



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**« Intégration des méthodes de
gestion au sein des pôles hospitaliers.
*L'exemple de la création du contrat de
pôle medicotechnique au Centre
Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy* »**

Céline GIGANON

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le Directeur Général du Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy, Claude ROTH, pour avoir accepté de m'accueillir au sein de son Etablissement lors de mes trois immersions professionnelles en qualité d'Elève Attaché d'Administration Hospitalière.

Mes remerciements s'adressent à Guillaume DURIEZ, Directeur des Affaires Financières, qui m'a encadrée durant le mois de juillet, et qui m'a fourni de nombreux et précieux conseils.

Je tiens particulièrement à adresser mes sincères remerciements à mon maître de stage, Géraldine LAPRUGNE, Attaché d'Administration Hospitalière du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, pour sa disponibilité, son accompagnement, ses recommandations, les missions qu'elle m'a confiées et le temps qu'elle a pu me consacrer lors de ces stages.

J'exprime également toute ma gratitude à l'ensemble des membres de l'équipe de ce service tant pour leur accompagnement dans la réalisation de mes tâches, que pour leur accueil chaleureux et leur bonne humeur : Corinne BUSARELLO, Véronique DELIGEARD, Evelyne GAMET, Josiane NOALHAT et Georges VIGNON.

Que toutes les personnes qui ont accepté un entretien afin d'alimenter mes réflexions pour la réalisation de ce mémoire soient pareillement remerciées pour le temps qu'elles m'ont consacré et la richesse de leur analyse.

Merci enfin aux personnes qui ont pris le temps de relire ce mémoire pour leurs conseils avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 La rationalisation de la gestion à l'hôpital par la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance :	5
A- Faire du pôle la structure interne de référence	5
1) <i>Les prémices d'un décloisonnement à l'hôpital</i>	5
2) <i>Le Plan Hôpital 2007 : la volonté d'une responsabilisation des pôles</i>	8
3) <i>2009 : l'autonomie des pôles élargie</i>	10
B- La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : une réforme au bilan contrasté ..	12
1) <i>Une mise en place incomplète des pôles</i>	12
2) <i>L'existence de réelles résistances au changement</i>	14
2 Comment le CHJL a su rendre effective cette réforme de la nouvelle gouvernance ?	17
A- La mise en place d'éléments fondamentaux à la réussite des pôles et de leurs contrats	19
1) <i>En amont : la définition d'une déconcentration de gestion effective</i>	19
2) <i>Un choix stratégique quant à la nomination des responsables de pôle</i>	22
B- La persistance d'obstacles à l'organisation interne et à la contractualisation	23
1) <i>Le pôle encadré par la définition d'objectifs à atteindre</i>	24
2) <i>L'existence d'un nouveau cloisonnement illustrée notamment par la spécificité du pôle médicotechnique</i>	26
3 Amener le pôle médicotechnique à l'indispensable appropriation de son contrat de pôle :	31
A- La définition d'une méthodologie d'action à la création du contrat de pôle médicotechnique	31
1) <i>Un accompagnement du pôle nécessaire</i>	31
2) <i>Amener les acteurs à la synergie et à la cohésion</i>	34
B- La définition d'objectifs pertinents et mesurables	36
1) <i>Le maintien des objectifs médico-économiques</i>	36

2) <i>La place essentielle que doivent prendre la qualité et la sécurité des soins.....</i>	38
3) <i>La question des objectifs de ressources humaines</i>	40
C- L'indispensable motivation du pôle par l'intéressement	41
1) <i>Une politique d'intéressement par les résultats imparfaite</i>	41
2) <i>L'intéressement par la performance comme levier pour le pôle médicotechnique</i>	43
Conclusion	45
Bibliographie	I
Liste des annexes	IV

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CE : Conseil Exécutif

CH : Centre Hospitalier

CHJL : Centre Hospitalier Jacques Lacarin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CREA : Compte de Résultat Analytique

CREO : Comte de Résultat par Objectifs

DAF : Directeur des Affaires Financières

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

T2A : Tarification A l'Activité

UF : Unité Fonctionnelle

Introduction

En partant du constat de l'obsolescence de l'organisation hospitalière et du déficit d'autonomie des acteurs, les pouvoirs publics ont lancé le Plan Hôpital 2007¹ le 4 septembre 2003.

Ce Plan qui vise à moderniser et à repenser l'organisation de la gouvernance hospitalière comporte alors trois grands objectifs.

D'abord, la rénovation de l'organisation à l'hôpital en raison des pressions tant sociales, sociétales qu'économiques.

Ensuite, il s'agit de responsabiliser les acteurs et de déconcentrer la gestion vers des entités identifiées, que seront les pôles d'activité. Ces unités médico-économiques devront être d'une taille critique pour rapprocher la gestion territoriale de la stratégie médicale.

Enfin, le Plan tend à reconnaître le rôle des soignants.

Les deux principaux outils pour parvenir à ces objectifs sont le contrat de pôle et la délégation de gestion du Directeur vers ces entités médico-économiques nouvellement créées. Selon le Rapport Fourcade² remis au Parlement le 7 juillet 2011, « *le principe qui préside au management décentralisé est le suivant : la compétence de l'autorité est une compétence générale ; ne doit demeurer à l'échelon central que ce qui ne peut pas être délégué à l'échelon local* ». Les pôles d'activité créés par la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière apparaissent comme l'entité de référence à l'hôpital en termes d'organisation interne. Le pôle a donc permis d'adapter l'organisation dans les hôpitaux.

La déconcentration des tâches et des décisions au niveau du pôle induit des mutations dans le rôle des acteurs et dans la prise de décision. En outre, la logique du pôle et son positionnement gestionnaire et managérial passe par le contrat qu'il doit signer avec la direction. Cet outil s'avère être l'instrument principal du pôle tant il l'engage auprès de la direction et définit sa politique et ses orientations pour une période de 4 à 5 ans. Il s'agit du relai de la politique de l'établissement et du projet d'établissement au niveau du pôle.

¹ MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, Plan Hôpital 2007, 4 septembre 2003

² FOURCADE JP. Rapport au Parlement. Comité d'évaluation de la gouvernance des établissements publics de santé institué par l'art 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital public, relative aux patients, à la santé et aux territoires, 7 juillet 2011

Le sujet de la contractualisation intéresse tout particulièrement un Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) qui, en tant qu'acteur de l'institution hospitalière, a un rôle important à jouer.

Certes, il peut agir en tant que membre de trio de pôle et participer activement à la rédaction du contrat, à son déroulement, son chiffrage et sa négociation, mais pas seulement. A l'instar de mon maître de stage qui occupe ses fonctions au sein de la Direction des Affaires Financière et du Contrôle de Gestion, d'autres rôles sont ainsi dévolus à l'AAH. En outre, il est intéressant de préciser que mon maître de stage est également le cadre référent administratif du pôle réadaptation et gériatrie de l'Etablissement.

Ainsi, on peut souligner trois grandes fonctions pour l'AAH concernant la mise en place et la création d'un contrat de pôle.

D'abord il agit comme un accompagnateur dans la mesure où il va assister et accompagner le trio de pôle dans les différentes phases de rédaction du contrat.

Ensuite, il se place en tant que fournisseur puisqu'il va transmettre au pôle les données qui lui seront nécessaires pour compléter les parties chiffrées du contrat telles que les données médico-économiques notamment.

Enfin, il a un rôle de décideur puisqu'il va donner son avis au pôle concernant les objectifs qu'il a émis en termes d'activité, de recettes et de dépenses.

Par ce mécanisme, les cinq champs de compétences³ de l'AAH, définis par le référentiel de compétences et de positionnement des AAH et servant de base à leur formation au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques, sont mobilisés.

Néanmoins, force est de constater que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle comme la définit Mintzberg⁴ : sa structure est bien adaptée pour produire sa norme, mais elle demeure peu préparée à produire de nouveaux services ou produits.

Dès lors, on peut se demander quels sont les freins et les leviers à la mise en place d'une logique de contractualisation au sein d'un pôle ?

A travers l'étude de la contractualisation au niveau du pôle medicotechnique au sein du Centre Hospitalier Jacques Lacarin (CHJL) de Vichy qui a constitué mon terrain

³ Management des équipes, des processus d'activité, des projets, des acteurs ; Conception, production et diffusion d'outils à destination des acteurs internes/externes de l'établissement ; Relai et mise en œuvre des stratégies de l'établissement de santé ; Expertise et coordination en fondamentaux de gestion ; Evaluation des processus d'activité et de projets

⁴ MINTZBERG H. Le management : voyage au centre des organisations. Les éditions d'organisation. 1989

de stage⁵, seront analysés la mise en œuvre, la stratégie et le suivi des contrats de pôle de manière plus générale.

Après avoir étudié différents écrits relatifs à la contractualisation et aux pôles hospitaliers, plusieurs hypothèses pouvaient expliquer les freins et les leviers potentiels à la mise en place de la déconcentration de la gestion à l'hôpital via le contrat de pôle.

La question du découpage en pôles et les critères de ce découpage influerait, de manière positive ou négative, sur le pôle tant cela concerne les règles de gouvernance et la répartition des compétences entre les pôles et les directions fonctionnelles.

De plus, les outils utilisés pour penser, élaborer, suivre et évaluer le contrat constitueraient un levier majeur de la réussite de la contractualisation.

Toutefois, l'apparente hétérogénéité des données à collecter et à lier freinerait cette contractualisation. Doivent se compiler avec sens, des données économiques, médicales, de ressources humaines et de qualité. De même, des réticences apparaîtraient de la part des personnels, des membres du pôle voire des équipes de direction, ce qui risquerait d'impacter négativement la réalisation du contrat.

Toutes ces hypothèses de départ se sont confirmées lors des premiers constats de terrain et grâce aux entretiens que j'ai pu mener avec les acteurs de l'Etablissement concernés par les pôles et par la contractualisation⁶.

Il s'agit en premier lieu du Directeur Général de l'Etablissement tant ses orientations stratégiques guident la politique du Centre Hospitalier (CH). J'ai en effet voulu connaître sa position concernant le pilotage de l'Etablissement et des pôles, sa politique de délégation de gestion et son sentiment concernant les trios de pôles.

Ensuite, j'ai souhaité interroger les membres des trios de pôles dont le pôle est engagé dans une démarche de contractualisation. Dès lors, cinq pôles cliniques étaient concernés : les pôles médecine, médico-chirurgical, femme-enfant, réadaptation et gériatrie ainsi que le pôle chirurgical. Le but de ces entretiens étant d'avoir une comparaison avec le pôle médicotechnique qui se lance dans la démarche, et avec qui j'ai également pu échanger.

D'autre part, je me suis entretenue avec le Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales, nouvellement arrivé dans l'Etablissement, et qui participera désormais à la création et au suivi des contrats de pôle.

Par ailleurs, il m'a semblé opportun de m'entretenir avec les interlocuteurs concernés dans le service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, acteurs essentiels de la contractualisation à l'hôpital.

⁵ Présentation de l'établissement en annexe I

⁶ Liste des personnes interrogées en Annexe II

C'est ainsi, que j'ai pu réaliser ce mémoire illustrant les difficultés ou opportunités de la contractualisation au sein d'un pôle transversal comme l'est le pôle médicoteknique.

Dans un premier temps, il sera question d'aborder et de comprendre le cheminement des réformes de la gouvernance hospitalière. En responsabilisant les chefs de pôle, tout en les encadrant dans leur gestion via le projet et le contrat de pôle, on vise notamment à atteindre une gestion rationalisée des ressources médico-économiques et des activités. Cependant, force est de constater que l'application de cette réforme reste imparfaite (I).

Néanmoins, il apparaît que le CHJL s'inscrit en droite ligne de cette réforme et s'est organisé en pôle d'activité avant l'échéance fixée par les textes puisqu'il a fait partie des CH pilotes de la réforme. Le découpage en pôles a en effet été validé par le Conseil d'Administration (CA) avant le terme fixé par l'ordonnance de 2005⁷, soit le 28 janvier 2005. Ce découpage a fait l'objet d'une évaluation et d'une mise à jour par le CA le 30 mai 2007. Certains des pôles de l'Etablissement, à l'instar du pôle médicoteknique, ne disposent pas encore d'un contrat ; ce dernier est en phase d'élaboration. Par ailleurs, le CH est actuellement en train de redéfinir sa structuration interne, en s'appuyant notamment sur le nouveau Projet d'Etablissement 2013-2018.

Cette contractualisation suppose une organisation clairement définie, avec une implication de la part de tous les acteurs internes tant au niveau du corps médical, que des corps soignants et gestionnaires (II).

La nécessaire appropriation des outils de contractualisation par les protagonistes du pôle médicoteknique s'avère être une phase primordiale pour transformer cet outil d'évaluation interne obligatoire en un outil de pilotage à la portée du pôle et du trio de pôle : cela passe par la définition d'objectifs communs, cohérents, mesurables et acceptés ainsi que par la définition d'une politique d'intéressement motivante pour le pôle (III).

⁷ Les établissements devaient avoir mis en place les pôles pour le 31 décembre 2006 au plus tard

1 La rationalisation de la gestion à l'hôpital par la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance :

Afin de comprendre les logiques et les impacts de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, il est nécessaire de revenir sur l'évolution historique de la gouvernance des hôpitaux.

Il s'agira en effet de retracer le cheminement de la réforme instaurant les pôles d'activité afin d'identifier les enjeux et les objectifs de cette nouvelle gouvernance (A). Néanmoins, force est de constater que la mise en place effective des pôles d'activité reste limitée comme le montrent diverses enquêtes de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS)⁸ et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁹ (B).

A- Faire du pôle la structure interne de référence

La construction des pôles, qui relève de chaque établissement, s'est instituée au fil des réformes relatives à l'hôpital public, depuis sa création sous sa forme contemporaine en 1941 jusqu'à son organisation actuelle. C'est de cette évolution qu'il convient de s'intéresser ici.

1) *Les prémices d'un décloisonnement à l'hôpital*

La création de l'hôpital moderne remonte à la loi du 21 décembre 1941 et au décret du 17 avril 1943¹⁰ : l'hôpital hospice devient juridiquement un établissement sanitaire et social, placé sous la direction d'un directeur d'établissement.

Avec cette réforme, le législateur souhaite mettre fin à la pratique selon laquelle les hôpitaux publics, dotés de la personnalité morale et donc de l'autonomie juridique, organisent à l'envi leurs établissements en créant et subdivisant les services médicaux.

La multiplication de services ainsi engendrée résulte bien souvent des volontés du corps

⁸ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, mai 2008, *Résultats de l'enquête nationale de la nouvelle gouvernance*, 37p

Rapport du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST, Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011, Les résultats*, juillet 2011

⁹ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, H. ZEGGAR, G.VALET, O. TERCERIE, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, février 2010

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, D. ACKER, A-C BENSADON, P. LEGRAND, C. MONIER, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, avril 2012

¹⁰ Loi du 21 décembre 1941 réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. Journal Officiel du 30 décembre 1941, 5574

Décret du 17 avril 1943 rap pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et hospices. Journal Officiel du 27 avril 1943, 1156

médical, attiré par la chefferie de service. De ce fait, l'organisation interne des hôpitaux n'est plus lisible et les désirs médicaux exacerbés. Cette construction pas toujours rationnelle n'est pas forcément favorable à la prise en charge des patients, ni propice à une gestion financière saine. Un cloisonnement entre les services apparaît dès cette époque.

Il convenait donc de repenser l'organisation pour ne pas aboutir à une segmentation interne à l'hôpital qui peut, d'une part, être néfaste à la prise en charge du patient, et d'autre part aller à l'encontre du bien être financier des établissements qui devient une préoccupation de plus en plus importante pour les pouvoirs publics.

