



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**« LES PÔLES D'ACTIVITE : IMPACT D'UNE
REORGANISATION DES INSTITUTIONS DE SANTE
SUR LE MANAGEMENT »**

– Groupe n°12 –

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| – BRUEL Sophie | – GUIVARCH Léa |
| – DARMENTON Amandine | – HIANCE Marie-Marthe |
| – DEVAUD Maria | – JEGOU Valérie |
| – DUTRIER Christelle | – LAMY Hélène |
| – GENSUL Véronique | – NGON Olivia |
| – GIBON Henri | – SART Florian |
| – GOFFRE Béatrice | – SUBILEAU Laurent |

Animateurs

Mathias WAELLI

Jean – René LEDOYEN

S o m m a i r e

Introduction.....	1
1 Une réorganisation en pôle permettant l'émergence de nouveaux métiers et l'adaptation de fonctions déjà existantes pour l'encadrement polaire.....	3
1.1 Contexte de chacun des établissements.	3
1.1.1 Rappel législatif et réglementaire.....	3
1.1.2 Les établissements observés dans le cadre de l'enquête et leur organisation interne en pôle.....	5
1.2 Nouvelles fonctions/nouveaux métiers : l'encadrement de pôle et les nouveaux métiers en lien avec la mise en place des pôles et leur impact sur les métiers existants	7
1.2.1 Rappel législatif et réglementaire.....	7
1.2.2 Selon les terrains d'observation, les fonctions et nouveaux métiers varient de façon importante.....	8
2 Une évolution des métiers et des fonctions de l'encadrement polaire qui n'exploite pas toutes ses potentialités	12
2.1 Les facteurs organisationnels et institutionnels	12
2.1.1 Un contexte économique restreint qui peut expliquer une réticence des directions pour accorder une plus grande délégation de gestion.....	12
2.1.2 Certaines incohérences de découpage, les contraintes géographiques et architecturales ont été un obstacle au bon fonctionnement des pôles.	15
2.1.3 La formation destinée à l'encadrement de pôle est à la fois insuffisante, peu attractive et trop tardive.	16
2.2 Les facteurs humains.....	17
2.2.1 La mise en œuvre d'une véritable dynamique commune par l'encadrement du pôle est un garant du fonctionnement des structures polaires.....	17
2.2.2 La diffusion d'une culture et d'une identité de pôle par l'encadrement de pôle constitue l'assurance d'une cohésion d'ensemble.....	20
Bibliographie.....	25
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions toutes les personnes interrogées pour leur disponibilité, leur réactivité et pour avoir accepté de partager leur point de vue sur le management des pôles.

Nous remercions particulièrement M. Ledoyen et M. Waelli pour leurs conseils et la pertinence de leurs remarques.

Ce travail a été rendu possible par le soutien logistique et financier mis à notre disposition par l'EHESP, en particulier grâce à l'encadrement assuré par M. Schweyer et Mme Guevara.

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

CAP : Cadre Administratif de Pôle

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPP : Cadre Paramédical de Pôle

DG : Directeur Général

DRH : Direction des Ressources Humaines

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GH : Groupe Hospitalier

GHU : Groupe Hospitalier Universitaire

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PH : Praticien Hospitalier

T2A : Tarification à l'Activité

Introduction

Instituée par l'ordonnance du 02 mai 2005, l'organisation en pôles d'activité a entraîné de profondes modifications du paysage institutionnel hospitalier, notamment en matière de management.

A leur création, la mise en place des pôles d'activité était définie comme suit :
« *Les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration arrête l'organisation de l'établissement en pôle d'activité, sur proposition du Conseil Exécutif, ces pôles étant définis conformément au projet d'établissement. Chaque pôle est doté d'un conseil et est dirigé par un praticien hospitalier titulaire qui doit être inscrit sur une liste nationale d'habilitation. Le Directeur de pôle est nommé par une décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la CME. Des procédures de contractualisation interne sont instituées entre le directeur et le président de la CME d'une part, et les responsables de pôles d'autre part¹.* »

Pour le fonctionnement du pôle, l'article L.6141-1 CSP prévoit que : « *Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle [...]. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.* »

De cette rédaction découle de nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers². En effet, les fonctions de collaborateurs de chefs de pôles ne sont pas définies

¹ TUFFREAU F., LE GUEVEL A., Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale, 2007, Editions ENSP, Rennes, 492 pages, pages 358 et 359.

² Par « métier », il faut entendre « *l'ensemble des activités professionnelles regroupant des postes, des spécialités, ou des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétence* », et « *on parle de fonction lorsqu'une personne met son activité au service du public, pour remplir une tâche déterminée, soit directement, soit dans le cadre d'une organisation collective publique ou privée* »
SANZALONE E. et DANET Franck, GPMC, avril 2011

réglementairement. Afin de mettre en place cette nouvelle organisation, les établissements se sont généralement appuyés sur les ressources existantes en leur sein. Pour les personnels appelés à occuper ces postes, cela constituait donc un nouveau positionnement par rapport à une fonction antérieure. De même pour les praticiens hospitaliers, la fonction de chef de pôle induisait un changement de l'organisation hospitalière à appréhender.

La problématique qui a guidé notre réflexion est la suivante : quel est l'impact de la réforme de l'organisation en pôle sur l'évolution des fonctions et des métiers d'encadrement ? Comment les acteurs du pôle se sont-ils saisis du défi que constitue la mise en place de cette réforme ? Quelle est leur part d'acceptation et de résistance dans la structuration de la nouvelle organisation ? Quels sont les bénéfices procurés par l'organisation en pôles et les limites auxquelles ils se heurtent aujourd'hui ?

Nous avons tenté de répondre à ces questions en nous appuyant sur la littérature existante et sur des entretiens menés auprès de plusieurs établissements (cf. détails en annexe méthodologique pp.23-24). Cette enquête montre que la réorganisation en pôle d'activité impacte profondément les métiers d'encadrement au sein de l'hôpital en infléchissant les représentations des personnels sur leurs fonctions. Elle interroge aussi les pratiques managériales (I). Cependant, le déploiement de cette réforme reste incomplet car il butte encore sur de nombreux obstacles contextuels (II).

1 Une réorganisation en pôle permettant l'émergence de nouveaux métiers et l'adaptation de fonctions déjà existantes pour l'encadrement polaire.

1.1 Contexte de chacun des établissements.

1.1.1 Rappel législatif et réglementaire.

La constitution de pôles clinique et médico-technique est issue de l'ordonnance du 2 mai 2005, qui incite les Établissements Publics de Santé (EPS) à regrouper les services existants dans des pôles, selon un découpage laissé à leur initiative. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009 vient renforcer cette réforme en imposant et en ne reconnaissant que l'organisation en pôles.

Auparavant, les EPS étaient découpés en services, avec à leur tête un chef de service, *« titre consacrant à la fois la reconnaissance d'un chef d'école médicale mais aussi d'un responsable d'équipe auquel chacun, praticien hospitalier (PH), infirmier ou patient peut se référer »*³. Cependant, cette organisation s'est avérée peu à peu imparfaite et inefficace, notamment au regard des évolutions financières.

La spécialisation progressive de la médecine, (aujourd'hui plus d'une soixantaine de spécialités médicales sont reconnues) a entraîné une multiplication des services, devenant peu à peu illisible pour le parcours du patient et entraînant la « balkanisation⁴ » de l'hôpital. Il apparaissait donc nécessaire de revoir l'organisation interne des EPS, en regroupant les services pour obtenir des unités à la taille critique plus importante, pour faciliter leur gestion. Les grandes réformes hospitalières avant 2005 concernaient plus particulièrement l'organisation générale de l'hôpital public plutôt que son organisation interne⁵, à l'exception de la loi du 31 juillet 1991 : son article 8 a introduit un « amendement liberté » qui consistait à donner à chaque établissement le pouvoir d'organiser son activité de soins à sa convenance. *« Ce dispositif aurait permis de constituer des pôles*

³ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport IGAS février 2010

⁴ Ibid

⁵ On fait ici référence à la « réforme Debré » de 1958 qui crée les CHU, à la loi « Boulin » de 1970 qui crée le service public hospitalier (SPH), et à la loi de 1991 portant réforme hospitalière.

tels que prévus aujourd'hui mais n'a quasiment pas été utilisé tant il est difficile d'innover en matière d'organisation dans un milieu complexe »⁶.

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n°2005-1112 du 1er septembre 2005 qui portent sur l'organisation interne des établissements publics de santé s'intègrent de façon globale au plan « Hôpital 2007 », dont les autres volets concernent la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (ordonnance du 4 septembre 2003), la réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité (T2A) et la relance de l'investissement hospitalier. Dans son esprit, l'ordonnance de 2005 sur la réforme des pôles n'est pas seulement un regroupement purement géographique de services. Elle initie un mouvement de déconcentration de gestion vers le corps médical, et de décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives, pour que les décisions soient prises sur le terrain au plus près des patients. La réforme a ainsi pour objectifs d'améliorer la prise en charge du patient et de responsabiliser les équipes soignantes en les initiant à la gestion médico-économique dans la perspective de la réforme de la T2A, ce qui passe par l'appropriation d'outils de pilotage adaptés. Le contexte de mise en place de la T2A explique en effet la mise en place des pôles, au moins autant que la nécessité d'améliorer le parcours patient, car le passage à la T2A « a fait basculer le monde hospitalier dans la culture des recettes, domaine dans lequel le corps médical est le prescripteur. Dès lors, le pôle étant devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension »⁷.

