans une situation de blocage qui ne bénéficierait à personne et qui pourrait à l'inverse renforcer encore davantage la tentation de revenir à l'échelle des services, à rebours donc de l'ambition polaire initiale.

A ce stade et pour parvenir à lever ces possibles contraintes, plusieurs solutions peuvent être envisagées.

La nécessité d'un changement dans l'écosystème des acteurs afin :

- soit de permettre une montée en compétence des acteurs polaires avec un niveau de maturité qui pourrait permettre d'envisager de donner plus de place et de moyen aux pôles- soit afin d'aligner les ambitions de la direction avec celles des nouveaux acteurs polaires.

On a donc plusieurs scénarios qui peuvent se dessiner selon le niveau d'ambition attendu et les acteurs qui seront intégrés dans le projet.

- Soit une situation de statut quo, qui risque toutefois de limiter encore davantage la crédibilité des pôles.
- Soit une situation à minima où les organisations seraient harmonisées, la gouvernance et le pilotage clarifié, mais sans répondre pleinement aux attentes des acteurs et peut-être surtout à l'utilité que les pôles peuvent avoir.
- Soit un projet plus ambitieux de structuration des pôles, d'outillage, de création d'espaces d'échanges et de négociations avec une proximité assumée entre les pôles et les directions fonctionnelles. Une situation dans laquelle on articule la gouvernance de l'établissement autour des pôles en quelque sorte. Un choix assumé et entamé par certains établissements de taille importante et de façon assez médiatisée, mais également par des établissements de plus petite dimension, à l'image du CH d'Avignon.

Naturellement, étant donné que les fonctions notamment de chef de pôle sont choisies sur proposition du président de la Communauté médicale, la définition de ces ambitions ne peut s'envisager sans y associer au préalable les représentants de la communauté médicale, en y incluant les chefs de pôles actuels.

3.2.2 Parvenir à convaincre l'ensemble des acteurs que les pôles doivent devenir des lieux d'échanges, de négociations et de prise de décisions incontournables

L'établissement apparaît de ce point de vue dans une situation relativement paradoxale. Les différents entretiens menés ont montré que la plupart des acteurs restaient

convaincus par l'utilité des pôles et peu ont appelé de leurs vœux à un retour au seul échelon des services.

Si les pôles font donc l'unanimité, rares sont toutefois ceux qui sont convaincus que les pôles doivent prendre une place prépondérante et plus importante dans le fonctionnement de l'établissement. Une forme de statut quo sur le modèle actuel s'est presque imposée et il va être compliqué de la remettre en cause.

La culture de l'établissement semble au contraire favoriser des pôles repliés sur eux-mêmes, avec très peu d'échanges inter-pôles et un partage de l'information peu optimal. Le fonctionnement du directoire, durant lequel aucun point d'actualité des pôles n'est fait et où au contraire certains sujets évoqués font renaître de vieux antagonismes entre pôle, montre bien combien on est loin d'une maturité qui permette de faire des pôles des acteurs essentiels dans le fonctionnement de l'hôpital.

Pour ce faire et notamment dans un contexte où le projet de gouvernance de l'établissement est à renouveler, il est indispensable, de poser les bases, avec les acteurs concernés, d'une structuration polaire qui permette justement de donner aux pôles, les moyens de leurs compétences.

Cette structuration doit d'abord se traduire par la mise en place dans chaque pôle, facilitée par un redécoupage cohérent des pôles, d'instances collégiales d'élaboration et de discussions de type :

- Un collège médical de pôle pour que le chef de pôle puisse s'entourer de l'avis des chefs de service et de celui des praticiens pour la conduite médicale du pôle.
- Un bureau de pôle présidé par le chef de pôle réunissant les collaborateurs du chef de pôle a minima les chefs de service, les autres membres du quatuor de pôle, et le cas échéant des acteurs intéressés en fonction de l'ordre du jour
- Un conseil de pôle ou une assemblée générale de Pôle qui se réunit au moins deux fois par an (voire une fois par trimestre de manière optimale).

Cette structuration doit ensuite passer par un arbitrage sur la place des pôles et leur interaction avec à la fois les directions fonctionnelles et les autres pôles.

Un chef de pôle lors d'un entretien m'avait ainsi dit que pour lui l'enjeu n'était pas tant les moyens qui lui étaient donnés que la garantie que les pôles et les directions travailleraient main dans la main dans un même objectif.

De ce point de vue, la méthodologie employée par le CH d'Arras, qui pour chaque pôle, a défini le positionnement du pôle, son rôle dans l'établissement et surtout l'articulation avec les autres pôles dans une logique de prise en charge, est intéressante.

Cette démarche adaptée au CH de Dieppe permettrait ainsi aux pôles de définir précisément leur rôle, leurs articulations et de définir les objectifs pour les années à venir.

Ces projets de pôles pourraient ainsi venir en plus de contrats de pôles, qui seraient centrés autour de quelques indicateurs ciblés et d'objectifs et de moyens qui s'accompagnent.

La formation des managers hospitaliers aux pôles sera bien sûr un enjeu majeur pour garantir leur plein développement et surtout une acculturation complète de l'établissement. De ce fait ne sont pas concernés ici uniquement les chefs de pôles, bien que ce soit appelé de leurs vœux et qu'il soit un public majeur. Il est question ici de l'ensemble des cadres (soignants comme administratifs).

Comme le soulignait déjà Véronique Anatole-Touzet dans un article datant de 2012 (Touzet et al, 2012) la mise en place des pôles est l'occasion de basculer d'une culture non pas simplement de moyens mais surtout de résultats, autrement dit, vers une culture de la responsabilisation des équipes et de contractualisation avec la direction Générale. Il n'est d'ailleurs pas anodin de ce point de vue que la mise en place au CH de Dieppe d'un groupe de travail autour de la gouvernance de l'établissement ait permis de mettre à jour certaines attentes des cadres, parmi lesquelles figurent :

- La nécessité de renforcer l'autonomie et le rôle des encadrants
- Le besoin de définir le rôle et les missions des cadres au sein de l'organisation

L'article précédemment cité, retrace ainsi la réflexion qui a eu lieu au cours des années 2010, au CHR de Metz pour permettre aux cadres de l'établissement de ne plus seulement être des cadres de services, mais de devenir des cadres du pôle.

Pour ce faire le CHR de Metz s'était donné un certain nombre d'ambitions :

- Structurer la participation de l'encadrement à la stratégie d'établissement et au pilotage des pôles. Pour ce faire des réunions avaient été instituées plusieurs fois par an entre la DG et les cadres. Les cadres étaient par ailleurs systématiquement associés aux instances des pôles et dans tous les projets, au même titre que les responsables médicaux. De même l'encadrement avait accès aux outils de pilotage au même titre que les chefs de service ou chefs de pôle.
- Pour parvenir à cette ambition, les cadres avaient également été partis prenante de la négociation et de la définition des contrats de pôle, avec en ligne de mire leur montée en compétence dans la conduite de projet et dans la participation aux enjeux stratégiques de l'établissement.