La première grande réforme hospitalière est celle initiée par le Professeur Robert Debré en 1958¹¹. Cette dernière pose les bases d'une organisation interne structurée dans les hôpitaux. En effet, ces ordonnances actent la création du médecin chef de service nommé au niveau national, par le Ministre en charge de la santé et celui en charge de l'éducation nationale. Dès lors, le médecin chef de service devient responsable de l'entité hospitalière que constitue le service. La réforme consacre le médecin chef comme un responsable d'équipe auquel chacun peut se référer, qu'il s'agisse d'un praticien, d'un infirmier ou d'un patient. Comme le souligne l'IGAS en 2010¹², l'organisation interne des établissements ainsi décidée perdurera dans son esprit.

A la fin des années 1980, le monde hospitalier est en tension. Les pouvoirs publics souhaitent modifier certaines pratiques hospitalières, mais les professionnels du secteur sont peu enclins à accepter les évolutions proposées.

Ainsi, en 1988, divers mouvements de mobilisation vont ponctuer les relations entre les deux protagonistes. Ces perturbations ont conduit le Ministre des affaires sociales C. Evin, à demander un rapport sur l'« *avenir de l'hospitalisation publique et privée* ».

A la suite de ce rapport, une mission de réforme hospitalière s'est constituée autour d'E. Couty avec l'idée de renouveler le service public : il fallait montrer que la modernisation de la fonction publique était possible, et ce en responsabilisant les acteurs.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière¹³ est l'aboutissement de ce cheminement. Elle institue une nouvelle organisation des structures de soins, articulées autour de services ou départements sous l'autorité d'un chef de service. Les établissements peuvent, selon l'article 8 de la loi, dit « amendement liberté », choisir librement leur organisation interne.

¹¹ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

¹² Op. cit note 9

¹³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel n°179 du 2 août 1991, 10255

Cette forme de structuration interne des hôpitaux se rapproche de la notion de pôles hospitaliers sous leur forme actuelle. Le concept de responsabilisation des chefs de services, et la liberté d'organisation interne des établissements apparaissent dès cette époque. Toutefois, cette possibilité ainsi offerte n'a pas été utilisée en raison de la difficile mise en place d'organisations innovantes dans un milieu hospitalier complexe, souvent rétif aux modèles de management basés sur de nouvelles méthodes de gestion.

Face aux progrès constants de la médecine et à la spécialisation des prises en charge, l'hôpital est confronté à de multiples changements, médicaux, techniques et humains. Ils l'obligent à évoluer et à s'adapter à de nouvelles contraintes, notamment financières, qui sont en partie liées aux dérives du financement par la dotation globale instauré en 1983. Dès lors, le Ministre de la santé J-F Matteï lance en 2002¹⁴ une réforme afin d'assurer la mutation de l'hospitalisation. Intitulée Plan Hôpital 2007, celle-ci est adoptée en septembre 2003.

Le Plan, qui concerne à la fois les établissements publics et les établissements privés, comporte quatre volets :

- La simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
- La réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité (T2A)
- La relance de l'investissement hospitalier
- La nouvelle gouvernance hospitalière

Ce quatrième objectif, à l'origine de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui instaure les pôles d'activité¹⁵, vise à réformer :

- L'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé
- L'organisation hospitalo-universitaire en ce qui concerne essentiellement la recherche dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)
- L'organisation financière par l'adaptation des règles budgétaires et comptables à la réforme T2A
- La gestion des personnels de direction et des praticiens hospitaliers avec notamment la création du Centre National de Gestion
- La gestion des établissements de santé privés, notamment le statut juridique des Centres de Lutte contre le Cancer

¹⁴ Discours du 20 novembre 2002, par Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

¹⁵ Ordonnance n°2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal Officiel du 3 mai 2005, 7626, texte n°15

Ainsi, dans son discours de 2002, le Ministre affirme que « *le cœur de l'hôpital, ce sont les hommes et les femmes qui le font vivre. La voie de la contractualisation interne directe avec le conseil d'administration, à l'échelon de pôles d'activité dépassant le cadre strict du " service ", constitue l'orientation à privilégier* ». Dès lors, les deux piliers de la réforme apparaissent : la mise en place d'une nouvelle organisation interne des hôpitaux et la contractualisation des entités infra-hospitalières avec la direction d'établissement. La volonté de responsabiliser les pôles afin de rationaliser la gestion au sein des hôpitaux est clairement affichée.

2) *Le Plan Hôpital 2007 : la volonté d'une responsabilisation des pôles*

Le parcours de ce projet qui vise à conforter l'autonomie des établissements en matière d'organisation interne, à renforcer le poids médical et la logique médicale dans le management, n'a pas été de soi. En effet, les partenaires de la négociation sont favorables à une évolution de la gouvernance des établissements mais ne sont pas d'accord avec cette réforme telle que présentée¹⁶. Le point principal de tension reste celui lié à la modification du fonctionnement des hôpitaux publics et à l'équilibre des pouvoirs en leurs seins.

Finalement, le texte a été adopté et paraît au Journal Officiel le 3 mai 2005¹⁷. Malgré les critiques qui avaient été émises au départ, ce changement était attendu par tous les acteurs hospitaliers. Selon le Docteur Francis Fellingner, Président de la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissements (CME) de CH, « *il fallait qu'on sorte de l'organisation actuelle, héritée du régime de Vichy et qui était à bout de souffle. Je ne sais pas si ce texte apporte la solution idéale mais c'est une solution, à condition qu'il ne soit pas dénaturé* »¹⁸.

De cette ordonnance naissent les pôles hospitaliers dont il convient désormais de s'intéresser plus spécifiquement afin de mieux appréhender les enjeux et les éléments clés de leur réussite.

Les pôles d'activité doivent être créés par le CA sur proposition du Conseil d'Exécutif (CE), en respectant la politique générale de l'établissement. L'article L.6146-1 du Code de la Santé Publique précise que « *les pôles d'activité clinique et médicotechnique sont définis sur la base du projet médical, lui-même intégré dans le projet d'établissement* ». Les établissements restent libres quant aux choix de découpage

¹⁶ « En attendant l'avis du Conseil d'Etat. La nouvelle gouvernance hospitalière dans les starting blocks », site internet Hospimédia du 28/01/2005, http://abonnes.hospimedia.fr/articles/la_nouvelle_gouvernance_hospitaliere_dans_les_starting_blocks

¹⁷ Op. cit note 15

¹⁸ « Nouvelle Gouvernance des hôpitaux. La réforme de l'organisation interne reste à appliquer », Hospimédia du 4/5/2005

interne. Néanmoins, dans sa circulaire de 2007¹⁹, la DHOS précise bien que l'idée de masse critique d'un pôle importe, tant il faut assurer la mise en place effective de la déconcentration de gestion.

Les responsables du pôle doivent être des praticiens titulaires nommés par le Ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un service. L'affectation de ces praticiens à la tête d'un pôle, pour une durée de 3 à 5 ans, est prononcée dans les CH par décision conjointe du directeur et du président de la CME.

Les pôles ainsi créés sont structurés par un projet de pôle et doivent signer un contrat interne avec les instances de l'établissement.

Le projet de pôle qui précise l'organisation interne de ce dernier, est élaboré par le responsable de pôle en lien avec son conseil de pôle. Quant au contrat, il est négocié entre le pôle et l'établissement, représenté par le directeur et le président de la CME.

Les pôles bénéficient également d'une délégation de gestion afin de permettre le décloisonnement des hôpitaux, objectif principal de la réforme de la nouvelle gouvernance.

Le contrat apparaît comme l'outil principal du pôle tant il définit les modalités de fonctionnement de celui-ci. En effet, il l'inscrit dans les projets de l'institution et lui fixe des objectifs ainsi que des moyens pour y parvenir. On y trouve alors des objectifs d'activité, de qualité, financiers, les moyens et les indicateurs de suivi, les modalités de l'intéressement aux résultats, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Il convient de souligner que la réalisation des objectifs fixés au pôle dans son contrat, ainsi que le suivi de son exécution, sont évalués annuellement, dans le cadre de la politique d'intéressement aux résultats, sur la base de critères préalablement définis.

En outre, la fonction de responsable de pôle octroie à son titulaire un certain nombre de pouvoirs. En effet il bénéficie de pouvoirs propres, définis par les textes, et de pouvoirs liés au contenu et à l'étendue de la délégation de gestion consentie par le directeur de l'établissement. Ces derniers peuvent alors fluctuer d'un établissement à l'autre selon la politique du directeur dans le domaine. Ainsi, le responsable de pôle négocie et conclut le contrat interne du pôle et est compétent pour prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des activités structurant son pôle.

Il faut signaler qu'il n'assume pas seul cette tâche et qu'il peut ainsi choisir ses collaborateurs. Le texte²⁰ prévoit que les responsables des pôles cliniques et médicotecniques soient assistés selon les activités du pôle « *par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui*

¹⁹ Circulaire DHOS, Présentation de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, janvier 2007

²⁰ Article L. 6146-6 du Code de la Santé Publique

relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif ». Cet article institue donc le trio de pôle, instance collégiale et pluridisciplinaire qui dirigera le pôle. De même, le responsable de pôle nomme les responsables des structures internes qui composent son pôle dans le respect des exigences légales dans le domaine.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009²¹ vient modifier sensiblement cette nouvelle gouvernance tout en en gardant sa logique : « *faire prendre les décisions qui peuvent l'être par les acteurs de terrain, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge du patient par une meilleure organisation décidée au niveau opérationnel et de responsabiliser les équipes soignantes en vue de la réalisation d'économies de gestion* »²².

L'autonomie des pôles semble donc s'étendre avec cette loi.

3) 2009 : l'autonomie des pôles élargie

La loi HPST renforce l'autonomie des pôles et les pouvoirs dévolus au chef de pôle, tout en introduisant divers changements qui vont tous dans le sens d'un renforcement de l'autonomie du pôle et de sa responsabilisation.

Le « responsable de pôle » créé en 2005, devient désormais le « chef de pôle ». Cette nouvelle dénomination montre toute l'importance que revêt cette fonction puisqu'on en revient à la notion de « médecin chef de service » de la réforme de 1958.

D'autre part, son inscription sur la liste nationale n'est désormais plus nécessaire pour sa nomination. Les chefs de pôle sont nommés, dans les CH, par décision du directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste, et a le dernier mot si la mésentente persiste. Le décret du 11 juin 2010²³ précise que la liste présentée par le président de CME doit comporter trois noms. Néanmoins, cette exigence peut s'avérer délicate à mettre en œuvre dans la mesure où devenir chef de pôle doit s'ancre dans une réflexion commune entre le directeur et le président de la CME, et éventuellement en lien avec la personne concernée. De plus, dans les établissements de petite taille cela peut engendrer des tensions, des rivalités. Voire, il pourrait être difficile de trouver trois personnes potentiellement aptes à exercer ces missions dans certains cas.

²¹ Loi n°2009-279 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009, 12185, texte n°1

²² Précité

²³ Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé. Journal officiel n°0136 du 10 juin 2010, 10942, texte n°17

La loi de 2009 vient également modifier la composition du trio de pôle car elle ne lui fixe plus une configuration obligatoire comme c'était le cas en 2005. Le nouveau texte laisse la liberté au chef de pôle de se faire assister d'un ou plusieurs collaborateurs, dont il propose la nomination au directeur. Toutefois, la pluridisciplinarité étant nécessaire au bon fonctionnement du pôle, il semble difficile en pratique de revenir sur la logique du précédent texte. Cette multitude de compétences est recherchée par les médecins chefs de pôle, comme le montrent les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire.

Précisant le texte de 2009 qui laisse une certaine liberté d'organisation, le décret de 2011 détaille très précisément le contenu obligatoire des contrats de pôle. Cinq buts sont ainsi donnés au contrat :

- Définir les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins ainsi que les moyens qui lui sont attribués
- Fixer les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs fixés
- Définir le champ et les modalités d'une délégation de signature éventuellement accordée au chef de pôle dans certains domaines
- Définir les modalités de l'intéressement aux résultats
- Préciser le rôle du chef de pôle dans sept domaines, notamment celui de l'affectation des personnels au sein du pôle, ou celui de l'organisation de la continuité des soins et de la permanence médicale et pharmaceutique

L'IGAS²⁴ souligne que plusieurs conditions doivent être réunies pour que la réforme managériale de la mise en place des pôles hospitaliers soit pleinement réussie. Il s'agit de questions de valeurs, d'articulation des pouvoirs entre les pôles et les directions, d'obligations plus techniques ou de situation financière. Cela explique, alors, en partie que le bilan de la réforme soit contrasté.

²⁴ Op. cit note 9

B- La Nouvelle Gouvernance Hospitalière : une réforme au bilan contrasté

L'ordonnance du 2 mai 2005 pose une obligation : les établissements doivent avoir mis en place leur nouvelle structuration interne au plus tard le 31 décembre 2006. Cependant, aucune sanction n'a été prévue en cas de non-respect de cette échéance. Dès lors, en 2008 une enquête de la DHOS²⁵ montre que tous les établissements concernés n'ont pas mis en place les pôles comme le confirment les enquêtes ultérieures et les différents rapports de l'IGAS²⁶. Ce retard peut s'expliquer en partie par une réticence aux changements de la part de certains médecins qui craignent que les pôles fassent disparaître les services, entité de proximité de base pour la prise en charge des pathologies²⁷.

1) *Une mise en place incomplète des pôles*

En avril 2008, la DHOS²⁸ a mené une enquête ayant pour objectif de suivre la mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière instituée trois années auparavant. Le bilan de cette enquête s'avère contrasté. En effet, 81% des établissements concernés ont mis en place les pôles, mais l'utilisation des outils de gestion dédiés n'est pas opérationnelle, et les contrats de pôle existent uniquement dans 38% des établissements ayant répondu. De plus, les délégations de gestion restent limitées au domaine des ressources humaines et la pratique de l'intéressement est peu développée.

Néanmoins, il apparaît très nettement dans ces enquêtes que la mise en place des pôles comporte des aspects positifs. En effet, un dialogue plus effectif et constructif entre les médecins et la direction s'est instauré en ce qui concerne les domaines de gestion des ressources humaines, d'amélioration du service médical rendu et de prise en charge globale des patients. Avec la déconcentration de gestion envers les pôles, et leur responsabilisation qui s'en est suivie, les pôles ont eu besoin des compétences des services administratifs pour les accompagner dans cette nouvelle démarche. Il fallait en outre que les directions fonctionnelles aident les tris de pôles en les sensibilisant aux outils de gestion. Un échange de savoirs et de compétences a pu ainsi se mettre en place dans la mesure où les directions fonctionnelles font partager leurs compétences administratives et gestionnaires aux pôles, qui en retour leur transmettent des

²⁵ « Nouvelle gouvernance : des avancées à pas comptés », www.creer-hopitaux.fr, 11 novembre 2008

²⁶ Op. cit note 9

²⁷ G. HERREROS, B. MILLY, « La nouvelle gouvernance hospitalière : les voix de l'expérience », MEAH, IRCO, sept. 2005, 69p.

²⁸ Op. cit note 25

connaissances médicales. Ces échanges ont pour but commun la définition d'une stratégie de gestion qui soit profitable au patient en premier lieu, sans mettre en péril la situation financière des établissements. La rationalisation financière et stratégique s'est ainsi appliquée.

L'IGAS confirme ces résultats positifs dans son rapport de 2010²⁹.