La loi HPST consacre l'organisation en pôles des EPS et modifie certaines des dispositions de l'ordonnance de 2005. Si l'article 13 de la loi HPST a maintenu le principe de libre organisation interne des hôpitaux, il prévoit cependant que les pôles d'activité sont le niveau d'organisation de droit commun des établissements publics de santé. L'article 13 a également modifié la procédure de nomination des chefs de pôle. Ces derniers sont aujourd'hui nommés par le directeur d'établissement, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les centres hospitaliers ou par le président de la CME et le doyen pour les CHU. Par ailleurs, alors que la possibilité d'exercer la

⁶ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport IGAS février 2010

⁷ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport IGAS février 2010

fonction de chef de pôle était auparavant réservée aux seuls praticiens titulaires inscrits par le ministre de la santé sur une liste nationale d'habilitation, la loi HPST l'a étendue à l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires ainsi qu'aux praticiens contractuels. Enfin la loi HPST laisse plus de liberté pour l'organisation interne du pôle : elle supprime les conseils de pôle et laisse ouverte la composition des équipes de pôles (il n'y a plus obligation d'avoir un cadre paramédical de pôle et un cadre administratif de pôle).

1.1.2 Les établissements observés dans le cadre de l'enquête et leur organisation interne en pôle⁸.

Cette organisation s'appuie sur un contrat de pôle. Le décret du 11 juin 2010 a défini un contenu obligatoire de ce contrat de pôle. Ce contenu est très détaillé et fixe les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs et délimite le champ de compétences du chef de pôle. Ce dernier peut notamment disposer d'une délégation de signature accordée par le directeur d'établissement afin d'engager des dépenses dans des domaines expressément listés par les textes, à savoir : dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents (titre 1) ; dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (titre 2) ; dépenses de caractère hôtelier (titre 3) ; dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ; dépenses de formation de personnel. La nature et l'ampleur de la délégation résultent de la négociation entre le directeur et le chef de pôle.

Cette **délégation de gestion** se concrétise différemment selon les CHU de l'enquête et peut être :

- marginale du fait d'une organisation centralisée au sein d'un siège. Seuls quelques éléments sont délégués aux pôles comme la formation continue et le remplacement du personnel paramédical. Cela laisse une marge de manœuvre faible pour les responsables de pôle voire même pour les directions fonctionnelles ;

- limitée à la formation continue, le petit matériel médical et le matériel hôtelier pour les pôles d'activité, le reste étant géré dans l'intégralité par les directions fonctionnelles. Selon un directeur interrogé : « *Déléguer à des personnes sur lesquelles on*

⁸ Pour une comparaison entre les établissements et leurs pôles, voir annexe 3.

n'a pas de pouvoir hiérarchique est un exercice d'équilibriste, surtout dans ce contexte économique » ;

- quasi-inexistante, bien que l'établissement ait été précurseur dans le découpage en pôles, effectif dès 2001, les décisions ont été prises au niveau des directions fonctionnelles. En effet, il existe des « plateformes de direction », avec à leur tête un directeur d'hôpital et un directeur des soins qui sont chargées d'accompagner le pilotage de trois pôles ;

- effective et totalement conforme aux éléments de la délégation mentionnés ci-dessus. Une nomenclature précise définit par pôle ce que le directeur d'établissement délègue au chef de pôle. Seuls certains éléments sont conservés par les directions fonctionnelles comme la signature des contrats par la DRH ou la liquidation de certaines dépenses.

Concernant le contrat de pôle, dans les textes, le directeur le signe avec le chef de pôle après concertation avec le directoire, avis du président de la CME pour les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques, et avis du doyen pour les CHU. Il est signé pour une durée de quatre ans avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre. Conclu avec chaque pôle, le contrat précise : les objectifs d'activité, de qualité et financiers du pôle, les moyens et les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats de la gestion, et les conséquences en cas d'inexécution du contrat dont les conditions font l'objet d'une évaluation annuelle. Dans les faits, si certains établissements respectent cette législation, d'autres n'ont pas revu leur contrat de pôle depuis 2005, et seul le projet de pôle est renouvelé.

Selon le décret du 11 juin 2010, le projet de pôle définit de façon opérationnelle comment atteindre les objectifs du contrat : déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs et projets opérationnels, élaboration de plans d'action définissant les chantiers à conduire, les méthodes de travail, les modalités d'implication des différents acteurs au sein du pôle. Dans les établissements observés, le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle, en concertation avec ses équipes, après signature du contrat de pôle. Dans les établissements observés, des projets de pôle ont été à chaque fois rédigés dans un esprit de concertation des acteurs avec cependant des différences de contenu : certains allaient plus dans le détail que d'autres, et d'autres respectaient une forme déjà homogénéisée par le siège.

La réglementation encadre l'organisation des pôles d'activité. Elle a également institué un encadrement de pôle, tout en laissant une grande souplesse aux EPS, ce

qui a entraîné de nouvelles fonctions pour les médecins. Par ailleurs, certains EPS ont crée de nouveaux métier pour adapter leurs organisations aux pôles.

1.2 Nouvelles fonctions/nouveaux métiers : l'encadrement de pôle et les nouveaux métiers en lien avec la mise en place des pôles et leur impact sur les métiers existants.

1.2.1 Rappel législatif et réglementaire.

La loi HPST de 2009 a modifié la composition des acteurs de la structure d'encadrement polaire imposé par l'ordonnance du 2 mai 2005. Toutefois, trois acteurs principaux demeurent : le chef de pôle et ses collaborateurs (de manière générale, le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif de pôle).

Les chefs de pôle sont « les pilotes des centres opérationnels de l'hôpital ». Ils sont « à la fois médecins et désormais managers de leurs pôles », et sont investis d'une réelle autorité « déconcentrée ». L'article L6146-1 du code de la santé publique donne au chef de pôle une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. L'autorité fonctionnelle consiste en l'attribution d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail. Elle comprend le pouvoir de donner des instructions au personnel et d'annuler ou de réformer les décisions prises par un collaborateur. En revanche, elle se distingue de l'autorité hiérarchique qui confère le pouvoir de nomination, d'avancement, de sanction et de mutation.

Le chef de pôle a l'initiative du recrutement des personnels médicaux. L'avis de la CME n'est plus requis. Le chef de pôle peut aussi proposer à des médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux d'intervenir dans son pôle. La question des marges dont dispose le chef de pôle pour la gestion des personnels placé sous son autorité doit être posée.

« Il exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,*
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,*
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,*
- proposition au directeur de recrutement de personnel non médical,*
- affectation des personnels au sein du pôle,*

- organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique,
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu
- nomination des personnels médicaux : le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique propose au directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du président de la CME,
- admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux : proposition au directeur, avis du président de CME »⁹.

Les chefs de pôle doivent recevoir une formation initiale. Le décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé précise que « dans les deux mois suivant leur nomination, les praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle se voient proposer par le directeur une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions ».

Le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs (en particulier cadre soignant de pôle et cadre gestionnaire de pôle) dont il propose la nomination au directeur¹⁰. La loi HPST de 2009 laisse une autonomie d'organisation aux établissements, ce qui se traduit par l'existence de formes variées de structures d'encadrement polaire.

1.2.2 Selon les terrains d'observation, les fonctions et nouveaux métiers varient de façon importante.

(a) Les fonctions réglementaires.

- **Le chef de pôle**

Concernant la désignation des chefs de pôle, celle-ci se fait en général par consensus entre la direction, le président de CME et les médecins titulaires du pôle concerné. Cependant, certaines situations permettent de remarquer que dans la pratique un

⁹ Guide formation ANAP : « être chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? » dernière version mars 2012

¹⁰ Voir en annexe 1 les fiches de poste des cadres soignants et administratifs de pôle issues du « répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière » pour plus de précision.

candidat a pu être imposé par la direction, la renommée du chef de service a influencé la candidature initiale ou encore un candidat unique n'a pas permis de choix réel.

Les chefs de pôles rencontrés ne sont pas ou peu formés et ne sont pas toujours en demande de formation complémentaire. Selon les chefs de pôle rencontrés, les compétences requises pour exercer ces fonctions sont essentiellement des qualités d'animation et de communication, d'écoute et une « vision d'intérêt collectif ». Un de leurs objectifs, selon leur degré d'engagement, est de renforcer la cohérence et l'homogénéité de leur pôle, en passant parfois par l'émergence d'une identité et d'une culture polaires.

De nombreux chefs de pôle considèrent que l'encadrement demande un temps conséquent, influençant de façon notable leur activité clinique ou de recherche.

- **Le cadre de pôle**

Un autre acteur incontournable et présent dans toutes les structures étudiées est le cadre paramédical de pôle (CPP). Il est sélectionné suite à une candidature auprès de la direction après la présentation d'un projet de soins ou sur simple parcours professionnel. L'avis du chef de pôle n'est pas toujours pris en compte dans la désignation. Mise à part la formation initiale ou continue (exemple : Master) qu'ils ont reçue, les CPP n'ont bien souvent pas reçu de formation spécifique au management des pôles. Certaines exceptions sont néanmoins notables : des formations ont été organisées par la direction des soins et dispensée à l'ensemble des personnels concernés.

Le métier de cadre de santé ne change pas suite à la mise en place des pôles. Cependant, les fonctions et les périmètres de l'encadrement changent. D'après l'une des personnes rencontrées les compétences requises sont principalement « une bonne santé et bonne autonomie ». Concernant les missions et activités, il existe parfois une fiche de poste¹¹. D'autres témoignages insistent sur la faible définition des contours de leurs missions : « *il n'y a pas de fiche de poste faite par la direction des soins. Cela fait deux ans que je n'ai pas été évaluée* ». L'étude des fiches de poste font ressortir les missions essentielles : la diffusion d'une culture de pôle auprès des personnels paramédicaux, la contribution à la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement, la recherche de la mutualisation des moyens. En théorie, le CPP assiste le chef de pôle dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins dans les activités en lien avec l'assistant de pôle. Cependant, ce rôle prend des formes variables selon l'implication des chefs de pôle. De ce

¹¹ Cf annexe 4

fait, certains sont en souffrance et se sentent marginalisés au sein de l'encadrement du pôle. En effet, un chef de pôle précise *« j'avais un CPP, performant, sur qui je pouvais compter, quelqu'un d'extraordinaire, mais elle est partie pour sa carrière et je n'ai pas choisi le nouveau CPP, qui est moins performante et je ne la connais pas. Ce CPP rencontré témoigne d'une distance professionnelle avec ce chef de pôle et d'un isolement au sein de l'encadrement.*

- **Le cadre administratif**

Le troisième acteur de l'encadrement de pôle est le cadre administratif de pôle. Il est souvent désigné après candidature auprès de la direction et présentation, selon les établissements, d'un projet de management. Les volontés du chef de pôle et du cadre administratif ne sont pas toujours suivies. A titre d'exemple, un des candidats a été rattaché à un autre pôle que celui auprès duquel il avait candidaté. Le directeur délégué de pôle a un rôle de responsable hiérarchique de l'assistant de gestion. Cependant, son implication se limite aux questions les plus stratégiques et constitue un relais avec les directions.