Toutefois rien de ceci n'aurait été possible si par ailleurs les cadres n'avaient pas été érigés comme des partenaires reconnus de la direction et des trios ou quatuors de pôle. La culture du résultat attendu de chacun des pôles avait ainsi mobilisé pleinement l'encadrement et les résultats obtenus ou non étaient systématiquement restitués et analysés dans le rapport d'activité annuel du pôle.

C'est donc bien le positionnement stratégique de l'ensemble des acteurs de l'établissement qui doit permettre de structurer la vision des pôles et d'embarquer l'ensemble des acteurs. De ce point de vue, le CH de Dieppe ne part pas de rien, loin de là. Certains pôles ont déjà institutionnalisé la participation des cadres à leurs instances tout comme des rencontres de l'encadrement avec la direction générale ou à minima avec la coordinatrice des soins ont pu être organisées.

3.2.3 Garantir que la réussite de cette démarche ne se heurtera pas à des individualités ou des enjeux de court terme, notamment dans un contexte où ce projet devra être mené à coût constant

Naturellement ces changements risquent de se heurter à de nombreuses réticences ou à des inquiétudes, qu'elles soient par ailleurs fondées ou non. Une dynamique d'accompagnement au changement sera donc de ce point de vue primordial.

Comme on a déjà pu le montrer, c'est véritablement d'un changement de paradigme et de culture qui est évoqué ici et à ce titre, il est donc naturel que des oppositions se manifestent. Le risque étant toutefois que ces oppositions et une certaine inertie, empêchent toutes évolutions d'advenir.

A ce titre plusieurs limites à cette démarche ont été évoquées lors des différents entretiens.

Je ne citerais ici que les plus fréquentes :

- Sans davantage de moyens, cela ne sert à rien, les pôles ne doivent pas gérer la rareté ;
- Les pôles ne sont pas assez matures, je ne vois pas comment les associer davantage ;
- Je ne veux pas que mes missions évoluent, j'en fais déjà assez comme ça.

Or cette conduite du changement aura du mal à se faire avec le personnel actuel, issu comme on l'a vu essentiellement de reclassements successifs, à fortiori si une gouvernance polaire sous forme de trio de pôle était adoptée. Comme mes échanges avec les établissements fonctionnant sous forme de trio l'ont montré, l'un des prérequis essentiels étant que les cadres administratifs de pôles puissent remplir en quelque sorte le rôle que le directeur occupait. A savoir un rôle de coordination, de pilotage et d'analyse. Or cette montée en compétence, rendue moins indispensable dans un quatuor où a fortiori les rôles sont mal définis entre les acteurs, nécessite des compétences et un positionnement qu'il est difficile d'attendre, à minima sans formation, des cadres administratifs actuels.

Beaucoup d'établissements semblent ainsi avoir fait le choix de recruter des attachés d'administration hospitalière sur ces postes. Ce n'est pas un hasard, leur polyvalence et leur bonne connaissance du milieu hospitalier, leur permettent d'être particulièrement

pertinents sur des postes où la charge de travail peut être importante et la pression pas des moindres.

Par ailleurs toujours dans un scénario où l'établissement se doterait de pôles supplémentaires, pour épouser au mieux les contours du projet stratégique et des filières définies en son sein, cela impliquerait donc à minima deux pôles par cadre administratif, ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle. Une augmentation de la charge de travail qui risque donc de se heurter à la façon dont les acteurs sont aujourd'hui structurés.

En effet la question du dimensionnement des équipes pour accompagner la redéfinition des pôles sera un autre obstacle à ne pas négliger.

L'établissement est dans une situation financière délicate, rendant toute création de postes, à fortiori sur des fonctions administratives, peu probable.

Cela implique donc de faire plus avec autant de ressources. On en revient donc à la nécessité de mettre les bonnes personnes au bon endroit pour assurer que ce projet ne se heurtera pas à des limites de compétences.

De manière générale et pour clôturer ici cette partie consacrée aux freins qui pourraient se manifester, une notion qui n'a toujours pas été évoquée, mais qui est pourtant centrale, doit être considérée comme un prérequis sans quoi justement les intérêts personnels prendront toujours le pas sur le collectif. Il s'agit de la notion de confiance.

Une notion qui entraîne beaucoup d'autres, comme celle de dialogue, de travail collectif, de délégation...

Or la confiance ne se décrète pas, elle se construit. Il ne serait pas exagéré et cela ressort là aussi de mes entretiens, de dire que cette confiance entre les pôles et la direction de l'établissement est peu présente. Les raisons en sont multiples, mais ressort surtout, un dialogue peu développé et un partage d'information peu optimal.

Toujours est-il que sans cette confiance, il est impensable d'envisager la mise en place de pôles renforcés avec des compétences et des marges de manœuvre élargies.

Comme me le confiait un des directeurs du GHT, la mise en place des pôles repose précisément sur le fait que désormais, « une relation classique d'autorité n'est plus possible dans ce cadre : le directeur et son équipe doivent instaurer une relation de confiance et entrer dans un dialogue constant avec les équipes des pôles ».

Cela implique donc que l'ensemble de l'équipe de direction partage cette vision d'un dialogue nécessaire avec les pôles et que le management qui en découle soit aligné sur cette nouvelle pratique,

Dans certains établissements, comme évoqué, cela a nécessité de procéder à des changements nécessaires. De renouveler certains chefs de pôles, de restructurer certaines directions pour permettre notamment d'identifier certains agents à des pôles spécifiques.