Dans son enquête 2011³⁰, la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) constate à nouveau la mise en place d'un pilotage par pôle dans les établissements concernés, ainsi que le faible degré de contractualisation. Les pôles n'ont cependant pas atteints leur maturité puisqu'en moyenne, les hôpitaux comptent 7 pôles, mais les disparités sont très grandes au sein des catégories d'établissement.

Ces résultats, certes encourageants, mais pourtant peu élevés peuvent s'expliquer par trois constats.

D'abord, un décalage existe entre les efforts fournis par la communauté médicale pour fonctionner en pôles avec de nouveaux outils, et la portée de ces avancées. L'institution demande aux pôles de faire de plus en plus d'efforts de gestion et d'appliquer des méthodes de management auxquelles les équipes ne sont pas toujours habituées, alors que les moyens pour mettre en œuvre ces efforts ne sont pas suffisants. Dès lors, en dépit de leur bonne volonté, tous les efforts fournis par le trio de pôle mais au-delà par les professionnels du pôle, ne sont pas à la hauteur des résultats. Par exemple, au sein du CH vichyssois, le cadre supérieur de santé du pôle femme-enfant fournit énormément d'efforts pour réduire le déficit financier de son pôle, mais ceux-ci ne sont pas suivis d'effet. Dès lors, les équipes soignantes qui se trouvent en première ligne sont rapidement découragées et culpabilisent parfois de ne pas avoir pu améliorer la situation du pôle malgré leurs efforts.

Ensuite, les pôles sont essentiellement basés sur une logique médico-soignante, et non sur une logique médico-économique ce qui les conduit à fonctionner sans délégation de gestion ni de signature. Par ce découpage médical, les changements introduits par la réforme ne sont pas si novateurs dans la mesure où les anciens services fonctionnaient déjà selon cette logique soignante. A l'inverse, un pôle transversal comme le pôle médicotechnique pâtit de cette structuration tant il dépend majoritairement des autres pôles pour son fonctionnement. Ainsi, il est compliqué pour ce type de pôle de définir des actions pour lesquelles il peut seul agir.

²⁹ Op. cit note 9

³⁰ Rapport du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST, Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011, Les résultats, juillet 2011

Enfin, « *les processus de décision à l'hôpital doivent être clarifiés, l'unité institutionnelle réaffirmée et la vision des professionnels modifiée* ³¹ » puisque l'avènement des pôles a impacté le positionnement de tous les acteurs du monde hospitalier. Il faudrait que les directions fonctionnelles se placent dans une position de prestataire de service au profit des pôles afin de leur apporter un soutien dans leur gestion. Dès lors, les directions auraient pour mission principale les actes qui intéressent de manière globale l'établissement et son pilotage, et non ceux relatifs aux pôles. Toutefois, cela conduirait à un véritable bouleversement au sein de l'hôpital, et demanderait un réel renforcement des équipes administratives au sein des pôles. La culture actuelle hospitalière n'est pas préparée à un tel changement. Ainsi, dans sa recommandation numéro 8, le rapport Fourcade³² préconise de mettre en place dans chaque établissement « *un dispositif destiné à favoriser le dialogue entre les pôles, le directoire et les directions fonctionnelles [...], selon des modalités à définir localement, notamment sous la forme d'un conseil de chefs de pôle. Les directions fonctionnelles doivent faire évoluer leurs organisations pour servir les objectifs fixés aux chefs de pôle.* »

Il est indéniable que l'intégration de cette nouvelle organisation hospitalière doit faire face à de nombreuses résistances en interne.

2) *L'existence de réelles résistances au changement*

Comme le montre le rapport Fourcade³³, la mise en place de la nouvelle gouvernance se heurte à des freins culturels et économiques que l'on peut regrouper en quatre catégories :

- Une concurrence des pouvoirs à l'hôpital
- L'influence du comportement du directeur
- Les craintes des gestionnaires vis-à-vis de leurs pouvoirs
- La compétence des acteurs

A l'hôpital, deux logiques sont en concurrence : les logiques professionnelles des équipes médicales et les logiques institutionnelles. Les résultats de l'enquête préalable à la remise du rapport Fourcade font état de ces rivalités. Ainsi, une autonomie de gestion trop large au profit des personnels médicaux constituerait, selon certains, un risque de dérapage trop important.

En somme, tout dépend de la position du directeur et de sa politique en matière de délégation de gestion, gage de confiance. Ce dernier doit instaurer un climat de confiance

³¹ Op. cit note 9

³² Op. cit note 2

³³ Précité

et ne pas favoriser les tensions. Faire preuve de confiance au pôle par une délégation de gestion conséquente, voire par une délégation de signature, serait le moyen d'impulser un changement dans les logiques institutionnelles et montrerait le chemin à suivre.

Néanmoins, ce sont les gestionnaires qui semblent avoir le plus à perdre dans cette déconcentration de gestion et qui sont donc les plus réticents. En effet, cela induit le transfert d'une partie de leurs prérogatives aux médecins chefs de pôles, qui à priori ne sont pas formés à ces aspects. Le risque de dérapage serait trop important, et risqué, surtout dans un contexte financier tendu où les hôpitaux ne doivent pas avoir une politique de gestion irrationnelle et dépensière.

Pourtant, ces craintes ne doivent pas être exagérées car il existe un phénomène d'entraînement vertueux qui peut se mettre en place, à condition d'instaurer un dispositif de partage de l'information et de l'analyse. Les services administratifs et les directions fonctionnelles auraient tout intérêt à partager leurs compétences et leurs connaissances avec les équipes des pôles. Chacun aurait donc à gagner en collaborant.

Aussi et surtout, c'est la question de la formation des acteurs qui peut poser souci et se doit en effet d'être renforcée. Facultative en 2005, la formation des chefs de pôle devient ainsi obligatoire en 2011, ce qui apparaissait nécessaire et fondamental.

Pour résumer, l'un des objectifs de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière est de faire prendre les décisions au plus près du terrain, par des acteurs qui sont en première ligne. Ainsi, la prise en charge du patient doit être améliorée puisque les décisions sont prises à un niveau qui lui est le plus proche possible. Le but est de responsabiliser les acteurs par une meilleure organisation opérationnelle, et de responsabiliser les équipes soignantes en vue d'assurer des économies de gestion. Cette notion de gestion est l'un des points principaux de la réforme : en responsabilisant le corps médical, le législateur vise à lui faire prendre conscience des impacts et des enjeux financiers de ses décisions. Il souhaite en faire un réel gestionnaire, et ce dans un contexte de pression financière sur les établissements de santé. Ainsi, les acteurs seront responsabilisés et une culture médico-économique se diffusera en lien avec l'appropriation d'outils de pilotage.

Cette nouvelle réforme s'inscrit donc bien dans la logique de subsidiarité et d'efficience dans un contexte de passage à la T2A. En effet, le pilotage des établissements de santé se trouve modifié en profondeur avec l'introduction de cette nouvelle forme de tarification qui doit les amener à une maîtrise plus grande des dépenses mais également des recettes. Les pôles d'activité ainsi créés, visent alors à impulser cette maîtrise des crédits et à initier les médecins à un pilotage raisonné.

Bien que tous les établissements n'aient pas avancé de la même manière dans l'application de la réforme, certains ont réussi à se l'approprier. Ainsi, le CHJL est très avancé dans la démarche comme je l'ai précisé précédemment. Il convient dès lors de s'intéresser de manière plus concrète à l'application de cette nouvelle gouvernance et à la structuration en pôles d'activité dans cet Etablissement.

Suite aux différents constats basés sur mes propres observations, et sur les entretiens menés à ce sujet, des difficultés particulières liées au processus de contractualisation ont été soulevées de même que des éléments favorisant ce processus sont apparus.

2 Comment le CHJL a su rendre effective cette réforme de la nouvelle gouvernance ?

Désormais, il convient de voir comment le CHJL, établissement au sein duquel j'ai effectué mon stage, a pu rendre effective cette réforme imposée par les pouvoirs publics.

Avant d'entrer dans le cœur du diagnostic, il me semble opportun de présenter la méthodologie adoptée pour la réalisation de ce mémoire.

Le choix du sujet du mémoire a été déterminé lors du premier stage d'observation des liens inter-cadres hospitaliers effectué au sein du pôle médecine du CH vichyssois. En raison de ma participation à la rédaction de l'avenant au contrat de ce pôle, il m'a semblé intéressant de participer à la création d'un nouveau contrat de pôle, celui du pôle medicotechnique, lors de mes deux autres périodes de stage auprès de l'AAH au sein de la Direction des Affaires Financière et du Contrôle de Gestion.

La rédaction du mémoire s'est déroulée de la manière suivante.

Recherche bibliographique

L'objectif de la recherche bibliographique était d'appréhender les enjeux de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière instituée par le Plan Hôpital 2007. En effet, pour mieux cerner la problématique du sujet il me fallait comprendre les tenants et les aboutissants qui président à la création d'un contrat de pôle. Cette prospection m'a permis de constater que tous les établissements n'ont pas mis en place une organisation polaire, et j'ai ainsi pu identifier quelques éléments déterminants pour cette structuration, et par extension, déterminants pour la mise en place des contrats de pôles.

Observation directe

En complément de mes recherches bibliographiques, j'ai utilisé les réunions de préparation à la création du contrat du pôle medicotechnique, qui se sont déroulées lors du mois de juillet, pour mener des observations directes selon une grille d'analyse prédéterminée³⁴. Lors de ces réunions entre le Directeur des Affaires Financières (DAF), le Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales et moi-même, j'ai également pu m'entretenir avec ces derniers.

De plus, ayant participé aux réunions de présentations des Comptes de Résultats Analytiques (CREA) des pôles, j'ai pu obtenir des compléments d'information.

³⁴ Annexe VII

Entretiens semi directifs

Afin d'enrichir les analyses issues des observations, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs selon une trame préétablie avec différents interlocuteurs³⁵ de l'Etablissement concernés par les pôles et les contrats de pôles. Chacune des trames³⁶ d'entretiens étant adaptée à la personne interrogée.

Limites de l'étude

La réalisation des entretiens n'a pu se faire qu'au cours de la deuxième période de stage dans la mesure où la majorité des interlocuteurs potentiels étaient absents lors du mois de juillet.

Il est important de noter dans le cadre de la méthodologie qu'il est parfois difficile pour les professionnels de pouvoir mobiliser un temps conséquent pour répondre à ces entretiens, comme ce fut le cas pour les médecins chefs de pôle. Je n'ai ainsi pas pu rencontrer tous les membres de trios de pôle de l'Etablissement, ce qui peut constituer une limite à ce travail. Toutefois, j'ai pu m'entretenir avec au moins l'un des membres des cinq pôles cliniques du CH ayant signé son contrat de pôle, ainsi qu'avec les responsables du pôle médicotechnique lors des réunions de travail. Je me suis également assurée de rencontrer toutes les catégories de professionnels membres de trio de pôle, à savoir des médecins chefs de pôle (2), des cadres supérieurs de santé (4) et des référents administratifs (4).

Si dans un premier temps j'ai privilégié l'observation directe pour établir mes premiers constats, j'ai pu les confirmer grâce aux analyses des divers entretiens et ainsi éviter un écueil potentiel.

En raison de l'absence des responsables des services du pôle médicotechnique, le dossier n'a que peu avancé. En effet l'idée était de réunir le trio de pôles avec les responsables des unités fonctionnelles (UF) concernées. Il a été possible au cours du mois de juillet de se réunir en amont avec le DAF et le Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales pour élaborer des propositions afin d'échanger ensuite dessus avec les responsables.

Il est rapidement apparu que le contrat ne serait pas créé à l'issue de mon stage, tant réunir tous les cadres des services du pôle pour établir les éléments à intégrer au contrat s'est avéré compliqué. Les seules réunions collectives n'ont pu être programmées que les 5 et 11 octobre, pour une fin de stage prévue le 19 octobre. Cette contrainte m'a

³⁵ Liste des interlocuteurs en annexe II

³⁶ Les trames se trouvent en annexe (III, IV, V, VI)

ainsi conduit à réorienter l'axe de mon mémoire en l'élargissant à la contractualisation de manière plus globale.

Dès lors, j'ai pu identifier les éléments qui ont conduit le CHJL à mener à bien sa nouvelle structuration interne, et à réussir sa politique de contractualisation avec les pôles (A). Le dynamisme du terrain de stage dans ce domaine ne peut donc qu'être souligné, et ce en dépit d'éléments qui peuvent impacter négativement les contrats de pôles et leur suivi (B). Dans la mesure où la logique adoptée par l'Etablissement a été celle d'une organisation en pôle par spécialités médicales, certains services n'ont pas pu s'ancrer dans cette structuration à l'image du pôle medicotechnique pour lequel le contrat est en phase d'élaboration. Une nouvelle forme de cloisonnement se fait donc ressentir sur le terrain (C).

A- La mise en place d'éléments fondamentaux à la réussite des pôles et de leurs contrats

Grâce aux observations de terrains et aux entretiens, j'ai pu relever les éléments clés de la réussite de la structuration polaire pour le CHJL. C'est ainsi que j'ai observé que l'étendue de la déconcentration de gestion et le périmètre de la délégation constituent les éléments essentiels à la réussite de la mise en place de la nouvelle gouvernance, autant que le choix des membres du trio de pôle de la part de l'Institution.

1) *En amont : la définition d'une déconcentration de gestion effective*

En raison de sa position d'expérimentateur de la réforme, le Directeur Général, souligne que l'Etablissement a certes bénéficié d'une grande liberté dans le découpage, mais a dû faire face, comme tout pionnier d'une réforme, aux incertitudes : « on *avance, mais sans savoir où* ». Il a fallu mettre en place une nouvelle structuration sans avoir d'exemples sur lesquels pouvoir s'appuyer, ni de modèle à suivre.

Le CH a ainsi défini sa politique en faisant en sorte que les pôles inscrivent leur action dans le respect de trois principes qu'il a préalablement définis :

- Principe de projet : les pôles doivent adopter un projet en adéquation avec le Projet d'Etablissement. Cette cohérence doit se faire en particulier avec le projet médical, l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi qu'avec la qualité et la sécurité des soins. Le projet de pôle fixe également au pôle des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, et précise ses liens avec les

autres pôles. Il faut savoir que le projet doit être centré sur la prise en charge globale du patient.

- Principe de collégialité : ce principe trouve son application dans l'élaboration du projet de pôle. En effet, celui-ci doit être adopté en concertation avec les membres du trio de pôle, et permettre la participation de l'ensemble des spécialités médicales. De plus, les équipes soignantes sont associées à cette nouvelle organisation.
- Principe de déconcentration de gestion et de contractualisation interne : le contrat interne d'objectifs et de moyens, ou contrat de pôle, est l'aboutissement de la délégation de gestion dont jouit le pôle

Pour arrêter la structuration polaire, le Directeur et le Président de la CME se sont fortement appuyés sur le nouveau Projet d'Etablissement 2005-2012. Leur idée était d'en faire un moteur, un gage de réussite de la nouvelle organisation, tout comme le Projet 2013-2018 qui conduira à un redécoupage des pôles.

Au cours des entretiens et observations il est clairement apparu que la délégation de gestion du Directeur envers les pôles constitue un réel levier à la réussite de la contractualisation. Cette délégation qui accompagne la contractualisation interne modifie sensiblement l'organisation et les règles de gestion au sein de l'Etablissement, et ce dans le respect des règles du service public hospitalier. Son but est d'apporter une souplesse plus grande pour les pôles en matière de gestion journalière, de favoriser leur réactivité au quotidien et d'impliquer les acteurs de terrain tout en les responsabilisant.

Néanmoins, le Directeur reconnaît sa prudence dans ce domaine, et ne délègue pas sa signature. Sa position se justifie par un souci de sécurité juridique tant les règles des marchés publics ou de la fonction publique sont très strictes. Les connaissances requises nécessitent une réelle compétence dans le domaine : il estime que c'est « *un boulot d'expert* ».