Une formation a été organisée par un des établissements étudiés. La formation est adaptée à la variété des statuts : adjoints des cadres hospitaliers, un attaché d'administration hospitalière, etc. D'autres témoignages font part d'un manque de formation pour accomplir leurs missions au sein des pôles. Les cadres administratifs ont su s'appuyer sur leurs formations initiales ou continues, leurs expériences précédentes pour exercer leurs fonctions.

Dans les établissements pour lesquels la délégation connaît un stade avancé, les compétences demandées sont très vastes (finances, ressources humaines). Les cadres administratifs sont parfois en souffrance. A l'inverse, l'absence de délégation réduit de façon importante leur rôle, ce qui peut induire un problème de fidélisation. La fonction demande une grande disponibilité, une forte motivation et un intérêt pour la nouvelle gouvernance. D'autre part, une grande curiosité, et une capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire sont les qualités indispensables. Selon les établissements, une fiche de poste est élaborée¹².

Les cadres administratifs peuvent être affectés sur un ou deux pôles répartis géographiquement sur un, deux ou trois sites. Certains s'organisent en fonction de l'activité et de la taille des pôles, d'autres répartissent strictement leur temps de travail

¹² Cf annexe 4

(40%-60% ou 70%-30%). Leur rôle est d'assister le responsable de pôle ainsi que le cadre de pôle, d'analyser les tableaux de bord du pôle et d'assurer le suivi des projets médicaux. Dans cette évolution, les cadres administratifs veulent une reconnaissance du métier. Par exemple, l'un d'eux se sent « *entre l'intendante et la gouvernante* ».

(b) De nouveaux métiers émergents.

- **Cadre d'appui au cadre de pôle**

La direction d'un des établissements a fait le choix, pour deux de ses pôles les plus importants, de mettre en place un cadre d'appui au cadre supérieur de pôle. Si, dans un premier temps, le cadre d'appui était soignant, deux expériences non concluantes (positionnement difficile et manque d'intérêt à la fonction) ont conduit le cadre supérieur à recruter un cadre administratif¹³. Il est uniquement en lien avec lui pour l'assister dans ses missions : formation professionnelle, démarche qualité, gestion des risques, et la gestion de quatre secrétariats de pôle. L'assistant de gestion du pôle pense avoir de bonne relation avec cet autre acteur, à la seule réserve qu'il craint un empiètement et un enchevêtrement des compétences.

- **Cadre de la cellule d'ordonnancement**

La création d'un poste de cadre à la tête d'une cellule d'ordonnancement constitue une autre expérience observée. Suite à la fermeture d'une aile d'hospitalisation, il a été décidé de mutualiser les lits d'hospitalisation au sein d'une cellule de coordination qui a ensuite pris le nom de cellule d'ordonnancement. Les lits sont gérés par un cadre de proximité, qui exerce une fonction logistique de répartition des lits. Ce qui est intéressant c'est la mutualisation des lits qui permet d'améliorer la lisibilité pour le patient et ses proches (un numéro unique pour son hospitalisation), et donc d'améliorer le parcours patient.

Elle n'exerce plus le même métier que les autres cadres de proximité puisque sa fonction est essentiellement logistique et stratégique (elle est à l'interface de nombreux acteurs comme les médecins, les cadres, les autres services notamment les urgences), elle ne gère plus le personnel soignant. En termes de reconnaissance, elle déplore un manque d'estime pour sa fonction.

¹³ Cf annexe 4

- **Directeur délégué au pôle**

Dans certains établissements, la direction a choisi de créer des postes de directeurs spécifiques délégués auprès des pôles d'activité. En pratique, chaque directeur est en charge de plusieurs pôles, et peut être accompagné d'un directeur des soins et d'un assistant de gestion. La fonction de directeur délégué auprès du pôle peut être considérée comme un nouvel exercice de la fonction de directeur d'hôpital car elle représente pour ces directeurs un tout autre positionnement, parfois délicat, entre directions fonctionnelles et encadrement de pôle. Les établissements qui avaient mis en place cette organisation sont parfois ceux où l'organisation en pôle était ancienne, mais où la délégation de gestion est très peu avancée. La présence d'un directeur de proximité vient « empiéter » sur le champ de compétence de l'encadrement de pôle et finalement centralise des décisions qui devraient être déléguées, d'où une moindre délégation de gestion.

Le cadre réglementaire offert par la réforme des pôles n'est pas toujours totalement intégré. Les EPS ont plus de souplesse pour organiser l'encadrement des pôles. Pour autant, cette organisation est établissement dépendante, et la stratégie adoptée n'exploite pas toujours toutes les potentialités de la réforme polaire, notamment en ce qui concerne la délégation de gestion et la valorisation de l'implication des chefs et cadres de pôles.

2 Une évolution des métiers et des fonctions de l'encadrement polaire qui n'exploite pas toutes ses potentialités.

2.1 Les facteurs organisationnels et institutionnels.

2.1.1 Un contexte économique restreint qui peut expliquer une réticence des directions pour accorder une plus grande délégation de gestion.

Les pôles ont souvent été constitués sous la contrainte économique. C'est le cas en particulier d'un des pôles observés : la mutualisation des services de chirurgie permettait la suppression d'une aile d'hospitalisation entière (20 lits) pour améliorer les taux d'occupation de services d'hospitalisation auparavant très déficitaires.

La contrainte budgétaire a un impact sur la délégation de gestion. En effet, dans un contexte de nécessaire retour à l'équilibre budgétaire pour les pôles, la marge de manœuvre de la direction est limitée, ce qui peut expliquer qu'elle centralise les décisions budgétaires. *« Aux yeux de beaucoup de directeurs d'hôpital et de certains représentants syndicaux auditionnés par le comité, donner une trop large autonomie de gestion fait courir un risque certain de dérapage économique¹⁴ »*. Un des chefs de pôle interrogé sur l'avenir de sa fonction parle d'un travail *« sous contrainte »*, sous-entendu contrainte économique.

Globalement tous les acteurs expriment le même ressenti, mais les conséquences qu'ils en tirent pour la délégation de gestion sont différentes. Dans certains établissements, il existe une frustration de ne pas pouvoir bénéficier de la délégation de gestion en contexte de contrainte, car elle permettrait d'offrir l'autonomie nécessaire à la gestion de projet. De plus, la confiance est altérée, ce qui, pour certains chefs de pôles, entre en contradiction avec la volonté de les responsabiliser. Pour eux, les médecins ont bien intégré la nécessité de concilier enjeux économiques et qualité des soins, l'acculturation médico-économique est réelle. Beaucoup de cadres de pôles estiment également que l'existence d'intermédiaires alourdi les démarches projets. En revanche, certains chefs de pôle revendiquent une activité dédiée à la clinique et non à l'administratif. Un chef de pôle considère qu' *« il est important de conserver une activité clinique car ces fonctions nécessitent un lien avec le terrain »*. Selon lui, la fonction de chef de pôle ne doit pas être confondue avec la fonction administrative. *« Le chef de pôle n'est pas un gestionnaire, mais un manager de médecins »*. Cela permet également de conserver une légitimité auprès de leurs pairs. Dans cette optique, une plus grande délégation de gestion n'est pas toujours souhaitée, car elle impliquerait une plus grande charge de travail et des compétences spécifiques de gestionnaire qui ne sont pas acquises.

Dans l'ensemble, le management décentralisé des pôles se heurte à des obstacles culturels et économiques, surtout de la part des directions administratives. *« Le management décentralisé des pôles et l'application du principe de subsidiarité sont très éloignés du mode historique de fonctionnement des hôpitaux. A l'hôpital, la concurrence entre pouvoirs est souvent la règle. L'affrontement entre logiques*

¹⁴ Rapport au parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par Jean-Pierre FOURCADE, juillet 2011

*institutionnelles et professionnelles est traditionnel*¹⁵ ». Pour le Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, « *l'enjeu est de changer cette représentation du fonctionnement de l'hôpital [...]. Il est nécessaire que chaque acteur puisse se concevoir comme apportant sa contribution à la réalisation d'un objectif commun et non comme le détenteur d'un pouvoir ou d'un territoire* ». Mais cela dépend plus des directions fonctionnelles que des médecins, car c'est à elles de déléguer, de faire plus facilement confiance aux médecins chefs de pôle quand ces derniers témoignent d'une volonté de s'investir. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) montre que les réticences viennent plus des directions que des médecins, car « *ce sont eux qui ont, au moins symboliquement, le plus à perdre* »¹⁶.

Cependant, certains acteurs des pôles interrogés mettent en garde contre une trop grande autonomie de gestion des pôles. Certes, chaque pôle doit maintenir un équilibre budgétaire et contribuer à l'équilibre général de l'établissement. Du fait de la T2A, certaines activités génératrices de revenu viennent compenser des secteurs « naturellement » déficitaires (exemple des pôles d'oncologie) au niveau de l'établissement. Ce qui ressort des entretiens, c'est la crainte d'avoir comme conséquence à une trop grande délégation de gestion un clivage entre pôles et une moindre « solidarité budgétaire ». Une des personnes interrogées pointe un risque de constitution de « *micro-établissements, non plus autonomes mais indépendants* ».