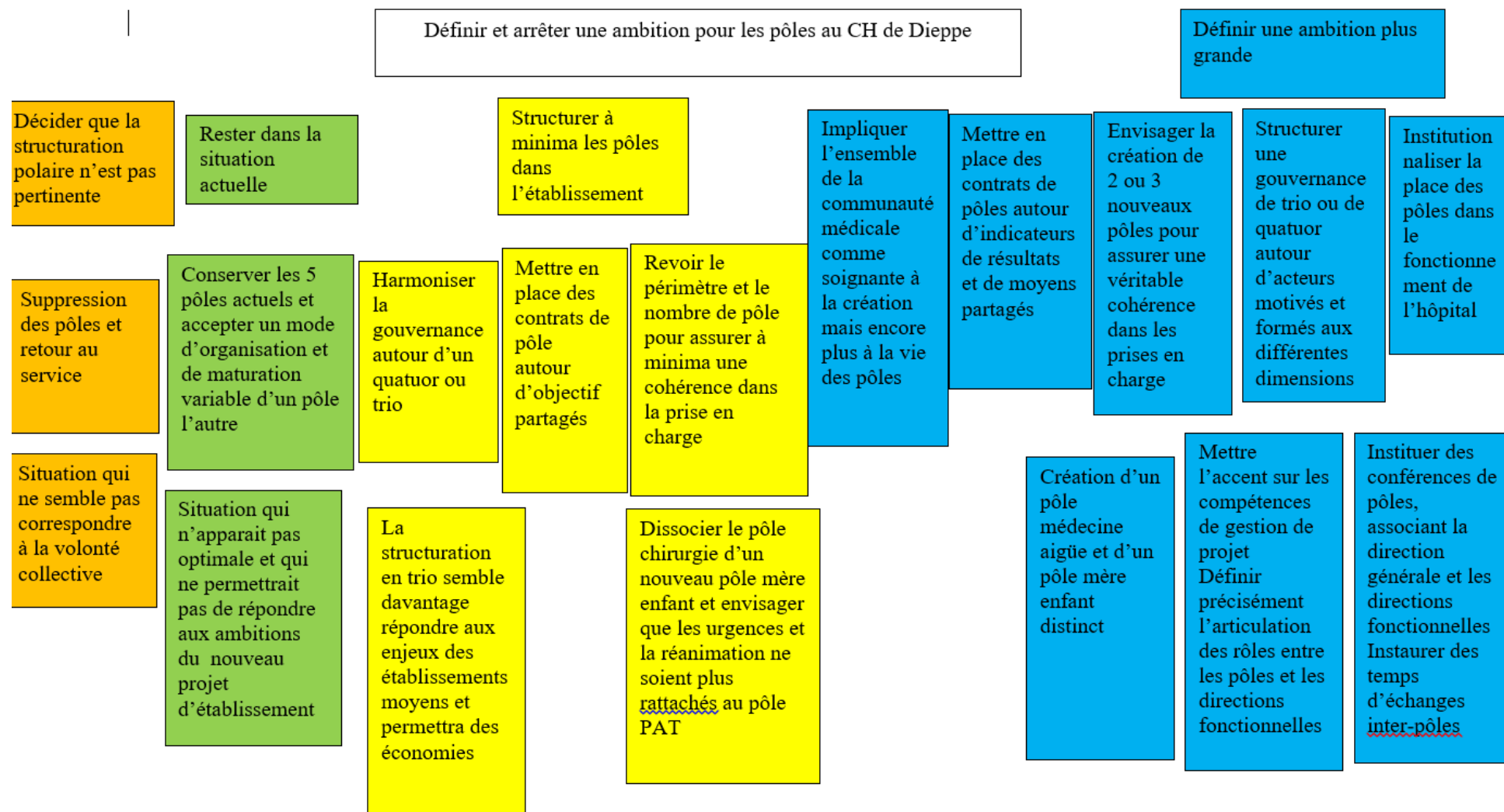
Naturellement cette conduite du changement prendra du temps. Elle pourra nécessiter d'être graduelle, avec une expérimentation dans un premier temps sur certains pôles plus avancés que d'autres. A titre d'exemple la direction des finances a récemment revu son organigramme, avec par exemple des contrôleurs de gestion qui se partagent leur fonction, selon un découpage par pôle. Le cas échéant, cette transformation pourra être accompagnée, par des institutions comme l'ANAP (via des groupes entre pairs).

3.3 Un plan d'actions qu'il convient donc d'arbitrer et de dimensionner en fonction des besoins de l'établissement et des contraintes des acteurs, selon des scénarios plus ou moins ambitieux

3.3.1 Un plan d'actions multiples, avec deux scénarios préférentiels

Le plan d'action ci-après reprend les éléments qui ont pu déjà être évoqués au cours de ce travail, avec une réflexion autour de plusieurs scénarios, gradués selon leur niveau d'ambition et en miroir selon le nombre d'actions qui seront à mettre en place pour répondre à cette ambition.

Par la suite et notamment afin de proposer un plan d'actions qui réponde aux attentes des différents acteurs de l'établissement, les deux premiers scénarios ne seront pas évoqués. Seuls les scénarios dits « à minima » et « approfondis » seront donc déclinés de façon à pouvoir être déployés sur l'année 2024. Le projet de gouvernance allant être renouvelé cette année, cette temporalité de déploiement apparaît pertinente.



3.3.2 Le scénario à minima : un scénario qui sans permettre un aboutissement complet de la logique polaire présenterait l'avantage d'être plus réaliste sans modifier complètement la culture de l'établissement

Calendrier	Action	Objectifs	Acteurs	Commentaires	Point de vigilance
Septembre 2024	Constituer un groupe de travail autour des pôles	Entendre les différents points de vue Arrêter une stratégie commune	DG PCMUG Directions fonctionnelles L'ensemble des acteurs des pôles	Faire en sorte que ce groupe, tout en étant représentatif des intérêts, ne comporte pas trop de monde, au risque d'être peu productif Permettre la réunion d'au moins 3 groupes de travail sur une période de 2 mois afin de laisser le temps de la réflexion	Bien fixer en amont les règles du jeu et ce qui ne sera pas évoqué (délégation, intéressement par exemple). De ce fait, ce travail évitera toute forme de frustration ou de cristallisation des tensions.
Novembre 2024	Définir une gouvernance et un redécoupage des pôles	Arrêter une structuration polaire Aboutir à un redécoupage cohérent Uniformiser les pratiques	DG PCMUG Directions fonctionnelles L'ensemble des acteurs des pôles	Découlera des actions du groupe de travail et de ses préconisations	Bien communiquer à l'issue de cette phase pour que l'ensemble de l'établissement en soit informé
Janvier 2025	Structurer la gouvernance de ces nouveaux pôles	Mettre les acteurs adéquats en fonction de la gouvernance qui aura été arrêtée	DG PCMUG Acteurs polaires		
Janvier 2025	Négocier des contrats de pôles	En s'appuyant sur le redécoupage effectué, sur les acteurs impliqués et sur un certain nombre d'outils d'analyse, négocier des contrats	DG PCMUG Directions fonctionnelles concernées Acteurs polaires		Définir des contrats avec des indicateurs raisonnables et atteignables

De manière annuelle	Assurer le suivi et l'évaluation annuelle de ces contrats de pôles	Evaluer et ajuster les objectifs assignés aux pôles Etablir un dialogue et une relation de confiance	DG PCMUG Directions fonctionnelles concernées Acteurs polaires	Cette évaluation peut se faire trimestriellement avec les directions fonctionnelles et annuellement avec la direction générale	Ne pas hésiter à renégocier les contrats en cas de besoins
---------------------	--	---	---	--	--

3.3.3 Le scénario ambitieux : un scénario qui permettrait une véritable structuration polaire, tout en nécessitant un accompagnement au changement autour d'acteurs formés et convaincus