Dès lors, le contenu de la délégation au CHJL se limite à deux enveloppes financières :

- Une enveloppe dédiée à l'équipement
- Une enveloppe dédiée à la formation

Les médecins chefs de pôle ne revendiquent pas l'élargissement de cette délégation, et ne souhaitent pas nécessairement avoir plus d'enveloppes à gérer. Ainsi, l'un d'eux affirme que les pôles « *ont deux enveloppes, ce n'est pas grand-chose mais c'est bien. Je ne sais pas s'il en faudrait plus en fait* ».

Il en va de même pour les cadres supérieurs de santé pour lesquels ces deux enveloppes assurent une grande autonomie ainsi qu'une marge de manœuvre suffisante. Ils se satisfont donc de l'étendue de la délégation : « *cette délégation est intéressante car on a responsabilisé les acteurs, même si ce n'est pas énorme, on priorise, on décide en concertation. Je trouve quand même qu'elle est large et suffisante* ». Ces derniers estiment qu'ils jouissent donc d'une réelle autonomie, et l'esprit de la réforme, responsabiliser les acteurs, se fait très clairement ressentir.

A l'inverse, d'autres interlocuteurs interrogés souhaiteraient voir étendre le périmètre de cette délégation. Ainsi, l'un des directeurs référents estime qu'elle est « *trop limitée par rapport à tout ce qui avait été prévu au niveau national. Ici on n'est pas non plus très avancé* ». Ce référent administratif suggère donc d'aller plus loin dans le contenu de la délégation, et ainsi d'allouer aux pôles une enveloppe financière relative aux dépenses hôtelières afin de les « *responsabiliser dans ces domaines importants.* » Toutefois, la personne reste consciente que cela impliquerait « *un gros bouleversement au niveau des directions fonctionnelles.* »

Par ailleurs, à l'image de l'AAH du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, le DAF suppose que l'idéal serait d'aller encore plus loin dans cette délégation afin d'en faire un facteur de motivation pour les pôles, et donc un levier de réussite à la contractualisation. Par exemple, il pourrait être judicieux d'allouer une enveloppe annuelle pour les ressources humaines avec une totale liberté, « *mais ce n'est pas si facile que cela à faire.* » Il ne faudrait pas non plus tomber dans les travers d'une autonomie trop large, d'autant que les pôles ne sont pas demandeurs d'un élargissement de celle-ci.

On voit que le positionnement des acteurs au sein de l'Etablissement influence leur perception de la délégation de gestion et de l'autonomie. En réalité, les compétences professionnelles acquises par les acteurs sont un facteur déterminant : un directeur référent est en effet plus sensibilisé aux aspects de gestion, de suivi et d'analyse d'activité qu'un médecin qui ne bénéficie pas de cette formation lors de son cursus de formation initiale.

D'où l'importance du choix des instances en ce qui concerne les responsables de pôles.

2) *Un choix stratégique quant à la nomination des responsables de pôle*

Il paraît évident que la personnalité des acteurs composant le trio de pôle est importante et influence sa politique de gestion. En effet, cette constatation a pu être dressée sans équivoque tant les termes de « *personne dépendante* » et « *chef de pôle dépendant* » sont ressortis dès la réalisation des premiers entretiens. La composition du trio de pôle, et plus largement du pôle lui-même, peut tantôt être un levier, tantôt un frein à la réussite de la contractualisation. Le Directeur souligne bien que dans cette réforme, « *le plus réussi c'est le trio de pôle, cela peut marcher très bien selon les volontés de chacun d'apprendre.* »

Comme le CHJL n'a pas eu de moyens supplémentaires pour mettre en place la nouvelle structuration interne, il a fallu faire en fonction des ressources disponibles pour composer les trios de pôles.

Le plus délicat a été le choix des directeurs référents, pour lesquels le nombre de directeurs adjoints était insuffisant. Dès lors, le Directeur s'est appuyé sur les AAH volontaires pour se lancer dans cette nouvelle aventure et assurer ce rôle de cadre administratif de pôle. L'un des gages de réussite de cette nouvelle organisation est bien de nommer des personnes avec une certaine légitimité : « *ce sont des cadres administratifs qui peuvent décider, ils ont donc une légitimité* » affirme le Directeur.

Concernant la nomination des cadres supérieurs de santé, il n'y a eu aucun problème recensé dans la mesure où l'association au choix a permis de les intéresser. Ainsi, l'un des cadres supérieurs interrogé dit s'être « *éclaté pendant six ans* », que « *c'est une bonne chose* » que d'avoir été nommé cadre supérieur de santé du pôle.

La complémentarité entre les personnalités, et la difficile cohabitation entre certains personnels a trouvé son apogée au CHJL au sein du pôle Urgences-Anesthésie tant les chirurgiens refusent catégoriquement de travailler avec les anesthésistes. Il n'y a alors aucun dialogue entre les spécialités. Ce regroupement forcé a ainsi conduit le pôle à l'échec comme le reconnaît, avec des mots assez forts, le Directeur : il affirme que ce fut un « *bazar abominable* ».

D'autre part, la complémentarité entre les acteurs permet un échange constructif entre les membres du trio de pôle. En effet, le chef de pôle, qui n'est pas sensibilisé à ces aspects gestionnaires, attend d'être alerté dans les domaines sortant de ses connaissances générales et médicales par le cadre supérieur de santé et le directeur référent. La pluridisciplinarité est une richesse pour le pôle, ce que pointent tous les interlocuteurs.

Toutefois, tout dépendra de la personnalité de chacun : le trio et le pôle ne fonctionneront qu'en fonction de la personnalité du chef de pôle. Cette nouvelle organisation est très « *chef de pôle dépendant(e)* ». Les cadres référents, voient le chef de pôle comme un acteur qui est « *là pour les [les membres du pôle] pousser, les aider à choisir.* » Or, lorsque ce dernier ne communique pas avec les autres membres du trio il ne peut en aucun cas être moteur. Selon l'un des cadres concerné par ce manque de communication de la part de son médecin chef de pôle, « *c'est frustrant. Il [le médecin chef de pôle] ne communique pas, s'occupe du côté médical, il fait ce qu'il veut et n'implique pas les équipes. La seule chose positive ce sont les réunions mensuelles.* »

Force est de constater que le rôle de chef de pôle pour un médecin n'est pas un rôle qui va de soi. On lui demande d'être non seulement doté de compétences médicales mais aussi de compétences managériales. Il devient une véritable autorité déconcentrée avec de multiples missions pour lesquelles il n'a pas été préparé. Cela pose bien souvent des soucis, qui peuvent être corrigés par le suivi d'une formation, comme c'est le cas sur le lieu de stage pour les chefs de pôles inscrits dans le dispositif des pôles d'excellence auprès de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), et ainsi que l'oblige désormais la nouvelle réglementation.

D'autre part, la complémentarité entre les membres du pôle assure au médecin chef de pôle des appuis de personnes compétentes dans leurs domaines. La pluridisciplinarité au sein du trio de pôle permet dès lors de responsabiliser le pôle dans son ensemble et de lui assurer une autonomie réelle.

B- La persistance d'obstacles à l'organisation interne et à la contractualisation

Force est de constater que les pôles sont libres dans leur gestion dans le cadre de leur contrat, même s'ils restent encadrés par des objectifs pour lesquels ils seront évalués. Les objectifs intégrés dans le contrat peuvent amoindrir l'autonomie des pôles, voire leur poser problème comme certains professionnels l'ont souligné. Toutefois, je tiens à préciser que ces derniers ne sont pas imposés au pôle par les directions, mais qu'ils relèvent d'un dialogue avec la Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion. Par ailleurs, un nouveau cloisonnement entre les pôles peut voir le jour tant les personnels sont « *formatés* » pôle comme l'indique l'un des cadres supérieurs de santé interrogé, ce qui peut donc conduire à freiner l'autonomie des pôles.

1) *Le pôle encadré par la définition d'objectifs à atteindre*

Les objectifs fixés au pôle ne sont pas tous toujours bien acceptés par ces derniers puisqu'ils peuvent avoir une sensation de contrôle et de manque de marge de manœuvre comme l'ont démontré les entretiens. Néanmoins, pour le CHJL les objectifs sont fixés en concertation avec le pôle, et sur proposition du trio de pôle bien souvent.

Les objectifs inclus dans le cadre du contrat au sein du CH de Vichy recouvrent plusieurs domaines :

- Qualité et gestion des risques : on retrouve notamment au sein de cet item, la tenue du dossier patient, la déclaration des évènements indésirables, la mise à jour des protocoles des unités de soins, la participation aux commissions de la CME... Il s'agit en partie d'éléments pris en compte par la Haute Autorité de Santé pour ses Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).
- Ressources humaines : il s'agira pour le pôle de suivre la dette du temps de travail, d'assurer une stabilité des équipes ou la mobilité selon les cas, de suivre et diminuer le taux d'absentéisme...
- Médico-économique : le pôle s'engage à assurer l'exhaustivité du codage, à produire les informations médico-économiques quinze jours après la sortie du patient...
- Activité : ces objectifs sont fixés selon des projections réalisées par les équipes du pôle en lien avec le service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion si besoin.
- Dépenses : le pôle contractualise sur les dépenses dans les domaines du personnel, de dépenses médicales et pharmaceutiques et de dépenses hôtelières et générales.

Ces cinq catégories d'objectifs représentent une source de motivation pour les pôles car, comme l'a souligné le DAF, ils permettent aux acteurs de s'impliquer sur des choses qu'ils peuvent changer. Les responsables du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, qui aident à la fixation de ces derniers, les jugent pertinents dans leur ensemble.

Pourtant la vision des acteurs au sein du trio ne pôle est plus nuancée.

Les cadres supérieurs de santé estiment que les objectifs d'activité sont nécessaires car permettant de donner un but non seulement au pôle mais aussi aux équipes. Néanmoins, fixer ses objectifs peut s'avérer complexe tant certaines données ne peuvent pas être maîtrisées. Ainsi, l'un des cadres pense qu'il est important de « *savoir où on va même si on se trompe. Et forcément on se trompe car on ne peut pas prédire l'avenir* ». En effet, les données d'activité peuvent varier d'une année à l'autre. Parfois certains éléments peuvent être anticipés comme un départ ou une arrivée d'un nouveau médecin, l'ouverture de nouvelles places... Mais ce n'est pas toujours le cas.

Les objectifs médico-économiques, pour ceux relatifs aux dépenses, suscitent le plus d'interrogations. En outre, le pôle ne maîtrise pas toutes ses dépenses, à l'image de celles de maintenance, et il lui semble incongru de contractualiser dessus. De plus, certains tarifs de prestations ou d'actes sont fixés au niveau national sans que l'Etablissement n'ait de vision ou de prise dessus. Dès lors, le pôle ne pourra pas anticiper ces éléments au moment de l'élaboration de ses prévisions de recettes puisqu'il ne connaît pas le montant de la valorisation de ces actes. Il en va de même pour les services financiers qui ne connaissent pas à l'avance ces tarifs nationaux et ne peuvent donc ni les anticiper, ni les prévoir.

Contractualiser en termes de ressources humaines peut ne pas paraître pertinent pour certains cadres. En effet, des éléments tels que le suivi et la baisse de l'absentéisme ou la dette de travail ne sont pas maîtrisables estiment-ils. Pour autant, à l'unanimité, les personnes interrogées reconnaissent qu'il est opportun de bien de suivre ces données puisque cela permet les situer dans leur activité et leur fait prendre conscience des enjeux financiers qui sont sous-jacents aux dépenses de personnels. Ce suivi amène le trio de pôle, voire le pôle lui-même, à une certaine responsabilisation. De plus, dans un contexte budgétaire actuellement serré, il n'est plus possible de créer des postes de façon pérenne. Le suivi du tableau des effectifs rémunérés est dès lors essentiel. Toute dépense supplémentaire, et ce dans quelque poste que ce soit, doit être justifiée par l'existence d'une recette l'accompagnant.

Par contre, contractualiser en termes de formation apparaît comme un atout majeur dans la motivation des pôles. Cela permet au trio de se réunir, et de prioriser ses choix en fonction de différents paramètres : les objectifs institutionnels du moment, les ambitions du pôle, mais aussi le nombre de refus de formation qu'a pu subir un même agent. La communication qui est liée à cet objectif s'avère essentielle pour le pôle.

En termes d'objectifs de qualité, il est évident que ceux-ci sont inévitables et qu'ils devraient constituer l'essentiel des objectifs fixés au pôle. D'ailleurs, c'est ce qui ressort de la politique d'intéressement aux résultats adoptée à Vichy tant 60% de l'enveloppe se fondent sur l'atteinte de certains de ces objectifs de qualité.

Tous ces objectifs sont des impératifs pour le CHJL dans la mesure où ils permettent de responsabiliser le pôle et d'évaluer sa capacité gestionnaire.

Toutefois, l'un des travers dans lesquels il ne faut pas tomber est celui de regarder uniquement les données brutes : les chiffres tels que présentés dans les tableaux de suivi ne doivent pas faire oublier que les professionnels à l'hôpital sont là avant tout pour soigner les gens. « *Il faut aussi garder l'œil sur l'humain* » souligne ainsi l'un des médecins chef de pôle.

En tout état de cause, ce qui importe le plus c'est de pouvoir expliquer les chiffres, les analyser pour voir ce qu'ils révèlent, et éventuellement agir en conséquence.

L'atteinte des objectifs au moment du suivi annuel du contrat peut motiver les équipes du pôle, ou au contraire les démotiver voire les faire culpabiliser si ceux-ci ne sont pas respectés. Peut ainsi s'installer une certaine forme de rivalité entre pôles. On retomberait alors dans les travers passés : une nouvelle forme de cloisonnement, non plus au niveau des services, mais au niveau des pôles.

2) *L'existence d'un nouveau cloisonnement illustrée notamment par la spécificité du pôle médicotechnique*

Lors des entretiens, les termes de « *formatage* », « *rentrer dans le moule* » ont été utilisés par certains membres de trio de pôle ce qui fait apparaître l'un des biais des pôles à savoir adopter un raisonnement trop axé sur le pôle et pas assez institutionnel.

Entre en jeu également la notion de résultat du pôle tant un pôle excédentaire ne se comportera pas de la même manière qu'un pôle déficitaire, ce qui peut engendrer une certaine tension entre les pôles. Néanmoins, cette nouvelle forme de cloisonnement qui peut apparaître demeure évitable par des relations interpôles et interservices.

J'ai pu constater que la structuration interne ainsi définie au CHJL n'aboutissait pas à un réel décroisonnement comme cela était voulu initialement par les pouvoirs publics. Certes, le cloisonnement n'existe plus, ou moins, entre les services mais il s'est élevé à la strate supérieure qu'est le pôle. En effet, la logique actuelle conduit à un raisonnement trop centré sur le pôle. Ainsi par exemple, lorsqu'un service doit faire face à l'absence d'un de ses personnels et qu'il ne dispose pas des ressources en interne, ni

auprès d'un autre service de son pôle, il se tourne auprès d'un service d'un autre pôle. La première question qui est soulevée est celle relative à l'imputation de la charge du personnel « prêté » ainsi concerné.

De plus, le manque de communication entre les pôles participe à cet isolement. Les pôles semblent ne pas savoir ce que font leurs homologues, ce que regrettent certains cadres supérieurs. Ils estiment qu'il serait intéressant de travailler de manière interpôle, notamment sur des projets ou dans le domaine de la formation. Toutefois, cela reste difficile à mettre en place, et les cadres se « *heurten*t à une logique médicale ».

Aussi, lors de l'attribution de la prime d'intéressement liée aux résultats, les pôles se comparent inévitablement les uns aux autres. Cela paraît certes naturel, mais il ne faudrait pas que cette comparaison se transforme en une compétition néfaste. Au sein du CHJL, cette course à la plus grosse enveloppe d'intéressement n'est pas malsaine. Cela pourrait aussi devenir source de motivation pour tenter de faire mieux et de dépasser le pôle devant nous, mais les biais potentiels sont ainsi nombreux.

En tout état de cause, il ne faut pas que la mise en place des pôles aboutisse à la construction de petits hôpitaux au sein même de l'Hôpital. Cette création d'entités infra-hospitalière est facilitée par le prestige de certaines activités par rapport à d'autres. De fait, le pôle gériatrie est moins valorisé, et valorisant pour l'Hôpital que le pôle chirurgie par exemple. Cependant, il faut garder à l'esprit que tous les pôles appartiennent à la même Institution. En effet, le rôle d'un établissement public de santé consiste bien à offrir une offre de santé qui réponde à tous les besoins de la population, et qui ne soit pas basée sur la renommée des activités, ou leur rentabilité financière comme pourraient le faire des établissements privés.

D'autre part, qu'un pôle soit ou non en déficit, n'est pas si important en somme, l'essentiel étant l'équilibre global de l'Hôpital. Néanmoins, le résultat du pôle influe sur son comportement. Ainsi, lors de la rencontre avec le cadre supérieur de santé du pôle femme-enfant, l'importance du bénéfice, en l'occurrence du déficit, est très nettement apparue. Les efforts des équipes ne paraissent pas être récompensés à leur juste valeur, il semble difficile de s'améliorer sans obtenir de moyens supplémentaires.

Cette nouvelle forme de cloisonnement ressort plus particulièrement en ce qui concerne le pôle médicoteknique qui subit des difficultés liées à cet isolement, y compris au sein même du pôle, puisqu'il est composé de services qui n'ont pas forcément d'objectifs en commun. Ce pôle à l'identité complexe fait partie des pôles dits « prestataires de service » qui nécessitent un niveau de qualité et de performance accru, tant sur le plan des compétences professionnelles que sur la modernité du plateau technique.

Le pôle médicotechnique, pour lequel j'ai participé à la création du contrat de pôle, est en effet divisé en trois services et se compose de 15 UF :

- Service de l'imagerie médicale qui comprend les unités : « interventionnel, vasculaire, uro-digestif », « scanner », « échographie, os, poumons » et « IRM, mammographie »
- Service de laboratoire avec les unités de : « biochimie », « immuno-hématologie », « immuno-sérologie », bactériologie, parasitologie, virologie », « hématologie cytologie, parasitologie sanguine » et « hémostase »
- Service de pharmacie composé des unités : « médicaments », « rétrocessions », « dispositifs médicaux », « stérilisation » et « unité de reconstitution des cytostatiques ».

Chaque service demeure responsable de la prise en charge de ses activités, les responsables d'UF et les chefs de service respectifs restent les garants de la mise en œuvre effective du projet médical en concertation avec le chef de pôle.

D'emblée, on constate que ces services ne recouvrent aucun point commun en terme de fonctionnement, ce qui constitue une réelle difficulté pour le pôle, et explique son retard dans la mise en place de la contractualisation interne. Il est ainsi impossible de décrire des moyens ou des modes de fonctionnement qui soient transversaux. D'ailleurs, cette spécificité liée à la différence des services se ressent dans le projet même du pôle qui s'apparente à une somme de projets de services.

De même, les ressources humaines ne peuvent pas être mutualisées dans la mesure où les métiers représentés au sein des unités ont chacun leurs spécificités : manipulateur en électroradiologie, technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie, aide-soignant de stérilisation, agents administratifs et secrétaires dont les fiches de poste sont très éloignées les unes des autres (secrétariat médical-accueil clientèle, comptabilité-facturation, gestion des commandes). Seul un travail sur la permanence de l'encadrement au niveau du pôle a pu être identifié et inclus dans le projet de pôle.

Le projet de pôle ainsi élaboré identifie les enjeux institutionnels et internes de ce pôle. Afin de respecter la politique définie par l'Etablissement, ce projet s'inscrit bien dans le projet médical en ce qu'il vise à « *conforter l'existence d'un plateau technique performant* »³⁷.

³⁷ « *Disposer d'un plateau technique à la fois adapté aux exigences des spécialités, et parfaitement intégré aux besoins des services de soins tout en s'inscrivant dans une logique de maîtrise des* »

Dès lors trois grands enjeux institutionnels ont été identifiés dans le projet de pôle³⁸. Premièrement, le maintien du niveau d'équipement technique des services avec le plan de renouvellement défini, ainsi qu'une évolution vers des techniques et des équipements innovants. Ensuite il s'agit du développement d'une relation de type client-fournisseur. Enfin, le pôle souhaite maintenir et développer l'activité externe en favorisant l'accès direct du public aux trois services.

Six enjeux internes ont dès lors été définis comme étant communs aux services du pôle. Il s'agit d'abord de mettre en place un Compte de Résultats par Objectifs (CREO). Ces CREO constituent le compte de résultat du pôle, en s'adaptant aux spécificités des pôles d'activité non-cliniques. Le projet de pôle souhaite également mettre en place une interface avec le service des urgences et évaluer les besoins et les contraintes des services cliniques et médicotechniques. Cela afin de délivrer des prestations les plus adéquates pour tous.

L'ambition du pôle consiste également à pérenniser et à développer l'activité externe. Enfin, la qualité et la gestion des risques constituent l'un des enjeux internes majeurs de ce pôle. Cet enjeu interne recouvre les domaines de la gestion des risques prioritaires, l'accréditation, la certification, les divers contrats de bon usage mais aussi la sécurisation du circuit du médicament. Il ne faut pas non plus omettre le projet managérial visant la poursuite de l'encadrement opérationnel, l'intégration et l'adaptation à l'emploi des nouveaux arrivants, et l'accompagnement des agents vers l'évolution des technologies et des contraintes normatives.

Il semble important de souligner que, d'une manière peut être encore plus forte que pour les autres pôles, les données médico-économiques ne sont pas les seules qui importent. Les éléments liés à la qualité seront capitaux pour ce contrat de pôle car les UF qu'il comprend sont toutes soumises à de hautes exigences en termes de qualité et de sécurité des soins.

coûts passera par une planification des équipements lourds au cours de la période d'application du présent projet »

³⁸ CENTRE HOSPITALIER JACQUES LACARIN, *Projet du Pôle Médicotechnique*

Pour résumer, le contrat de pôle apporte des avantages tant en termes de stratégie que de responsabilité, de proximité, de transparence et de qualité des soins.

Le CHJL n'a cependant pas attendu l'avènement des pôles hospitaliers pour mettre en place des organisations et des actions innovantes. Le but du contrat de pôle est alors de créer une dynamique en associant tous les responsables des services et des unités, tout en formalisant le fonctionnement existant.

L'intérêt des responsables de pôle pour le contrat sera renforcé dans la mesure où ils participeront non seulement à sa création mais aussi à son évaluation annuelle par le biais des avenants qui comportent en effet une partie sur les avancements du projet de pôle. Leur implication sera alors recherchée avant tout, car il s'agit là d'un réel levier à la réussite de la contractualisation, et de la construction polaire plus largement.

De nombreux leviers existent pour favoriser cette réussite comme l'illustre la méthode adoptée pour la création du contrat du pôle médicoteknique.

3 Amener le pôle médicotechnique à l'indispensable appropriation de son contrat de pôle :

Il faut que le contrat permette aux membres du trio du pôle médicotechnique de mettre en œuvre une stratégie de pilotage et d'agir sur les différents paramètres faisant l'objet de la contractualisation. De multiples facteurs permettent de faire de cet outil d'évaluation qu'est le contrat de pôle, un réel outil à la portée du pôle. Ce sont de ces préconisations pour le pôle médicotechnique dont il sera question ici.

Dès lors, la mesurabilité des critères entre en compte ainsi que la possibilité d'action du pôle sur ces objectifs (B). La motivation du trio de pôle est très liée à cela. Or si le contrat et son évaluation se basent uniquement sur des éléments d'exploitation analytique cela posera problème. En outre, la solution de l'intéressement peut être une bonne source de motivation, pour autant qu'elle laisse une grande place à la notion de performance (C).

Cependant, le préalable nécessaire à toute action de contractualisation reste bien la définition d'une méthode d'action claire et transparente. Cela permet de pallier aux difficultés potentielles, en particulier pour un pôle aussi spécifique que le pôle médicotechnique (A).

A- La définition d'une méthodologie d'action à la création du contrat de pôle médicotechnique

Afin d'amener le pôle médicotechnique à s'approprier son contrat, il paraît nécessaire de l'accompagner dans toute la procédure de contractualisation mais également durant la vie du contrat. Une démarche participative et collective semble être un bon levier pour conduire les acteurs à une cohésion de groupe et à une synergie.

1) Un accompagnement du pôle nécessaire

Afin de réussir la contractualisation au sein des pôles, il convient de mettre en place un accompagnement par le service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion pour les étapes clefs de la contractualisation que sont la création, le suivi, l'évaluation, ainsi que le renouvellement du contrat. L'AAH, tout en s'appuyant sur ses équipes, doit jouer ce rôle fondamental.

Pour créer le contrat de pôle, un pré-travail par l'AAH, en lien avec le DAF, est recommandé. Cette méthode a été adoptée en ce qui concerne le pôle médicotechnique. Le Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales a

également été associé à la démarche dans la mesure où il s'occupera de divers éléments relatifs aux contrats de pôles suite à la redéfinition de l'organisation interne à laquelle se prépare le CH de Vichy.

Le but de ce travail en amont sans les membres du trio de pôle est bien d'élaborer des pistes de réflexion qui lui seront ensuite proposées. Les idées ne doivent pas être imposées au pôle, un réel dialogue de gestion entre le pôle et les directions fonctionnelles se doit d'être mis en place. Il s'agit de remédier au manque de motivation du trio de pôle mais aussi aux spécificités déjà évoquées pour ce pôle medicotechnique en encourageant le pôle à formuler des idées.

En cours d'année, le pôle peut être demandeur d'un accompagnement de la part des services financiers afin de suivre son activité mais aussi et surtout de suivre la réalisation de ses objectifs médico-économiques intégrés au contrat. Cet accompagnement des pôles par les affaires financières, et plus spécifiquement par le contrôle de gestion, est une préoccupation majeure pour le CHJL en raison des réformes hospitalières et de la raréfaction des crédits. En lien avec le contrôle de gestion, l'AAH s'assure que les moyens financiers et humains sont utilisés de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible.

Dès lors, il apparaît comme nécessaire de proposer des outils d'analyse, non pas uniquement au niveau de l'Etablissement, mais aussi au niveau de chaque pôle, dont le pôle medicotechnique. Le contrôle de gestion utilise alors des outils de pilotage tels que des tableaux de bords qui fournissent des indicateurs de performance pour chaque pôle. Ces tableaux de bords sont accessibles sur l'outil *Orbis Décision*, et peuvent être consultés par les professionnels du pôle. Ceux-ci mettent l'accent sur l'activité, les dépenses, les moyens consommés par le pôle, la qualité et les objectifs contractualisés. Dès lors, le trio de pôle, en tant que responsable de la gestion du pôle, dispose de tous les éléments pour suivre l'état réel de ses activités et dépenses.

Dans le but d'amener le trio de pôle à s'approprier son contrat de pôle et à l'aider dans sa gestion, l'AAH responsable du service pourra mettre en place un accompagnement du pôle à l'outil *Orbis Décision*. Il s'agit de présenter aux membres du trio de pôle dans un premier temps, puis aux responsables des services dans un second temps, cet outil qui reprend les tableaux de bord du pôle. En outre, cela permet à l'AAH et au cadre responsable de l'analyse de gestion de présenter au pôle leur analyse des données et de lui montrer que pour la plupart d'entre elles, le trio de pôle peut être partie prenante. Cet accompagnement comporte ainsi une vertu pédagogique, le pôle devenant acteur du processus de suivi financier dans le but d'optimiser les moyens mis à disposition. Ces échanges devront être organisés régulièrement.

Plusieurs points forts peuvent être soulevés dans cette démarche.

D'abord, cet accompagnement ne peut se faire sans une implication du pôle dans sa propre gestion : il n'est pas concevable d'accompagner et suivre financièrement un pôle de manière efficace et utile si ce dernier ne souhaite pas s'impliquer pleinement dans cette action. En effet, en raison des enjeux que cela représente pour lui, les aspects financiers et stratégiques doivent intéresser le pôle. En outre, ses résultats médico-économiques impacteront le montant de son enveloppe d'intéressement puisque 40% de l'enveloppe se basent sur ces données. L'intérêt du pôle est donc d'agir sur ces éléments pour obtenir un maximum de cette enveloppe.

De plus, il s'agit de faire partager au trio de pôle les tableaux de bord utilisés par les services financiers, et au-delà par le Directeur, dans l'évaluation du pôle. Le pôle prend alors conscience de l'importance de ces données en comprenant leur constitution et leur création.

Ce qui constitue un atout supplémentaire dans cette stratégie est le fait que le référent du contrôle de gestion se déplace à la rencontre du pôle, et ce de manière physique. En outre, les relations entre les deux entités seront renforcées, et le sentiment de bureaucratie que peuvent avoir les services s'efface. Il convient de noter que cette orientation s'inscrit en droite ligne du Contrat Performance signé en février 2011 entre le CHJL, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'ANAP, et qui prévoit dans sa piste 2 le « *développement de la comptabilité analytique* » avant la fin 2012 ; ainsi les liens entre les services financiers, en particulier le contrôle de gestion, et les pôles pourront se créer, favorisant un véritable échange entre services et activités.

Toutefois ce suivi financier comporte des points faibles qui ne doivent pas être oubliés.

En effet, cela implique que le pôle consacre une partie de son temps à étudier les tableaux de bord sur *Orbis Décision*, et ce en plus de ses tâches quotidiennes de gestion. Sur le long terme, le niveau d'implication du pôle dans ce suivi s'estompe, à fortiori lorsque les résultats obtenus sont mauvais et qu'ils ne peuvent rien faire. Malgré leur bonne volonté, leur impuissance les démotive. C'est le rôle du cadre administratif référent du pôle et des référents de l'analyse de gestion d'encourager, d'inciter et de maintenir les suivis des tableaux de bords. Par ailleurs, il faut que ces suivis soient organisés sur un temps relativement court afin d'en assurer l'efficacité.

Cette démarche, qui n'est pas naturelle pour certains professionnels de santé, nécessite d'instaurer une nouvelle culture et une nouvelle forme de coordination entre les services. Pour y parvenir, la communication est un élément fondamental. Il est indispensable d'expliquer la procédure entreprise et les buts recherchés, afin de recueillir l'adhésion du

plus grand nombre en intégrant les multiples acteurs au processus et en les responsabilisant.

Concernant la dernière étape de la vie du contrat de pôle, le rôle dévolu à l'AAH dans l'accompagnement du pôle consiste à lui fournir les éléments d'activité et les chiffres nécessaires à la réalisation des prévisions pour l'année N+1. Le levier utilisé ici est encore celui de l'appui ce qui montre bien que l'AAH constitue une personne ressource pour le pôle.

Cet accompagnement qui est préconisé pour le pôle médicotechnique, est ressenti très positivement par l'ensemble des autres pôles de l'Etablissement qui ont eu à vivre cette situation. Afin d'assurer la réussite de la contractualisation, et au-delà du pôle lui-même, il convient aussi d'amener les acteurs à une certaine cohésion et synergie.

2) Amener les acteurs à la synergie et à la cohésion

Amener le pôle à la synergie et à la cohésion peut s'avérer compliqué, d'autant plus pour ce pôle médicotechnique pour les raisons déjà citées. Il faut faire face aux personnalités du pôle, comme pour tout pôle, tant l'enjeu lié aux identités des acteurs du trio de pôle s'avère important. Pour parvenir à lier ces trois services au sein du même pôle, deux leviers sont possibles : la définition d'une méthode participative, et la fédération des acteurs par des facteurs de motivation.

La méthode participative, est un réel atout pour la réussite de la contractualisation puisqu'elle permet de fédérer les acteurs dans un mode projet, même si les difficultés du pôle médicotechnique ne peuvent s'effacer.

Ainsi, il convient de programmer des réunions participatives avec les membres du pôle, mais aussi avec les responsables des services concernés pour la définition des objectifs qui seront inclus dans le contrat du pôle. Il s'agit bien de rappeler aussi l'engagement de chacun des services dans le pôle. C'est de cette manière que se déroule la procédure de contractualisation pour le pôle médicotechnique.

Dès lors, après les rencontres en amont au niveau de la direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion qui se sont déroulées au mois de juillet 2012, des réunions de travail ont été organisées avec les responsables des trois services et le trio de pôle. Elles ont eu lieu le mardi 2 octobre 2012 pour le laboratoire, et le vendredi 5 octobre 2012 pour la pharmacie et ensuite pour l'imagerie. Lors de ces dernières, toutes les propositions préalablement établies ont été présentés. Un réel dialogue s'est institué entre les responsables de service, le trio de pôle, les services financiers, le Directeur Adjoint de

la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales, et moi-même. Les échanges ont permis de faire émerger de nouvelles pistes, de corriger certaines erreurs, mais surtout de renforcer l'implication du pôle dans la détermination des éléments sur lesquels contractualiser.

Il me paraît également indispensable de fédérer les acteurs en les motivant. L'élaboration de micro-contrat peut conduire à cette synergie tant son objectif est porté par tous les acteurs. Ces micro-contrats permettent l'adhésion et non plus seulement la participation des équipes soignantes et paramédicales sur le terrain. Toutefois, ces micro-contrats comportent des écueils dans lesquels il ne faut pas tomber et auxquels l'AAH devra veiller lors de leur rédaction : la réversibilité du contrat doit être assurée et des conséquences prévues en cas d'échec à l'atteinte des objectifs définis. D'autre part, l'une des difficultés supplémentaires liée à ces micro-contrats réside dans leur suivi. En effet, il ne paraît pas pertinent de conclure une multitude de micro-contrats qui ne pourront pas tous être suivis et évalués. Il convient également de mettre en place des suivis réguliers avec tous les protagonistes du contrat, ce qui peut amener à une certaine lassitude si trop de réunions sont prévues. La difficulté réside aussi du côté des services financiers qui doivent également effectuer d'autres missions sortant du cadre des pôles à proprement parlé.

La fédération des acteurs peut également passer par une communication interne entre les pôles sur des projets communs, ce qui aurait également l'avantage de surmonter le nouveau cloisonnement qui se met en place au niveau des pôles. Les relations interpôles doivent être privilégiées, d'autant plus pour ce pôle médicoteknique.

Comme me l'ont montrés les entretiens effectués pour la réalisation de ce mémoire, la problématique des critères à intégrer dans le contrat du pôle médicoteknique s'avère essentielle. Afin de pallier les soucis pointés par les autres pôles, il convient de s'interroger sur les trois grands objectifs que sont les données médico-économiques, les ressources humaines et la qualité.

B- La définition d'objectifs pertinents et mesurables

Dans la mesure où il ne me semble pas souhaitable d'intégrer dans un contrat une multitude d'objectifs qui ne pourront pas tous être suivis, je m'attacherai ici à proposer des objectifs jugés pertinents pour ce contrat de pôle medicotechnique. Pour la première année de son contrat, il semble nécessaire que le pôle définisse des objectifs modestes afin d'impulser la démarche et de ne pas entraver la motivation du pôle. Ces objectifs seront déclinés par service le cas échéant, et leur indicateur de mesure sera précisé. Un objectif prioritaire sera identifié pour chaque service du pôle dans les trois principaux domaines du contrat.

1) *Le maintien des objectifs médico-économiques*

Pour faire face aux spécificités déjà évoquées pour le pôle medicotechnique, les objectifs médico-économiques doivent être maintenus en dépit des critiques émises par les autres pôles lors des entretiens. Toutefois, il a été convenu lors des réunions de travail que ceux-ci devaient être déclinés par service afin d'assurer leur pertinence. Reste une nouvelle fois la problématique de la difficile prévision de ceux-ci, ainsi que la mesure de leur degré d'atteinte par le pôle. En tout état de cause, voici les éléments que je pense devoir être préconisés pour ces objectifs.

Au niveau du service imagerie, l'objectif pourrait être celui de la prise en charge des demandes d'examens de patients hospitalisés quand ces examens ne sont pas urgents. Dans la mesure où ces examens peuvent être nécessaires pour la sortie des patients, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) peut être impactée. Le rôle du service d'imagerie dans ce domaine est donc essentiel. Il pourrait alors paraître souhaitable de s'engager sur ces éléments, par exemple en travaillant sur la priorisation des prises en charge après une étude faite au niveau du service. A travers cet objectif médico-économique, le rôle de prestataire de service de l'imagerie s'illustre pleinement. La réalisation de cet objectif pourrait se mesurer à l'aide des délais entre la demande d'examen émanant des services cliniques et la prise en charge effective du patient par le service d'imagerie, le but sera donc de faire baisser ce délai. Les demandes urgentes devront être clairement identifiées par le service clinique demandeur. Un tableau de bord de suivi pourrait alors être créé et intégré dans le logiciel *Orbis Décision* pour que le service puisse l'observer, et réévaluer son fonctionnement si besoin. Cet objectif amènerait le service à revoir et améliorer son organisation interne et conduirait également à accroître et renforcer les relations entre le service d'imagerie et les services cliniques prescripteurs.

D'autre part, lors de notre rencontre, le service d'imagerie a fait part de son souhait de s'engager sur la pertinence des examens de radiologie aux urgences entre minuit et 8h. L'organisation actuelle ne leur semble pas pertinente, dès lors intégrer cet élément dans le contrat pourrait permettre de s'interroger et d'impulser une réflexion et des changements de pratiques, tant au niveau de l'imagerie que du service des urgences. Les relations de type client-fournisseurs trouvent également leur application de ce point de vue. Je tiens également à souligner qu'en faisant part de ce vœu qui n'avait pas été envisagé lors des rencontres préalables au niveau des affaires financières, le service de l'imagerie prouve l'importance de l'échange et de la méthode participative. La nécessité d'un dialogue de gestion est dès lors confirmée.

En ce qui concerne le service du laboratoire, le contrat pourrait insister sur les objectifs médico-économiques liés aux recettes. Il me paraît en effet judicieux de demander aux services cliniques, pour leur activité externe, de privilégier le laboratoire de l'Hôpital lors de leur prescription d'examen. Cet objectif induirait là aussi un renforcement des liens entre le service du laboratoire, service prestataire appartenant au pôle médicoteknique, et les services cliniques demandeurs d'examens. Les recettes du pôle augmenteraient alors.

Comme indicateur de mesure, un ratio pourrait être calculé : il mesurerait la proportion, au niveau de l'activité externe des services cliniques, du nombre de demandes d'examen de laboratoire pour le laboratoire du CHJL au regard des demandes globales d'examens de laboratoire. Plus la proportion sera grande, plus l'objectif sera atteint.

Toutefois, cet engagement n'est pas uniquement lié au service lui-même. Pour le relier réellement au laboratoire, il faudrait que celui-ci communique mieux avec les autres UF et services hospitaliers, et conclut le cas échéant des micro-contrats avec ces derniers. Les relations de type clients-fournisseurs seront dès lors améliorées.

En revanche, pour augmenter ses recettes en ayant réellement la maîtrise de cet objectif, le service du laboratoire pourrait s'engager à utiliser les outils qui permettront de développer les relations avec la médecine de ville et les prescripteurs extérieurs (ex : messagerie apicrypt).

Au niveau du service de pharmacie, l'un des objectifs à inclure au contrat me semble être celui de l'amélioration de la gestion des commandes et de la diminution du nombre de bons urgents. Cela permettrait également un gain au niveau du temps de travail. L'indicateur de mesure serait alors le nombre de ces bons urgents. Leur nombre devra baisser au fur et à mesure des années.

En utilisant cette définition d'objectifs médico-économiques service par service, chacun d'entre eux pourra participer à la définition de ses propres objectifs. Le but étant bien d'amener les acteurs à s'engager concrètement dans leur respect, pour les conduire vers une responsabilisation. Par la responsabilisation des trois services du pôle, c'est la responsabilisation du pôle lui-même qui est en jeu. Les autres objectifs contractuels ne doivent pas échapper à cette logique.

2) La place essentielle que doivent prendre la qualité et la sécurité des soins

Inclure des objectifs contractuels pour mesurer la qualité dans ces unités qui y sont déjà très soumises peut s'avérer délicat. Pourtant c'est une donnée essentielle qui nécessite d'être intégrée au contrat puisque le pôle peut et doit agir dessus.

Pour l'imagerie, en raison des soucis de l'Etablissement à propos de l'identito-vigilance, l'objectif à inclure au contrat de pôle pourrait être lié à cela. Ainsi, le service s'engagerait à poursuivre son travail en matière de d'analyse du circuit des patients : le compte rendu d'examen se doit d'être fait pour le bon patient. L'atteinte de l'objectif se mesurerait par le nombre d'évènements indésirables liés recensés. La sécurité du patient est ainsi recherchée à travers cet objectif.

De plus, il apparaît pertinent que le service contractualise sur les éléments de radioprotection qui sont essentiels pour la qualité et la sécurité des soins. Dès lors, il me semble judicieux que le contrat fixe au service comme objectifs la traçabilité des doses de produits délivrées lors des examens radiologiques, la réalisation des formations sur la radioprotection ainsi que la mise en place et le suivi des actions d'amélioration demandées par l'Autorité de Sureté Nucléaire.

Concernant le service du laboratoire, il me semble utile de contractualiser sur la mise en place d'un retroplanning annuel concernant les actions devant être appliquées par rapport aux résultats de l'accréditation. Dans le contrat il s'agit de s'intéresser au suivi de ces actions dans la mesure où le retroplanning lui-même est compris dans les obligations liées à l'accréditation. Une incitation supplémentaire est ainsi créée afin de savoir où en est le service par rapport à la réalisation des objectifs fixés initialement. L'indicateur serait donc le respect des échéances prévues dans ce calendrier.

Au niveau du service de pharmacie, il conviendra de répondre aux exigences du Contrat de Bon Usage signé avec l'ARS. C'est-à-dire de maintenir un taux de remboursement maximal des Médicaments et dispositifs médicaux soumis à la T2A.

L'objectif est donc l'efficacité de la prescription des médicaments et dispositifs médicaux. Le taux de remboursement semble alors un indicateur pertinent.

D'autre part, au niveau de la pharmacie, il me semble que l'un des points primordial en matière de qualité réside dans la sécurisation du circuit du médicament avec l'informatisation de celui-ci, ce qui permet également de travailler sur l'identité-vigilance. Les procédures de traçabilité pourraient ainsi être informatisées. L'indicateur utilisé serait alors le nombre de procédures non encore informatisées au moment de l'évaluation du contrat. Une cible à atteindre devra alors être fixée au pôle.

En sus de ces objectifs définis au niveau des services, le domaine de la qualité se prête particulièrement bien à la définition d'objectifs communs au niveau du pôle, à l'image ceux de ressources humaines, pour lesquels un management global sur ces éléments paraît nécessaire.

On peut alors définir comme objectifs qualité communs à tout le pôle, la conclusion de contrats interpôles. Ceux-ci seront faits au niveau du pôle avec les autres pôles, et non pas entre les services pour ne pas démultiplier ces contrats, ce qui n'assure pas leur pleine réussite. Il s'agira de contrats passés entre les services prestataires et les services prescripteurs afin de contrôler la pertinence des prescriptions, d'améliorer la nature et le délai de retour vers le service, d'assurer les examens urgents sans désorganiser la partie programmée ou encore de prévoir les rendez-vous en avance et travailler sur la réalisation des examens avant l'hospitalisation dès lors que ceux-ci sont programmés. La relation de type client-fournisseur incluse dans le projet de pôle trouve bien son application dans la définition de cet objectif commun à tout le pôle.

Il s'agit également de faire avancer tous les services du pôle dans un même objectif et d'assurer la cohésion de ce pôle spécifique, ce qui me semble essentiel.

Néanmoins, il faut garder à l'esprit que ces contrats interpôles devront rester évaluables et leur suivi assuré.

Aussi, je pense que pour la première année de son contrat, le pôle pourrait cibler le pôle qui est son plus gros prescripteur, à savoir le pôle urgences-anesthésie. Des actions ciblées et précises seront définies dans le cadre de ce contrat interpôle.

De même, les objectifs ressources humaines peuvent être contractualisés au niveau du pôle.

3) *La question des objectifs de ressources humaines*

Bien que la spécificité du pôle amène à la définition d'objectifs service par service, il existe des données pour lesquelles un engagement global du pôle reste nécessaire. Ainsi, les domaines des ressources humaines se prêtent volontiers à la détermination d'objectifs communs au niveau du pôle. Cette détermination d'objectifs communs me permet indispensable tant elle permet d'insuffler une dynamique de gestion polaire, et d'éviter un cloisonnement de chaque service au sein du pôle.

Dès lors au niveau du pôle, le contrat pourrait fixer plusieurs objectifs, identiques à ceux fixés aux autres pôles de l'Etablissement :

- Le suivi de la dette du temps de travail, en axant l'indicateur sur sa diminution.
- Suivi et stabilisation du taux d'absentéisme. L'indicateur utilisé sera alors ce taux et sa progression dans le temps.
- Participation effective des personnels aux formations obligatoires.
- Mettre en place le projet de Gestion Prévisionnelles des Métiers et des Compétences. L'indicateur pourra alors être le nombre de fiches de postes restant à formaliser.
- Réaliser, et suivre, au moins une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans l'année.

Par ailleurs, ce qui n'apparaît pas dans les autres contrats et qui pourrait être inclus pour le pôle médicotechnique est la formalisation des conditions d'accueil des nouveaux agents, ainsi que des stagiaires. Un livret d'accueil pourrait alors être mis en place, ainsi que des enquêtes de satisfaction auprès des stagiaires pour mesurer l'atteinte de cet objectif.

Pour le reste, ce nouvel objectif avant d'être intégré au contrat du pôle devra être approuvé et travaillé en lien avec les services de la Direction des Ressources Humaines. D'autre part, lors des réunions d'échange avec les services et le trio de pôle, les chefs de service, de même que le trio de pôle, ont fait part d'un souhait qui n'avait pas été abordé lors des réunions préparatoires. Ainsi, une demande a été formulée pour l'octroi d'une enveloppe spécifique, et donc d'un engagement contractuel, pour la gestion d'une équipe de remplacement. Cela existe en effet pour le pôle femme-enfant pour lui permettre de faire face aux spécificités des professionnels dans ce domaine. Cette demande me paraît en effet défendable et légitime tant les professionnels de ce pôle sont dotés de compétences particulières, qui ne se retrouvent pas au sein des autres pôles de l'Etablissement. Dès lors, sensible à cet argument, le DAF abordera la question avec la Direction.

Toutefois, ces objectifs de ressources humaines sont globalement intéressants mais je suis consciente qu'ils peuvent interroger. Ils ne doivent pas forcément être intégrés en tant que tels dans le contrat de pôle. Dès lors, je me demande s'il ne serait pas plus pertinent de les intégrer dans un cadre plus global que serait celui de l'établissement ? Ou bien alors de les circonscrire à des éléments sur lesquels le pôle a réellement la main ? C'est dans cette optique que vont les éléments proposés au trio de pôle comme base de négociation. En effet, le pôle peut réellement agir sur sa dette de temps de travail par une gestion optimale des ressources humaines, et sur les conditions d'accueil en modelant son organisation.

Le pôle s'appropriera d'autant plus son contrat et s'investira dans sa gestion s'il est récompensé de ses efforts. Cela se fait par l'octroi d'une enveloppe d'intéressement suite aux résultats annuels du pôle au regard de l'atteinte de ses objectifs.

C- L'indispensable motivation du pôle par l'intéressement

La politique d'intéressement s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance, de la mise en œuvre de la T2A et de la contractualisation interne. Sur le terrain de stage, cette politique se base essentiellement sur les résultats, ce qui, à mon sens, peut constituer un frein à la pleine motivation des pôles. Il semblerait opportun d'initier une dose d'intéressement à la performance, d'autant plus pour ce pôle prestataire de services, dont les résultats dépendent en partie de ceux des autres pôles.

1) *Une politique d'intéressement par les résultats imparfaite*

Les critères retenus par le CHJL pour la définition de l'attribution de la prime d'intéressement mesurent plusieurs éléments : la dynamique du pôle, ses résultats en matière de maîtrise budgétaire et l'amélioration de la qualité du service rendu. Les critères d'évaluation sont donc au nombre de huit.

La notion de lisibilité des critères et de leur transparence a prévalu lors de la détermination de la politique d'intéressement, afin que les modalités d'attribution de la prime soient transparentes et lisibles par tous les pôles. Les indicateurs utilisés sont alors connus des acteurs. « *Cela permet de constamment le suivre et de pouvoir évaluer l'atteinte des objectifs au moment de la détermination de la prime d'intéressement.* »³⁹

³⁹ Document interne au CHJL : guide de la délégation de gestion

Les critères institutionnels sont couplés aux objectifs fixés à chaque pôle. On retrouve alors deux groupes de critères pour la politique d'intéressement : des éléments liés à la qualité comptant pour 60% de l'enveloppe allouée, et des éléments médico-économiques qui représentent 40% de la prime.

Parmi les critères de qualité sont évalués l'amélioration des indicateurs IPAQSS (40%), la poursuite des EPP médicales (10%) et les objectifs spécifiques à chaque pôle (10%). L'objectif de l'intéressement est alors d'améliorer la qualité du service médical rendu aux patients.

Au niveau de l'enveloppe médico-économique, sont évalués le résultat du Compte de Résultat Analytique (CREA) (10%), la progression du compte de résultat (10%), et l'atteinte des objectifs contractualisés en termes d'activité, de recettes, de dépenses (20%).

Néanmoins, trois limites existent à mon sens quant à cette vision de détermination de l'intéressement :

- Manque de pertinence des critères de détermination de l'enveloppe :

Les critères d'évaluation du pôle pour l'octroi d'une prime d'intéressement sont bien que transparents, assez flous. Ainsi, si je prends l'exemple des indicateurs IPAQSS, la progression dans l'atteinte de la cible des éléments n'est pas prise en compte : on regarde uniquement si la cible nationale est égalée, ou dépassée. Dès lors, un pôle qui a pu s'améliorer par des efforts internes ne sera pas récompensé de ceux-ci. De plus, le pôle medicotechnique n'est pas concerné par ces éléments, ce qui justifie la définition d'une politique d'intéressement différente.

- Difficulté d'évaluer tous les pôles sous le même angle et les mêmes items :

Tous les pôles ne peuvent pas être évalués sur les mêmes items, à l'image du pôle medicotechnique. Par exemple, évaluer les objectifs d'activité devient pervers pour ce pôle puisqu'il dépend en partie de l'activité des autres pôles.

- Existence de limites techniques et managériales :

Parmi les limites techniques de cette politique d'intéressement aux résultats se trouvent l'impact des évolutions tarifaires intégralement subi par le pôle, les charges indirectes mais également la production trop tardive du CREA au cours de l'année.

Au niveau du management, l'effet des résultats du pôle sur les équipes peut être démotivant, d'autant plus que le contrat est précis sur les objectifs à atteindre mais ne l'est pas sur les moyens pour y parvenir.

Dès lors, je pense qu'une politique d'intéressement basée sur la performance serait plus intéressante à appliquer. Je ne serai plus présente lors de l'échange avec le pôle sur ces questions, pour autant, je pense qu'un intéressement de ce type pourrait être mis en œuvre sur ce pôle médicotechnique.

2) *L'intéressement par la performance comme levier pour le pôle médicotechnique*

L'intéressement du pôle par la performance peut constituer un levier de motivation supplémentaire pour le pôle médicotechnique. Cinq logiques sont en effet liées à la performance : démarche qualité, approche médico-économique, management par les processus, optimisation des ressources et management par projet. Il pourrait ainsi être intéressant d'élaborer le contrat du pôle médicotechnique en fonction de ces logiques. L'enveloppe d'intéressement sera allouée en fonction de l'évolution des critères préalablement retenus comme l'applique en partie le CH de Montereau⁴⁰.

La notion de performance s'applique dans le monde hospitalier depuis quelques années ainsi que l'attestent la mise en place de l'ANAP, les contrats de performance signés entre l'ANAP et les établissements, les contrats signés entre les établissements et les ARS, et les outils de mesure de la performance élaborés par l'ANAP et disponibles sur la plateforme internet *Hospi-diag*.

Les contrats de performance de l'ANAP sont structurés autour d'une étoile à cinq branches reprenant les cinq dimensions de la performance hospitalière : patient, activité, processus, ressources humaines et projets.

Cela pourrait alors être adopté pour le pôle médicotechnique en ce qui concerne la détermination de son intéressement. Chacune des branches pourrait être constituée d'un objectif triple, correspondant à chaque objectif prioritaire d'un service.

L'atteinte de la cible fixée au début de l'année déterminerait alors le montant de l'intéressement selon un double barème : la progression du pôle dans les objectifs et l'atteinte de la cible préalablement définie. Dès lors, le pôle sera récompensé d'une part

⁴⁰ T. MANTZ, Y. OHAYON, A. SLAMA, mars 2012, *L'intéressement dans les pôles, le modèle du CH de Montereau*, Gestions Hospitalières, n°514, pp 160-165

pour ses efforts d'amélioration, et d'autre part pour la réalisation des objectifs ciblés dans son contrat.

A travers ces modalités d'intéressement, un suivi au cours de l'année de l'atteinte des objectifs est alors essentiel. Le rôle de l'AAH à ce niveau devient crucial en ce qui concerne la sensibilisation du pôle aux outils de gestion, avant que celui-ci puisse intégrer toutes les dimensions de l'analyse gestionnaire.

Néanmoins, ce nouveau mode de politique d'intéressement ne sera pas appliqué au sein du CHJL actuellement. Pourtant, le redécoupage des pôles pourrait servir de moyen pour réorienter cette politique. Je reste consciente qu'impulser ce nouveau changement au sein des pôles n'est pas aisé. Ceux-ci commencent uniquement à s'appropriier les outils à leur disposition, dont le contrat de pôle.

Conclusion

Pour conclure ce mémoire, il me paraît pertinent de relater le bilan dressé par le Directeur lors de notre rencontre concernant la mise en place de la gouvernance interne. Il peut le faire dans la mesure où le Projet d'Etablissement s'éteindra le 31 décembre 2012. Sous l'impulsion de ce renouvellement de Projet d'Etablissement, les pôles seront redécoupés. L'Institution peut en effet prendre le recul suffisant et se baser sur son expérience pour ajuster et améliorer son organisation interne.

Ainsi, le Directeur signale que certaines crispations se font toujours sentir puisque deux CME ont été nécessaires pour définir le nouveau découpage, avec une certaine impression de « *revenir 5 années en arrière* ». Un consensus a toutefois pu être trouvé et le nombre de pôles sera donc réduit à 10, au lieu de 12 actuellement. Tout cela devra être approuvé par les instances.

Ce qui est également très nettement ressorti lors de mon immersion professionnelle, c'est le fait que les membres composant le trio de pôle, en particulier le chef de pôle, sont les piliers de la réussite du pôle, au-delà de la contractualisation. Leur personnalité influe grandement, et dès lors ce choix peut constituer aussi bien un levier qu'un frein à la contractualisation d'une part, et au pôle d'autre part.

Comme j'ai pu le montrer précédemment, mettre en place une nouvelle organisation interne à l'hôpital n'est pas une chose aisée tant cela implique une modification dans les logiques et les fonctionnements de tous les acteurs de l'Etablissement. Dès lors, élaborer ensuite un contrat de pôle, se l'approprier et le faire vivre peut vite devenir compliqué.

La question du découpage des pôles constitue bien un paramètre essentiel à la réussite de la contractualisation, de même que la position du Directeur sur sa délégation de gestion, le rôle et l'autonomie dévolue au pôle, les objectifs inclus dans le contrat ainsi que les modalités de son évaluation.

Pourtant, existe-t-il une solution idéale qui conduirait à une réelle cohésion dans le pôle ? Elle permettrait plus facilement la rédaction d'un contrat et sa conclusion avec l'établissement. Je ne le crois pas.

Dès lors, le rôle que peut jouer un AAH, positionné notamment au niveau du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, qui accompagne les pôles dans leur démarche de contractualisation, s'avère essentiel. Il agit comme une personne ressource auprès des pôles : il est là pour les aider, les accompagner, les motiver et répondre à leurs interrogations. Cette communication entre tous les acteurs est, à mon sens, essentielle. Elle évite de cloisonner les services cliniques et administratifs. Un échange et une sensibilisation aux outils de gestion de l'AAH vers les pôles permet d'impulser la

responsabilisation et l'autonomie nécessaires à la réussite des pôles par-delà la contractualisation. C'est dans cette optique professionnelle que je me positionne. Etre là pour travailler ensemble et ne pas imposer les éléments car je sais pertinemment que tout changement n'est pas accepté s'il est imposé, et qu'un dialogue de gestion reste fondamental.

Au niveau de mes préconisations concernant le contrat du pôle médicotechnique, toutes ne seront probablement pas retenues par le trio de pôle lors de la rédaction formelle de son contrat. Les enjeux sous-jacents aux objectifs ainsi proposés doivent être validés par la communauté médicale du pôle. Par ailleurs, cela peut constituer une limite de ce mémoire, le contrat ne sera pas rédigé à l'issue de mon stage. Il ne le sera probablement pas non plus au moment de l'extinction du Projet d'Etablissement.

Dans la mesure où ce pôle n'est pas impacté par le nouveau découpage, il pourrait alors être le premier pôle à avoir contractualisé...

Cette nouvelle organisation interne pourrait dès lors être l'élément moteur d'une plus grande autonomie des pôles, pour autant que les problématiques des personnalités des trios de pôles et des logiques médicales soient surmontées.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Lois :

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184

- Ordonnances et décrets :

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, p. 7626

- Autres :

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, Plan Hôpital 2007, 4 septembre 2003

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, Plan Hôpital 2012, 13 février 2007

Ouvrages et articles :

P-H. BRELHAT, mars 2010, *Bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activités*, Gestions Hospitalières, n°494, pp 137-151

J-C. CAZENAVE, octobre-novembre 2010, *L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux*, Journal d'économie médicale, vol 28 n° 6-7, pp 249-254

G. HERREROS, B. MILLY, septembre 2005, *La nouvelle gouvernance hospitalière : les voix de l'expérience*, MEAH, IRCO, 69p.

Impliquer tous les acteurs dans les réformes, Hospimédia du 18 mai 2006 [visité le 05/04/2012]

S. LURZ, 5 avril 2006, *Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité : quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ?*. CEDREA les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action [en ligne], disponible sur internet : <http://www.cedrea.net/Reorganisation-du-systeme>

T. MANTZ, Y. OHAYON, A. SLAMA, mars 2012, *L'intéressement dans les pôles, le modèle du CH de Montereau*, Gestions Hospitalières, n°514, pp 160-165

H. MINTZBERG, *Le management : voyage au centre des organisations*. Les éditions d'organisation. 1989

D. PELJAK, 15 octobre 2010. *La gestion de pôle à l'hôpital. Vade mecum*, 2^{ème} édition, Etudes Hospitalières, Bordeaux, 231 pages

Le management hospitalier, 8 février 2011, Revue Hospitalière de France, disponible sur internet : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER> [visité le 05/04/2012]

Rapports et études :

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, D. ACKER, A-C BENSADON, P. LEGRAND, C. MONIER, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, avril 2012

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, H. ZEGGAR, G.VALET, O. TERCERIE, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, février 2010

Rapport du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Mise en œuvre de la gouvernance issue de la loi HPST, Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011, Les résultats*, juillet 2011

Rapport du Ministère de travail, de l'emploi et de la santé, *Mission Hôpital public*, F. FELLINGER, F. BOIRON, juin 2011-janvier 2012

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, mai 2008, *Résultats de l'enquête nationale de la nouvelle gouvernance*, 37p

Rapport de M. J-P FOURCADE, *Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 7 juillet 2011
EHESP +, juin 2008, *Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé*, 33p

Guides :

ANAP, mars 2012, *Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? Base de partage et de réflexion pour les professionnels*. 36 pages.

Mémoires :

S. BERNIAC, décembre 2007, *Le pilotage médico-économique de pôle. Outils et démarche à l'œuvre au Centre Hospitalier de Versailles*, 85p

L. JEHANNO, décembre 2010, *La politique d'intéressement dans les contrats de pôle : levier de nouvelles pratiques managériales et outil de mesure de la performance. Critères et indicateurs pour initier une politique d'intéressement au Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy*, 84p

G. DURIEZ, décembre 2011, *Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction. Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP*, 79p

Sites internet :

Nouvelle gouvernance : des avancées à pas comptés. [visité le 11 novembre 2008], disponible sur internet : www.creer-hopitaux.fr, 11 novembre 2008

Documents internes :

CENTRE HOSPITALIER JACQUES LACARIN, juin 2011, *Stétoscope le magazine du Centre Hospitalier n°6*

CENTRE HOSPITALIER JACQUES LACARIN, septembre/octobre 2007, *Projet d'établissement 2007-2012*

CENTRE HOSPITALIER JACQUES LACARIN, *Projet du Pôle Médicotechnique*

Liste des annexes

Annexe I : Présentation du Centre Hospitalier

Annexe II : Liste des personnes interrogées

Annexe III : Grille d'entretien des membres du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion

Annexe IV : Grille d'entretien des membres de trio de pôle

Annexe V : Grille d'entretien du Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales

Annexe VI : Grille d'entretien du Directeur Général de l'Etablissement

Annexe VII : Grille d'analyse des observations

Annexe I : Présentation du Centre Hospitalier

Présentation générale

Le CHJL se situe sur l'un des quinze bassins de santé intermédiaire du territoire auvergnat, situé dans le département de l'Allier (03). Selon les données l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE)⁴¹, ce bassin de santé intermédiaire compte 121 386 habitants, dont 12,9% de personnes âgées de plus de 75 ans. L'Etablissement se situe à proximité du centre-ville de l'agglomération vichyssoise, et dessert une population d'environ 140 000 habitants.

Avec une capacité d'accueil pour 2011 de 826 lits et places, et plus de 32 000 passages aux urgences, il compte parmi les six établissements publics de santé de la région en termes d'activité. En outre, le CHJL collabore avec d'autres établissements de santé implantés sur le territoire dans le but de mutualiser les moyens et les compétences.

L'Etablissement regroupe presque exclusivement toutes ses activités sur un seul site : service des urgences, service Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), service Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle (MPRF), Soins de Suite et Réadaptation (SSR), Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et psychiatrie adulte. Quelques services de psychiatrie ainsi que la pédopsychiatrie sont implantés sur des sites annexes du CH.

Depuis le 28 janvier 2005, le CHJL est structuré en douze pôles d'activité. Chacun de ses pôles a à sa tête un trio de pôle composé d'un praticien hospitalier responsable de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre référent administratif. Ce découpage, qui a fait l'objet d'une évaluation et d'une mise à jour par délibération du Conseil d'Administration en date du 30 mai 2007, est actuellement en phase de redéfinition.

⁴¹ INSEE Auvergne, La lettre 74, aout 2012

	<u>Pôle</u>	<u>Contrat de pôle</u>
<u>Pôles d'activité clinique</u> (7)	Médoco-chirurgical	30 juin 2010
	Chirurgie	22 mars 2011
	Médecine	30 juin 2010
	Femme-enfant	22 mars 2011
	Urgences-SMUR- Anesthésie	X
	Psychiatrie	X
	Réadaptation et gériatrie	22 mars 2011
<u>Pôles médicotecniques</u> (2)	Médicotecnique	En cours de rédaction
	Transversalités	X
<u>Pôles administratifs</u> (3)	Direction de l'information médicale, Admission, Finance, Informatique et Service social (DAFIS)	Les pôles administratifs ne disposent pas de contrat de pôle
	Ressources humaines	
	Logistique et technique	

Projet d'Etablissement :

Le Projet d'Etablissement 2008-2012 s'articule autour de trois axes :

- **Adapter l'offre de soins aux besoins de la population** : conforter l'activité existante (cardiologie interventionnelle, unité fonctionnelle d'oncologie) ; créer de nouvelles activités (unité neuro-vasculaire, prise en charge de la douleur, unité de sommeil) ; conforter l'existence d'un plateau technique performant ; développer les alternatives à l'hospitalisation (hôpital de semaine de médecine, hospitalisation à domicile...) ; améliorer la prise en charge des populations fragiles.
- **Optimiser l'organisation, les outils et les structures** : développer les complémentarités ; adapter les locaux à l'évolution de l'organisation et des modes de prises en charge ; adapter les outils et les organisations aux besoins de l'Etablissement et aux contraintes nouvelles (organisation en pôles d'activité, restructuration du bloc opératoire).
- **Améliorer la qualité et développer la communication** : organisation et conditions de travail (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, qualité de vie au travail...) ; qualité des soins (dossier du patient, prévention de la douleur...) ; accueil et prestations hôtelières ; communication interne et externe ; démarche éthique avec la mise en place d'un Espace Ethique.

Présentation du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion

Le service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion prépare et assure l'exécution budgétaire tant en termes d'investissement que de fonctionnement. Il a aussi en charge le suivi et l'analyse financière des pôles et de l'hôpital. Il participe aux études et enquêtes financières nationales. Il est également chargé de l'analyse de gestion. D'autres domaines sont gérés par le service : le suivi du patrimoine de l'hôpital, les dossiers d'assurance, les transports sanitaires, la sous-traitance médicale, la fiscalité et la gestion de la dette.

L'équipe du service se compose de la manière suivante : un Directeur des Affaires Financières (DAF) ; un AAH cadre du service ; un chargé des affaires budgétaires ; un chargé du patrimoine, de la dette et de la fiscalité ; deux analystes de gestion et deux chargés des liquidations.

Parmi ses missions, le service accompagne les pôles dans la contractualisation. De ce fait, il contribue à l'élaboration des contrats de pôles en termes de données d'activité, de données financières et d'Equivalents Temps Plein (ETP). Il va suivre l'état d'avancement de ces contrats ainsi que les projets de pôles (objectifs, calendrier, moyens). Il représente un guichet unique pour relayer les demandes émanant des autres secteurs tels que le Département de l'Information Médicale (DIM) ou la Direction des Ressources Humaines (DRH). De plus, il suit, contrôle et améliore les tableaux de bord automatisés via l'outil de gestion Orbis Décision, afin d'accompagner les pôles dans la compréhension des données. Dès lors, il répond aux demandes des pôles et peut réaliser, si nécessaire, des études.

Annexe II : Liste des personnes interrogées

Membres de trio de pôles :

- Pôle Médico-Chirurgical :
 - o Chef de pôle
 - o Directeur référent
- Pôle Chirurgical :
 - o Cadre supérieur de santé
 - o Directeur référent
- Pôle Femme-Enfant :
 - o Cadre supérieur de santé
- Pôle de Médecine :
 - o Cadre supérieur de santé
 - o Directeur référent
- Pôle Réadaptation et Gériatrie :
 - o Chef de pôle
 - o Directeur référent
- Pôle médicotechnique :
 - o Cadre supérieur de santé
 - o Chef de pôle

Membres du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion :

- Directeur des Affaires Financière
- Attaché d'Administration Hospitalière

Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'offre de soin et des affaires médicales

Directeur Général de l'Etablissement

Annexe III : Grille d'entretien des membres du service des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion

1) Présentation de l'interviewé

Pouvez- vous me décrire en quelques minutes votre parcours ?

2) Choix de l'organisation de l'hôpital : l'organisation en pôle

Quels ont été, selon vous, les critères de découpage en pôle ? (logique, motivation...)

Quel rôle avez-vous joué dans cette création ?

Et pour les projets de pôle ? Les contrats ?

Avez-vous rencontré des difficultés liées à la création des pôles, des projets ou des contrats ? Si oui, lesquelles ?

3) Le fonctionnement des pôles

Quel est le fonctionnement au sein des pôles ?

Quel rôle est donné aux pôles en terme de :

- Marge de manœuvre ?
- Autonomie de gestion ?
- Délégation de gestion ?
- Moyens alloués ?
- Degré de participation dans l'élaboration du projet de pôle ? Du contrat ?

Contenu du projet et contrat de pôle : Souhaité ? Réel ?

Points pertinents à intégrer au contrat :

- Economie
- Médical
- Ressources humaines
- Qualité
- Autres ?

Comment sont suivis et évalués les pôles ? Le projet et contrat de pôle ?

Quel est le suivi de ces données et leur évaluation ?

4) Le rôle du service dans la vie du pôle ?

D'une manière générale, quel est le rôle de votre service dans les pôles ?

Comment et quand intervient-il ?

Quelle part de votre temps de travail cela prend-il ?

Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

5) Le cas du contrat de pôle médicotechnique

Pouvez-vous me parler de la spécificité de ce pôle ?

Concernant le contrat du pôle médicotechnique, quel est précisément votre rôle ?

Quelle méthode avez-vous adoptée pour créer le projet de pôle ? Le contrat de pôle

Comment envisagez-vous la création du contrat de ce pôle ?

6) Sentiment personnel sur le mode de gouvernance

Selon vous, que ressentent les membres du pôle (trio et personnels) sur :

- Découpage en pôle
- Fonctionnement du pôle
- Avantages et inconvénients des pôles

Et vous ?

Annexe IV : Grille d'entretien des membres de trio de pôle

1) Présentation de l'interviewé

Pouvez- vous me décrire en quelques mots votre parcours ?

2) Choix de l'organisation de l'hôpital : l'organisation en pôle

Quels ont été, selon vous, les critères de découpage en pôles ? (logique, motivation...)

Quel rôle avez-vous joué dans cette création ?

Et pour les projets de pôle ? Les contrats ?

Avez-vous rencontré des difficultés liées à la création des pôles, des projets ou des contrats ? Si oui, lesquelles ?

3) Le fonctionnement de « votre » pôle

Quel est le fonctionnement au sein de votre pôle ?

Quel rôle est donné aux pôles en terme de :

- Marge de manœuvre ?
- Autonomie de gestion ?
- Délégation de gestion ?
- Moyens alloués ?
- Degré de participation dans l'élaboration du projet de pôle ? Du contrat ?

Contenu du projet et contrat de pôle : Souhaité ? Réel ?

Points pertinents à intégrer au contrat :

- Economie
- Médical
- Ressources humaines
- Qualité
- Autres ?

Comment est suivi et évalué le pôle ?

Et le projet et contrat de pôle ?

Quel est le suivi de ces données et leur évaluation ?

4) Quel rôle dans la vie du pôle ?

D'une manière générale, quel est votre rôle dans le pôle ? Comment et quand intervenez-vous ?

Quelle part de votre temps de travail cela prend-il ?

Concernant le contrat de pôle, quel est précisément votre rôle ?

Quelle méthode avez-vous adoptée pour créer le projet de pôle ? Le contrat de pôle

Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

5) Sentiment personnel sur le mode de gouvernance

Selon vous, que ressentent les autres membres du pôle (trio et personnels) sur :

- Découpage en pôle
- Fonctionnement du pôle
- Avantages et inconvénients des pôles

Et vous ?

Annexe V : Grille d'entretien du Directeur Adjoint de la Stratégie, de l'Offre de Soins et des Affaires Médicales

1) Présentation de l'interviewé

Pouvez-vous me décrire en quelques minutes votre parcours ?

2) Choix de l'organisation de l'hôpital : l'organisation en pôle

Quels ont été, selon vous, les critères de découpage en pôle ? (logique, motivation...)

Quel rôle avez-vous joué dans cette création ?

Et pour les projets de pôle ?

Les contrats ?

Avez-vous rencontré des difficultés liées à la création des pôles, des projets ou des contrats ? Si oui, lesquelles ?

3) Le fonctionnement des pôles

Quel est le fonctionnement au sein des pôles ?

Quel rôle est donné aux pôles en terme de :

- Marge de manœuvre ?
- Autonomie de gestion ?
- Délégation de gestion ?
- Moyens alloués ?
- Degré de participation dans l'élaboration du projet de pôle ? Du contrat ?

Contenu du projet et contrat de pôle : Souhaité ? Réel ?

Points pertinents à intégrer au contrat :

- Economie
- Médical
- Ressources humaines
- Qualité
- Autres ?

Comment sont suivis et évalués les pôles ? Le projet et contrat de pôle ?

Quel est le suivi de ces données et leur évaluation ?

4) Le rôle du service dans la vie du pôle ?

D'une manière générale, quel est le rôle de votre service dans les pôles ?

Comment et quand intervient-il ?

Quelle part de votre temps de travail cela prend-il ?

Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

5) Le cas du contrat de pôle médicotechnique

Pouvez-vous me parler de la spécificité de ce pôle ?

Concernant le contrat du pôle médicotechnique, quel est précisément votre rôle ?

Quelle méthode avez-vous adoptée pour créer le projet de pôle ? Le contrat de pôle ?

Comment a été élaboré le projet de pôle ?

Comment envisagez-vous la création du contrat de ce pôle ?

6) Sentiment personnel sur le mode de gouvernance

Selon vous, que ressentent les membres du pôle (trio et personnels) sur :

- Découpage en pôle
- Fonctionnement du pôle
- Avantages et inconvénients des pôles

Et vous ?

Annexe VI : Grille d'entretien du Directeur Général de l'Etablissement

1) Présentation de l'interviewé

Pouvez- vous me décrire en quelques minutes votre parcours avant d'être arrivé à la tête de ce CH ?

Avez-vous eu des expériences en termes de création de pôle et de contrats de pôles ?

2) Choix de l'organisation de l'hôpital : l'organisation en pôle

Quels ont été les critères de découpage en pôle ? (logique, motivation...)

Méthode a été adoptée pour créer les pôles ? Leur projet ? Leur contrat ?

Quels sont les liens entre les pôles ?

Avez-vous rencontré des difficultés dans la création des pôles, des projets ou des contrats ? Si oui, lesquelles ?

3) Le fonctionnement des pôles

Quel est le fonctionnement au sein des pôles ?

Quel rôle est donné aux pôles en terme de :

- Marge de manœuvre ?
- Autonomie de gestion ? Délégation de gestion ?
- Moyens alloués ?
- Degré de participation dans l'élaboration du projet de pôle ? Du contrat ?

Contenu du projet et contrat de pôle : souhaité ? Réel ?

Quels sont les points pertinents à intégrer au contrat (économie, médical, ressources humaines, qualité...)

Comment sont suivis et évalués les pôles ? Le projet et contrat de pôle ?

4) Le cas du contrat de pôle médicotechnique

Pouvez-vous me parler de la spécificité de ce pôle ?

Comment a été élaboré le projet de pôle ?

Comment envisagez-vous la création du contrat de ce pôle ?

Quelle méthode avez-vous retenue ?

5) Sentiment personnel sur le mode de gouvernance

Selon vous, que ressentent les membres du pôle (trio et personnels) sur :

- Découpage en pôle
- Fonctionnement du pôle
- Avantages et inconvénients des pôles

Et vous ?

Annexe VII : Grille d'analyse des observations

I] Le découpage en pôle :

- Critères de découpage : logique sous-jacente
- Regroupement des services entre eux
- Personnes impliquées et concernées dans le découpage
- Détermination des équipes composant le trio de pôle
- Prise en compte ou non des personnalités ?
- Règles de gouvernance du pôle (politique de délégation de gestion et étendue ; politique d'intéressement)
- Répartition des compétences pôles / établissement et directions fonctionnelles
- Difficultés éventuelles

II] Les outils d'élaboration du contrat de pôle :

- Quels outils et méthodologie utilisés pour penser et élaborer le contrat
- Quels outils de suivi du contrat mis en place
- Quels outils d'évaluation du contrat sont utilisés

III] Les éléments faisant l'objet de la contractualisation :

- Quels éléments sont intégrés dans le contrat de pôle
- Comment sont-ils choisis
- Quelle articulation entre toutes les données

IV] La place laissée aux acteurs du pôle :

- Positionnement des personnels du pôle vis-à-vis du contrat de pôle et implication dans la contractualisation
- Implication du pôle dans la vie du pôle, dans le contrat
- Implication des équipes de direction

GIGANON

Céline

Décembre 2012

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2012

« Intégration des méthodes de gestion au sein des pôles hospitaliers. L'exemple de la création du contrat de pôle médicotechnique au Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy »

Résumé :

Le Plan Hôpital 2007 visant à la rationalisation de la gestion à l'hôpital fait du pôle d'activité la structure interne de référence. Les pôles, responsabilisés et autonomes dans leur gestion, signent un contrat avec l'Etablissement.

Au cours d'une immersion professionnelle de 7 semaines dans un Centre Hospitalier de référence, le Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy, il est apparu que plusieurs facteurs influencent la réussite de la contractualisation : la déconcentration de gestion, la personnalité des membres des trios de pôle, les objectifs inclus dans le contrat.

Et ce d'autant plus pour un pôle spécifique comme le pôle médicotechnique dont le contrat est en cours de rédaction.

Il convient de définir une méthodologie d'action afin de réussir le processus de contractualisation et amener le pôle à s'approprier son contrat pour en faire un réel outil de gestion.

Un accompagnement du pôle, par l'Attaché d'Administration Hospitalière notamment, est fondamental. La définition d'objectifs pertinents et mesurables ainsi que la motivation du pôle par une politique d'intéressement attractive sont également nécessaires.

Mots clés :

Pôle d'activité ; Management hospitalier ; Gestion hospitalière ; Organisation hospitalière ; Responsabilisation ; Délégation ; Management hospitalier ; Indicateur de gestion hospitalière ; Personnel hospitalier ; Intéressement ; Projet établissement

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.