Dans une perspective managériale, on peut dès à présent estimer que la délégation de gestion n'est pas à opposer au contexte économique. Les directions voient un risque à confier des responsabilités importantes de gestion à des médecins qui n'ont pas été formés pour être des gestionnaires et qui seront soumis à une forte pression de leurs pairs pour que les moyens soient augmentés. « *Ces craintes, qui ont une base réelle, ne doivent pas être exagérées. De nombreuses expériences ont montré que la responsabilisation à un niveau décentralisé a un effet d'entraînement vertueux sur l'organisation, la qualité et le bon usage des moyens, à la condition toutefois que les*

¹⁵ Ibid

¹⁶ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) par Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », février 2010

établissements mettent en place un dispositif de « reporting » partagé »¹⁷. La délégation de gestion peut se concrétiser par une réelle participation aux décisions budgétaires, en lien avec la direction pour éviter les craintes de ceux qui appréhendent la responsabilité qui en découle. Dans un des établissements, il y a certes des directions fonctionnelles déléguées aux pôles, mais elles sont en définitive les seules à décider. Il pourrait être intéressant de maintenir cette organisation en « plateformes de direction » attribuées aux pôles mais en associant réellement l'encadrement de pôle aux décisions budgétaires.

2.1.2 Certaines incohérences de découpage, les contraintes géographiques et architecturales ont été un obstacle au bon fonctionnement des pôles.

Certains groupements hospitaliers ont constitué des pôles sur plusieurs sites, ce qui n'a pas facilité la tâche de l'encadrement polaire. La distance entre sites ne favorise pas la communication entre services, elle est chronophage pour l'encadrement de pôle. Elle représente une contrainte organisationnelle supplémentaire. Cette configuration suppose une appropriation des différentes cultures d'établissement et ne favorise pas la création d'un sentiment d'appartenance au pôle. A l'inverse, la contrainte architecturale a parfois amené à un regroupement de services par proximité géographique et non médicale, ce qui est incohérent avec le but de faciliter le parcours du patient.

Dans cette même optique, des groupements par affinités médicales ont influencé le découpage, sans cohérence de prise en charge. Pour autant, ne pas tenir compte des relations entre acteurs peut s'avérer délétère pour le pôle, avec un chef de pôle qui rencontre des difficultés de positionnement, et des soignants qui peuvent souffrir de cette situation.

Les activités transversales (hygiène, rééducation, diététique) sont souvent des services « laissés pour compte » dans la réforme des pôles, elles sont rattachées par défaut à un pôle, ce qui peut être une limite à la réforme des pôles pour les cadres polaires.

Ces différents dysfonctionnements ont des conséquences pour le management des pôles, en rendant leur fonction d'encadrement plus difficile matériellement et humainement.

¹⁷ Rapport au parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par Jean-Pierre FOURCADE, juillet 2011

2.1.3 La formation destinée à l'encadrement de pôle est à la fois insuffisante, peu attractive et trop tardive.

Selon les établissements, la formation a été plus ou moins adaptée. Dans un des établissements, des formations modulaires spécifiques ont été proposées, suivies et appréciées à l'instauration des pôles. Dans les faits un organisme extérieur est venu délivrer les formations spécialisées communes aux acteurs de l'encadrement de pôle. Chacun pouvait choisir ses modules en fonction de son champ de compétence. Cependant, ces formations adaptées n'ont pas été reconduites et actuellement les formations de management sont proposées uniquement dans le cadre de la formation continue, et non plus de façon spécifique, or la formation continue n'intervient que tardivement, parfois au bout d'un an après la prise de fonction. Dans un autre établissement, seuls les chefs de pôle ont bénéficié de formation échelonnée sur une année, à raison d'une journée par semaine. Ce format n'est pas du tout adapté aux contraintes de la pratique médicale, et par ailleurs le contenu est généraliste, trop abstrait et mériterait d'être plus individualisé.

Nombreux sont les chefs de pôle qui déplorent la qualité de la formation (« *je me suis retrouvé à coller des gommettes* ») ou son caractère trop généraliste.

Dans deux autres établissements, il n'y a pas eu de formation au moment de la prise de poste. Un des chefs de pôle estime que la formation a été proposée trop tardivement, qu'elle ne lui semblait pas pertinente, et qu'elle lui aurait pris trop de temps. L'enquête démontre finalement un désintéressement de nombreux chefs de pôle pour l'aspect managérial de leurs nouvelles fonctions. Enfin, l'absence de délégation de gestion dans certains établissements n'invite pas les acteurs concernés à s'investir dans ce domaine.

Pour améliorer les compétences managériales de l'encadrement de pôle, les temps de formation sont essentiels. Ils doivent cependant être adaptés aux emplois du temps, notamment pour les chefs de pôles, qui conservent une activité clinique. Le contenu doit également mieux prendre en compte les besoins de chacun, et une individualisation de la formation, dans la mesure du possible, est souhaitable. Le directeur d'établissement devrait veiller à cette adéquation entre formation et fonction de l'encadrement de pôle, et assurer un suivi de celle-ci.

L'encadrement polaire souligne un facteur à la fois institutionnel mais aussi humain : le manque de communication entre les pôles et les directions. Les personnes se sentent responsables de décisions qu'ils n'ont finalement pas prises, et associent ce manque de communication à un manque de considération de la direction. De nombreux acteurs de l'encadrement de pôle ont confirmé ce sentiment.

2.2 Les facteurs humains

L'analyse d'un président de CME est sans appel : *« Au final, les pôles n'ont pas apporté de modification profonde. Le chef de pôle est un intermédiaire technique qui diffuse les valeurs définies par le DG et le président de CME : la transmission se fait plus ou moins bien en fonction de la personnalité du chef de pôle. »* Qui plus est : *« La reconnaissance restant technique dans l'activité médicale, on redescend toujours au niveau de l'unité fonctionnelle. Que le chef de pôle ait une fonction de coordination, d'accord, mais vous n'êtes reconnu de vos infirmières que si vous êtes un bon médecin, même si cela est à compléter avec du liant social. ».*

Si l'on peut se ranger à l'avis que l'organisation polaire n'a pas à ce jour révolutionné le pilotage interne des établissements sanitaires, l'on constate toutefois qu'elle entraîne des évolutions dans les représentations et le positionnement des acteurs. Ces repositionnements sont différenciés suivant le niveau auxquels se situent les agents dans la hiérarchie et sont autant d'éléments qui favorisent ou freinent la construction d'une véritable identité polaire.

2.2.1 La mise en œuvre d'une véritable dynamique commune par l'encadrement du pôle est un garant du fonctionnement des structures polaires.

La marge de manœuvre du futur chef de pôle dans le choix de ses collaborateurs est capitale. Lorsque le chef de pôle peut s'appuyer sur des cadres, dont il a personnellement approuvé la candidature, l'encadrement de pôle fonctionne. Si la répartition des rôles de chacun est bien identifiée et si les cadres savent qu'ils peuvent se référer au chef de pôle en cas de difficultés, alors le chef de pôle peut se concentrer uniquement sur les tâches qu'il souhaite traiter personnellement. Si certains chefs de service ont exprimé leurs craintes initiales face à la nomination d'un de leurs collègues en tant que chef de pôle, celles-ci se sont généralement relevées infondées dès lors que le chef de pôle disposait d'une reconnaissance et d'une légitimité à occuper une position de

leadership. La réforme semble ainsi avoir renforcé la place du corps médical dans le management, tout en permettant aux cadres de santé de rester associés aux décisions au niveau du pôle.

L'entente entre le chef de pôle et le cadre paramédical de pôle se répercute dans le service. Chaque personne, quelle que soit la fonction et le statut, peut alors s'exprimer librement au sein du pôle. De plus, dans un des établissements observés, un cadre de proximité exprime de façon très positive la collaboration avec ses collègues au sein du pôle sur des projets communs : les évaluations, le parcours patient et la gestion du personnel soignant.

La communication semble être un élément fondamental pour la cohésion du pôle. Dans tous les établissements, l'encadrement de pôle insiste sur l'importance du rôle de la communication, qu'elle soit formelle ou informelle. D'une part, l'instauration des réunions de pôle est l'élément moteur d'une bonne communication au sein du pôle. A titre d'exemple, des chefs de services ont fait la demande de l'instauration d'un bureau de pôle auprès du chef de pôle. D'autre part, l'un des chefs de pôles interrogé pointe comme qualité essentielle de ses nouvelles responsabilités *« la disponibilité et l'écoute attentive aux demandes du personnel et de mes collaborateurs. »*.

Les réunions restreintes (constituées de l'encadrement de pôle et des chefs de services) et élargies (incluant les cadres de proximité) sont un espace fédérateur qui permet de construire un sentiment d'appartenance et de créer des synergies. Ainsi, un cadre de proximité fait-il part de son sentiment d'être associé aux décisions et aux réflexions au sein de son pôle et d'être impliqué au même niveau que les médecins, en particulier lors des commissions d'équipement. Mais si son avis est écouté et respecté, la présence du cadre de pôle crée un échelon intermédiaire entre lui et les directions fonctionnelles. De même, la fonction et le rôle des chefs de service n'ont pas été modifiés en profondeur. Le service reste une unité de référence pour l'ensemble du personnel soignant et médical. Un chef de service résume la situation de façon plus nuancée : *« La place considérable qu'avaient les chefs de service s'est effilochée. Les pôles ont redonné du pouvoir aux médecins en terme de management, mais cela reste beaucoup entre les mains des équipes de direction, du DG, et du président de CME dont le leadership reste capital. La reconnaissance restant technique dans l'activité médicale, on redescend toujours au niveau de l'unité fonctionnelle »*. Les directions n'ont pas toujours le même point de vue sur ce sujet,

puisqu'un directeur référent de pôle et un directeur des soins estiment que la relation entre chef de pôle et direction est facilitée par la mise en place des pôles.