Calendrier	Action	Objectif	Acteurs	Commentaires	Point de vigilance
Septembre 2024	Constituer un groupe de travail autour des pôles	Entendre les différents points de vue Arrêter une stratégie commune	DG PCMUG Directions fonctionnelles L'ensemble des acteurs des pôles	Faire en sorte que ce groupe, tout en étant représentatif des intérêts, ne comporte pas trop de monde, au risque d'être peu productif Permettre la réunion d'au moins 3 groupes de travail sur une période de 2 mois afin de laisser le temps de la réflexion	Bien fixer en amont les règles du jeu et ce qui ne sera pas évoqué (délégation, intéressement par exemple). De ce fait, ce travail évitera toute forme de frustration ou de cristallisation des tensions.
Novembre 2024	Définir une gouvernance et un redécoupage des pôles	Arrêter une structuration polaire Aboutir à un redécoupage cohérent Uniformiser les pratiques	DG PCMUG Directions fonctionnelles L'ensemble des acteurs des pôles	Découlera des actions du groupe de travail	Bien communiquer à l'issue de cette phase pour que l'ensemble de l'établissement en soit informé
Janvier 2025	Structurer la gouvernance de ces nouveaux pôles	Mettre les acteurs adéquats en fonction de la gouvernance qui aura été arrêtée	DG PCMUG	Au vu de la dimension du CH de Dieppe et de sa situation financière, une structuration en trio semble justifiée	Faire en sorte d'ouvrir largement le recrutement des chefs de pôles notamment, avec en tête l'obligation de nominations équilibrées aux postes à responsabilité

					médicaux (aujourd'hui pas une seule femme cheffe de pôle à Dieppe)
Premier trimestre 2025	Bien définir et former les acteurs de la nouvelle gouvernance polaire	Définir des fiches de poste, qui soient ambitieuses tout en étant proportionnées Assurer la formation de l'ensemble des acteurs polaires (notamment aux dimensions managériales et gestionnaire pour les chefs de pôles)	L'ensemble des acteurs polaires Le service formation de la DRH Les affaires médicales en ce qui concerne la formation médicale	Il existe déjà des fiches de poste pour les 2 directeurs de pôle en poste, cela pourra servir de base	Il est indispensable que ces fiches de poste soient partagées et connues de tous au risque de rester lettre morte
Premier semestre 2025	Négocier et signer des contrats de pôles ambitieux	Donner des objectifs précis et atteignables aux pôles	La DG Le PCMUG Les directions fonctionnelles en ce qui concerne leurs objectifs spécifiques (spécifiquement finances, RH, directions des soins et qualité et gestion des risques)	Faire en sorte que les engagements soient réciproques (les directions fonctionnelles s'engagent également) Ne pas hésiter à actualiser ces objectifs chaque année si nécessaire	Se limiter à quelques grands objectifs / engagements Les engagements doivent être définis collectivement et s'appuyer notamment sur des données ressortant des tableaux de bord Ces engagements doivent également prendre en compte la situation de l'établissement. Une situation qui doit donc être transparente et partagée pour limiter les frustrations par la suite

Trimestriellement à minima, plus si besoin	Mettre en place des temps d'échange réguliers entre directions fonctionnelles et pôles	Créer un dialogue et un climat de confiance Outiller les pôles en fonction de leurs besoins	Les acteurs polaires les directions fonctionnelles		Pourra impliquer de redimensionner les organigrammes des équipes de direction pour intégrer cet accompagnement polaire
Premier semestre 2025	Outiller les pôles	Permettre une gestion et un pilotage le plus adéquat possible Associer les pôles au pilotage de l'établissement	Les acteurs des pôles Les différentes directions fonctionnelles concernées	Une définition précise des données et des indicateurs que les pôles souhaitent suivre devra être réalisée. Nécessité d'individualiser les outils proposés en fonction des besoins	Nécessite un véritable partenariat et un dialogue de gestion avec les directions fonctionnelles
A N+1	Evaluer et mettre à jour annuellement les contrats de pôles	Permettre un suivi des indicateurs négociés Permettre d'ajuster au plus près en fonction des résultats ou non atteint Permettre d'assurer une meilleure efficacité et un meilleur pilotage de l'établissement	La DG Le PCMUG Les acteurs des pôles Les directions fonctionnelles concernées	L'évaluation des contrats de pôle doit être partagée le plus largement possible, notamment dans les instances, ce qui participera de la création d'une dynamique de pôle	
En routine	Faire vivre continuellement les pôles dans les instances et des temps d'échanges collectifs	Entretenir la dynamique de pôle Partager collectivement les informations Associer les pôles au pilotage de l'établissement Créer un climat de confiance	Les acteurs polaire L'ensemble des acteurs impliqués dans la gouvernance de l'établissement		

Conclusion

En conclusion, la situation du GHT Caux maritime ne semble pas forcément bien différente de celle qui était pointée dans un article de l'universitaire (Vallejo, 2020) lorsqu'était écrit que « le pôle n'est capable de répondre au projet de sa création, le rapprochement des logiques gestionnaires et médicales à l'hôpital ».

Malgré en effet des ambitions particulièrement élevées fixées par le législateur, les pôles ne semblent pas avoir atteint leur objectif au CH de Dieppe.

De ce point de vue, la situation n'est pas inédite à cet établissement, ni liée à un contexte local particulier. Elle est représentative de la difficulté, subie ou voulue, de nombreux établissements à structurer leur fonctionnement autour de pôles fonctionnels, intégrés et dynamiques.

Il est vrai que cette structuration est jugée chronophage, qu'elle implique un fort investissement, notamment de la communauté médicale, pas toujours encline à le fournir et surtout pour des résultats contestés. La remise en cause des pôles avec la loi claris en est le dernier symbole.

Pour autant ce travail mené au cours des derniers mois m'a montré qu'en réalité, les pôles étaient toujours plébiscités et qu'en aucun cas, un retour au service n'était envisagé.

Le CH de Dieppe est donc en quelque sorte au milieu du gué désormais. Sans être véritablement doté de pôles au sens de la réglementation et de ses ambitions, la volonté partagée ne semble néanmoins pas de s'en séparer complètement. La mise en place de contrats de pôles allant en ce sens.

Dès lors, plusieurs choix s'offrent au CH de Dieppe. Soit une structuration à minima, qui sans satisfaire complètement, permettrait toutefois de s'assurer de ne heurter personne et surtout de ne pas bousculer des habitudes prises depuis des années. Soit une structuration plus ambitieuse, qui sans être inédite, paraît peu présente dans les établissements que j'ai pu analyser et consulter.

Dans un contexte où le CH de Dieppe se dote d'un nouveau projet stratégique et d'un nouveau projet de gouvernance, il me semble que cette ambition peut être recherchée et qu'elle pourrait permettre de créer un climat de confiance, notamment avec la communauté médicale, qui semble aujourd'hui défait.

Bien sûr cette ambition devra s'accompagner de changements et d'une structuration qui nécessitera un accompagnement et une méthodologie appropriée. Pourtant le CH de Dieppe ne part pas de zéro. L'arrivée de nouveaux personnels au sein des pôles et certains pôles dynamiques, semblent montrer une voie possible. Surtout de mes entretiens est ressortie une volonté d'avancer dans cette direction et à condition d'être collective et partagée, le CH de Dieppe pourrait en ce sens s'inspirer d'initiatives comparables, pour être moteur dans la structuration de ses pôles.