La politique du chef de pôle doit garantir la cohérence et l'harmonisation de l'ensemble des services. Dans les faits, il semblerait que les chefs de pôles ne soient pas toujours motivés pour mettre en œuvre cette fonction qui leur est dévolue. Ainsi, il a pu être évoqué que la candidature d'un chef de service pour une chefferie de pôle avait été écartée au motif qu'il avait des projets trop « *révolutionnaires* ». Les CAP et les CPP peuvent également regretter ce manque d'investissement managérial. Les raisons de ce manque d'investissement de certains chefs pôles sont souvent liées au caractère limité de la délégation de gestion ou encore au contexte économique qui les contraint à « *gérer la pénurie* ». De la même façon, un cadre de proximité déplore un manque de réflexion globale, comme l'illustre le manque de coordination des parcours professionnels, et l'absence d'incitation au développement d'initiatives innovantes au niveau de l'encadrement du pôle.

En vue de renforcer la cohésion, un chef de service affirme que les fréquentes réunions de pôle élargies où des points sont faits sur les projets et les difficultés des services permettent de se connaître, de constituer un réseau et de pouvoir ainsi se contacter en cas de difficultés au quotidien. Néanmoins, selon les établissements, la relation avec la direction s'est plus ou moins distendue, en fonction du rôle pivot du chef de pôle ainsi que du positionnement des chefs de service au sein de l'hôpital. Un chef de service relate qu'au niveau de l'investissement, le projet doit être présenté au niveau du pôle d'une part puis au niveau de l'établissement d'autre part. Cet échelon supplémentaire impacte les projets mis en œuvre en fonction de la taille variable des pôles, dont le poids permet de peser de façon plus ou moins importante dans les discussions avec la direction.

Enfin, la marge de manœuvre pour la mise en œuvre de la politique du chef de pôle est un autre facteur de réussite. Selon un directeur référent de pôle : « *La vertu de la structure polaire, quand elle est bien pensée, est de pouvoir créer de la synergie médicale plus facilement. Les décisions sont mieux acceptées, sans doute, en terme de légitimité, quand c'est le responsable médical du pôle qui vient discuter les projets médicaux avec eux, et porter le changement* ».

En définitive, si des facteurs institutionnels et organisationnels restreignent les marges de manœuvre du chef de pôle, force est de constater que la personnalité et le leadership des chefs de pôles restent fondamentaux dans le management du pôle.

2.2.2 La diffusion d'une culture et d'une identité de pôle par l'encadrement de pôle constitue l'assurance d'une cohésion d'ensemble.

Si la construction d'une identité et d'une culture de pôle semble élémentaire, les chefs de pôles ne semblent pas tous avoir pris la mesure de cet enjeu. L'un des chefs de pôle se voit en « *manager de médecins* » mais ne désire pas modifier les représentations des individus constituant son pôle. Il envisage dès lors sa fonction comme « *un support pour les dossiers transversaux* » et accorde une grande liberté à ses chefs de services au sein du pôle, leur laissant le contrôle de la gestion des affaires médicales (exemple : les avis sur la nomination de Praticiens Hospitaliers). Il insiste sur la nécessité du maintien de la fonction de chef de service pour l'organisation de l'hôpital et affirme que « *l'unité de référence du service est plus constitutive d'identité que le niveau polaire* ». Du fait de ce manque d'investissement du chef de pôle, et de cette focalisation sur l'aspect management des médecins, le reste de la gestion du pôle ainsi que la diffusion d'une culture polaire semble incomber de fait aux cadres de pôle, qui reconnaissent l'importance de leur rôle dans ce domaine et mesurent, dans une majorité des cas, l'ampleur de la tâche à accomplir au niveau du personnel paramédical.

Pour le personnel soignant, le pôle manque encore de concrétisation. En plus de ne pas assister aux réunions de pôle, le personnel soignant ne connaît parfois pas même physiquement le chef de pôle. Pour le personnel paramédical, cette méconnaissance peut s'expliquer en grande partie par la résistance des chefs de services qui s'opposent au principe même de mutualisation des moyens matériels et humains. Si, la technicité peut être un frein à la mutualisation, comme cela est le cas par exemple pour les infirmiers de réanimation, les chefs de service et les cadres de proximité soulignent que cela pourrait entraîner une dévalorisation de leur profession et une négation de leur spécialisation. Un cadre de proximité insiste néanmoins sur la nécessité d'élaborer de véritables parcours professionnels intra-pôles afin de permettre des carrières diversifiées pour ceux qui le souhaitent et transformer la spécificité des services en une véritable opportunité pour l'attractivité et la fidélisation de ces personnels en facilitant des mobilités intra-polaires.

Conclusion

Cette enquête a permis d'explorer l'impact de l'organisation en pôles d'activité sur l'évolution des métiers et des fonctions de l'encadrement, et sur le niveau de mise en œuvre de la délégation de gestion. La réorganisation en pôle a entraîné l'émergence de nouveaux métiers et l'adaptation de fonctions déjà existantes pour l'encadrement polaire. Elle n'a pas cependant développé toutes ses potentialités en raison de limites organisationnelles, institutionnelles et humaines. Par exemple, la délégation de gestion reste très dépendante du positionnement de l'équipe de direction dans la démarche de subsidiarité et du contexte financier de l'établissement. Ainsi, les pôles d'activité ne doivent pas devenir des « micro-cliniques » car il est essentiel de garder une logique institutionnelle. La mise en place des pôles d'activité est mentionnée dans la réglementation mais, dans les faits, les établissements se situent tous à des stades différents de sa mise en place. La gestion des pôles est très dépendante de l'entente et de la dynamique de l'encadrement du pôle. Ce fonctionnement est fragile car il peut évoluer dès le changement d'un des acteurs d'encadrement.

En revanche, au cours de nos entretiens, nous avons pu observer un réel engagement et une implication des acteurs pour faire évoluer leur pratique, leur culture et leur organisation professionnelles, dans l'esprit de la nouvelle gouvernance. Du fait de cette implication, on ressent malgré les dysfonctionnements une plus-value réelle de la réforme des pôles sur le parcours patient et la mutualisation des moyens et des compétences. Notre analyse rejoint donc les observations du rapport Fellingner¹⁸ qui montre qu'un retour en arrière n'est ni envisagé ni envisageable tant par les acteurs rencontrés que par l'administration publique.

Cependant, certaines préconisations pourraient contribuer à aller plus loin dans l'atteinte des objectifs de la réforme des pôles d'activité :

- **Elaborer un projet de pôle** plus en lien avec le projet d'établissement avant le contrat de pôle, pour renforcer l'existence du pôle et pour affirmer une culture d'établissement, en évitant une nouvelle « balkanisation » au sein des EPS.

¹⁸ Rapport de la Mission Hôpital Public - Coordonnateurs : Francis FELLINGER et Frédéric BOIRON, Juin 2011 – janvier 2012

- **S'interroger sur la pertinence de pôles multi-sites**, en envisageant à terme d'aller jusqu'au bout de la démarche en regroupant les services d'un même pôle sur un seul site.

- **Optimiser le dispositif de formation de l'encadrement de pôle**, en individualisant la formation par une possible organisation en modules. Il conviendrait de mettre en place des formations pluri professionnelles et inter-pôles, en y associant également l'équipe de direction. Cette formation organisée sur site faciliterait ces échanges et réduirait les contraintes de temps.

- **Valoriser le travail des pôles** en rendant effectif un intéressement adapté aux résultats mais pas seulement comptables : le contrat de pôle devrait intégrer de nouveaux indicateurs permettant de valoriser l'implication de certains acteurs pour leur pôle. Même dans un contexte de contrainte budgétaire, il est important de ne pas décourager les initiatives et les innovations qui cherchent par exemple à améliorer les conditions de travail et la prise en charge de patient.

- **Renforcer la communication entre les pôles et les directions** : c'est un élément déterminant dans la réussite de cette réforme. Cette amélioration de la communication permettrait une plus grande considération et une valorisation des réussites et de l'implication des acteurs, une meilleure acceptation des objectifs stratégiques de l'établissement et apporterait enfin une motivation aux équipes d'encadrement dans un souci de solidarité intra-polaire et inter-polaire.

Méthodologie

Le groupe N°12 est composé de 14 élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique issus de filières et de promotions différentes, permettant des échanges d'expériences constructifs et relatifs au thème abordé.

L'étude de l'impact de la création des pôles d'activité sur le management des établissements de santé repose sur l'analyse croisée de documents et de données empiriques issues d'entretiens semi-directifs.

Les recherches documentaires ont porté sur la lecture de textes législatifs et réglementaires, la synthèse de différents rapports et études, éclairées par des recherches bibliographiques telles que des ouvrages ou périodiques.

Pour les mettre en perspective, nous avons procédé à trois études de cas. Le nombre d'institutions devait être suffisant pour procéder à une démarche comparative. Comme le temps imparti pour un MIP est limité, nous avons resserré notre enquête sur des établissements présentant d'emblée un certain nombre de traits communs : le statut (public), la taille importante (CHU ou GHU dont le nombre de lits et places est supérieur à 1700), l'activité (MCO, gériatrie, parfois de psychiatrie), composés de plusieurs sites ou établissements (minimum 3), leur nombre de pôles (supérieur à 10) et leur degré d'engagement dans la mise en place de la réforme de la Nouvelle Gouvernance.

Il s'agit :

- Du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) A, composé de 5 établissements de soins, déclinés en 16 pôles.
- Du CHU B, composé de 7 établissements, décliné en 19 pôles.
- Et du Groupe Hospitalier (GH) C, composé de 3 établissements et décliné en 10 pôles.

L'étude s'est concentrée sur 7 pôles en particulier, de différentes tailles au sein des établissements choisis (pôle de grande, moyenne ou de petite taille en termes de nombre de services, de lits ou de séjours, d'activité et d'ETP) :

- le pôle « Thoracique-vasculaire et métabolique » et le pôle « Médecines spécialisées » ;
- le pôle « Tête et cou » ;
- le pôle « Urgences », le pôle « Médecine et gériatrie », le pôle « Digestif, urologie, néphrologie, endocrinologie, gynéco-obstétrique » et le pôle « Appareil locomoteur ».

Faisant part de son expérience, un des membres du groupe de travail a proposé l'étude du CH D qui est très avancé dans la mise en place des pôles et de la délégation de gestion. Bien que ce CH ne soit pas un GHU ou un CHU, il a un statut public, un nombre de lits et places supérieur à 1700, une activité de MCO, de gériatrie et de psychiatrie, un découpage en 12 pôles, qui le rapproche de l'ensemble des critères identifiés initialement. Cette proposition a été acceptée par l'ensemble du groupe de travail afin d'apporter un éclairage supplémentaire aux données recueillies dans les autres terrains d'étude. Dans le souci de respecter le temps imparti par le MIP, un seul pôle dans ce dernier établissement fera l'objet d'entretiens : le pôle « Urgences, Réanimation-Anesthésie ».

Trente entretiens semi-directifs ont été menés par petits groupes, à partir d'un guide centré sur les éléments suivants : l'organisation de l'encadrement en lien avec l'évolution législative (avant/après la réforme de la nouvelle gouvernance); le contexte des établissements enquêtés ; l'évolution des métiers, l'encadrement médical, paramédical et administratif ; les interactions et synergie ou dynamique entre les différents acteurs.

Nous avons privilégié l'entretien semi-directif par rapport à l'observation de l'activité des acteurs ou au recours à un questionnaire pour la réalisation d'une recherche de terrain exploratoire en groupe, sur un temps limité. En effet, la méthode permet de récolter des informations précises (et donc facilement comparables) tout en laissant une grande liberté de parole aux enquêtés.

Les personnes interrogées sont : l'encadrement de pôle (chef de pôle, cadre paramédical de pôle et cadre administratif de pôle), les chefs de service ou de structure interne et les cadres des équipes soignantes (cadre de santé de proximité), le Directeur référent de pôle, le Président CME et le Coordonnateur Général des Soins ou Directeur des Soins.

Ces entretiens ont été complétés par la communication d'outils institutionnels des lieux d'étude (projets de pôle, tableaux de bord, fiche de postes, organigrammes,...) et ont été retranscrits sous forme de compte-rendu d'entretien et les données insérées dans une grille de lecture.

Bibliographie

Rapport au parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par Jean-Pierre FOURCADE, juillet 2011
http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) par Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », février 2010
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246/index.shtml>

Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi HPST présenté par MM. Christian PAUL et Jean-Marie ROLLAND, mars 2011.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp

Rapport de la Mission Hôpital Public - Coordonnateurs : Francis FELLINGER et Frédéric BOIRON, Juin 2011 – janvier 2012
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_Hopital_Public_180412.pdf

Mémoire ensp promotion DH 2005 par Catherine LANCREROT « L'encadrement des pôles d'activités au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal
<http://ressources.ensp.fr/memoires/2005/edh/lancrerot.pdf>

Guide formation ANAP : « être chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? » dernière version mars 2012
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Etre_chef_de_pole_V6.pdf

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

Liste des annexes

ANNEXE I : Trame d'entretien	II
ANNEXE II : Grille de lecture	IX
ANNEXE III : Tableau de comparaison des établissements	XII
ANNEXE IV : Fiche de poste	XIV
ANNEXE V : Exemple de tableau de bord	XVII

ANNEXE I : TRAME D'ENTRETIEN

I) Contexte de chacun des établissements :

- 1) Les critères de choix du découpage des pôles de l'hôpital ?
- 2) Y-a-t'il eu des modifications dans le découpage ?
- 3) Projet d'établissement, projet de pôle et contrat de pôle
- 4) Organisation du pôle et relations (trio de pôle ? conseil de pôle ? cadre administratif de pôle ?)

- 5) Activité :
 - (a) A l'échelle de l'établissement : nombre de lits et répartition, ETP, nombre de pôles
 - (b) A l'échelle du pôle : nombre de services, nombre de lit, nombre d'ETP (distinguer médical et paramédical), nombre de séjour, la DMS, type d'activité.

- 6) Avancement/éléments de la délégation de gestion :
 - (a) Qu'est ce qui est délégué ? (le processus est-il formalisé?) :
 - (b) Quels sont les outils pour aider cette délégation ? (tableaux de bords, processus de remontée d'information) ?

II) Acteurs :

- A. *Encadrement médical (nouvelles compétences du chef de pôle, positionnement des chefs de service...)*

Chef de pôle :

Evolution du métier

Pratique

Pouvez-vous me parler de votre pratique au quotidien (journée type, semaine type ...) ?

Avez-vous eu une formation ? Si oui est-elle suffisante ? (donner des exemples)

Pôle

Comment ont été choisis les chefs de pôle ? Y a-t-il eu un consensus ?

Quelle a été la logique du découpage ?

Quelles sont les compétences requises pour être chef de pôle selon vous ?

Quel temps consacrez-vous à la gestion du pôle ?

Quelle est la fréquence des réunions de pôle ? (informelles et formelles) Qui participe à ces réunions ?

Le pôle est-il déficitaire, à l'équilibre, excédentaire ?

Délégation de gestion

Votre avis sur la délégation de gestion ? 5 items :

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

Exercice professionnel

Comment ressentez-vous l'éloignement de l'exercice clinique ?

Relations interindividuelles et inter-pôles

Le positionnement par rapport aux chefs de service ? Quelles décisions dépendent encore du chef de service (autorité fonctionnelle)? (donner des exemples)

Avez-vous pu instaurer une dynamique, une synergie entre les acteurs au sein du pôle ? (donner des exemples)

Relations avec les autres pôles ? Solidarité entre les pôles ? Réunion entre chefs de pôle ? (donner des exemples)

En conclusion :

La position du médecin à l'hôpital a-t-elle selon vous évolué avec l'organisation polaire ?

Comment ? Pouvez-vous me donner des exemples?

Quel impact sur le parcours patient et le patient ?

Chef de service :

Pratique

Pouvez-vous me parler de votre pratique au quotidien (journée type, semaine type ...) ?

Pôle

Nombre de rencontres avec le chef de pôle ? (donner des exemples)

Pensez-vous que l'organisation polaire a permis de placer les médecins en position centrale dans le management de l'hôpital ? (donner des exemples)

Délégation de gestion

Exercice professionnel

Relations interindividuelles et inter-pôles

Le positionnement par rapport au chef de pôle ? Quelles décisions dépendent encore du chef de service ? (donner des exemples)

En conclusion :

La position du médecin à l'hôpital a-t-elle selon vous évolué avec l'organisation polaire ?

Comment ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Quel impact sur le parcours patient et le patient ? (donner des exemples)

Cadre paramédical de Pôle

Pratique

Pouvez-vous me parler de votre pratique au quotidien (journée type, semaine type ...) ?

Avez-vous eu une formation ? Si oui est-elle suffisante ? (donner des exemples)

Pôle

Quelle a été la logique du découpage ?

Comment ont été choisis les chefs de pôle ? Comment ont été choisis les cadres de pôle ?

Existe-t-il une fiche de poste du cadre paramédical de pôle ?

Quelles sont les compétences requises pour être cadre paramédical de pôle selon vous ?

Quel temps consacrez-vous à la gestion du pôle ?

Quelle est la fréquence des réunions de pôle ? (informelles et formelles) Qui participe à ces réunions ?

Le pôle est-il déficitaire, à l'équilibre, excédentaire ?

Délégation de gestion

Votre avis sur la délégation de gestion ? 5 items :

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

Exemple : délégation RH :

- Organisation du travail du personnel non médical : oui/non
- Le plan formation et développement des compétences : oui/non
- Modification des ressources (ETP) : oui/non
- Utilisation des enveloppes de remplacement : oui/non
- Le plan de recrutement : oui/non (distinguer si ils peuvent recruter des cadres ou hors-cadres)
- Répartition du personnel non médical dans le pôle : oui/ non
- Evaluation et la notation : oui/non
- Les demandes de titularisation des personnels stagiaires : oui/non
- La gestion de la promotion interne : oui/non
- Le calcul de la prime de service : oui/non
- La possibilité de prendre une sanction disciplinaire : oui/non
- L'accueil d'un stagiaire : oui/non
- La contribution à la santé et à la sécurité des personnels : oui/non

Exercice professionnel

Comment votre fonction a-t-elle évolué à la création des pôles ?

Relations interindividuelles et inter-pôles

Quels sont vos rapports professionnels avec le chef de pôle ? (donner des exemples)

Quelles sont vos relations avec les différents acteurs du pôle (chef de service, cadre de proximité...) ? (donner des exemples)

Avez-vous pu instaurer une dynamique, une synergie entre les acteurs au sein du pôle ?
(donner des exemples)

Relations avec les autres pôles ? Solidarité entre les pôles ? Réunion entre cadres paramédicaux de pôle ? (donner des exemples)

Comment vous positionnez vous face à l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et l'autorité hiérarchique de la Direction des Soins ? (donner des exemples)

En conclusion :

La position du médecin à l'hôpital a-t-elle selon vous évolué avec l'organisation polaire ?

Comment ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Quel impact sur le parcours patient et le patient ? (donner des exemples)

Cadre de proximité

Pratique

Pouvez-vous me parler de votre pratique au quotidien (journée type, semaine type ...) ?

Pôle

Comment êtes-vous associé à la vie du pôle (réunions ...) ?

Quelles sont les compétences requises pour être cadre paramédical de pôle selon vous ?

Délégation de gestion

Exercice professionnel

La réorganisation interne en pôle a-t-elle eu un impact sur votre métier ? (donner des exemples)

Relations interindividuelles et inter-pôles

Relations avec le cadre paramédical de pôle ? (donner des exemples)

Relations avec les différents acteurs du pôle ? (donner des exemples)

Comment vous positionnez vous face à l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et l'autorité hiérarchique de la Direction des Soins ? (donner des exemples)

En conclusion :

La position du médecin a l'hôpital a-t-elle selon vous évolué avec l'organisation polaire ?

Comment ? Pouvez-vous me donner des exemples? (donner des exemples)

Quel impact sur le parcours patient et le patient ? (donner des exemples)

Encadrement administratif

Pratique

Quel est votre grade ? Votre fonction ?

Pouvez-vous me parler de votre pratique au quotidien (missions, journée type, semaine type ...) ?