Bibliographie

Chapitres d'Ouvrages :

ANATOLE-TOUZET, Véronique, et GLOAGUEN Elisabeth . « Chapitre 9. Management des pôles : une nouvelle place pour les cadres ? Dans le processus de décision stratégique et opérationnel », Thierry Nobre éd., *Le management de pôles à l'hôpital*. Dunod, 2012, pp. 145-162.

LOUAZEL, Michel, et LORSON Patrice. « Chapitre 5. Stratégie de l'hôpital et organisation en pôles, la nécessité d'une réflexion conjointe. L'exemple du CH de Dreux », Thierry Nobre éd., *Le management de pôles à l'hôpital*. Dunod, 2012, pp. 71-86

NOBRE, Thierry, et LAMBERT Patrick « Le management de pôles : regards croisés, enjeux et défis », Thierry Nobre éd, *Le management de pôles à l'hôpital*. Dunod, 2012, pp. 1-7.

Articles scientifiques :

BENDAIRA Jihane, CALMES Gilles, GLARDON Pierre-Hugues, « Chapitre 1. Quel (re)découpage pour les pôles ? », dans *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris, Dunod, « Santé Social », 2012, p. 11-26.

BRECHAT Pierre-Henri, LEENHARDT Antoine, MATHIEU-GRENOUILLEAU Marie-Christine *et al.*, « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique*, 2010/5 (Vol. 22), p. 571-580.

D'AMORE Monique, MONTET Isabelle, « Existe-t-il de bonnes pratiques de fonctionnement des pôles médicaux et médico-techniques ? », *L'information psychiatrique*, 2017/1 (Volume 93), p. 9-12.

GAVAULT Sophia, LAUDE Laëtitia, et BARET Christophe « L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, no. 7-8, 2014, pp. 463-480.

VALLEJO Jimmy, SAMPIERI-TEISSIER Nathalie, BARET Christophe, « À quelles conditions les pôles d'activités médicales peuvent-ils réduire l'anarchie organisée à l'hôpital public ? », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2020/1 (N° 1), p. 21-36.

VALLEJO Jimmy, L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision : Le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public. Gestion et management. Aix-Marseille Université ; LEST UMR 7317, 2018.

VALLEJO Jimmy, « Pôle d'activité médicale et coopération médico-économique : une nouvelle structure organisationnelle à l'épreuve de l'incertitude des préférences », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2020/4 (N° 139), p. 395-414.

VALLEJO Jimmy, « La mise en place des pôles à l'hôpital public: Vers un processus de décision médico-économique plus efficient ? ». *Santé RH*, 2019, 119.

VALETTE Annick, FATIEN DIOCHON Pauline, BURELLIER Franck, « À chacun son paradoxe ». Étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus », *Revue française de gestion*, 2018/1 (N° 270), p. 115-126.

Publications et rapports :

Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières, Professeur Olivier Claris, 2020

Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, 2014

Références juridiques :

Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi hôpital, patient, santé et territoire (HPST)

Ordonnance n°2005 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Travaux d'étudiants

DELAIR S., 2016, Enjeux et conséquences de l'activation des pôles au sein d'un établissement public de santé de taille moyenne, Mémoire Directeur d'hôpital

JEHANNO L., 2010, La politique d'intéressement dans les contrats de pôle : leviers de nouvelles pratiques managériales et outil de mesure de la performance, mémoire Directeur d'hôpital

Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management, Module interprofessionnel de santé, 2012

Outils internes au Centre Hospitalier de Dieppe :

Projet d'établissement 2024-2028

Comptes rendus groupe de travail projet de gouvernance

Site web :

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, Etre chef de pôle, quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? : ANAP Etre chef de pole quelles missions quelles activites et quelles competences.pdf (medicalistes.fr)

Liste des annexes

- **Annexe n°1** : Synthèse du benchmark réalisé auprès de 10 établissements de taille comparable
- **Annexe n°2** : grille de questionnaire utilisée lors des entretiens
- **Annexe n°3** : liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire
- **Annexe n°4** : Exemple de retranscription d'entretiens par grande catégorie de métiers
- **Annexe n° 5** : Synthèse des recommandations effectuées
- **Annexe n°6** : Fiche de poste directeur de pôle actuellement utilisée

Annexe N°1 : Synthèse du benchmark réalisé auprès de 10 établissements de taille comparable

	CH de référence	CH 1	CH 2	CH 3	CH 4	CH 5	CH 6	CH 7	CH 8	CH 9	CH 10
Type d'établissement	Support de GHT	Etablissement partie	Etablissement partie	Etablissement partie	Etablissement partie	Etablissement partie	Support de GHT	Support de GHT	Support de GHT	Etablissement partie	Support de GHT
Nombre de lits	969	+ de 800	+ de 900	+ de 900	+ de 1500	+ de 1200	+ de 950	+ de 950	+ de 1500	+ de 900	+ de 900
Nombre de pôle	5	6	5	10	8	7	13	9	9	8	5
Nom des pôles	Médecine Chir / mère enfant Pôle des activités transversales (avec urgences) Gériatrie Psychiatrie	Anesthésie réa /urgences chirurgie Médical et cancéro Ambulatoire médico-technique Femme-enfant Psychiatrie Gériatrie	Médecine urgences réa Chirurgie mère enfant SMR personnes âgées Psychiatrie et addicto Prestataire des services techniques et médico-techniques	Médecine Gestion et stratégie (DIM et médecine du travail des 2 établissements). Bloc opératoire, anesthésie et chir Santé mentale Psychiatrie enfant et adolescent Femme-mère enfant Gériatrie et SSR	Urgence AMIR (anesthésie, cardio, réa, Usic, neuro) Femme mère enfant Santé mentale Médecine polyvalente et spécialités médicales Spécialités chirurgicales Gériatrie Pôle	Age / santé / autonomie Aigu (réa, cardio, urgences) Chirurgie Femme mère enfant Médecine cancérologie Médico technique Vasculaire	Bloc opératoire Imageries médicales Biopathologie et médecine théranostique Femme mère enfant Cardio angiologie nephro endocrino Maladie de l'appareil digestif et de l'abdomen	Cancérologie Chirurgie Femme mère enfant Médecine Personne âgée Santé mentale Services médico-techniques Soins de suite et de réadaptation	Médico-technique 1 Médico-technique 2 (chirurgie anesthésie réanimation) Médecine aiguë (urgences SAMU) Médico-chirurgicale à orientation cancéro Médico-chirurgicale à orientation vasculaire Médico-chirurgicale à	Anesthésie / réa / bloc Parents femme enfant Spécialités médicales Santé mentale Tête et cou Chirurgies Personnes âgées Médico-technique et urgences	Chirurgie /oncologie Médecines intensives Spécialités médicales Femmes enfants Prestataire

				Urgences / soins critiques Santé Publique et prévention Médico- technique (labo, stérilisation pharmacie)	transversale (avec notablement le bloc et les consultations externes)		Cancérologie Médecine Personnes âgées Urgences / réa Spécialités chirurgicales Pôle administratifs Approvisionne ment, production et services Qualité santé publique	Urgences et soins non programmés	orientation locomotrice Pédiatrie Gynéco- obstétrique Psychiatrie		
Logique de fonctionneme nt	Mixte	Mixte	Médicale	Filière	Médicale	Par filière, organe ou type de prise en charge	Par filière et par spécialité	Médicale	Organe / filière	Par filière / par organes	Par filière
Gouvernance pôle	Trio / quatuor (en fonction des pôles)	Trio	Trio	Quatuor	Trio	Quatuor	Trio	Trio ou quatuor en fonction des pôles	Trio	Trio	Trio

Si trio, poste manquant	Certains pôles n'ont pas de directeurs	Pas de CAP	Pas de cap	NAP	Pas de directeur de pôle	NAP	A l'heure actuelle, il n'y a pas de CAP. Toutefois le futur projet de délégation de gestion au niveau des pôles implique à terme une suppression du directeur de pôle avec mise en place de cadre administratif pour assurer le suivi et le pilotage de l'activité	Pas de directeur de pôle sur certains pôles	Pas de directeur de pôle. Par ailleurs le choix a été fait de ne pas se doter de cadre administratif de performance « classique » mais plutôt de chef de projet, qui sont recrutés sur des profils d'ingénieur et dont la mission est centrée autour de la méthodologie et du suivi des projets	Pas de CAP	Pas de directeur de pôle
Contrat de pôle	Non	Variable en fonction des pôles et peu suivis	Non	Oui (mais peu opérationnels)	Oui (des contrats de pôle particulièrement fournis, qui intègrent notamment des attendus des pôles vis-à-vis de l'institution)	Non	Oui	Oui	Non Toutefois des rencontres régulières sont organisées pour assurer le suivi de certains indicateurs (activité, remplacement, HS, projet...) A l'occasion des projets, des engagements	Un seul pôle est doté d'un contrat de pôle. Pas de souhait de développer le système polaire, le service est considéré comme l'échelon de référence.	Oui Réflexion en cours à l'échelle de l'établissement d'un retour au service

									sont contractualisés avec les pôles concernés	Réflexion en cours pour envisager la suppression de certaines chefferies de pôle	
Dispositif de délégation	Non	Non	Le projet est de déléguer à l'avenir une somme pour les dépenses courantes	Non	Non	Non	Oui sur le modèle valenciennois. A ce stade, modèle en maturation	Non	Non	Non	Non

Annexe N°2 : Grille de questionnaire utilisé lors des entretiens individuels (certaines questions concernent davantage certains acteurs et n'ont donc pas été posées à tous).

Questions introductives

- 1- Fonctions occupées
- 2- Historiques sur le poste
- 3- Temps affecté à la mission

Dimensionnement et historique du pôle

- 1- Logique d'agrégation retenue pour la constitution du pôle
- 2- Difficultés internes lors de la mise en place des pôles
- 3- Nombre de service médicaux et médico-technique par pôle
- 4- Nombre de personnels médicaux
- 5- Nombre de personnels non médicaux
- 6- Budget du pôle

Fonctionnement du pôle

- 1- Y a-t-il un bureau de pôle ?
- 2- Si oui quelle est sa composition et à quelle fréquence se réunit-il ?
- 3- Existence d'un Directeur référent de pôle
- 4- Exerce-t-il d'autres fonctions ?
- 5- Y a-t-il des conseils de pôles ou des temps d'échanges prévus avec des acteurs en dehors du pôle (direction générale ou direction fonctionnelle par exemple) ?

Enjeux et outils du pôle

- 1- Existe-il un contrat de pôle ?
- 2- Qui en sont les signataires ?
- 3- Existe-il des projets de pôle ?
- 4- Temps moyen consacré à la fonction
- 5- Marge de manœuvre du chef de pôle en matière RH, achats, investissement, autres ...
- 6- Existe-il des tableaux de pôle par pôle ?
- 7- Existe-il des dispositifs d'intéressement en fonction des résultats du pôle ?

Perception du pôle

- 1- Percevez-vous un bénéfice à l'organisation en pôle telle qu'elle fonctionne à l'heure actuelle ?
- 2- Quelle(s) préconisation(s) pourriez-vous faire ?

Annexe n° 2 : Liste des personnes interrogées dans le cadre du mémoire

Au sein du CH de Dieppe
4 chefs de pôle
4 cadres supérieurs de pôles
3 cadres administratifs de pôle
2 directeurs de pôle
La directrice des finances
Un cadre de santé
Dans d'autres structures
Un directeur de pôles d'un centre hospitalier
Une ancienne cadre administrative de pôle
Une dizaine d'élèves directeurs de ma promotion pour obtenir des données concernant les pôles dans leur établissement

Annexe n° 3 : Exemple de grille d'entretien (avec comme exemple, un professionnel par grande catégorie professionnelle)

Exemple de retranscription d'un Entretien avec un chef de pôle

Fonction	Chef de pôle de psychiatrie
Ancienneté sur les fonctions	1 an
Ancienneté sur le pôle	10 ans
Temps affecté à cette fonction	Difficile à estimer, en théorie deux demi-journées, parfois plus parfois moins
Existence d'une formation avant ou après la prise de poste	Formation en cours de médecin manager
Existence d'une fiche de poste	Non, manque important
Fonctionnement de son pôle	Quatuor de pôle hebdomadaire Réunion avec les médecins du pôle de manière trimestrielle Echanges très réguliers avec les autres acteurs du pôle
Existence de délégation polaire	Pas à l'heure actuelle. Tout en le déplorant, il juge qu'en l'état actuel de ses connaissances et de ses outils, il ne serait pas forcément à même d'en faire bon usage
Sa vision de son pôle	Pôle qui en raison de sa nature possède une grande cohérence et fonctionne bien S'interroge sur l'utilité d'un directeur de pôle, qui fait parfois doublon avec le cadre administratif à la performance
La vision de sa fonction	Frustration importance du fait d'une activité clinique moindre. Parfois difficile à gérer N'a pas toujours l'impression d'avoir la reconnaissance de ses collègues, alors même qu'il fait beaucoup et a des responsabilités importantes
Ses préconisations	Mettre en place une fiche de poste pour les chefs de pôles Permettre de dégager plus de temps pour qu'il puisse assurer ses missions Avoir un lien plus étroit avec les directions fonctionnelles Envisager des mécanismes de délégation Renforcer la dimension interpôle, en instituant par exemple des réunions entre chefs de pôles Multiplier les moments de convivialité à l'échelle du pôle pour renforcer le sentiment d'appartenance Envisager un rattachement polaire des secrétariats médicaux