Avez-vous eu une formation ? Si oui est-elle suffisante ? (donner des exemples)

Existe-t-il une fiche de poste ?

Pôle

Combien de pôles avez-vous à gérer ? Quel est votre supérieur hiérarchique ?

Quelle a été la logique du découpage ?

Comment ont été choisis les chefs de pôle ? Comment ont été choisis les cadres de pôle ?

Délégation de gestion

Quels impacts financiers de l'organisation polaire ?

Quel est votre avis sur la délégation de gestion ? 5 items :

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

Exemple : délégation RH :

- Organisation du travail du personnel non médical
- Le plan formation et développement des compétences
- Modification des ressources (ETP)
- Utilisation des enveloppes de remplacement
- Le plan de recrutement : (distinguer si ils peuvent recruter des cadres ou hors-cadres)

- Répartition du personnel non médical dans le pôle
- Evaluation et la notation
- Les demandes de titularisation des personnels stagiaires
- La gestion de la promotion interne
- Le calcul de la prime de service
- La possibilité de prendre une sanction disciplinaire
- L'accueil d'un stagiaire
- La contribution à la santé et à la sécurité des personnels

Exercice professionnel

Relations interindividuelles et inter-pôles

Quels sont vos rapports professionnels avec le chef de pôle ?

Quelles sont vos relations avec les différents acteurs du pôle (chef de service, cadre paramédical de pôle, cadre de proximité...) ?

Avez-vous pu instaurer une dynamique, une synergie entre les acteurs au sein du pôle ?

Quelles sont les relations avec les autres pôles ? Solidarité entre les pôles ? Réunion entre chefs de pôle ? (donner des exemples)

Quelles sont les relations du cadre avec la direction générale et les directions fonctionnelles ? (donner des exemples)

En conclusion :

La position du médecin à l'hôpital a-t-elle selon vous évolué avec l'organisation polaire ?

Comment ? Pouvez-vous me donner des exemples? (donner des exemples)

Quel impact sur le parcours patient et le patient ? (donner des exemples)

ANNEXE II : GRILLE DE LECTURE

ETABLISSEMENT	MEDICAL		PARAMEDICAL		ADMINISTRATIF
	Chef de pôle	Chef de service	Cadre de pôle	Cadre de proximité	Cadre administratif
Grade et fonction					
Pratique au quotidien					
Formation au poste ?					
Oui					
Non					
Estimez-vous cette formation suffisante ?					
Oui					
Non					
Avez-vous une fiche de poste ?					
Oui					
Non					
Compétences nécessaires pour ce poste					
Fréquence des réunions de pôle					
Formelles					
Informelles					
Qui y participe ?					
Equilibre budgétaire du pôle					
Excédentaire					
Déficitaire					
Etes-vous concerné par l'intéressement ?					
Délégation de gestion ?					
Oui					
Non					
Si oui quel type ? (5 types de dépenses)					
crédits de remplacement(<i>personnel non médical</i>)					
Oui					
Non					
médicaments et de dispositifs médicaux					
Oui					
Non					
caractère hôtelier					
Oui					
Non					
entretien et de réparation des équipements à					
caractère médical et non médical					
Oui					
Non					
formation de personnel					
Oui					
Non					
L'exercice clinique vous manque ?					
Oui					
Non					

Autre					
Des décisions sont-elles laissées aux chefs de service ?					
Oui					
Non					
Autre ou lesquelles					
Concertation au sein du pôle ?					
Oui					
Non					
Quel type ?					
Cohésion au sein du pôle ?					
Solidarité inter pôles ?					
Oui					
Non					
Réunions entre chefs de pôle ?					
Oui					
Non					
Combien ?					
Quelle fréquence					
Voyez-vous une évolution dans la relation médecin/management ?					
Oui					
Non					
Si oui, y voyez-vous une amélioration du management de l'hôpital ?					
Oui					
Non					
Autre					
Y voyez-vous un impact sur la qualité de la PEC du patient ?					
Oui					
Non					
Autre					
Combien de pôles avez-vous à gérer ?					
Quel est votre supérieur hiérarchique (ou vos) ?					
Constatez-vous des impacts financiers liés aux pôles ?					
Oui					
Non					
Autre					
Les relations entre votre supérieur hiérarchique et le président de la CME					
Bonnes					
Correctes					
Médiocres					
Conflictuelles					
Autre					

CONTEXTE ETABLISSEMENT				
activités établissements	A	B	C	D
nbre de lits				
répartition des lits				
MCO				
psychiatrie				
gériatrie				
pédiatrie				
nombre de pôles				
ETP				
médical				
non médical				
Pôles				
choix du chef de pôle (<i>comment</i>)				
logique de création				
critères de choix				
critères de découpage				
nbre de services				
nbre de lits				
nbre de séjours				
type d'activités				
DMS				
ETP				
médical				
non médical				
délégation de gestion				
processus formalisé O/N				
Dépenses				
crédits de remplacement (<i>personnel non médical</i>) O/N				
médicaments et de dispositifs médicaux O/N				
caractère hôtelier O/N				
entretien et de réparation des équipements à				
caractère médical et non médical O/N				
formation de personnel O/N				
Outils				
tableaux de bord O/N				
processus de remontées d'information O/N				
Autres				

ANNEXE III : TABLEAU DE COMPARAISON DES ETABLISSEMENTS

PRESENTATION DU CONTEXTE DES ETABLISSEMENTS ET DES POLES ETUDIES							
Établissements	CHU A*		CHU B *	CHU C			CH D *
Nombre de lits et places	1919		3000	1700 (sur 3 sites)			environ 1800
Répartition des lits et places							
MCO	1451		1625	1040			868
Psychiatrie			543	Pas de psychiatrie			119
Gériatrie	307		832	160			631
Nombre de pôles	16			10			12
ETP	7338		10363,3				4356
Médical	1891		2239	1200			462
Non Médical	5497**		8124,3	3600			3894
	<i>*Données 2010 ** Hors CDD sur emplois permanents (685 ETP) source : DRH/SAE - Bilan social 2010</i>		<i>* Données 2009</i>				<i>*Données 2011</i>
Pôles	POLE Thoracique-vasculaire et métabolique	POLE Médecines spécialisées	POLE Tête et Cou	POLE Urgences	POLE Médecine et gériatrie	POLE Digestif, Urologie, néphrologie, endocrinologie, gynéco-obstétrique	POLE Urgences, Réanimation-Anesthésie
Logique de création	Organe et fonctions transversales	Historique et géographique	Géographique	Soins aigus d'urgence	Avals d'urgence		Activités de prise en charge en urgences
Nombre services	4	4	4	5	6	6	6
Nombre de lits	323	161	80		382		98
Nombre de séjours		11355		72000 passages annuels			Non renseigné. 5000 sorties SMUR

Type d'activités	cardiologie, maladies vasculaires, chirurgie thoracique, cardiaque, vasculaire, endocrinologie, diabétologie, nutrition, pneumologie	Réanimation médicale, maladies infectieuses, dermatologie, hématologie clinique et néphrologie	Chirurgie	Urgences, réanimation médicale et chirurgicale, anesthésie, cardiologie		Digestif, Urologie, néphrologie, endocrinologie, gynécologie-obstétrique	Réanimation, anesthésie, SAU, SMUR, Surveillance continue, UHCD, médecine polyvalente, UCSA
DMS		10,6	2,7		de 7 jours à 3 mois		NR
ETP		363					
Médical	110,9	17	45 (dont 22 internes)				55
Non Médical	500,85	346					390
<i>Aucune donnée renseignée pour le pôle "Appareil Locomoteur"</i>							

ANNEXE IV : FICHE DE POSTE

ASSISTANT DE GESTION DES POLES

Missions

I - MISSION GENERALE

Assister le responsable médical et le cadre supérieur dans l'élaboration et le suivi du contrat de pôle et dans la mise en œuvre de la délégation de gestion

- Assister le responsable du centre de responsabilité dans la conduite de ses missions.
- Analyser les tableaux de bord du pôle, dont les indicateurs permettant de mesurer le niveau de réalisation des actions ciblées au contrat, en collaboration avec le contrôleur de gestion
- Répondre aux demandes diverses du Directeur Délégué et du responsable médical de pôle :
 - évolutions de moyens de financement
 - enveloppes spécifiques MIG, conventions...

II - ACTIVITES

Assister le bureau du pôle dans ses missions :

Instruire les dossiers préparatoires et organiser les réunions de bureau de pôle, rédiger les comptes rendus et les diffuser.

Le contrat et évolutions du pôle :

- Contribuer à l'élaboration du projet de contrat de pôle.
- Participation à la préparation des dossiers de projets (Convention Tri-partite, Alzheimer, UCSA, Education Thérapeutique...) ou de réorganisation (Gérontologie, CUR, CCP...)