Exemple de retranscription d'un entretien avec une directrice de pôle

Fonction	Directrice des pôles gériatrie et psychiatrie
Ancienneté sur les fonctions	5 ans
Temps affecté à cette fonction	Difficile à estimer. Est également coordinatrice de la filière gériatrique et directrice de site. Considère que la gestion de ces deux pôles lui prend entre 30 à 40% de son temps.
Existence d'une formation avant ou après la prise de poste	Formation continue sur la gestion des pôles et expérience antérieure sur d'autres établissements
Existence d'une fiche de poste	Oui mais qui nécessiterait d'être revue et partagée. Déplore le fait qu'au moment de sa prise de poste, aucun objectif ou aucune mission particulière ne lui ont été attribués
Fonctionnement de son pôle	Les deux pôles dont elle a la direction fonctionnent de manière assez similaire. Quatuor toutes les semaines Un conseil de pôle tous les trimestres, avec une ouverture large aux professionnels
Existence de délégation polaire	Pas à l'heure actuelle. Considère toutefois que ce ne serait pas forcément une bonne chose, en raison du peu de maturation des acteurs et de la situation financière de l'établissement. Surtout cela risque d'avoir des effets pervers quant au sentiment d'appartenance à l'établissement, en fonction de ce qui est ou non délégué et des résultats atteints par les pôles.
Sa vision de son pôle	Des pôles qui fonctionnent au quotidien, mais un grand manque de maturité et surtout des liens balbutiants avec les directions fonctionnelles.
La vision de sa fonction	Frustration importance du fait d'un manque de considération sur la fonction de manière générale sur l'établissement. Considère ne pas forcément avoir les moyens d'exercer cette mission, notamment en l'absence d'outils ou de liens avec les directions de l'établissement. Manque également de temps pour pouvoir accomplir correctement ses missions. Un positionnement très différent du directeur de pôle en fonction du pôle considéré. Si sur la gériatrie, elle considère exercer pleinement ses fonctions, elle admet avoir du mal à « s'immiscer dans les affaires du pôle psychiatrie ».
Ses préconisations	Actualiser et partager la fiche de poste du directeur de pôle. Fixer des objectifs clairs, précis et raisonnables. De manière plus large, définir les missions du pôle et l'ambition que se donne l'établissement en la matière Mettre en place des réunions interpôles pour éviter un phénomène de fonctionnement en silo Remettre en place des contrats de pôles avec suivi d'indicateurs précis. Assurer en lien avec la DRH notamment, un suivi précis de certains indicateurs (absentéisme), à un niveau bien plus fin qu'aujourd'hui, qui permette un véritable pilotage

Exemple de retranscription d'un entretien avec un cadre supérieur de pôle

Fonction	Cadre supérieure du pôle médecine
Ancienneté sur les fonctions	2 ans
Temps affecté à cette fonction	Temps complet
Existence d'une formation avant ou après la prise de poste	Oui
Existence d'une fiche de poste	Oui
Fonctionnement de son pôle	Trio de pôle hebdomadaire (pas de directeur sur le pôle depuis plus de 2 ans) Bureau de pôle trimestriel
Existence de délégation polaire	Pas à l'heure actuelle. Considère toutefois que cela n'est pas la priorité tant que les circuits de prise de décision avec les directions fonctionnelles sont fluides et bien définis
Sa vision de son pôle	Personne venant d'un établissement extérieur, considère que sur Dieppe, les pôles fonctionnent relativement bien. Toutefois considère que les pôles manquent encore de maturité et que le rôle des uns et des autres (notamment du cadre administratif de pôle gagnerait à être précisé). Se réjouit du fait de la mise en place d'outils récents (tableaux de bord, créa...)
La vision de sa fonction	Considère que son rôle est reconnu et bien défini. Exprime toutefois le fait que du fait de son rattachement à la direction des soins, son positionnement n'est pas toujours évident. Exprime sa satisfaction quant au binôme qu'elle forme avec le chef de pôle.
Ses préconisations	Bien définir le rôle des cadres administratifs à la performance pour éviter les mauvais positionnements et les doublons. Renforcer et fluidifier les relations avec les directions fonctionnelles. Envisager de remettre un directeur de pôle, justement pour faire ce lien et pour piloter les projets du pôle Avoir un suivi d'indicateurs plus précis, qui répondent aux besoins du pôle Avoir plus de transparence et de dialogue entre les pôles Envisager une rencontre annuelle entre tous les acteurs du pôle pour lutter contre le manque d'identification et d'appartenance au pôle

Exemple de retranscription d'un entretien avec un cadre administratif à la performance

Fonction	Cadre administratif à la performance
Ancienneté sur les fonctions	2 ans
Temps affecté à cette fonction	Temps complet
Existence d'une formation avant ou après la prise de poste	En partie. Profil initial de soignant, de ses propres mots a été parachutée sur ce poste, sans avoir de vision précise de ce qui était attendu d'elle.
Existence d'une fiche de poste	Oui Une fiche de poste qui évolue toutefois fortement, en lien avec toutes les nouvelles missions qui sont attendues de leur part (volet financier notamment)
Fonctionnement de son pôle	Même réponse que sur le compte-rendu précédent en ce qui concerne le pôle médecine
Existence de délégation polaire	Pas à l'heure actuelle. Considère toutefois que cela pourrait avoir du sens, notamment en matière RH, pour avoir un pilotage plus fin et pertinent du pôle. Evoque la mise en place d'un pool de personnels à l'échelle des pôles. Au-delà, l'urgence est surtout de bien cadrer et préciser les attendus vis-à-vis des pôles et les relations avec les directions fonctionnelles.
Sa vision de son pôle	Pôle qu'elle considère, notamment par rapport à d'autres pôles de l'établissement, comme fonctionnel. Considère toutefois que le pôle est trop gros et qu'il manque de moyens et de reconnaissance pour pouvoir être véritablement opérationnel
La vision de sa fonction	Considère que son rôle n'est pas reconnu et qu'elle est parfois réduite à une super secrétaire. N'est pas forcément à l'aise avec les nouvelles compétences qui sont attendues des CAP (notamment sur le volet performance financière).
Ses préconisations	Envisager de transformer le bureau de pôle en conseil de pôle (au moins un par an), pour y inclure davantage d'acteurs. Etre transparent sur les attendus vis-à-vis de sa fonction Revoir le périmètre du pôle, qu'elle considère comme trop large à l'heure actuelle. Envisager un découpage hospitalisation / promotion de la santé.

Exemple de retranscription d'un entretien avec un directeur de pôle extérieur à l'établissement

Fonction	Directeur de pôle
Taille d'établissement	Intermédiaire, similaire à Dieppe
Dimension du pôle	Environ 250 agents
Ancienneté sur les fonctions	1 an
Temps affecté à cette fonction	Environ 10%
Existence d'une formation avant ou après la prise de poste	Formation de directeur d'hôpital
Existence d'une fiche de poste	Oui
Fonctionnement de son pôle	Trio de pôle (pas de cadre administratif de pôle). Le trio de pôle se réunit environ tous les 2 mois Il n'existe pas de conseil ou de bureau de pôle Il existe toutefois à l'échelle de l'établissement, une réunion de suivi de gestion trimestrielle, avec l'ensemble des pôles et un certain nombre de directions fonctionnelles
Existence de délégation polaire	Pas à l'heure actuelle. Ce n'est pas un projet en raison du peu d'enthousiasme et surtout des moyens limités de l'établissement, qui pourrait compromettre l'utilité d'une telle démarche
Sa vision de son pôle	Le pôle, comme l'ensemble des pôles de l'établissement, dispose d'un contrat de pôle depuis 2020 (signé pour 4 ans). De son point de vue toutefois, ce contrat comporte beaucoup trop d'objectifs, qui ne sont par ailleurs pas du tout suivis. Assez peu concret donc et opérationnel. Nécessiterait d'être revu pour la prochaine génération de contrat
La vision de sa fonction	Considère de manière assez transparente que sa fonction est assez superficielle et qu'il n'y consacre pas suffisamment de temps.
Ses préconisations	Nécessité de bien reprendre les fiches de poste et de les préciser, en accord notamment avec les évolutions dans la stratégie de la direction générale. Bien préciser les rôles de chacun. Admet parfois avoir des difficultés dans l'articulation qu'il peut avoir avec le chef de pôle Instituer à son niveau des temps de rencontre réguliers, notamment avec la cadre supérieure du pôle pour faire le point sur les ressources humaines Bien former les chefs de pôle et leur donner le temps de pouvoir exercer leurs missions, faute de quoi, ils sont peu disponibles et peu impliqués.

Annexe n°4 : synthèse des recommandations

N°	Recommandations	Priorité
Structurer la démarche polaire au CH de Dieppe		
1	Constituer un groupe de travail autour des pôles	
2	Garantir une implication forte de la communauté soignante, médicale et administrative dans cette démarche	
3	Définir un redimensionnement des pôles	
4	Définir la future gouvernance des pôles	
5	Définir le rôle et les missions de chacun des acteurs en fonction de la gouvernance choisie	
6	Définir les acteurs en fonction des ambitions définies et des besoins exprimés	
7	Communiquer largement sur la nouvelle structuration à l'échelle de l'établissement	

Former et outiller les pôles		
8	Définir et négocier des contrats de pôle qui répondent aux besoins et s'appuient sur des engagements réciproques	
9	Engager un travail de formation des acteurs (notamment des chefs de pôles)	
10	Mettre en place des tableaux de bord avec des critères individualisés par pôle	
Mettre en place un climat de confiance et de dialogue autour des pôles		
11	Définir des temps d'échange réguliers avec les directions fonctionnelles	
12	Associer pleinement les pôles à la gouvernance de l'établissement	
13	Instaurer des temps d'échanges collectifs entre les pôles et au sein des pôles	
14	Evaluer et renégocier annuellement les contrats de pôle	

Annexe n°5 : fiche de poste des directeurs de pôles au CH de Dieppe

Fiche de mission du directeur référent de pôle¹

Le directeur référent de pôle dans le cadre de la gouvernance des pôles, en étroite collaboration avec les membres du Quatuor assure les missions suivantes :

Stratégie

S'assure du respect des axes du projet d'établissement au sein du pôle (Politique de territoire, politique RH et QVT, Politique qualité, Schéma directeur informatique, projet médico-soignant, orientations budgétaires, schéma directeur architectural, politique achat) Participe à définir les axes stratégiques de développement des activités du pôle en lien les orientations régionales (projets territoriaux de santé) et en cohérence avec les orientations de la Direction générale.

Participe à la formalisation des projets qui en découlent en lien avec les autres membres du Quatuor. S'assure du respect de la méthodologie défini par la direction générale.

Pilotage

- Suivi et analyse des indicateurs du pôle (activité, recettes, dépenses, RH, qualité) en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement. Partage ces analyses avec les directions fonctionnelles concernées
- Participe à déterminer les objectifs de développement des activités du pôle en lien avec ces analyses.
- Participe aux arbitrages et priorisation des projets de pôle en lien avec les éventuels budgets délégués ou intéressements.
- Assure le lien et la bonne communication avec les différentes directions fonctionnelles afin d'optimiser le pilotage du pôle.

Gestion administrative

- En fonction de son expertise assure une mission de conseil et/ou de décisions dans la gestion d'affaires courantes à l'ensemble des acteurs du pôle.
- Supervise la saisie et la transmission des enquêtes adressées par les tutelles (coordination du recueil, cohérence des données) en lien avec les CAP.

¹

Communication

Le directeur référent de pôle a un rôle primordial dans la transmission d'informations ascendantes et descendantes entre le pôle et l'équipe de direction.

Il participe à la cohérence institutionnelle en initiant des échanges avec les différents directeurs référents de pôles.

Il alerte si besoin la direction générale ou les directions fonctionnelles sur des problématiques pouvant impacter la continuité des soins, les ruptures de parcours, ou des problématiques pouvant engager la responsabilité de la direction ou nuire à l'image de l'établissement.

Représentation

Dans le cadre de ses missions le directeur référent de pôle, à la demande de la Directrice Générale, il peut représenter l'établissement dans le cadre de réunions ou manifestations tant en interne qu'en externe.

Afin de mener à bien ses missions il participe aux réunions hebdomadaires du quatuor de pôle, aux réunions de bureaux de pôle, points de coordination et de conseil de pôle.

BUREL	Arnaud	Octobre 2024
DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2023-2024		
La structuration d'une dynamique polaire dans un établissement de taille intermédiaire : l'exemple du Centre Hospitalier de Dieppe		
Résumé : Dans un contexte où est de plus en plus évoquée la possibilité d'un retour à l'échelon des services comme échelon structurant des établissements de santé et où le Centre Hospitalier de Dieppe, au travers de son nouveau projet d'établissement, s'interroge sur sa gouvernance, ce mémoire porte plusieurs ambitions. Celle de comprendre tout d'abord comment fonctionnent et sont structurés les différents pôles au Centre Hospitalier de Dieppe. Celle de recueillir ensuite les perceptions qu'en ont les acteurs de terrain, qu'ils soient soignants, médecins ou administratifs. Celle enfin de s'intéresser à la façon dont d'autres établissements de taille similaire fonctionnent, afin de comprendre les décalages qui peuvent exister entre les pratiques bien sûr mais aussi et surtout d'orienter les préconisations sur des actions éprouvées et testées. Un mémoire à la fois de recherche, mais aussi d'analyses qualitatives et quantitatives, qui mêle de nombreuses dimensions allant du management, aux pratiques organisationnelles, de la conduite du changement à l'efficience des organisations.		
Mots clés : Pôle d'activité, structuration polaire, délégation, intéressement, organisation, management, conduite du changement		
<i>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.</i>		