Activité et suivi des dépenses en collaboration avec le contrôleur de gestion :

- Analyse des dépenses et de l'activité du pôle
- Participer à l'élaboration du bilan annuel du pôle
- Elaborer les bilans annuels des enveloppes spécifiques (MIG, Convention..)
- Elaborer les budgets prévisionnels pour les crédits spécifiques – Nouvelles COMEX (dont taux de marges) avec le responsable médical de pôle et le cadre supérieur pour validation par le Directeur Délégué

Participer au contrôle de gestion en collaboration avec le Contrôleur de gestion :

- Préparer les éléments nécessaires à la réalisation du Retraitement comptable : recensement de l'activité, évolution des indicateurs et ajustement des dépenses au réel
- Justifier les utilisations et les écarts des crédits MIGAC

POLE	
PROFIL DE POSTE ADJOINT DES CADRES HOSPITALIERS	
Codification du document :	Rédacteur(s) : M. , CSS
Date d'application : Avril 2012	Approbateur(s) : Mme , DSCG
	Gestionnaire(s) :
LOCALISATION ET RATTACHEMENT	
PRESENTATION GENERALE DU SECTEUR D'ACTIVITE	
Le pôle est composé de 4 services :	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
323 lits et places, 452.75 ETP paramédicaux et 37.10 ETP assistantes médico-administratives et adjointes.	
LIEU D'EXERCICE	
:	
RATTACHEMENT HIERARCHIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> • Mme , CSS du pôle • Mme , DSCG • Mr , Directeur délégué auprès du pôle 	
RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Cadres de santé du pôle • Médecins chefs de service du pôle • Délégation à la Formation professionnelle • Direction des Ressources Humaines (secteurs de la gestion, des carrières, de la paie, du recrutement) 	
ACTIVITES	
MISSIONS	
<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer, en lien avec le CSS et le médecin responsable de pôle à instaurer une culture et un fonctionnement de pôle en cohérence avec les projets et les priorités du CHU • Assurer la gestion et l'encadrement des 4 secrétariats du pôle et mettre en œuvre les préconisations du projet d'établissement • Assister le CSS de pôle dans différentes missions : formation professionnelle, démarche qualité, gestion des risques 	

SNS/SCG/DBS / 1 / 1 / 1. Décrire les délimitations de fonction, des profils de postes CSSCS

Direction des Soins Coordination Générale	
PROFIL DE POSTE	
Cadre Supérieur de Santé assistant du médecin responsable du pôle	
Codification du document :	S 1 / DSCG / GL / Profil de poste CSS de pôle / 6.11.2006
	Rédacteur(s) : - Directeur des Soins
Date d'application :	6 novembre 2006
	Approbateur(s) : - Directeur Général PI
	Gestionnaire(s) : - Secrétaire

LOCALISATION ET RATTACHEMENT
<p>PRESENTATION GENERALE DU POLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • pôle • Services de • Nombre de lits et pièces : 330 • Personnel paramédical : 526 ETP • Personnel médical <p>LIEU D'EXERCICE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sites : 2 • Localisation principale :
<p>RATTACHEMENT HIERARCHIQUE : positionnement du poste dans l'organigramme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le DSCG •
<p>RELATIONS FONCTIONNELLES PRINCIPALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable médical de pôle : Professeur • 2^{ème} cadre supérieur de santé du pôle, chargé de missions transversales et complémentaires ; • Assistant de gestion ; • Directeur de coordination référent ; • Cadres de santé des UF du pôle • Responsables médicaux d'unités • Contrôleur de gestion • Interlocuteurs des autres pôles <p>RELATIONS PROFESSIONNELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins du pôle pour l'élaboration des projets et la gestion du pôle ou du secteur • Directeurs référents pour la gestion et le suivi des projets • Responsables et interlocuteurs des pôles supports • Référent de la planification des stages • Référents formateurs des instituts • Professionnels des réseaux de soins associés • Interlocuteurs extérieurs

ANNEXE V : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD

Période des mois de 01 à 03

TABLEAU DE BORD DU PÔLE

	Versées niveau Pôle		Journées Totales		JMA		Journées Ite exploitables		TOM				
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012			
11000 Préval. infectieuses	1 016	876	42%	9 594	91 280	4,8%	8,0	50,3	10 205	50 820	1,3%	66 232	27,8%

Détail	Versées niveau Secteur		Journées Totales		JMA		Journées Ite exploitables		TOM				
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012			
11500 Dermatologie	247	201	31,3%	2 008	2 702	4,1%	8,1	7,9	2 114	2 902	3,5%	31,3%	56,2%
11501 Infectiologie	271	217	8,7%	1 813	1 862	8,7%	8,1	8,1	1 877	2 005	4,3%	57,8%	58,2%
11502 Neurologie	139	120	15,5%	2 440	2 475	8,5%	10,0	9,2	2 530	2 648	1,3%	69,3%	69,2%
11503 Maladies Infectieuses	217	198	17,4%	1 941	1 660	2,4%	6,7	12,6	1 965	1 025	1,3%	69,7%	39,2%
115000 Ramasseur médicaux	201	241	4,8%	1 726	1 647	3,2%	0,8	0,8	1 853	1 871	1,1%	66,1%	90,7%

Détail par UP	Versées niveau UE		Journées Totales		JMA		Journées Ite exploitables		TOM				
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012			
4611 HC DERMATOLOGIE PL	103	94	81,3%	1 681	1 700	4,5%	9,3	9,2	1 786	1 813	1,8%	94,1%	96,0%
4613 HS DERMATOLOGIE PL	116	70	7,5%	300	260	1,7%	3,0	3,4	366	377	0,8%	88,3%	84,1%
4611 HC NEPHROLOGIE PL	173	108	41,4%	1 000	1 789	8,7%	8,9	12,3	1 800	1 800	1,1%	94,1%	90,3%
4612 HS NEPHROLOGIE PL	60	88	36,8%	118	170	8,3%	2,3	2,0	177	186	1,7%	69,7%	67,8%
4131 HC HEMATO M LÉRESQ P	141	176	20,0%	1 878	1 412	2,4%	0,0	0,2	1 440	1 406	1,1%	95,8%	87,8%
4132 HC BS HEMAT ACTUAL P	43	37	11,8%	1 001	1 007	0,8%	25	28	1 080	1 300	1,1%	94,2%	97,7%
4301 HC MAL INF CL BERN P	207	156	20,9%	1 241	1 552	20,9%	8,1	11,8	1 800	1 840	28,3%	98,7%	107,1%
4307 HSC BC MAL INFECT P	1	87	87,0%	0	420	80,0%	40,0%	7,6	0	646	40,0%	89,0%	79,7%
6461 HC REARM MEDICALE P	208	241	8,8%	1 798	1 840	3,1%	0,3	7,1	1 900	1 241	1,1%	95,1%	90,7%

Nb d'actes CCAM réalisés par TOM d'actes	2010		2011		2012	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Actes pour insuffisance rénale chronique	305	226	320	320	320	320
Actes pour insuffisance rénale chronique	91	30	30	30	30	30
Abaissement	66	10	10	10	10	10
Dialyse Miro	4	16	16	16	16	16
Prélevement de Cellules souches	1	1	1	1	1	1
Somme	523	444	444	444	444	444

Activité libérale Médicopole = Nb de consultants	2011		2012		Ecart	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	333	311	37	27		-10

Détail des Consultants Interimes (Attention, indicateur dont la fiabilité n'est pas assurée)	2011		2012		Ecart	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
4619 Bernabo	236	208	27	27		-10

Détail des adresses	2011		2012		Ecart	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
4137 HJ HEMATO LOGICAL P	1 453	1 317	80	63		-17
4104 HJ MAL INFECTIEUX P	187	114	73	51		-22
4119 HJ NEPHROLOGIE PL	355	668	162	323		161
4221 DIALYSE PL	2 590	2 519	79	88		9
4611 HJ APHERESE PL	20	20	0	0		0
4618 HJ DERMATOLOGIE PL	306	153	153	81		-72
Somme	4 028	4 981	185	244		59

Détail des Consultants externes	2011		2012		Ecart	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
4139 Mirovia Labeyrie	1 002	1 876	44	2,4%		
4203 et 4219 CEBRE et SAM	1 441	1 005	164	11,4%		
4204 Centre de vaccinations	5 259	1 211	406	3,8%		
4618 4319 Mirovia CE	1 803	1 563	240	87,8%		
4618 Dornala	3 471	2 802	669	17,8%		
Somme	8 986	9 803	163	-1,7%		

ANNEXE 5

ACTIVITE DE GREFFES

	2011		2012		Ecart	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Nombre de greffes de rein	22	19	3	1		-2
Nombre de greffes de foie	0	0	0	0		0
Nombre de greffes de rein	20	20	0	0		0
Nombre de greffes de rein	0	0	0	0		0

2012 Act courants 10 pôle

10 - Révisé le 21 mai 2012 - Comité de

10 24 avr. 2012

Thème n°12 Animé par :

- **Jean – René LEDOYEN, responsable filière DS/EHESP**
- **Mathias WAELLI, MCF, IDM/EHESP**

**« LES PÔLES D'ACTIVITE :
IMPACT D'UNE REORGANISATION
DES INSTITUTIONS DE SANTE SUR LE MANAGEMENT »**

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| – BRUEL Sophie | – GUIVARCH Léa |
| – DARMENTON Amandine | – HIANCE Marie-Marthe |
| – DEVAUD Maria | – JEGOU Valérie |
| – DUTRIER Christelle | – LAMY Hélène |
| – GENSUL Véronique | – NGON Olivia |
| – GIBON Henri | – SART Florian |
| – GOFFRE Béatrice | – SUBILEAU Laurent |

Résumé :

Issue du plan hôpital 2007, la nouvelle gouvernance a réorganisé l'hôpital en pôles d'activité, gérés par un chef de pôle, un cadre paramédical de pôle et un cadre administratif de pôle. Cet encadrement polaire pose la question de l'émergence de ces métiers, de l'évolution des fonctions et de leurs impacts sur le management dans l'institution.

Pour répondre à cette problématique, une étude de sept pôles issus de quatre établissements publics de santé (CHU, CH et GHU) de différentes régions a été menée par le biais de 30 entretiens semi-directifs d'acteurs du pôle d'activité.

Cette étude de terrain complétée par des recherches documentaires a permis de mettre en évidence les marges de manœuvre entre la théorie législative et réglementaire et la réalité de la mise en place des pôles.

Les pôles d'activité doivent faire face à la construction progressive d'outils nécessaires à leur fonctionnement, notamment en matière de délégation de gestion, et en même temps, assurer le management des équipes médicale et soignante, sur lesquelles ils ont autorité fonctionnelle.

Ce décalage peut s'expliquer par des obstacles culturels et économiques, par des incohérences dans les choix de découpage des pôles et par une formation quelquefois inexistante ou non adaptée.

Cette étude montre que les pôles d'activité constituent une véritable avancée en termes de management au plus près du terrain mais ce processus en cours d'évolution implique des axes possibles d'améliorations pour s'inscrire dans une véritable démarche de subsidiarité.

Mots clés :

Pôle d'activité, nouvelle gouvernance, délégation de gestion, subsidiarité, encadrement de pôle, positionnement, management.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs