
Filière des directeurs d'hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **2012**

**Contractualisation interne au CHU d'Angers :
un outil au service de la performance médico-
économique des pôles**

Céline LE NAY

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Yann BUBIEN et Jean François CAILLAT, directeur général et directeur général adjoint du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, pour leur accompagnement et leur disponibilité pendant ce stage.

Ma reconnaissance va également à l'ensemble des professionnels de santé du CHU d'Angers, à la fois pour leur accueil chaleureux lors de mon premier stage et pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer dans la réalisation de mes dossiers et de ce mémoire au cours de mon second stage.

J'exprime également ma gratitude à l'ensemble des membres de l'équipe de direction, notamment Thibaut BROSSARD, mon maître de stage, pour leur soutien dans la réalisation de mes dossiers et leurs conseils précieux.

Je tiens à remercier Laetitia LAUDE, mon directeur de mémoire, pour les recommandations qu'elle m'a données tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je suis également très reconnaissante à Isabelle BUGEL pour sa collaboration à ce mémoire.

Que toutes les personnes qui ont accepté un entretien pour nourrir la réflexion de ce mémoire soient également remerciées de leur disponibilité et de la pertinence de leur analyse.

Merci enfin aux personnes qui ont consacré un peu de leur temps à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contrat de pôle, un outil pour introduire la culture de la performance au niveau des pôles d'activité	4
1.1 Le contrat de pôle, un outil du new public management	4
1.1.1 Le contexte de la naissance de la contractualisation interne	4
1.1.2 Le contrat de pôle orchestre les notions de base du new public management	7
1.2 Le contrat de pôle, un outil au service de la performance des pôles.....	9
1.2.1 Une performance "globale" et mesurable	9
1.2.2 Une performance s'appuyant sur une responsabilisation accrue des acteurs.....	11
2 Le contrat de pôle au CHU d'Angers, un centrage sur la performance médico-économique des pôles.....	13
2.1 Une élaboration précoce des contrats de pôle impulsée par la direction générale dans un contexte de déséquilibre financier.....	13
2.1.1 Le contrat de pôle, levier pour promouvoir une dynamique de projets médicaux...	14
2.1.2 L'élaboration précoce des contrats de pôle initiée par la direction des projets.....	15
2.2 Un centrage médico-économique des contrats de pôle au détriment d'une vision plurielle	18
2.2.1 La performance médico-économique, cœur des contrats de pôle	19
2.2.2 Une approche qualité fondée sur la conformité et les prescriptions réglementaires	23
3 Bilan médico-économique des contrats de pôle et performance médico-économique des pôles.....	26
3.1 Bilan médico-économiques des contrats de pôle du CHU d'Angers (2008-2011)	26
3.1.1 Méthodologie du bilan médico-économique des contrats de pôle.....	26
3.1.2 Bilan médico-économique des contrats de pôle	28
3.2 Au vu de ce bilan médico-économique, les pôles du CHU d'Angers sont-ils performants?	38
3.2.1 Des pôles plus efficaces et efficients (comparaison avec l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2008 et 2011).....	39
3.2.2 Les limites de la performance médico-économique prônée par les contrats de pôle du CHU d'Angers	41
4 Préconisations pour positionner le contrat pôle comme un véritable outil de promotion de la performance globale hospitalière	43
4.1 Les limites actuelles des contrats de pôle du CHU d'Angers	43
4.1.1 Des contrats de pôle trop standardisés	44

4.1.2	Des contrats de pôle trop focalisés sur le suivi du volet médico-économique au détriment du volet qualité	44
4.1.3	Des contrats de pôle trop lourds en termes d'élaboration, de suivi et d'évaluation .	45
4.1.4	Des contrats de pôle définissant une délégation de gestion trop limitée	46
4.1.5	Un intéressement lié aux objectifs des contrats de pôle trop compliqué et difficilement utilisable	46
4.2	Les leviers pour faire du contrat de pôle un outil de la performance globale	47
4.2.1	Rénover l'outil en l'adaptant aux spécificités des pôles et en imposant une évaluation régulière	47
4.2.2	Rénover l'outil en en le complétant par un volet qualité effectif	49
4.2.3	Rénover l'outil en l'allégeant et en le simplifiant	50
4.2.4	Rénover la délégation de gestion pour affirmer le rôle des acteurs du pôle	50
4.2.5	Rénover l'intéressement en le simplifiant et en l'élargissant à d'autres objectifs	51
4.3	La loi HPST, levier ou frein à la rénovation des contrats actuels ?	52
4.3.1	Une délégation de gestion élargie assortie d'une délégation de signature	52
4.3.2	Le renforcement des compétences du chef de pôle	53
4.3.3	La primauté des contrats sur les projets	55
4.3.4	Les pôles hospitalo-universitaires	55
Conclusion		57
Bibliographie.....		58
Liste des annexes		1

LE NAY	CELINE	DECEMBRE 2012
EDH Promotion : 2011-2013		
Contractualisation interne au CHU d'Angers : un outil au service de la performance médico-économique des pôles.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : aucun		
Résumé : Nés dans un contexte de raréfaction des ressources publiques, d'exigence de la culture qualité et de critique du fonctionnement traditionnel du service public, les contrats de pôle sont un outil du New Public Management visant à l'amélioration de la performance globale hospitalière (finances, activité, qualité, organisation...). La contractualisation interne, précoce au CHU d'Angers car débutée dès 2008, a été engagée par la direction générale dans un contexte de déséquilibre budgétaire, ce qui a favorisé l'émergence d'un contrat de pôle, orienté vers la performance médico-économique au détriment de son volet qualitatif. Le CHU d'Angers mise à cette époque sur la combinaison des contrats de pôle et de la tarification à l'activité (T2A) pour lui permettre de restaurer son équilibre financier. La direction des projets de l'établissement s'est donc mobilisée sur cet outil et promouvoir des projets médicaux nouveaux associant : pertinence médicale et rentabilité économique (capacité des capitaux investis à produire du profit). Le lien entre les deux performances, médicale et économique, fût orchestré par la règle du tiers qui imposait que les charges directes d'une activité nouvelle (moyens humains ou matériels) soient couvertes trois fois par la valorisation prévisionnelle de l'activité. Le bilan médico-économique des contrats des 11 pôles cliniques démontre que ce pari a été payant car, en 4 ans, 109 projets médicaux nouveaux ont vu le jour, 182.85 ETP nouveaux ont été négociés via les contrats, 66% des projets ont déjà atteint leur objectif et 72% des projets furent labellisés rentables. Si la dynamique projet du CHU d'Angers a permis d'améliorer la performance médico-économique des pôles, elle a également relevé un autre défi : celui de contribuer à faire émerger une culture polaire, un sentiment d'appartenance à une superstructure autre que l'établissement et différente du service. Dans la nouvelle étape de contractualisation à venir, encadrée cette fois par la loi HPST, les contrats de pôle vont devoir relever un nouveau défi et passer du statut d'instrument au service de la performance médico-économique, à celui d'outil au service de la performance globale. Ce défi sera d'autant plus difficile que les pôles du CHU d'Angers ont changé de périmètre à partir du 1^{er} janvier 2012, il sera d'autant plus facile que l'établissement hospitalier a recouvré son équilibre financier. Pour favoriser cette transition, l'auteure propose une rénovation des contrats de pôle de deuxième génération. Ils devront être étoffés dans leur contenu qualitatif, simplifiés dans leur mode de suivi et surtout attachés aux spécificités des pôles contractualisés. Ce « sur mesure », doit permettre de maintenir active la culture polaire et médicale nécessaire à la réussite de cette seconde vague de contractualisation.		
Mots clés : Pôle, contrat de pôle, projet de pôle, performance, new public management, pilotage par les résultats, ordonnance de 2005, loi HPST, nouvelle gouvernance, bilan, médico-économique, équipe de pôle, délégation de gestion, intéressement, CHU, entretiens, directeur de la contractualisation, chef de pôle, cadre supérieur, cadre de gestion, CAG, Pôle Hospitalo-Universitaire (PHU), qualité, IGAS, Angers.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AR (pôle) : pôle Anesthésie-Réanimation
CAG : Cellule d'Analyse de Gestion
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME: Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS : Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux
COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREA : Compte de Résultat Analytique
DGF : Dotation Globale de Fonctionnement
FHF : Fédération Hospitalière de France
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi) : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HNTRM (pôle) : pôle Hématologie, Néphrologie, Transplantation et Réanimation Médicale
HUD (pôle) : pôle Hépato-Uro-Digestif
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
3MISS (pôle) : pôle Maladies Métaboliques Médecine Interne et Soins de Suite
ONDAM : Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie
PH : Praticien Hospitalier
RGPP : Revue Générale des Politiques Publiques
SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification A l'Activité
TAPAM : Tableau de demandes annuelles relatives aux équipements et travaux
UMS (pôle) : pôle Urgences, Médecine, Santé

Introduction

J. C. Cazenave dans son article intitulé "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes"¹ écrivait "il est apparu évident pour tous que si cette démarche ne faisait pas l'objet d'une évaluation régulière elle risquait, soit de s'essouffler, soit de dériver, soit au pire de décourager les nouveaux acteurs qui y verraient une réforme d'affichage, imposée par les textes mais sans volonté réelle de la part des dirigeants de changer les processus de décision".

L'article L6145-16 de l'ordonnance 2005² stipule : "Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur (...)". A travers cette définition, la première vocation du contrat du pôle se révèle. Il s'agit d'un outil qui vise d'une part, à introduire au sein des pôles cliniques et médico-techniques nouvellement créés un pilotage par les résultats³ en fixant aux pôles des objectifs, des indicateurs, des modalités d'intéressement, et d'autre part, s'emploie à améliorer la gestion de l'hôpital en instaurant une déconcentration de gestion. Un concept semble pouvoir résumer l'objectif de ces contrats de pôle: la performance. La performance hospitalière est une notion difficile à définir car elle est pluri-dimensionnelle (performance de la qualité des soins, performance financière...) et qu'elle se situe à la conjonction de trois notions : l'efficacité (réalisation des objectifs visés), l'efficience (gestion optimale des ressources) et la pertinence (adéquation entre les objectifs et les moyens). Il faut se garder de toute simplification conceptuelle qui pourrait être tentante. D'après F. Champagne et A. P. Cantandriopoulos, la performance organisationnelle "est un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'hôpital. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'hôpital (perspective configurationnelle)"⁴. Le contrat de pôle est un outil au service de la performance organisationnelle des pôles car il vise à modifier les organisations, les manières de travailler et à hiérarchiser les missions au sein des pôles. Cet objectif de performance des pôles s'inscrit dans le contexte de l'ordonnance de 2005 marqué par "les ressources limitées, la concurrence, la tarification à l'activité,

1 CAZENAVE JC, 2010, "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Economie Médicale*, Vol 28, n°6-7, pp. 249-254

2 Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

3 DRUCKER P., 1954, *The practice of management*, Harper and Row, New York.

4 CHAMPAGNE F., CANTANDRIOPOULOS A.P, et al, 2004, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : modèle EGIPSS*, Paris.

l'efficience économique, la qualité⁵ et l'émergence du new public management qui introduit des notions du monde de l'entreprise telles que "la flexibilité, l'efficacité, l'efficience, la gouvernance, et le contrôle des coûts"⁶ dans la sphère publique.

Cette amélioration de la "performance" multi-dimensionnelle des pôles a été détournée à dessein par le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers qui, en 2007, à l'époque de l'élaboration des contrats de pôle, avait un déséquilibre budgétaire à combler⁷ lié, entre autres, à une sous-dotation budgétaire héritée de la période de dotation globale de financement (DGF). Le CHU d'Angers a donc cherché à tirer parti de ce nouvel outil qui, associé à la tarification à l'activité (T2A), pourrait lui permettre de restaurer son équilibre financier. La direction des projets de l'établissement s'est donc mobilisée sur cet outil pour en faire un vecteur de promotion de projets médicaux nouveaux qui devaient allier pertinence médicale et rentabilité économique (capacité des capitaux investis à produire du profit). Le lien entre la performance médicale et économique était orchestré par la règle du tiers qui imposait que les charges directes d'une activité nouvelle (moyens humains ou matériels) soient couvertes trois fois⁸ par la valorisation prévisionnelle de l'activité. Cette règle médico-économique initiée à l'époque est toujours d'actualité en 2012 alors que la santé financière du CHU est retrouvée.

Le CHU d'Angers a décidé de faire le bilan de la contractualisation interne instaurée par l'ordonnance du 2 mai 2005 à une période charnière. Les contrats de pôle de première génération (2008-2011) se sont achevés et une nouvelle politique de contractualisation avec les pôles est en cours. Elle est encadrée dorénavant par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)⁹ et ses textes réglementaires. Les pôles ont également évolué car les 14 pôles cliniques et médico-techniques¹⁰ créés en janvier 2005 ont été convertis en 7 pôles hospitalo-universitaires¹¹ en janvier 2012. L'établissement a opté pour un bilan ciblé sur le volet médico-économique des contrats de pôle. Cette volonté de la direction générale de concentrer l'évaluation de la première génération de ses contrats de pôle sur le volet médico-économique est révélatrice de l'utilisation faite par le CHU d'Angers de l'outil "contrat de pôle" instauré par l'ordonnance de 2005.

5 CAZENAVE JC, 2010, "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Economie Médicale*, Vol 28, n°6-7, pp. 249-254

6 AMAR A., BERTHIER L., *Le nouveau management public : avantages et limites*, XVI international RESER conférence, 2006, Lisbonne, 13 p.

7 Déficit de 3, 84 millions d'euros en 2007

8 Un tiers pour les charges directes brutes, un tiers pour les dépenses induites - indirectes par cette activité (examen de laboratoire induit, imagerie, activité logistique hôtelière) et un troisième tiers pour le retour à l'équilibre du CHU

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

10 Cf annexe 4 présentant le schéma des pôles du CHU d'Angers de janvier 2005 à janvier 2012

11 Cf annexe 5 présentant le schéma des pôles du CHU d'Angers à partir du 1^{er} janvier 2012

La question majeure qui se pose est de savoir **dans quelle mesure le contrat de pôle stimule et rend visible la performance sous l'angle médico-économique des pôles**. En effet, en tant qu'outil de management de la performance, les contrats de pôle encouragent par la fixation des objectifs, un pilotage par les résultats. En tant qu'instrument de pilotage, le contrat de pôle donne de la visibilité aux résultats obtenus par les pôles.

De multiples questions en découlent :

- Comment conduire un bilan médico-économique à partir des contrats de pôles élaborés aux CHU d'Angers ?
- Quel est le bilan médico-économique des contrats de pôle des pôles cliniques du CHU d'Angers?
- D'après ce bilan, peut-on conclure que les pôles du CHU d'Angers sont performants au niveau médico-économique?
- Cette performance des pôles au niveau médico-économique est-elle due uniquement au contrat de pôle?
- Peut-on limiter la performance d'un pôle au volet médico-économique?

Le contrat de pôle, outil pour introduire le pilotage par la performance au niveau des pôles d'activité (I), est centré sur la performance médico-économique au CHU d'Angers au détriment d'autres dimensions (II). Le bilan médico-économique positif des 11 pôles cliniques du CHU montre que le contrat de pôle a été au CHU d'Angers un vecteur déterminant pour stimuler et rendre visible la performance médico-économique (III). Le contrat de pôle doit aujourd'hui retrouver sa vocation initiale et viser la performance globale hospitalière (IV)

1 Le contrat de pôle, un outil pour introduire la culture de la performance au niveau des pôles d'activité

Le contrat de pôle, né dans un contexte de raréfaction des ressources publiques, d'exigence de la culture qualité et de critique du fonctionnement traditionnel du service public, est un outil du new public management (1.1) qui vise à améliorer la performance hospitalière (1.2).

1.1 Le contrat de pôle, un outil du new public management

La contractualisation interne est la résultante d'un contexte mouvant pour les hôpitaux (1.1.1) et d'émergence du new public management (1.2.1) qui bouleversent le fonctionnement des hôpitaux.

1.1.1 Le contexte de la naissance de la contractualisation interne

Les déficits de l'Etat et de la sécurité sociale qui se creusent obligent à une régulation des dépenses et à une plus grande transparence. Cela passe, entre autres, pour l'Etat par la mise en place de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) en 2001 puis plus récemment par la révision générale des politiques publiques (RGPP) en 2007. Pour la sécurité sociale, dans le domaine de la santé, la mesure principale a été d'instituer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Cette enveloppe fermée est déclinée en 6 objectifs dont un concerne les dépenses relatives aux établissements de santé. La pression du déficit pousse donc les établissements de santé à une maîtrise de leurs dépenses et une optimisation accrue de leurs recettes.

La pression sur les hôpitaux est d'autant plus forte que les établissements publics de santé ne sont pas épargnés par les déficits. En 2007, l'année de la contractualisation au CHU d'Angers, 80% des établissements de santé publics sont en déficit. Une enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF) et des conférences de directeurs généraux de centre hospitalier (CH) et de CHU sur la situation financière des hôpitaux avait estimé à 734 millions d'euros le déficit cumulé des établissements publics en 2007. L'objectif du gouvernement à l'époque visait un retour à l'équilibre à l'horizon 2012. Dans cette perspective, chaque établissement déficitaire était tenu d'établir un plan de redressement de ses comptes, mesure imposée par la loi de financement de la sécurité sociale. L'ARH pouvait alors lui octroyer une aide exceptionnelle mais, en contrepartie, les modalités de ce plan donnaient lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, autrement dit à la conclusion d'un contrat de retour à l'équilibre financier, avec la tutelle. Les hôpitaux en déficit doivent donc faire face à des plans de redressement pour améliorer leur

performance financière et ceux encore en équilibre cherchent à le rester par une meilleure gestion financière.

D'autre part, cette ordonnance intervient dans un contexte de bouleversement du financement des hôpitaux avec le passage progressif de la dotation globale de financement (DGF) qui régissait les budgets des hôpitaux depuis 1984 à la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2004. Les limites de la DGF avaient été mises en évidence par l'accélération de la consommation médicale en France. La DGF n'était pas sensible aux fluctuations d'activité des établissements d'une année sur l'autre. Elle prenait également mal en compte l'impact des innovations, ce qui est particulièrement pénalisant pour les CHU. Enfin, le mode de financement était opaque pour l'assurance maladie, car il privilégiait le financement des structures et de leurs acquis, plutôt que leur activité et leur évolution. A partir de 2008, la T2A devient l'unique mode de financement des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. La T2A marque une révolution par rapport au dispositif antérieur : ce sont dorénavant les activités qui déterminent directement les recettes. Cette réforme offre ainsi une réelle opportunité pour les établissements de santé de concilier logique économique et logique médicale. Du fait que cette réforme touche à la fois le secteur public et privé, dans un objectif de convergence tarifaire, elle accentue la concurrence entre les établissements publics de santé et les cliniques. Comme le souligne J. de Kervasdoué, la productivité du secteur public doit s'améliorer car " les cliniques représentent seulement le quart des capacités de soins mais plus du tiers de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique"¹².

De plus, la période est marquée par l'exigence de qualité et de sécurité renforcée par les affaires de sécurité sanitaire comme le sang contaminé. Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, la tendance est confortée par l'obligation pour les établissements de rentrer dans une procédure d'accréditation où la qualité de l'établissement sera appréciée par un organisme externe, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). L'accréditation est devenue aujourd'hui une certification¹³ réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Si la mise en place du concept de qualité dans les établissements de santé a tout d'abord visé à satisfaire la procédure d'accréditation en respectant les recommandations méthodologiques, l'établissement doit s'approprier la démarche et faire vivre cette dynamique qualité. La démarche qualité dans les établissements de santé constitue à la fois un enjeu de santé publique, dans la mesure où l'amélioration de la qualité des soins se fait au bénéfice du patient, un enjeu organisationnel car les dysfonctionnements de management mis en lumière par l'autoévaluation doivent être l'occasion de repenser les organisations et un enjeu financier car la démarche qualité évite des dysfonctionnements coûteux. Elle est, depuis 2006, facilitée par la naissance des indicateurs qualité qui sont des outils de

12 COLLEN V., 2012, "L'hôpital gagne du terrain sur les cliniques", *les Echos*.

13 La certification des établissements de santé consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable

transparence, de pilotage et de reporting interne. Il existe aujourd'hui deux grandes familles d'indicateurs qualité ; la première portant sur la lutte contre les infections nosocomiales¹⁴ et la deuxième concernant la prise en charge du patient¹⁵.

Enfin, l'ordonnance de 2005 a été adoptée dans un contexte de critique du fonctionnement traditionnel du secteur public, le fonctionnement bureaucratique prôné par Max Weber, accusé d'être "inefficace, rigide, coûteux, centré sur son propre développement (effet Léviathan), non innovant avec une hiérarchie trop centralisée"¹⁶. Le "new public management" est introduit en France depuis les années 80 et ses mesures phares qui sont la LOLF et la RGPP visent à adapter au secteur public des méthodes de management traditionnellement réservées au secteur privé. Les citoyens sont désormais assimilés à des clients (logique consumériste) tandis que les administrateurs deviennent de véritables managers. Ces derniers ont des nouveaux outils de gestion (la programmation, la coordination, la contractualisation, l'évaluation des décisions ex-ante et ex-post) qui visent la flexibilité, l'efficacité, l'efficience. Plus concrètement, le new public management se caractérise, d'après Y. Pesqueux¹⁷, par la mise en oeuvre d'indicateurs d'activité, d'outils de gestion budgétaire et comptable, d'outils de mesure des coûts dans la perspective de répondre à trois logiques d'action : celle de l'efficacité socio-économique (les objectifs énoncent le bénéfice attendu de l'action de l'Etat), celle de la qualité de service (les objectifs énoncent la qualité attendue du service rendu à l'utilisateur), celle de l'efficacité de gestion ou d'efficience (les objectifs énoncent, pour le contribuable, l'optimisation attendue dans l'utilisation des moyens employés). Ce new public management menacerait, selon certains auteurs¹⁸, le service public de santé en rapprochant l'hôpital de l'entreprise provoquant ainsi le mal-être des professionnels de santé. Le new public met en tension trois rationalités¹⁹ qui s'opposent : la rationalité économique, professionnelle et politique. Dans le domaine de la santé, le professionnel (médical ou paramédical) ne souhaite pas être assimilé à un prestataire ordinaire de services soumis à la logique productiviste au détriment de la qualité des soins. De même, les sujets qui touchent l'hôpital ne peuvent se

14 Parmi les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, on peut citer : le score ICALIN pour mesurer les activités mises en place, le score ICSHA pour la consommation de solution hydro alcoolique, le score SURVISO pour la lutte contre les infections du site opératoire, le score ICTAB pour le bon usage des antibiotiques, indice SARM sur le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline...

15 Parmi les indicateurs concernant la prise en charge du patient, on peut citer : la tenue du dossier patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, le dépistage des troubles nutritionnels, la tenue du dossier anesthésique, le dépistage de l'évaluation de la douleur...

16 AMAR A., BERTHIER L., le nouveau management public, CEROG, IAE d'Aix en Provence, Université Paul Cézanne

17 PESQUEUX Y., 2010, "le nouveau management public ", *hyper articles en ligne – sciences de l'Homme et de la société*, 11 p.

18 MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N. et TORIELLI R, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, collection Savoir agir, Paris, 368p

19 CHATELAIN-PONROY, 2011, "Une voie de compréhension du contrôle de gestion dans les organisations : la métaphore de l'iceberg", 25p.

réduire à leur seule dimension financière car le service public hospitalier repose avant tout sur des valeurs (démocratie, éthique, dignité...) et des choix politiques.

L'ordonnance du 2 mai 2005, conçue comme un dispositif d'accompagnement du passage à la T2A²⁰, a renforcé l'emprise du new public management au sein de l'hôpital. En modifiant la gouvernance des unités de soin qui est passée du service au pôle d'activité médicale regroupant plusieurs de ces derniers, placé sous la responsabilité d'un " responsable médical ", l'ordonnance a dû créer un moyen pour articuler gouvernance polaire et gouvernance institutionnelle : le contrat.

1.1.2 Le contrat de pôle orchestre les notions de base du new public management

Le contrat de pôle est "négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement [CME], d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité". La contractualisation est un mode de gestion par les objectifs qui lient deux parties, le principal et l'agent. G Charreaux²¹ définit un rapport d'agence comme un contrat selon lequel une personne (le principal à savoir le directeur et le président de la CME) demande à une autre personne (l'agent à savoir le responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique) d'exécuter un certain service en leur nom, impliquant de déléguer à cet agent une certaine autorité dans la prise de décision. Ce nouveau mode de management est consubstantiel au new public management. Alors que le modèle traditionnel bureaucratique imposait²², le new public management favorise le partenariat, la négociation, le débat entre les parties.

Le contrat de pôle " définit les objectifs financiers, d'activité et de qualité, il précise les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat "²³. Il introduit dans la gestion hospitalière le pilotage par les résultats²⁴ fondé sur l'idée d'un contrôle à distance des personnes au travail par la fixation d'objectifs mesurables. Le pilotage par les résultats s'appuie sur des objectifs, des moyens, des indicateurs et des évaluations régulières. Il pousse à une meilleure transparence des objectifs qui sont négociés contre des moyens humains ou matériels. Il nécessite un suivi s'appuyant sur les objectifs doublés d'indicateurs opérationnels et une évaluation régulière qui peut déboucher sur des sanctions en cas d'inexécution du contrat. D'après l'article L. 6145-16 de

20 GLARDON P.H, 2012, "Performances des pôle : enseignement de l'enquête gouvernance 2011, revue hospitalière de France", *Revue hospitalière de France*, n°544, pp.8-11

21 CHARREAUX G, JOFFRE P, KOENG G, DE MONTMORILLON B, 1987, De nouvelles théories pour gérer l'entreprise, Economica, Paris, 151p.

22 "La montée en puissance [du contrat] est en effet allée de pair avec la remise en cause plus ou moins forte de l'exclusivité de la loi, de la prééminence de l'État central, de la gestion en régie des services publics et, plus largement, des modes d'action fondés sur le commandement et la contrainte" extrait du rapport public du CE 2008

23 Article L6145-16 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

24 DRUCKER P., 1954, *The practice of management*, Harper and Row, New York.

l'ordonnance du 2 mai 2005 : " les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif ". Il est susceptible de créer une émulation profitable pour l'établissement de santé en créant un climat de comparaison (benchmarking) voire de concurrence entre les pôles. Enfin ce pilotage par les résultats, est motivé par un retour au collectif, même symbolique, auprès des équipes du pôle sous la forme d'un intéressement au résultat²⁵. Ce mécanisme d'intéressement collectif contribue à fédérer les équipes autour d'un projet de pôle, toutefois il nécessite que certaines conditions soient réunies. Ainsi L. Courcol nous précise que l'intéressement peut être considéré comme une motivation extérieure au travail sans rapport avec l'amélioration de la prise en charge des patients et donc peu considéré par les professionnels. Il est donc important pour l'intéressement garde un sens médicale pour qu'il soit source de motivation auprès des équipes médicales. Or, il n'a de sens "qu'à partir du moment où il y a des objectifs clairement fixés, mesurables et que les chefs de pôle ont réellement la possibilité de les atteindre"²⁶.

Le contrat de pôle est également l'instrument par lequel le directeur de l'établissement public de santé délègue une partie de ses compétences au responsable de pôle. Les établissements de santé mettent ainsi en place " des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur "²⁷. Le contrat de pôle organise donc la déconcentration de gestion comme le préconise le principe de subsidiarité porté par le new public management. Le principe de subsidiarité "conduit à rechercher toujours le niveau adéquat d'exercice des compétences, un niveau supérieur n'étant appelé que dans les cas où les niveaux inférieurs ne peuvent exercer eux-mêmes les compétences correspondantes"²⁸. Ce fonctionnement déconcentré vise à responsabiliser les acteurs qui ont une marge d'autonomie plus grande mais doivent en contrepartie atteindre des objectifs fixés dans le contrat. La délégation de gestion et le partage des responsabilités permettent de les juger sur leur performance. Sous l'ordonnance du 2 mai 2005, la délégation de gestion ne supposait pas forcément de délégation de signature, c'est-à-dire la possibilité pour les chefs de pôle de signer l'engagement de dépenses en tant qu'ordonnateur secondaire, par délégation de l'ordonnateur principal (le chef d'établissement)²⁹.

25 COURCOL L., Mémoire EHESP 2012 " La gouvernance polaire dans les CHU : les sources de motivation des équipes de pôle", décembre 2011

26 ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé*, Paris : rapport de l'IGAS, 124p.

27 Article L6145-16 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

28 GUICHARD O., 1976, *Vivre ensemble. Rapport de la Mission de développement des responsabilités locales*, Paris, La Documentation française, p. 97.

29 Guide explicatif de la DHOS, juillet 2006

1.2 Le contrat de pôle, un outil au service de la performance des pôles

Cette contractualisation interne vise à améliorer la gestion des pôles dans les domaines contractualisés, c'est-à-dire à améliorer la performance des pôles (1.2.1), en responsabilisant les acteurs des pôles (1.2.2),

1.2.1 Une performance "globale" et mesurable

Le contrat de pôle vise à améliorer la performance des pôles dans un contexte de financement contraint et concurrentiel. La performance est la conjonction de deux notions : l'efficacité et l'efficience. Être efficace pour un pôle c'est réaliser les missions de l'hôpital notamment le soin en déclinant le projet médical d'établissement. Cette efficacité doit être conjuguée à une maîtrise des dépenses et une rentabilité des ressources, c'est le rôle de l'efficience. La promotion de l'efficience ne doit pas se faire au détriment de l'efficacité.

La performance à l'hôpital est multi-dimensionnelle. Elle couvre rappelons-le, les domaines de l'activité (soins), du financier (budget équilibré), et de la qualité (pour le patient et le personnel).

-Les objectifs d'activité du contrat de pôle correspondent à la mise en œuvre des activités médicales nouvelles ou la réorganisation d'activités. Ces objectifs d'activités sont, en priorité, issus du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), du schéma inter-régional d'organisation sanitaire (SIOS), du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui orientent le projet médical d'établissement. Ils sont complétés par des objectifs complémentaires proposés par le pôle via le projet de pôle et validés par la direction générale.

-Les objectifs financiers du contrat de pôle visent l'exhaustivité, la pertinence et la réduction du délai du recensement des activités, la maîtrise de l'évolution des charges de fonctionnement et l'amélioration de l'efficience économique du pôle sur la base de références internes ou externes comparables.

-Enfin, les objectifs de qualité du contrat de pôle sont issus notamment des actions d'amélioration prescrites dans le cadre de la certification, des engagements en termes de qualité de la prise en charge (volet qualité du CPOM, volet qualité du projet d'établissement).

La performance des pôles est relative. Elle s'envisage en fonction de ce qui est attendu de l'organisation du pôle. La performance oblige ainsi à fixer des objectifs pour que le pôle puisse savoir ce qui est attendu de lui en termes financiers, social, d'activité, de qualité... D'après L. Laude³⁰, "La performance est un construit social car elle n'est pas fixée une fois pour toutes, en tous temps et en tous lieux. Les critères retenus pour la performance sont différents selon l'objet, les

30 LAUDE L., 2010, "Sens et contre-sens de la performance", *Les cahiers hospitaliers*, pp. 30-32

objectifs ainsi que la prise en compte des ressources mobilisées". Les définitions de la performance sont adaptées à l'objet mais également à son environnement. La performance d'un pôle n'est pas forcément identique à la performance d'un autre pôle. Ainsi, par exemple, la performance d'un pôle clinique fondée sur la valorisation d'activité ne peut pas s'appliquer de manière identique aux pôles prestataires médico-techniques qui supportent des contraintes plus fortes dans l'optimisation de leur activité. La performance d'un pôle dans un établissement en équilibre n'est pas la même que celle d'un pôle dans un établissement déficitaire. En effet, un pôle dans un établissement avec des finances équilibrées peut avoir une performance centrée sur les nouvelles activités alors qu'un pôle dans un établissement en déficit aura une performance orientée vers la maîtrise des dépenses.

La performance des pôles doit être mesurable d'où l'importance d'insérer dans les contrats de pôle des objectifs spécifiques (reliés à un projet), mesurables (via des indicateurs précis et accessibles) et définis dans le temps. L'évaluation de la performance est impossible à réaliser si ce critère n'est pas respecté. Cette mesure de la performance revêt, d'après L. Laude³¹, trois dimensions importantes qui sont la mise à jour, la comparaison et le dialogue. Un système de mesure permet, tout d'abord de rendre visible, de donner à voir. Par le suivi régulier des contrats de pôle, les acteurs du pôle et de la direction générale peuvent avoir une vision juste de la situation des pôles et ainsi corriger les dysfonctionnements identifiés. De plus, un système de mesure permet de comparer en vue de mettre en relation, de créer une émulation, ou de mettre en concurrence. Le contrat de pôle par sa logique d'intéressement et d'évaluation met en concurrence les pôles et leurs médecins. Enfin, la mesure soutient un processus de dialogue. Le suivi des contrats de pôle par des outils de pilotage médico-économique permet un dialogue constructif entre les acteurs des pôles et les directions fonctionnelles. L. Laude³² incite, dans son article, "à rester vigilant sur les pièges de la mesure de la performance". Le premier risque peut se résumer par le paradoxe du lampadaire, c'est-à-dire qu'on ne voit que ce qui est éclairé. Si la mesure est trop focalisée sur certaines dimensions, d'autres problèmes peuvent passer inaperçus. Le deuxième risque correspond au syndrome du commercial qui gonfle ou oriente ses chiffres du fait de trop forte pression du cadre hiérarchique. Le dernier risque concerne l'autonomisation des indicateurs, devenant des objectifs en soi, alors qu'ils ne sont qu'un moyen pour atteindre un objectif. La mesure de la performance pour être pertinente doit réunir certaines conditions. L. Laude synthétise ces conditions en fonction de deux dimensions : Sait-on mesurer les résultats sans ambiguïté? Sait-on ce qu'il faut faire pour bien travailler?

L'objectif de performance multi-dimensionnelle des pôles doit viser l'amélioration de la performance globale hospitalière. Il est important que la performance individuelle des pôles ne remette pas en cause le principe de solidarité institutionnelle, indispensable pour la pérennité des missions de l'hôpital et la sécurité des patients. La performance globale hospitalière nécessite donc que les

31 *ibid*

32 *ibid*

contrats de pôle respectent tous les mêmes règles et comprennent des objectifs transversaux du projet d'établissement qui sont des engagements institutionnels vis-à-vis des tutelles et des partenaires (par exemple, le développement de la chirurgie ambulatoire ou l'amélioration de la relation avec la médecine libérale).

L'amélioration de la performance multi-dimensionnelle des pôles sur la base des contrats de pôle repose sur une responsabilisation accrue des acteurs des pôles (trio de pôles et médecins) et un repositionnement en parallèle des missions des directions fonctionnelles.

1.2.2 Une performance s'appuyant sur une responsabilisation accrue des acteurs

Le rapport de l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS)³³ remarque " que la nouvelle gouvernance des établissements de santé promue dans les ordonnances de 2005 repose sur quelques principes structurants " dont " le principe de subsidiarité". Ce principe de subsidiarité s'appuie sur la délégation de gestion orchestrée par le contrat de pôle qui permet de déconcentrer au niveau du pôle la prise de décision dans les domaines de gestion le concernant. Cette délégation de gestion du chef d'établissement au praticien responsable de pôle est un gage d'autonomie et de responsabilisation de ce dernier qui représente le pôle à l'échelle de l'établissement.

Le responsable de pôle sous l'ordonnance de 2005 est conjointement nommé par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ainsi que le doyen dans les CHU pour une durée de mandat fixée par le conseil d'administration de chaque établissement. Il est assisté " selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé (...) et par un cadre administratif "³⁴ qui constituent une véritable équipe de pôle. Il possède une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des agents du pôle qu'il évalue et conduit la politique de gestion du pôle". A la fois médecin et désormais manager de pôle "³⁵, son défi est " d'impliquer les médecins dans les orientations de gestion prises par le pôle tout en respectant les champs d'expertise de chacun des spécialistes "³⁶. Les médecins ont un rôle clé à jouer dans la proposition de nouvelles activités médicales, dans le codage des actes et dans la maîtrise des dépenses médicales et de biologie. Pour motiver les médecins et les équipes paramédicales, il doit donner du sens à leur action en organisant une véritable concertation interne qui assure la diffusion de l'information et la mobilisation des équipes. Le rapport sur "les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement"³⁷ insiste sur que le fait que "le fonctionnement des pôles est très "acteur-

33 ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé*, Paris : rapport de l'IGAS, 124p.

34 Ancien article L6146-6 instauré par l'ordonnance du 2 mai 2005

35 ANAP, 2011, *Etre chef de pôle*, Paris, 36p.

36 ZEGGAR H, VALLET G, op. cit.

37 MOISDON JC, PEPIN M, 2010, *les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement*, Paris : Série Etudes et recherches, 122p.

dépendant" et paraît étroitement conditionné par le plus ou moins grand volontarisme des responsables, médecins, cadres, ou administratifs".

La performance du pôle repose donc sur le responsable de pôle qui est " le pilote des centres opérationnels de l'hôpital "³⁸ et son équipe proche. Ce nouveau mode de management de proximité modifie la répartition des pouvoirs et des responsabilités au sein du CHU, car il suppose une redéfinition des missions des directions fonctionnelles dans les domaines délégués aux pôles. Les directions fonctionnelles sont, en effet, contraintes de faire évoluer leur organisation car elles ne prennent plus directement les décisions dans les domaines délégués mais doivent aider l'équipe de pôle dans sa gestion, notamment par la sélection, l'élaboration et la mise en œuvre effective de ses projets. La collaboration harmonieuse entre l'équipe de direction et l'équipe du pôle est un facteur clé de la réussite des projets du pôle.

Plusieurs organisations sont possibles pour favoriser la collaboration entre l'équipe du pôle et la direction:

- Le directeur référent de pôle, organisation du CHU d'Angers jusqu'au 1^{er} avril 2012, a le désavantage de manquer de temps pour remplir ses fonctions envers les pôles car il est déjà positionné sur une direction fonctionnelle. Il a, par contre, l'avantage de maintenir des liens multiples entre chacun des directeurs et les pôles.
- La création, à partir d'avril 2012 au CHU d'Angers, d'un poste de directeur dédié à la contractualisation interne et aux pôles, révèle l'importance consacrée dorénavant au suivi et à l'animation des projets des pôles. Cette nouvelle organisation fonctionnelle permet une centralisation du dialogue avec les pôles. Ce positionnement est, cependant, un peu délicat car "c'est un poste qui est à la connexion entre l'équipe de direction et des équipes de pôles. C'est être ni d'un côté ni de l'autre. Du côté de la direction, c'est être un peu le représentant des pôles (même si ce n'est pas le cas) et pour les pôles c'est aussi être un peu le représentant de la direction donc il faut réussir à utiliser ça positivement et faire en sorte que ça ne soit pas délétère ni pour les uns ni pour les autres"³⁹.

Quelque soit l'organisation choisie par l'établissement, le directeur référent ou le directeur unique de la contractualisation, ce directeur est censé être la porte d'entrée du pôle auprès de la direction générale. Ses missions sont les suivantes :

- discuter au moment de leur émergence de la faisabilité des projets du pôle, en évaluer les contraintes techniques et juridiques de réalisation. C'est le rôle "filtre" du directeur référent
- tenir un rôle de conseil plus officieux auprès du pôle, comme en témoigne la nouvelle directrice de la contractualisation du CHU d'Angers : "l'idée c'est d'être plus près des pôles

38 ANAP, 2011, *Etre chef de pôle*, Paris, 36p.

39 Extrait de l'entretien avec E. Debaisieux, directrice de la contractualisation interne et des pôles au CHU d'Angers

pour qu'au moment où ils réfléchissent au projet je puisse les alerter, les aider. Le but est de cheminer ensemble et d'aboutir à un projet mature qui sera soutenu par la direction générale"

- suivre la réalisation des objectifs des pôles, de l'évolution de son activité
- favoriser la réussite du projet et du bon fonctionnement du pôle en ayant un rôle d'interface entre directions fonctionnelles et pôles, particulièrement en cas de problème.

Cette réorganisation de l'équipe de direction et des directions fonctionnelles a pu susciter " des craintes lors de la mise en place des délégations de gestion au profit des pôles. D'autres directions fonctionnelles se sont rapidement investies, au-delà de leurs missions traditionnelles dans de nouvelles relations clients/fournisseurs "⁴⁰. Le rapport IGAS⁴¹ préconise en outre la participation des directions fonctionnelles à la définition des compétences et des moyens à déléguer, qui doivent être ajustés selon l'activité de chaque pôle. Un partage clair des compétences entre pôles et directions fonctionnelles doit être opéré.

La performance des pôles repose à la fois sur une nouvelle gouvernance (contractualisation), de nouveaux acteurs qui doivent fédérer les équipes du pôle autour d'une dynamique propre et une direction générale qui doit savoir se repositionner pour susciter une collaboration efficace.

2 Le contrat de pôle au CHU d'Angers, un centrage sur la performance médico-économique des pôles.

La contractualisation précoce au CHU d'Angers a été impulsée par la direction générale dans un contexte de déséquilibre budgétaire (2.1) ce qui a favorisé la conception d'un contrat de pôle principalement orienté vers la performance médico-économique (2.2).

2.1 Une élaboration précoce des contrats de pôle impulsée par la direction générale dans un contexte de déséquilibre financier.

Dans le contexte financier déficitaire, le contrat de pôle a été utilisé comme un moyen pour impulser une dynamique de projets médicaux (1.2.1) par la direction des projets du CHU d'Angers qui l'a mis rapidement en place (1.2.2).

40 GLARDON PH, LE GALIARD Léa, 2011, "Comment promouvoir la performance des pôles ? ", *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp. 28-31

41 ZEGGAR H, VALLET G, op. cit.

2.1.1 Le contrat de pôle, levier pour promouvoir une dynamique de projets médicaux.

Le CHU d'Angers s'est rapidement lancé à partir janvier 2005, dans un processus de contractualisation interne après la constitution de 14 pôles cliniques et medico-techniques⁴². En effet, les premières négociations des contrats de pôle ont commencé en 2007 et les premières signatures des contrats de pôle ont eu lieu en 2008. Par comparaison, en 2008, seuls 57% des CHU avaient mis en place les contrats de pôles dans au moins un pôle⁴³. Le processus de contractualisation avec l'ensemble des 14 pôles (11 pôles cliniques et 3 pôles médico-techniques) a, par contre, été long car il s'est étalé sur deux ans, les dernières signatures de contrat de pôle intervenant en 2009.

Cette précocité dans la mise en place des contrats de pôle dès 2008 s'explique, tout d'abord, par la volonté du CHU de donner aux pôles les instruments nécessaires à leur organisation. Le directeur général adjoint du CHU d'Angers, J.F. Caillat, rappelle que : " les contrats de pôle, c'était la partie qu'on ne pouvait pas éliminer, supprimer, de la gestion décentralisée accompagnant la mise en place des pôles. Cela aurait été incomplet de positionner les pôles à l'identique de ce qui avait été fait en 2005. On avait eu un peu de mal à les mettre en place sans les accompagner de cette dimension contractualisation. Cette contractualisation était donc plus, un objectif de management général de l'établissement pour aller au bout d'une organisation définie par les textes, qu'un objectif financier ".

De plus, la rapidité pour lancer le processus de contractualisation était liée à la situation économique du CHU d'Angers en 2007. A cette date, le CHU d'Angers est encore déficitaire (d'environ 3,84 millions d'euros⁴⁴). Le CHU d'Angers a été en déséquilibre tout au long des années 2000 du fait, et nous l'avons précédemment indiqué, d'une sous dotation de la DGF. Cette situation financière est donc prise en compte lors de la mise en place des contrats de pôle avec, par exemple, la règle des trois tiers. L. Pailhé⁴⁵, directeur de la stratégie et des coopérations, explique " qu'il fallait que les charges directes d'une activité nouvellement déployée soit couverte trois fois par la valorisation prévisionnelle de l'activité : un tiers pour les charges directes brutes, un tiers pour les dépenses induites par cette activité (examen de laboratoire, imagerie, activité logistique hôtelière) et un troisième tiers pour le retour à l'équilibre du CHU ". Le principe de la valorisation 1 pour 3 concerne les activités d'hospitalisation. Pour les activités externes, la règle de valorisation est de 1 pour 2 entre les charges directes et la valorisation prévisionnelle de l'activité, car la notion de dépenses induites par l'activité est beaucoup moins importante pour l'activité externe que pour

42 Cf annexe 4 présentant le schéma de l'organisation de la première génération des pôles au CHU d'Angers

43 Comparaison avec l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2008

44 Rapport d'activité 2007

45 L. Pailhé fut le directeur du pôle projet à partir de 2009.

l'hospitalisation. Compte tenu de cette situation déficitaire JF Caillat fait observer, que la contractualisation engagée sur le CHU d'Angers devait : " se traduire par des règles et en particulier la très fameuse règle du tiers qui obligeait les pôles lorsqu'ils augmentaient leur production à en faire profiter les pôles qui n'étaient pas excédentaires et plus globalement l'établissement qui avait un rattrapage à réaliser en termes financier ".

Enfin, cette contractualisation précoce visait à utiliser les contrats pour développer de nouvelles activités rentables au CHU d'Angers. Avec la mise en place de la T2A et son passage à 100% en 2008, le CHU d'Angers a ainsi saisi l'opportunité d'utiliser cet outil comme levier pour impulser de nouveaux projets médicaux. P. Guinard⁴⁶, directeur du pôle projet lors du lancement des contrats de pôle, déclare qu'il y avait une envie, une volonté de développer un certain nombre de projets et que c'était possible car on sortait de la logique du budget global. Avec la T2A, on se disait, au moins, quand il y a un projet médical, on peut accompagner les unités de soins et logiquement ça doit être bon pour la structure globalement. C'était intuitif. Le mécanisme de financement normal, permettait d'accompagner les projets sans être contraint d'aller négocier un demi poste avec l'agence régionale d'hospitalisation ".

Le contrat de pôle a donc été mis en place pour donner un sens aux pôles créés en 2005, pour restaurer l'équilibre des finances et soutenir les pôles dans leurs projets médicaux. Cet outil a été porté par le pôle projet qui l'a façonné en fonction de ses objectifs.

2.1.2 L'élaboration précoce des contrats de pôle initiée par la direction des projets

L'élaboration des contrats de pôle a pu se faire précocement car il y avait une volonté politique de la direction générale de mettre en place l'outil " contrat de pôle " pour les raisons qui viennent d'être rappelées. Elle a aussi été facilitée car une culture des contrats était présente à Angers depuis les années 2000. Ainsi, le CHU d'Angers avait expérimenté des contrats, avec le département de gynécologie obstétrique et de pédiatrie et ce dès les années 2000. L. Pailhé explique qu'il s'agissait de contrats qui s'articulaient autour du développement d'activités nouvelles et de la maîtrise de certains segments de dépenses ". Le contrat passé avec le département de gynécologie - obstétrique avait pour objectif " d'améliorer la qualité du service rendu aux patientes et nouveaux-nés par une meilleure adaptation de l'organisation et une maîtrise médicalisée des ressources "⁴⁷. S. Crassat, cadre supérieur du pôle mère-enfant, indique qu'à l'époque, déjà, les contrats avaient " un objectif médico-économique ". P. Guinard précise qu'il y avait même eu une tentative d'intéressement pour les départements qui avaient contractualisés avec la direction générale.

46 P. Guinard a initié les contrats de pôle au CHU d'Angers en 2007. L. Pailhé lui a succédé en 2009.

47 Extrait du contrat de pôle de la gynécologie obstétrique (2004-2006)

L'élaboration et la négociation de la première génération des contrats de pôle ont été orchestrées par la direction des projets. Dans l'ordre chronologique, ont été élaborés le projet d'établissement ⁴⁸ (octobre 2006) puis le CPOM 2007-2011 ARH-CHU (avril 2007), les projets de pôle (2007-2008) et enfin les contrats de pôle (2008-2009). Il existe une imbrication étroite entre ces 4 textes. Dans le préambule des contrats de pôle du CHU d'Angers (article 3, il est inscrit : les objectifs déclinés par le présent contrat font référence notamment aux schémas régional et inter-régional d'organisation des soins en vigueur, au projet d'établissement et au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. JF. Caillat précise la logique qui soutenait cette articulation : " L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) faisait le SROS, l'établissement réalisait son projet d'établissement et ensuite un dialogue s'instaurait pour obtenir un contrat [CPOM]. De la même façon, on déclinait les projets à l'intérieur de l'établissement hospitalier, le pôle faisait son projet, l'établissement concevait son projet d'établissement, puis on se réunissait pour réaliser en commun un contrat de pôle. Dans la pratique du CHU d'Angers, l'élaboration des contrats de pôle s'est déroulée différemment. Le projet d'établissement 2006-2010 a été réalisé de façon participative, il intégrait donc les aspirations des pôles dans le projet médical de l'établissement. Dans ce dernier, il y avait un mélange de projets en gestation et d'autres déjà commencés. Pour réaliser le projet de pôle, on ne partait donc pas de rien car déjà de nombreux projets étaient intégrés au projet d'établissement ".

Les projets de pôle⁴⁹ ont été, selon P. Guinard, " un peu difficile à réaliser ". Les projets de pôle formalisent l'ensemble des buts que les membres du pôle souhaitent atteindre au cours d'une période donnée (évolution de l'organisation, évolution de la prise en charge des patients, évolution de l'offre de soins, évolution de la recherche, évolution de l'enseignement...). Les diverses contributions des pôles pour le projet d'établissement (projet médical, projet de soins, projet de la direction des ressources humaines, projet financier et de gestion), le SROS 3 (projet médical de territoire, autorisations, objectifs quantifiés), la certification (recommandations de l'HAS) et la politique d'enseignement et de recherche) ont servi de support pour réaliser le projet de pôle. P. Guinard souligne la difficulté qu'il a rencontrée "il fallait insister pour que les pôles comprennent que d'autres dimensions que le projet médical pouvaient être déclinées dans le projet de pôle. Ce n'était pas facile donc la direction des projets a suggéré des pistes à inscrire dans les projets de pôle. Les

48 Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L.713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

49 " Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins " (article 6 de l'ordonnance du 2 mai 2005)

projets de pôle ont été très inégaux d'un pôle à l'autre. Il y avait des pôles où le projet de pôle était un alibi entre le projet d'établissement et le contrat. D'autres étaient déjà en train de faire le contrat ".

Les contrats de pôle, " niveau opérationnel de réalisation du projet d'établissement " ⁵⁰, ont été ensuite élaborés et négociés. De nombreuses personnes interrogées insistent sur la durée entre la négociation des premiers contrats et la signature des derniers qui a duré plus de deux ans. L. Pailhé explique cela par des retards dans l'élaboration des projets de pôle. J.F Caillat parle de " lourdeur administrative ". P. Guinard explique la méthode d'élaboration et de négociation des contrats de pôle : " La technique utilisée était que la direction envoyait une version 0 du contrat de pôle. Elle glanait tout ce qu'elle avait en base, les différentes contributions des pôles, les projets d'activité et elle envoyait au pôle la trame type déjà un peu remplie pour provoquer des réactions. C'était le support de travail entre la direction des projets et les pôles. Le rôle de la direction des projets dans l'élaboration de la première génération des contrats de pôle a donc été cruciale tant au niveau de la dynamique donnée aux pôles pour élaborer les contrats qu'au niveau de l'aide apportée pour sélectionner et formaliser les nouveaux projets d'activités contractualisés. P. Guinard explique : " les projets étaient proposés par les pôles mais le rôle du pôle projet était de rendre ce projet concret, de le matérialiser par des objectifs, des moyens, des indicateurs ". Si le premier contrat signé avait un volet pluriannuel, chaque année un avenant était renégocié et signé entre le pôle et la direction générale pour faire le point sur les activités (recettes attendues) et les moyens consommés (dépenses en ressources humaines, dépenses médicales et de biologie).

La trame de la première génération des contrats de pôle⁵¹ était simple et standardisée pour aller plus vite dans l'élaboration et le déploiement des premiers contrats de pôle. Les articles de 1 à 3 (préambule) et 8 à 11 énonçaient les règles générales de contractualisation (Champ du contrat ; Objectif généraux de la contractualisation ; Rappel des principes généraux institutionnels retenus et modalités d'élaboration ; Objectifs financiers ; Les moyens ; Suivi et évaluation du contrat ; Intéressement). Les articles 4 à 7 retraçaient les objectifs spécifiques de chaque pôle, déclinés ensuite dans l'annexe annuelle (Eléments quantitatifs à prendre en compte dans le diagnostic initial ; Points clés d'amélioration ; Objectifs d'activités ; Objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, de prévention des risques et d'évaluation). Deux annexes accompagnaient les contrats de pôle : l'annexe 1 décrivait le volet annuel avec les objectifs d'activité; les objectifs de qualité, sécurité de la prise en charge, prévention des risques et évaluation, projet social, projet recherche; objectifs financiers, les moyens contractualisés et l'annexe 2 correspondait au tableau des emplois du pôle. " Cette relative standardisation des contrats de pôle a été une limite pour les pôles médico-techniques qui sont des pôles prestataires

50 Définition du contrat de pôle pour le CH de Martigues dans COULOMB E, ESTIENNE N, 2011, "Le pôle, échelon de pilotage des objectifs de l'établissement", *Revue Hospitalière de France*, pp.32-34

51 Cf annexe 6 présentant la trame des contrats de pôle de première génération au CHU d'Angers

ne maîtrisant pas l'effet volume " souligne P. Guinard. Il poursuit en indiquant que " le CHU d'Angers n'a pas réalisé de contrat inter-pôles qui ont du sens pour les pôles médico-techniques mais a parfois liés des objectifs chirurgicaux et anesthésiques ".

La délégation de gestion organisée par la première génération de contrat de pôle a été faible. Il y avait deux champs principaux : les ressources humaines et les dépenses à caractère hôtelier. Dans le champ des ressources humaines, la délégation de gestion concernait :

- les crédits de formation (crédits délégués pour congrès et journées d'études et formation en lien avec le projet de pôle),
- la gestion des vacances de postes (mouvements internes), la transformation de poste sous réserve de l'accord de la DRH
- la gestion des candidatures internes et externes
- la gestion des temps partiels

Il persiste une expérimentation de délégation de gestion élargie en ressources humaines en biologie, qui est autonome pour ses remplacements depuis 2009.

Pour les délégations d'enveloppe des dépenses hôtelières et générales via l'e-procurement (champ approvisionnement du matériel hôtelier principalement, de la papeterie...), le pôle a une délégation d'enveloppe et un droit de tirage libre sur catalogue. La répartition et le suivi au sein des unités de soin au niveau du pôle se fait via l'outil AUREA⁵².

Il n'y a pas eu de délégation de signature dans la première génération des contrats de pôle. L. Pailhé précise que " d'après le résultat d'un questionnaire réalisé par la commission stratégie, les chefs de pôle ne voient pas l'intérêt de cette délégation de signature ". Plusieurs chefs de pôle m'ont confirmé l'absence d'intérêt pour une de la délégation de signature. Un chef de pôle a ainsi expliqué : " La délégation de signature ne m'intéresse pas. Que l'on me demande de cosigner certaines décisions, oui, cela a du sens. Mais je crois qu'il ne faut pas confondre les compétences de chacun. Les compétences d'une équipe de direction doivent être importantes. La délégation de signature ne m'intéresse que dans le sens d'une participation et non d'une délégation. A certains moments, je souhaiterais que la direction ne signe pas sans me consulter et vice versa je suppose ".

Les contrats de pôle du CHU d'Angers impulsés par la direction des projets ont eu un centrage sur la performance médico-économique au détriment du volet qualité.

2.2 Un centrage médico-économique des contrats de pôle au détriment d'une vision plurielle

52 Plate-forme e-Procurement des CHUs

Le contrat de pôle de première génération s'est concentré sur la performance médico-économique (2.2.1) au détriment du volet qualité (2.2.1).

2.2.1 La performance médico-économique, cœur des contrats de pôle

Le volet médico-économique est le cœur de cette première génération de contrat de pôle. La logique générale choisie par le CHU d'Angers est de ne pas remettre en cause les activités médicales existantes mais de fixer des objectifs médico-économiques sur les nouvelles recettes et les nouvelles dépenses liées à une activité médicale qu'un pôle veut développer. En conséquence, le CHU d'Angers a considéré que les pôles ne maîtrisaient pas l'existant ni les charges indirectes et s'est concentré dans les contrats de pôle sur les charges variables. JF. Caillat résume la démarche : " A la différence d'autres établissements on ne fait pas de Compte de Résultat Analytique (CREA) parce que globalement cela n'a pas de sens. Par contre, on fait des comptes sur les nouvelles activités. D'un point de vue purement économique c'est discutable. Un observateur extérieur pourrait soutenir : vous avez un service mal géré, pas performant qui vous propose une activité nouvelle et vous lui donnez des moyens parce que cette activité est viable économiquement. On le fait car on se dit que cela va améliorer sa moyenne mais on ne remet pas en cause la totalité de l'existant". Ce choix de ne pas recourir au CREA s'explique pour T. Brossard, directeur de la Cellule d'Analyse de Gestion (CAG), pour des raisons méthodologiques et politiques. Tout d'abord, au niveau méthodologique, les CREA reposent sur des arbitrages qui peuvent modifier considérablement les résultats et sont donc largement critiqués pour cette raison. Par exemple, l'imputation des séjours multi-unités favorise des services et en défavorise d'autres selon les choix méthodologiques. De plus, au niveau politique, le CHU d'Angers étant à l'équilibre, afficher des services en déficit ou en excédent n'a pas d'intérêt. Au contraire même, cela pourrait s'analyser comme une forme de stigmatisation des services déficitaires et provoquer un certain laxisme des services bénéficiaires.

Les contrats de pôle contiennent donc deux volets distincts pour les objectifs médico-économiques⁵³. Tout d'abord, les contrats de pôle fixent annuellement la prévision de recette d'activité d'hospitalisation à partir des hypothèses de l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à atteindre par rapport à l'année n-1. Cette prévision est calculée à partir du taux de prévision de hausse d'activité annoncé dans la circulaire DGOS campagne tarifaire auquel est ajouté l'effet tarif. Les nouveaux tarifs sont alors simulés par PMSI pilot⁵⁴ (simulation du case mix de l'année n avec les tarifs de l'année n+1). La simulation permet de déduire un pourcentage de valorisation supplémentaire à atteindre par rapport à l'année précédente. Les contrats de pôle fixent également annuellement la prévision de recette d'activité externe à atteindre par rapport à n-1. Cette prévision correspond au taux de la circulaire tarifaire DGOS. Les deux objectifs ajoutés forment

53 Cf annexe 8 présentant un exemple de tableau récapitulatif pour un pôle les objectifs de base et les objectifs spécifiques

54 Logiciel destiné au pilotage médico-économique des établissements de santé

l'objectif de base à atteindre pour le pôle. Certains pôles auront des objectifs différents car est prise en compte l'évolution tarifaire par pôle. Face à ces recettes d'activité d'hospitalisation et d'activité externe, le suivi des dépenses porte sur les charges médicales variables : dépenses pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux) et les prescriptions de biologie. L'objectif correspondra à une évolution par rapport à n-1 avec transposition de l'objectif d'activité en hospitalisation (hors effet tarif).

En second lieu, les contrats de pôle peuvent également contenir des objectifs spécifiques d'activité correspondant à des développements d'activités médicales nouvelles ou à des réorganisations associées à des moyens contractualisés. Ces moyens contractualisés peuvent être des moyens humains ou matériels. Cet engagement de moyens dans des projets dont on attend un retour sur investissement est considéré par les pôles comme un intéressement a priori. Les pôles négocient leurs moyens nouveaux d'après la règle des trois tiers qui s'applique pour toutes les nouvelles activités T2A (hors MIGAC et dotation forfaitaire). En conséquence, tout moyen humain supplémentaire ne peut s'obtenir que si le pôle prouve qu'il atteindra une valorisation d'activité à terme trois fois supérieures⁵⁵ au montant du coût du personnel contractualisé. Généralement, la montée en charge de ces moyens est progressive et conditionnée aux résultats mais cela concerne des créations de poste donc des dépenses pérennes. Ces moyens donnent lieu à de véritables discussions avec la direction au moment du dimensionnement des projets à tel point que les directions recherchent plutôt un meilleur cadrage de départ pour éviter les surprises. Ce cadrage passe notamment par la réalisation par le pôle de fiches projet⁵⁶. Il faut savoir que cette règle de négociation des nouveaux postes via les contrats de pôle à travers la règle des trois tiers s'applique sans exception à tous les personnels nouveaux paramédicaux mais que tous les personnels médicaux nouveaux ne sont pas tous soumis à cette règle. L. Pailhé explique ainsi que " Le champs hospitalo-universitaires et de la recherche échappe totalement à la logique des contrats. Pour les emplois médicaux, l'inscription dans le contrat est moins rigoureuse que pour le personnel non médical car il y a des arbitrages d'une autre nature qui sont rendus. Quand le CHU a un candidat de valeur qui se positionne sur un poste, la question n'est pas trop de savoir quelle activité justifie de l'embaucher mais il faut le garder tout simplement. Le président de CME joue un rôle très important dans ce domaine. Dans un débat sur la nouvelle génération des contrats de pôle, il a rappelé le fait que la stratégie globale de l'emploi médical du CHU n'était fondamentalement pas déléguée aux pôles ". Un délai de pérennisation des moyens contractualisés est fixé dans le contrat de pôle. L'objectif de base associé aux objectifs spécifiques forme un objectif global à atteindre pour le pôle.

55 La valorisation des nouvelles activités doit être trois fois supérieures pour les activités d'hospitalisation que les charges directes et deux fois supérieures pour les activités externes.

56 Les fiches projets sont des fiches réalisées par le cadre de gestion et le cadre supérieur de pôle pour décrire les nouveaux projets et argumenter leur viabilité économique (cf annexe 9 présentant un exemple de fiche projet réalisé par les pôles)

Pour chaque objectif spécifique, il y a au moins un objectif en termes d'activité et au moins un indicateur de suivi permettant une évaluation régulière de l'atteinte de l'objectif. Chaque indicateur est décrit par une définition, une source, un responsable et une périodicité. Une priorité est donnée aux indicateurs standardisés issus, pour l'essentiel, d'un dictionnaire d'indicateurs défini pour l'ensemble du CHU⁵⁷. Par exemple, dans le contrat de pôle 2008-2010 du pôle neurosciences et spécialités chirurgicales, une activité nouvelle correspond à "Topographie cornéenne en Ophtalmologie". Son objectif est : "la réalisation d'actes nouveaux de vidéo-photo-kératographie topographique dans le cadre de consultations existantes et d'un nouvel examen, lié à l'achat d'un topographe cornéen". Les indicateurs à suivre sont les suivants : "Nombre d'actes BLMP002 (objectif 520 sur une année pleine) ; nombre d'actes BDQP002 (objectif 520 sur une année pleine) ; nombre d'actes BDQP003 (objectif 320 sur une année pleine)".

Le suivi des recettes d'hospitalisation, des recettes externes, des objectifs d'activités spécifiques, des dépenses médicales, des prescriptions de biologie est réalisé par les cadres de gestion aidés par la CAG. Les cadres de gestion sont des personnels administratifs au sein des pôles qui ont pour principale mission le pilotage de l'activité et des moyens, le suivi des contrats de pôle, la gestion budgétaire, la gestion des ressources humaines et la gestion de la qualité. Historiquement relié par lien hiérarchique à la direction générale, ils sont, depuis le 1er janvier 2012, rattaché au chef de pôle. Pour suivre les indicateurs du contrat de pôle, les cadres de gestion s'appuient sur un tableau de bord produit par la CAG. Ce dernier est disponible sur l'intranet. Il est identique pour tous les pôles et actualisé tous les mois. Ce tableau de bord contient des indicateurs classiques (nombre d'entrées, nombre de venues, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, recette, dépenses...). Les cadres de gestion en assurent la diffusion et l'interprétation auprès des membres du pôle (chef de pôle, médecins...). Les cadres de gestion produisent également leurs propres tableaux de bord dans lequel ils rajoutent les indicateurs locaux (indicateurs spécifiques de contrat de pôle, indicateurs demandés par le responsable de pôle, indicateurs demandés par les médecins du pôle). L'objectif des tableaux de bord est de regrouper sur un même tableau l'ensemble des données médico-économiques du pôle de façon à mettre à jour certaines incohérences ou au contraire à expliquer l'évolution de certaines activités. Par exemple, une baisse de l'activité dans un service associée à une forte augmentation des dépenses médicales permet de s'interroger sur les causes d'une telle évolution. Les outils de pilotage médico-économique sont donc doubles au CHU d'Angers. Il existe un tableau de bord standard réalisé par la CAG identique pour tous les pôles d'activité et les tableaux de bord réalisés par les cadres de gestion spécifiques à leurs pôles. Cette hétérogénéité des tableaux de bord des cadres de gestion dans les pôles est une richesse car les indicateurs suivis sont spécifiques mais elle peut être également une menace pour le suivi méthodique des contrats de pôle prévu à l'article 7 des contrats de pôle "un tableau de bord de suivi

57 Le "dictionnaire d'indicateurs" est mentionné dans l'article 3 "principes généraux" du contrat de pôle (cf annexe 6).

du contrat est produit mensuellement par les cadres de gestion du pôle ". En effet, de nombreux cadres de gestion interrogés suivent des indicateurs différents du contrat de pôle qu'ils jugent plus pertinents au détriment des indicateurs du contrat de pôle qui ne sont pas toujours suivis rigoureusement⁵⁸. A contrario, certains objectifs du contrat ont été très difficiles à suivre pour les cadres de gestion car "il y avait certains objectifs sans indicateurs et des indicateurs dans le contrat sans cible d'activité autre qu'une valorisation d'activité"⁵⁹. T Brossard précise que " l'étape suivante pour la cellule d'analyse de gestion sera de fournir aux pôles des tableaux de bord avec des indicateurs spécifiques ". L'articulation CAG-cadre de gestion est " efficace et complémentaire " selon T. Brossard car la CAG et les cadres de gestion n'ont pas les mêmes missions. La CAG fournit des données médico-économiques que les cadres de gestion utilisent dans les pôles. A l'inverse, la CAG a parfois besoin d'explications précises pour comprendre une évolution des chiffres et le cadre de gestion, du fait de sa proximité avec le terrain et de leur intégration au pôle, peut fournir des informations précises. Le suivi des contrats de pôle se fait également à travers des rencontres mensuelles cadres de gestion -pôle projet⁶⁰ pour évaluer l'évolution des objectifs médico-économiques au cours de l'année. Ces réunions explique T. Brossard sont facilitées par l'existence de tableaux de bord fiables et pertinents qui "sont le pilier d'un dialogue de gestion constructif " ⁶¹. Elles sont aussi selon lui l'occasion « de mettre un peu de liant entre les cadres de gestion. Elles permettent aux directeurs de donner des informations descendantes et de passer telle ou telle commande particulière, de rappeler telle ou telle consigne. Les cadres de gestion, eux, font remonter leurs difficultés sur le terrain ". Deux à trois fois par an, des réunions de suivi du contrat de pôle réunissent également : la direction générale, le pôle projet et l'équipe de pôle.

La politique d'intéressement est également exclusivement orientée vers la performance médico-économique. Le principe est que tout pôle clinique est éligible à l'intéressement mais que ce dernier est conditionné à un excédent du CHU. En cas de déficit, de plan de redressement, d'administration provisoire, l'intéressement des pôles aux résultats d'activité serait suspendu. Les indicateurs suivis sont les recettes d'activité et les dépenses médicales (pharmacie hors DMI et biologie). Pour être intéressé, le pôle doit atteindre son objectif de recettes d'activité et ne pas dépasser son objectif de dépenses médicales⁶². Quand un pôle est éligible à l'intéressement (qu'il a dépassé ses objectifs d'activité), l'écart positif avec l'objectif est converti en intéressement à raison d'un tiers (un tiers de contribution à l'équilibre budgétaire et aux orientations stratégiques et un autre tiers de réserve pour les aléas des résultats de pôles). A cet intéressement, on retire l'éventuel dépassement de l'objectif des dépenses médicales. En 2010, un intéressement spécifique lié à la consommation de biologie a

58 Ce suivi hétérogène des contrats de pôle par les cadres de gestion a été une difficulté lors de la réalisation du bilan médico-économique des contrats de pôle.

59 Entretien avec un cadre de gestion au CHU d'Angers

60 Le pôle projet contenait la direction des projets et la CAG

61 GUICHETEAU J, MASESTRE-LEFEVRE A, 2009, "Un tableau de bord équilibré au service du pilotage médico-économique", *Revue Hospitalière de France*, n° 531, pp.44-46

62 Cf annexe 7 sur le calcul de l'intéressement pour l'année 2009

été mis en place. L'intéressement total des pôles entre 2008 et 2011 a oscillé entre 100 000 et 300 000 euros pour un intéressement total sur 4 ans de 726 804 euros. Initialement, l'intéressement prévoyait une part déléguée à la qualité qui n'a jamais été mise en place. Le responsable de pôle fait une proposition d'affectation de l'intéressement après consultation du conseil de pôle. Cette affectation doit concerner des dépenses non pérennes. L'intéressement, géré par les cadres de gestion, pose de nombreuses difficultés. D'un point de vue technique, les demandes que font remonter les personnels ne correspondent pas forcément aux marchés passés par le CHU, les demandes sont très éclatées et les quantités demandées et leur faible valeur ne permettent pas de passer un marché. Par exemple, au CHU d'Angers, la direction des services économiques et des achats (DSEA) s'est trouvée désarmée face aux demandes de certains pôles (petits déjeuners, massage...). La commande publique est donc parfois inadaptée aux desideratas des personnels. Le suivi comptable des enveloppes d'intéressement est également compliqué car il vient s'ajouter au budget de fonctionnement de l'établissement et le suivi par unité fonctionnelle n'est pas adapté au suivi de ces enveloppes par projet.

Cette orientation médico-économique des contrats de pôle (objectifs médico-économique, tableau de bord médico-économique, indicateurs médico-économiques) a permis de sensibiliser les acteurs des pôles aux problématiques médico-économiques. T Brossard, directeur de la CAG, souligne "que le fait que les acteurs des pôles (médecins, équipes du pôle) aient compris qu'il ne suffisait pas que les recettes couvrent les dépenses (règle des tiers) car il y a une logique de charge indirecte (un tiers) et une logique de retour à l'équilibre (autre tiers) prouve que la logique médico-économique est bien assimilée au CHU d'Angers ". Cette sensibilisation des acteurs aux problématiques médico-économiques concerne le personnel médical mais également le personnel paramédical. Ainsi, un chef de pôle affirme que les médecins de son pôle "se rendent compte du déficit national, du déficit de la sécurité sociale et qu'ils ont commencé à comprendre que le "faut qu'on, y-a qu'à" n'est plus possible s'ils veulent obtenir du matériel ou des postes supplémentaires. Ils doivent prouver que c'est utile sur le plan de la santé publique et de la rentabilité de l'établissement". S. Crassat⁶³, explique, quant à elle, que "l'idée qu'on ne peut plus rien obtenir sans contractualiser et détailler les nouvelles activités qu'on veut mettre en place ainsi que les moyens qui vont avec afin de prouver que c'est une activité viable économiquement, le monde l'a comprise, y compris les paramédicaux. La sensibilisation à l'outil contrat de pôle a eu lieu lors des conseils de pôle [...] Aujourd'hui, tout le monde connaît la règle des trois tiers".

2.2.2 Une approche qualité fondée sur la conformité et les prescriptions réglementaires

63 S.Crassat est la cadre supérieure du pôle Femme, Mère, Enfants

La qualité est une partie à part entière du contrat. L'article 11 du contrat de pôle se nomme " objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, de prévention des risques et d'évaluation ". Les objectifs de qualité du CHU d'Angers visent à mettre en place les actions d'améliorations prescrites dans le cadre de la certification, à respecter les engagements extérieurs du CHU en termes de qualité de la prise en charge (projet concernant la coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH), volet qualité du contrat pluriannuel), à mettre en œuvre les actions prioritaires inscrites au projet de prise en charge et au projet qualité-risque-évaluation du projet d'établissement 2006-2010.

Malgré l'inscription de la qualité dans le contrat, le volet qualité a été peu suivi, peu évalué et n'a pas été intégré dans l'intéressement comme prévu à l'origine. L. Pailhé précise que " la partie qualité des contrats est celle qui est la moins suivie, peut-être par difficulté méthodologique. Si un contrat de pôle ne valide pas ses indicateurs qualité ça ne lui empêche pas d'avoir son intéressement. On n'a jamais pénalisé un pôle à cause des indicateurs qualité ". Pourtant, un tableau de bord " Evaluation du système qualité du pôle " a été mis en place en 2009 par la cellule qualité pour aider les pôles à évaluer leur politique qualité. Les objectifs de ce tableau de bord étaient doubles. Au niveau pédagogique, ce tableau de bord permettait de vérifier la conformité du contenu du projet de pôle avec celui du projet d'établissement pour le volet qualité. Au niveau institutionnel, les critères du tableau de bord (écoute client, approche processus, formation démarche qualité, gestion documentaire, suivi des événements indésirables...) permettaient de visualiser par des mesures successives l'évolution de l'appropriation par l'ensemble des pôles du concept de management par la qualité. A ce jour, ce tableau de bord n'a été rempli que par un seul pôle. Cela démontre le faible investissement des acteurs des pôles pour le volet qualité des contrats. Un autre indice révélateur est qu'un seul pôle sollicité sur 11 pour le bilan médico-économique des contrats de pôle s'est interrogé sur le fait que le bilan de la première génération des contrats de pôle était strictement médico-économique.

Plusieurs raisons ont été énoncées lors des entretiens pour expliquer le manque d'implication des acteurs dans le volet qualité du contrat de pôle. Tout d'abord, P. Guinard précise que " la qualité n'était pas la priorité lors de la conception des premiers contrats de pôle et cela en raison du contexte de l'époque. Au moment de cette première contractualisation, il était beaucoup plus difficile de développer la qualité dans les contrats de pôle. Il n'existait pas une batterie d'indicateurs standardisés comme aujourd'hui ". En second lieu, il souligne la difficile mesure de la qualité à l'échelle d'un pôle : " la politique qualité est transversale et l'identification des responsabilités à l'échelle d'un pôle n'est peut-être pas idéal ". Une troisième raison tient au fait du manque de consensus autour d'une définition commune de la qualité à l'hôpital. Pr N. Ifrah, le président de la CME, souligne que " chacun a sa propre vision et définition de la qualité ". De plus, de nombreux

médecins pensent que la qualité est une notion "gadget" car si des objectifs ambitieux sont fixés, aucun moyen n'est accordé. Un chef de pôle déclare qu'il a " l'impression que la qualité ne sert qu'à valoriser un hôpital, permettre un bon rang dans la presse lors des classements ". Enfin, le volet qualité des contrats de pôle de première génération a peut-être été trop centré sur la qualité au sens strict du terme (amélioration des scores des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)). Une vision plus large aurait peut-être permis une plus forte adhésion. E. Debaisieux a une vision large du volet " qualité " des contrats qui, pour elle, doit recouvrir l'organisation, le fonctionnement, la qualité et la gestion des risques pour susciter l'adhésion des pôles.

Ce faible investissement des acteurs des pôles pour la qualité via les contrats ne signifie pas pour autant que la qualité au CHU d'Angers ne s'est pas améliorée en 4 ans. En effet, lorsque l'on compare les résultats IPAQSS entre 2008 et 2011, on note que les indicateurs de l'audit du dossier patient se sont améliorés : le score de tenue du dossier (+10%), le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation conforme (+ 11%), la trace de l'évaluation de la douleur (+51%), le dépistage des troubles nutritionnels (+15% pour le troisième niveau⁶⁴). Cependant, comme L. Laude⁶⁵ le souligne, on ne voit que ce qu'on éclaire (syndrome du lampadaire) et ce volet de la première génération des contrats de pôle n'est que trop peu mis en valeur.

La majorité des acteurs interrogés ont indiqué que la qualité est la partie à développer pour la deuxième génération des contrats de pôle. Ainsi, T. Brossard développe que "maintenant que la pression financière est un peu retombée, le CHU doit développer un volet plus qualitatif des contrats. L'établissement s'est fait rattraper sur l'aspect médico-économique et d'autres prennent de l'avance sur des indicateurs plus qualitatifs. Le CHU d'Angers doit développer d'autres types d'indicateurs non basés sur la règle du tiers. Il faut conserver la logique médico-économique dans les contrats et ajouter autre chose". Le directeur de la CAG résume bien la situation et l'expression "plus autre chose" est révélatrice du flou qu'entoure encore actuellement ce que doit contenir la partie qualitative des contrats de pôle. Le projet de contrat socle de deuxième génération indique que " la performance doit être recherchée sur les plans qualitatifs et économiques dans le souci du service rendu au public ".

Mais que mettre derrière ce terme " qualitatif " ?

Doit-on avoir une vision très restrictive ou très large du volet qualitatif ?

Quels objectifs ? Quel suivi ? Quels indicateurs ?

64 Le troisième niveau correspond au nombre de dossiers de patients adultes pour lesquels, au cours des 48 premières heures du séjour une mesure du poids et un calcul d'IMC et une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.

65 LAUDE L., 2010, "Sens et contre-sens de la performance", *Les cahiers hospitaliers*, pp. 30-32

3 Bilan médico-économique des contrats de pôle et performance médico-économique des pôles

Le bilan médico-économique des 11 pôles cliniques du CHU d'Angers (3.1) apportent des éléments de réponse sur leur performance médico-économique (3.2).

3.1 Bilan médico-économiques des contrats de pôle du CHU d'Angers (2008-2011)

Après avoir exposé la méthodologie du bilan médico-économique des pôles cliniques (3.1.1), les principales conclusions seront développées concernant les objectifs de base, les objectifs spécifiques, la maîtrise des dépenses et l'intéressement (3.1.2).

3.1.1 Méthodologie du bilan médico-économique des contrats de pôle

Pour mener à bien le bilan médico-économique des contrats de pôle, plusieurs choix méthodologiques ont été nécessaires.

Tout d'abord, il a été choisi de concentrer le bilan médico-économique des contrats de pôle du CHU d'Angers sur les 11 pôles cliniques en excluant de l'étude les trois pôles médico-techniques⁶⁶. Cette décision est justifiée par le fait que les contrats de pôle médico-techniques ont une logique médico-économique différente étant des pôles prestataires et parce qu'ils ont fait l'objet d'un suivi plus souple que les autres pôles⁶⁷. Se limiter aux 11 pôles cliniques était également un moyen de réduire le champ du bilan effectué tout en conservant une cohérence institutionnelle.

Pour que les analyses médico-économiques soient comparables entre les pôles cliniques, il a fallu concevoir un tableau⁶⁸ résumant pôle par pôle leur contrat de pôle (2008-2010) et leurs avenants annuels (2009, 2010, 2011) puis le compléter à partir des informations disponibles dans les contrats de pôle. Son objectif était de synthétiser pour chaque année les objectifs de base, les objectifs spécifiques et les objectifs de dépenses médicales et de biologie. Le cœur du tableur est constitué, pour chaque pôle, de toutes les nouvelles activités inscrites au contrat ou dans les avenants, leurs objectifs en termes d'activité et de valorisation financière.

Pour comparer les ambitions du contrat de pôle et leurs réalisations concrètes, il a été convenu que chaque cadre de gestion et cadre supérieur d'un même pôle balayent entre eux l'ancien contrat de pôle à partir du tableur réalisé. Le choix d'un rendez-vous commun s'est imposé afin de bénéficier

66 Les pôles médico-techniques étaient le pôle biologie, le pôle pharmacie et le pôle imagerie

67 Pour les pôles médico-techniques, un contrat a été signé mais aucun avenant annuel

68 Tableau réalisé sur excel résumant un contrat de pôle et ses avenants (cf annexe 10)

d'une complémentarité d'approches et d'une communauté de mémoire. En effet, le cadre de gestion a suivi le contrat à travers son pilotage médico-économique alors que le cadre supérieur a suivi le contrat sur le versant gestion des ressources humaines. Les anciens chefs de pôle, les chefs de pôle actuels et le président de CME ont été informés de la démarche.

Une fois les 11 rendez-vous réalisés (concentrés sur deux mois⁶⁹), un travail de synthèse du recueil d'information a dû être effectué pour chaque pôle. Ce travail a été effectué à partir du support Excel sous la forme d'une série de 3 tableaux résumant : le taux de réalisation des objectifs de base, le taux de dépassement des objectifs de dépenses médicales et de biologie et un troisième synthétisant la matérialisation des objectifs spécifiques, c'est-à-dire les nouvelles activités contractualisées. Les informations sur les ressources humaines des cadres supérieurs de santé ont été recoupées avec des tableaux de suivi des effectifs des ressources humaines pour vérifier la validité des informations⁷⁰. A côté de ce travail de synthèse et de recouplement des informations, pour accomplir un véritable bilan médico-économique, une analyse des recettes et des charges variables a été mise en œuvre. Les charges variables correspondant aux moyens humains contractualisés ont été chiffrées à partir des coûts annuels pondérés du CHU d'Angers fournis par la DRH. Les recettes variables correspondant à la valorisation T2A des nouvelles activités contractualisées ont été calculées avec l'aide de la CAG ou renseignée par les cadres de gestion. Pour les actes externes, la valorisation a été obtenue en multipliant le nombre d'actes réalisés dans crossway⁷¹ par le coût de l'acte avec la version 24 de la classification commune des actes médicaux (CCAM du 18/06/2011) ou en recherchant la valorisation de l'unité fonctionnelle si une unité fonctionnelle existait. Pour les hospitalisations, ont été recherchés dans PMSIpilot⁷² la valorisation des séjours ayant un acte contractualisé.

Enfin, pour faire de ce bilan médico-économique un outil pratique et exploitable pour l'établissement de santé, une synthèse de l'ensemble du travail a été effectuée en deux étapes sur powerpoint. La première partie du bilan médico-économique concerne les pôles cliniques détaillés les uns après les autres et la deuxième partie concerne l'établissement de santé⁷³ avec un point par grand thème (objectifs de base, maîtrise des dépenses, objectifs spécifiques, bilan dépenses-recettes et intéressement).

Trois précautions méthodologiques doivent être ajoutées.

69 Les rendez-vous se sont étalés entre mai, juin 2012

70 D'après les cadres supérieurs de santé, par rapport aux moyens contractualisés, il manquait plus de 13 ETP. Une fois le recouplement réalisé, il ne manquait plus de postes RH non obtenus.

71 Crossway est un logiciel médical

72 Logiciel destiné au pilotage médico-économique des établissements de santé

73 A l'exception des trois pôles prestataires médico-techniques

Tout d'abord, ce bilan médico-économique des contrats de pôle a été effectué sur des pôles qui aujourd'hui n'existent plus. En effet, au 1^{er} janvier 2012, les pôles du CHU d'Angers sont devenus des pôles hospitalo-universitaires et sont passés de 14 à 7 pôles cliniques et médico-techniques ce qui a considérablement modifié leur taille et leur périmètre. Cette refonte des pôles a engendré certaines difficultés méthodologiques pour réaliser le bilan car les cadres supérieurs et de gestion des pôles de la première génération ne sont plus forcément affectés au même pôle qu'avant, quand ils n'ont pas tout simplement quitté l'établissement. Ce réaménagement limite également, l'intérêt de ce bilan pour les pôles actuels qui ne sont pas forcément la fusion d'un ou deux anciens pôles.

De plus, le bilan médico-économique des contrats de pôle intervient à une période charnière. Les contrats de pôle de première génération (2008-2011) se sont achevés et une nouvelle politique de contractualisation avec les pôles est en cours de négociation. Le bilan présenté analyse donc les contrats de pôle issus de l'ordonnance du 2 mai 2005 alors que les nouveaux contrats de pôle en cours d'élaboration sont réglementés par la loi HPST et ses décrets d'application.

Enfin, le bilan médico-économique s'effectue notamment à partir des suivis médico-économiques des contrats de pôle par le cadre de gestion. Or, ces suivis ont été très hétérogènes en terme de contenu car aucun document type ni prescriptions techniques n'ont été imposées aux cadres de gestion à l'occasion de la mesure des avancées concernant les objectifs du contrat et l'élaboration des indicateurs correspondants. Certains suivaient scrupuleusement le contrat et ses indicateurs, d'autres se sont éloignés du contrat pour créer leurs propres indicateurs "locaux" et ont délaissé le suivi du contrat. Ce défaut d'encadrement des cadres de gestion est à l'origine d'écarts de méthode qui ont nécessité des redressements pour retrouver une base comparative. Toutefois ce manque d'homogénéité n'a pas toujours pu être pallié notamment pour la valorisation des activités nouvelles contractualisées. En effet, si quelques cadres de gestion se sont astreints à suivre les indicateurs des contrats de pôle en nombre de séjours et en valorisation, la majorité d'entre eux ont décidé de ne pas suivre l'indicateur "valorisation" alors que ce dernier était un objectif à atteindre en contrepartie de l'octroi de moyens humains.

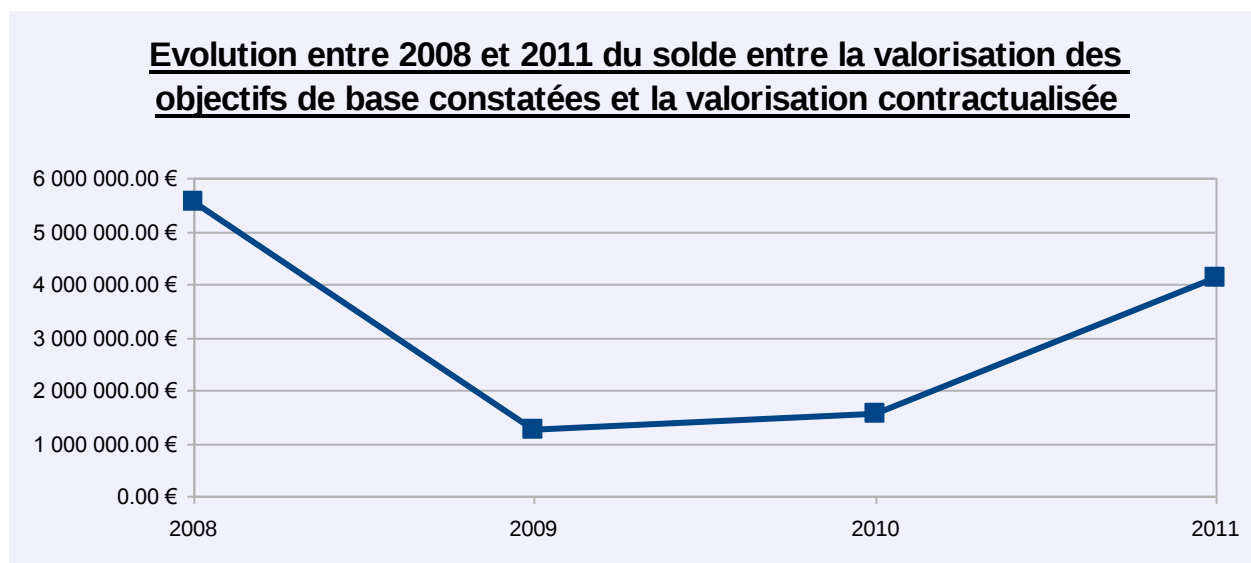
3.1.2 Bilan médico-économique des contrats de pôle

Le bilan médico-économique effectué pour 11 pôles cliniques du CHU d'Angers révèle des situations inégalitaires entre les pôles. Pour ne pas surcharger le mémoire, le bilan pôle par pôle est développé en annexe⁷⁴. Le bilan médico-économique des contrats de pôle présenté ci-après se fera donc au niveau de l'établissement de santé.

A) Les objectifs de base, "l'existant" optimisé

74 Cf annexe 11 résumant le bilan médico-économique des contrats de pôle des 11 pôles cliniques

Pour les objectifs de valorisation de ses activités d'hospitalisation, le CHU d'Angers a largement dépassé ses objectifs en 2008 (+ 3 948 752€), en 2009 (119 693€) et en 2011 (+3 190 605€). En 2010, l'objectif pour les activités d'hospitalisation n'a pas été atteint (solde négatif de 195 096 euros). Pour les objectifs de valorisation pour les activités externes, le CHU d'Angers a toujours dépassé les objectifs fixés (1 585 536€ en 2008, 928 500€ en 2009, 1 686 217 € en 2010 et 992 617 € en 2011). Les objectifs de base cumulant les prévisions de recettes d'activité d'hospitalisation et d'activité externe ont donc toujours été dépassés entre 2008 et 2011 (solde positif de 5 529 054 € en 2008, de 1 248 193€ en 2009, de 1 531 122 € en 2010 et de 4 099 522€ en 2011 soit un excédent de 12 407 891 € sur 4 ans).

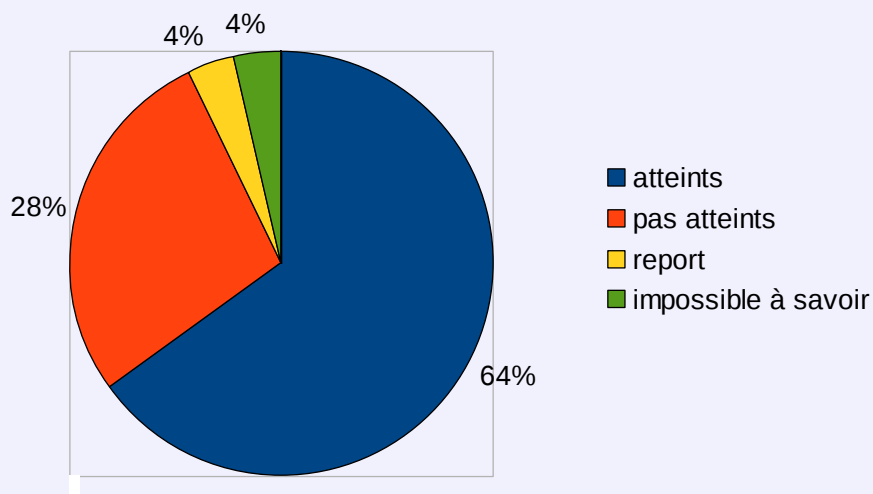


Source : CHU d'Angers

B) Les objectifs spécifiques, la dynamique projet

Entre 2008 et 2011, le CHU d'Angers, via les contrats de pôle, a impulsé une dynamique positive de projets médicaux qui s'est concrétisée par 109 nouveaux projets d'activité médicale (activités nouvelles ou réorganisation). Parmi ces 109 projets, 73 d'entre eux ont atteint leurs objectifs. Pour les 36 autres projets médicaux, 29 d'entre eux n'ont pas (encore) atteint leurs objectifs, 4 projets ont été reportés et 3 projets sont impossibles à évaluer.

Atteinte des objectifs spécifiques des contrats de pôle (2008-2011)



Source : CHU d'Angers

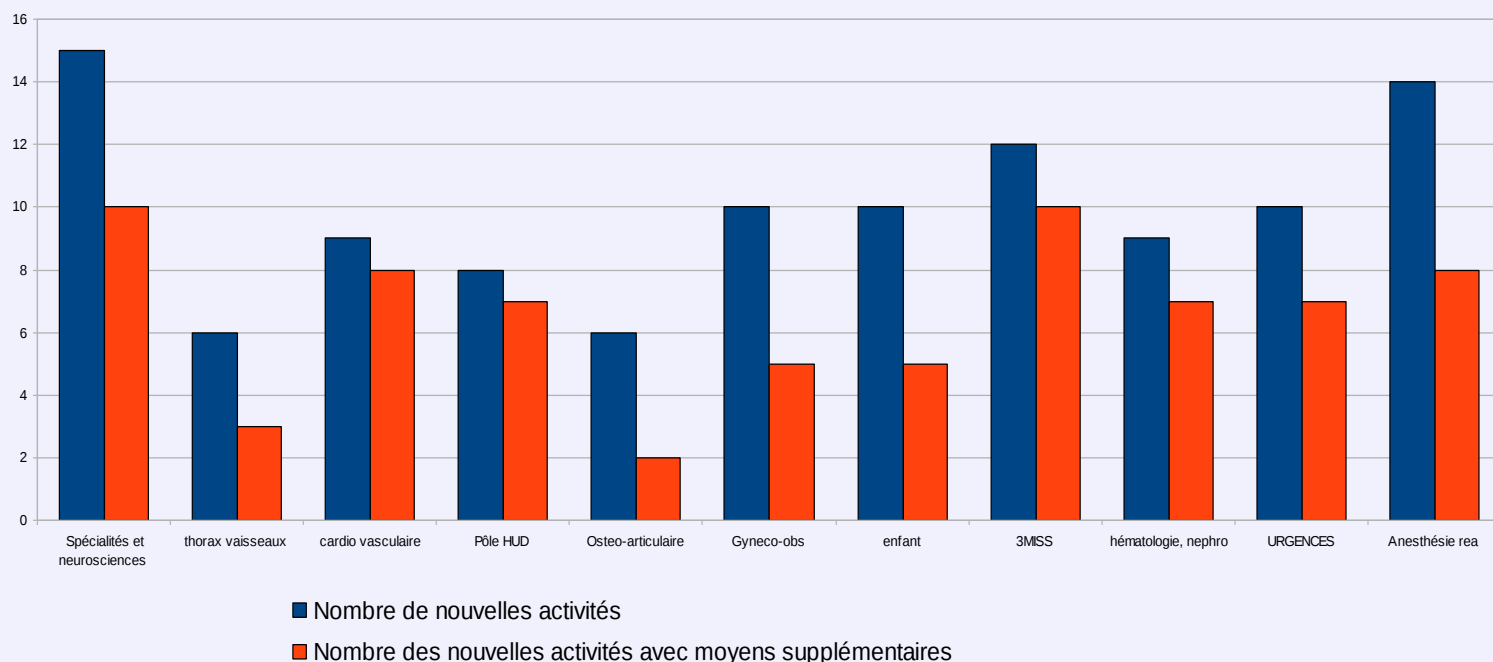
Pour les 29 projets qui n'ont pas été atteints, plusieurs explications peuvent être avancées :

- l'atteinte des objectifs demande plusieurs années et l'évaluation a été faite la première ou deuxième année
- l'objectif a été considéré comme satisfait même si non atteint et l'activité a été réintégrée dans les objectifs de base
- les objectifs fixés ont été trop ambitieux
- le départ d'un praticien hospitalier a mis en péril le projet

Dans tous les cas, il n'y a jamais eu de pénalisation d'un pôle du fait qu'il n'atteigne pas des objectifs spécifiques, c'est-à-dire qu'aucun des moyens contractualisés avec les pôles n'a été repris. L. Pailhé précise que : " Aucune sanction négative n'a été appliquée jusqu'à maintenant mais c'est pareil dans l'immense majorité des CHU. A Angers, il y a quand même une différence par rapport à certains autres CHU. On est d'autant plus à l'aise pour ne pas sanctionner que l'équilibre global est atteint ". T. Brossard va plus loin en déclarant que le pôle s'organise comme il le souhaite tant qu'il est en équilibre : " Si telle ou telle action n'a pas été atteinte, est-ce qu'il faut enlever les moyens? Tant que le pôle est à l'équilibre entre guillemet, parce qu'il y a peut-être des mutualisations en interne, il faut laisser une marge de manœuvre au pôle à condition qu'il nous informe de ce qu'il fait. Le pôle trouve son sens quand face à un problème les acteurs du pôle trouvent des solutions".

Parmi ces 109 projets, 72 ont été négociés avec des moyens humains supplémentaires (soit 66%).

Nouvelles activités et Nouvelles activités avec moyens contractualisés entre 2008 et 2011



Source : CHU d'Angers

Ces 72 projets ont permis de créer, entre 2008 et 2011 : 182,85 ETP⁷⁵ paramédicaux et médicaux (soit 156,85 ETP paramédicaux et 26 ETP médicaux dont 12,2 sages femmes) dont 37,5 ETP par redéploiement⁷⁶. Le coût pour le CHU de l'ensemble des postes contractualisés est de 8 761 917 euros⁷⁷. Le coût des postes créés au sens strict (145,35 ETP⁷⁸) est de 7 131 450 euros⁷⁹. Les postes les plus négociés par les pôles sont les postes d'infirmier (56, 35 ETP), les postes d'aide soignant (45, 55 ETP), les postes de secrétaire (18,2 ETP), les sages femmes (12,2 ETP), les praticiens hospitaliers (11,8 ETP) et les agents des services hospitaliers (8,3 ETP).

75 182,85 ETP ont été pourvus en 4 ans sur les 183,9 contractualisés. 1 ETP d'interne n'a pas été pourvu pour le centre antipoison (pôle 10) et 0,05 ETP IDE n'a pas été pourvu pour le pôle gynécologie-obstétrique.

76 Les 37,5 ETP négociés à l'Unité Médicale Post Urgences (UMPU) sont des reploiements de postes qui ont été retirés à la rhumatologie et au pôle Hépat-Uro-Digestif (HUD) souhaitant se recentrer sur leur cœur de métier

77 Coût en 2012 de l'ensemble des ETP contractualisés en 4 ans. Ce chiffre est une estimation car il a été calculé à partir des coûts moyens pondérés par métier. Des agents ont pu demander des ajustements de temps de travail ou des activités ont pu être arrêtées ce qui n'est pas pris en compte dans ce calcul.

78 Les ETP créés sont les ETP négociés auxquels on soustrait les postes redéployés.

79 Coût en 2012 de l'ensemble des ETP créés en 4 ans. Ce chiffre est également une estimation (cf note de bas de page 75 p.31)

Tableau récapitulant les moyens humains négociés entre 2008 et 2011

	NB ETP	Coût moyen en €	Coût total en €
infirmier	56.35	45 578	2 568 320
aide soignant	45.55	37 576	1 711 587
secrétaire	18.2	45 133	821 421
sage femme	12.2	53 919	657 812
praticien hospitalier	11.8	105 607	1 246 163
agent des services hospitaliers	8.3	31 400	260 620
assistante sociale	5.05	44 400	224 220
infirmier anesthésiste	4	52 500	210 000
cadre de santé	3.5	59 584	208 544
IBODE	3.5	51 865	181 528
psychologue	2.4	64 020	153 648
technicien laboratoire	2.4	50 030	120 072
diététicien	2.15	47 986	103 170
interne	2	34 145	68 290
agent accueil	1.5	37 576	56 364
orthophoniste	1	53 000	53 000
kinésithérapeute	1	47 450	47 450
astreinte	1	30 000	30 000
ergothérapeute	0.95	41 800	39 710
TOTAL	182.85		8 761 917.50

Source : CHU d'Angers

Pour les personnels paramédicaux, 70% des postes créés sont passés par le contrat de pôle en 4 ans⁸⁰. La moyenne de postes contractualisés par projet est 2,54 ETP⁸¹. Si on exclut les deux plus gros projets des contrats de pôle, à savoir la mise en place de l'Unité Médicale Post Urgences (UMPU) qui a été créée en contractualisant 37,5 ETP et le nouveau plateau gynécologique créé en contractualisant 14,1 ETP, la moyenne de postes par projet est de 1.875 ETP⁸² par nouvelles activités. La dynamique projet de CHU repose donc majoritairement sur des petits projets nécessitant peu de moyens humains pour être mis en œuvre.

Parmi les 72 projets, les projets MCO financés par la T2A ont eu un objectif de valorisation d'activité à atteindre. Le cœur du bilan médico-économique a été de comparer les moyens humains contractualisés dans le cadre de toutes les nouvelles activités T2A (dépense) à la valorisation de ces mêmes activités (recette) pour chaque pôle⁸³. Ce bilan dépense-recette⁸⁴ est positif car les soldes recette-dépense sont toujours positifs (en 2008 : +1 266 979 euros, en 2009 : + 639 811

80 En 4 ans, d'après le bilan social du CHU d'Angers, ont été créés 189,25 ETP de postes paramédicaux et 131.55 ETP paramédicaux via les contrats de pôle (hors redéploiement). Les postes paramédicaux au CHU d'Angers comprennent les sages-femmes.

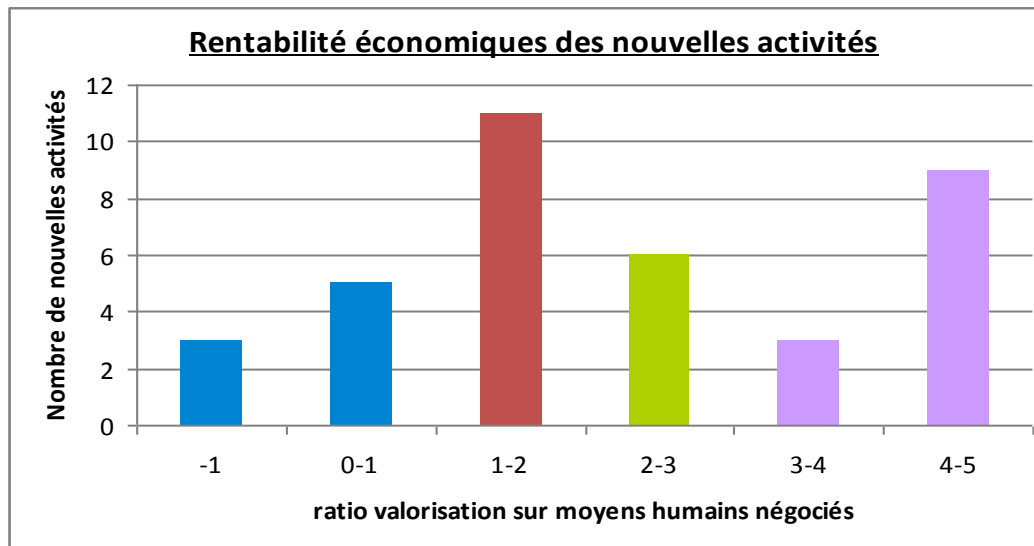
81 La moyenne des postes par nouvelle activité = postes pourvus totaux / nouvelles activités mises en œuvre avec des moyens supplémentaires (182,85 / 72 = 2,54)

82 La moyenne des postes par nouvelle activité = postes créés hors UMPU et hors plateau gynéco (131,25) / nouvelles activités hors UMPU et plateau gynécologique (70)

83 9 pôles sur 11 ont pu faire l'objet d'un bilan dépense-recette. Ce bilan n'a pu être réalisé pour le pôle enfant et le pôle anesthésie-réanimation du fait de l'absence dans les contrats d'objectifs de valorisation à atteindre pour les activités T2A négociés avec des moyens humains.

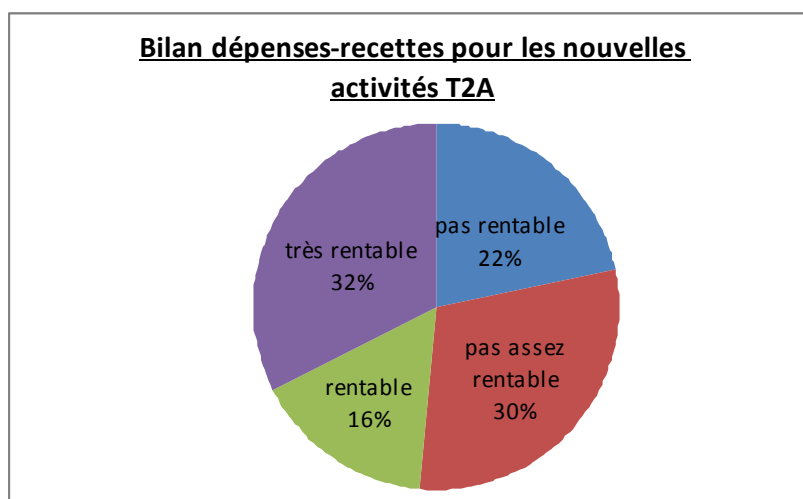
84 Le bilan dépense-recette par pôle est développé dans l'annexe 12

euros, en 2010 : 3 616 109 euros et en 2011 : 391 406 euros) pour les 9 pôles où ce bilan a pu être réalisé. Pour savoir si la règle du tiers⁸⁵ a été respectée, il a été identifié pour chaque pôle et chaque nouvelle activité, le ratio valorisation sur moyens humains négociés⁸⁶. Pour 22% des nouvelles activités T2A, le ratio est inférieur à 1. Pour 30 % des nouvelles activités T2A, le ratio est compris entre 1 et 2. Pour 16% des nouvelles activités, le ratio est compris entre 2 et 3. Pour 32% des nouvelles activités T2A, le ratio est supérieur à 3. La règle du tiers est donc strictement respectée pour seulement 32% des nouvelles activités.



Source : CHU d'Angers

Sachant que la règle du tiers s'assouplit pour les activités externes, on peut en conclure que 48% des nouvelles activités sont rentables d'après les critères du CHU d'Angers. A contrario, 22% des nouvelles activités ne sont pas rentables économiquement ayant une valorisation inférieure aux charges directes.



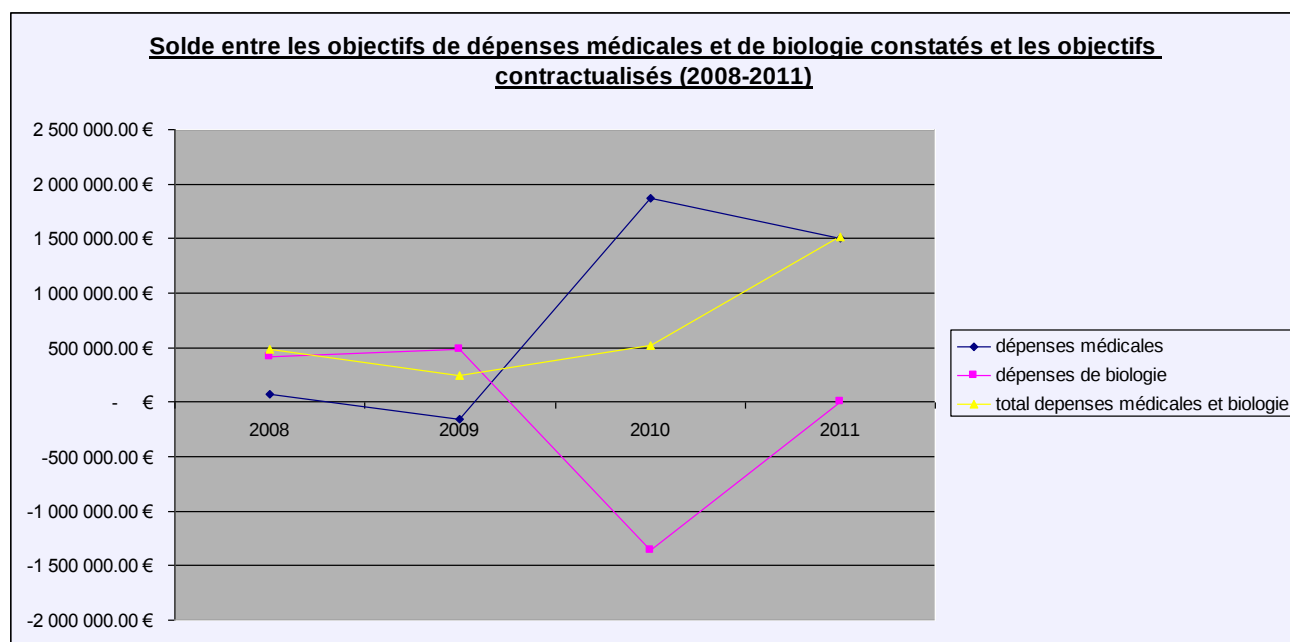
Source : CHU d'Angers

⁸⁵ La règle du tiers est une règle du double pour les activités externes

⁸⁶ Si le ratio est inférieur à 1, cela signifie que les dépenses ont été supérieures aux recettes. Pour un ratio compris entre 1 et 2, les recettes ont été supérieures aux dépenses mais elles ont été moins de deux fois supérieures. Pour un ratio compris entre 2 et 3, les recettes sont plus de 2 fois supérieures aux dépenses. Pour un ratio supérieur à 3, les recettes sont plus de trois fois supérieures aux dépenses (règle du tiers respectée)

C) La maîtrise des dépenses

Le CHU pour fonctionner a besoin de moyens humains, matériels, médicaux (pharmacie, dispositifs médicaux, biologie...). Même si la maîtrise des dépenses n'est pas clairement affichée dans les contrats de pôle par des objectifs comme pour l'activité, elle est présente. Pour les moyens humains, deux systèmes encadrent leur expansion. Les moyens humains " courants ", permettant de réaliser les objectifs de base, sont énumérés dans l'annexe 2 (tableau des emplois rémunérés). Pour les moyens humains négociés contre des objectifs spécifiques, la règle que toute création nouvelle d'emploi passe par le contrat de pôle et est justifiée par la règle du tiers permet de rationaliser également les créations de poste avec des critères médico-économiques. Pour les dépenses médicales et de biologie, des objectifs sont fixés chaque année dans les contrats de pôle. L'objectif correspond à une évolution par rapport à n-1 avec transposition de l'objectif d'activité en hospitalisation (hors effet tarif). Entre 2008 et 2011, les pôles du CHU d'Angers ont toujours dépassé leurs objectifs de dépenses médicales et de biologie (484 177 euros en 2008, 239 650 euros en 2009, 514 611 euros en 2010 et 1 511 890 euros en 2011).



Source : CHU d'Angers

Cette surconsommation se justifie par la difficulté de maîtriser ces dépenses liées en partie à l'activité. Pour les dépenses de biologie, le CHU d'Angers a tenté de lutter contre leur surconsommation, qui " prend racine dans des comportements culturels assez anciens "⁸⁷, en créant, à partir de 2010, une dynamique d'intéressement uniquement centrée sur l'atteinte d'un volume de dépenses de biologie (prestations biologie confiée au CHU et celles sous-traitées à des laboratoires extérieur). Le pôle était intéressé s'il ne dépassait pas son objectif de biologie; lui était

87 Extrait de l'entretien avec L. Pailhé

reversé le tiers de la différence entre le volume prescrit et le volume réalisé. Les résultats de cette stratégie sont très contrastés. L. Pailhé se demande si cet intéressement a donné lieu "à du volontarisme ou si l'amélioration est conjoncturelle". Comprendre les ressorts de la consommation de biologie est difficile. Les internes y jouent un rôle déterminant. La faible « seniorisation » de la prescription de biologie est très probablement le marqueur le plus important. L. Pailhé indique " qu'il est certain que dès qu'un senior motivé commence à s'impliquer, les dépenses de biologie diminuent ". De plus, les biologistes ont été relativement passifs. Le CHU d'Angers a créé cet intéressement pour pallier au manque de dialogue entre les biologistes et les cliniciens. JF. Caillat explique que : " sur la biologie, je crois à une discussion qu'il devrait s'installer entre cliniciens et biologistes. Le CHU a une COMEDIMS [Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux] qui liste les médicaments qui sont offerts sur l'établissement et les règles de prescription. Il faudrait que de la même façon, pour la biologie, il y ait une organisation semblable ". Enfin, un chef de pôle a indiqué que la maîtrise des dépenses de biologie était difficile du fait de la prescription connectée qui incite à la validation de paniers de prescription pour aller plus vite.

D) L'intéressement collectif versé aux pôles

En 4 ans, un montant total de 726 804 euros d'intéressement a été versé aux pôles cliniques du CHU d'Angers. Ce dernier a reversé aux pôles 5,85% de l'excédent réalisé par les pôles dans le cadre des objectifs de base (12 407 891 euros).

Tableau récapitulatif de l'intéressement des pôles (2008-2011)

pôle	Spécialités et neurosciences	thorax vaisseaux	cardio vasculaire	Pôle HUD	Osteo-articulaire	Gyneco-obs	enfant	3MISS	HNR	UMS	AR	TOTAUX
2008	41 200	0	6 004		0	0	25 259	30 143		0	0	102 606
2009	29 040	0	20 959	0	0	0	0	25 016	15 286	35 782	73 377	199 460
2010	0	0	0	174	13 242	0	8 894	20 859	0	58 174	23 394	124 737
2011	137 651	0	10 896	34 613	0	0	47 315	1 896	0	67 630	0	300 001
total	207 891	0	37 859	34 787	13 242	0	81 468	77 914	15 286	161 586	96 771	726 804

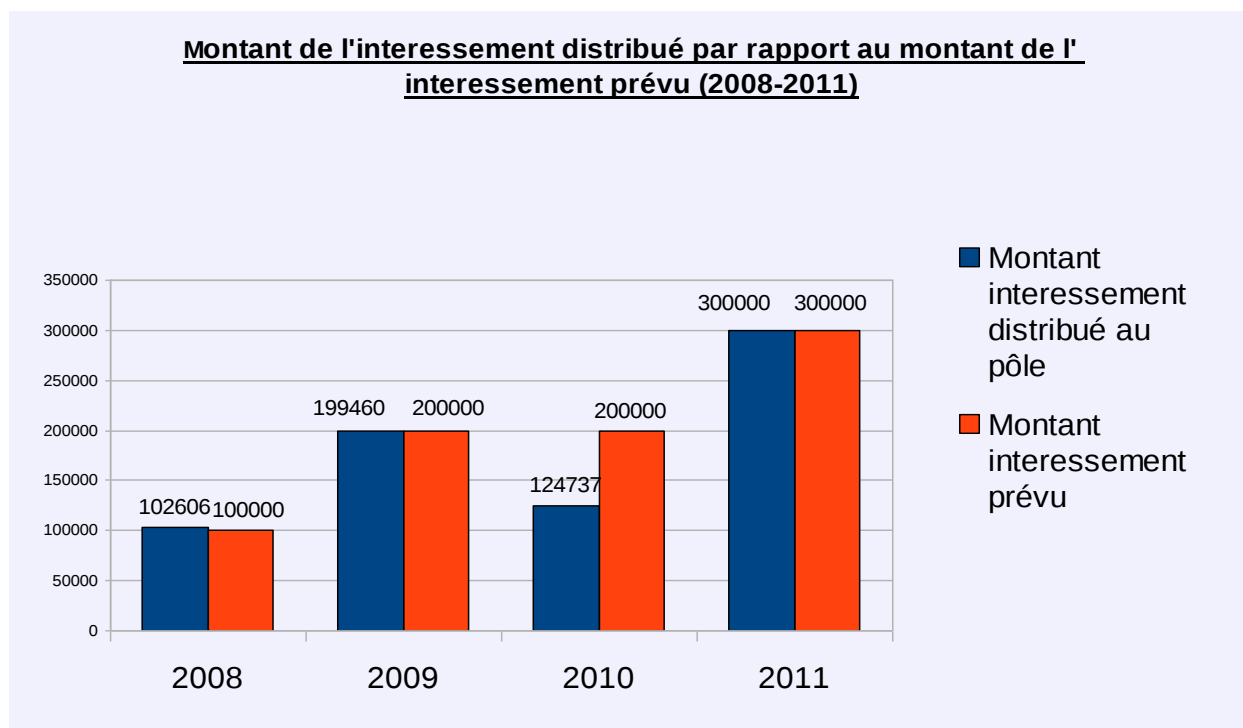
unité : euro

Source : CHU d'Angers

Seuls 9 pôles cliniques sur 11 ont eu un intéressement en 4 ans. Deux pôles (pôle thorax-vaisseaux et pôle gynéco-obstétrique) n'ont jamais obtenu d'intéressement. Pour le pôle thorax-vaisseaux, cela s'explique par une non réalisation des objectifs de base en 2008 et 2009 et par une surconsommation trop importante de dépenses médicales en 2010 et 2011. Pour le pôle gynéco-

obstétrique, cela s'explique par une surconsommation constante des dépenses médicales et de biologie.

92% de l'intéressement prévu a été distribué soit 726 804 euros sur les 800 000 euros prévus. La différence s'explique par la mise en place en 2010 d'un plafonnement. Ce plafonnement a été mis en place car, en 2009, un pôle (anesthésie réanimation) a obtenu le tiers de l'enveloppe intéressement.



unité : euro

Source : CHU d'Angers

E) Santé financière du CHU d'Angers : un mélange entre T2A, incitation à l'activité, maîtrise judicieuse des dépenses et implication des acteurs des pôles

La santé financière du CHU retrouvée à partir de 2008⁸⁸ s'explique par une conjonction de circonstances.

L'avènement de la tarification à l'activité est le facteur qui a rendu possible la dynamique vertueuse dont le CHU d'Angers profite aujourd'hui. Sous l'ère du budget global, le CHU d'Angers était sous doté comme le prouve son coefficient de transition inférieur à 1⁸⁹. Le passage progressif du budget

88 Le CHU d'Angers est en excédent budgétaire depuis 2008 (2008 : +0,195 M, 2009 : + 0,336 M, 2010 : +0,197 M, 2011 : +0,263 M)

89 Le coefficient de transition est "un amortisseur" qui devait garantir avant toute convergence la neutralité des recettes. Il a été calculé en faisant la comparaison entre les recettes 2007 des établissements et les recettes théoriques (recettes d'activité à 100%). Quand le coefficient est supérieur à 1, l'établissement est surdoté. A l'inverse, si le coefficient est inférieur à 1, l'établissement

global à la T2A de 2004 à 2008 a permis au CHU d'Angers de retrouver des marges de manœuvre qui ont été accentuées par une forte politique de restriction des dépenses entre 2004 et 2008 et une incitation forte des médecins au meilleur codage. Le rapport concernant "les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement"⁹⁰ insiste sur "la difficulté de distinguer les effets de la T2A de ceux de la nouvelle gouvernance" sur la santé financière des établissements. Pr. N. Ifrah, président de la CME, pense que le rétablissement de la santé financière du CHU est exclusivement lié à l'effort des médecins dans le codage des séjours. Le contrat de pôle dans les objectifs financiers reprend d'ailleurs cet objectif et rappelle que "le pôle s'engage à assurer l'exhaustivité quantitative du codage des séjours"⁹¹. JF Caillat précise également que la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation a fortement soulagé le titre 2 du budget (molécules et dispositifs médicaux) du CHU d'Angers. Il indique que : " sous le budget global, le CHU d'Angers n'avait pas une surface budgétaire suffisante en matière de dépense de titres 2 pour absorber les innovations en particulier les dépenses de médicament. Le CHU d'Angers n'étant pas un gros CHU, il n'avait pas des réserves financières ni de possibilité pour transférer des moyens vers le titre 2. Les innovations⁹² en matière de cancérologie, de rhumatologie pesaient sur le budget et donc régulièrement et de façon cumulative depuis plus d'une dizaine d'années le CHU était en dépassement sur le titre 2. Or, l'innovation qui accompagne la T2A c'est la liste en sus. A partir de ce moment, quand on dépensait 100 euros pour une molécule on était remboursé de 100 euros. ".

Ces événements conjugués ont permis à la direction générale de se servir des contrats de pôle pour impulser une dynamique d'initiatives médicales rendus possibles par la T2A. La valorisation escomptée par ce développement des activités nouvelles a permis de rentrer dans une forte dynamique de création de poste (182, 85 ETP en 4 ans dont 37,5 ETP par redéploiement) qui étaient négociés dans le cadre de la règle des trois tiers. Les créations de poste, sorte d'intéressement a priori, et la politique d'intéressement à posteriori initiée par les contrats de pôle ont motivé les équipes des pôles et les ont incitées à s'intéresser aux préoccupations médico-économiques par un aspect valorisant (création de poste) plutôt que par la maîtrise des dépenses. T Brossard, le directeur de la cellule d'analyse de gestion, explique la démarche : " le contrat de pôle était le bon support qui a permis de faire "avalier" la règle du tiers. On aurait pu faire comprendre cette règle autrement mais passer par les contrats de pôle donne un sentiment d'équité un peu plus important. Le contrat de pôle a permis de cadrer les créations de poste et d'être le support idéal pour insuffler des nouveaux projets. Après, il y a des hôpitaux qui ont créé des postes depuis 10 ans sans contrat de pôle mais je pense que c'est un bon support qui a largement contribué au retour à l'équilibre car en 2008 quand les contrats de pôle furent signés ce fut aussi notre dernière année

est sous doté. Le CHU d'Angers a eu un coefficient de transition de **0,9635**, confirmant bien la sous dotation de base de l'établissement.

90 MOISDON JC, PEPIN M, 2010, *les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement*, Paris : Série Etudes et recherches, 122p.

91 Article 8 concernant les objectifs financiers du contrat de pôle (cf annexe 6)

92 Les innovations correspondent aux nouvelles molécules

déficitaire. Les contrats de pôle ont participé avec d'autres à recouvrer la bonne santé financière du CHU d'Angers". JF Caillat, est plus réservé quant à la relation entre les contrats de pôle et le retour à l'équilibre du CHU : " Il y a un lien certain entre l'existence de contrat voire l'intéressement qui a été mis en œuvre et l'éclosion de projets. Qu'il y ait un lien entre cette dynamique de contrat et donc de projets générés et l'augmentation d'activité, je ne sais pas. Est-ce que l'activité aurait augmentée de toute façon je suis incapable de le dire. L'activité a quand même une origine exogène et ce qui concerne notre activité de base (maternité, urgences, médecine interne....) le contrat de pôle n'a aucun moyen d'agir ".

Les contrats de pôle ont également été un moyen d'inciter à la maîtrise des dépenses via l'intéressement et la règle des trois tiers. L'intéressement collectif prend en compte les dépenses médicales dès 2008 et a été élargi aux dépenses de biologie à partir de 2010. La règle des trois tiers est un moyen de rationaliser les dépenses de personnel en imposant une justification économique aux nouvelles dépenses en ressources humaines.

Enfin, T. Brossard et L. Pailhé ont évoqué une dernière explication au sujet de ce retour à l'équilibre financier, chacun estime que le CHU a bénéficié sur cette période d'un environnement concurrentiel peu agressif sur le territoire de santé. Ils font aussi observer que le rachat progressif des cliniques par des grands groupes risque de modifier cette donne.

L'ensemble de ces facteurs explique la bonne santé financière du CHU qui transparaît à travers plusieurs indicateurs :

- un budget équilibré avec un faible excédent depuis 2008 (2008 : +0,195 M, 2009 : + 0,336 M, 2010 : +0,197 M, 2011 : +0.263 M)
- une activité en hausse (+4%⁹³ pour les entrées entre 2008 et 2011, +2.19%⁹⁴ pour les journées entre 2008-2011)
- un gain de part de marché (+0.2%⁹⁵ entre 2007 et 2010 sur la région Pays de La Loire pour la médecine, -0.2 % pour la chirurgie et +0.1% pour l'obstétrique)

3.2 Au vu de ce bilan médico-économique, les pôles du CHU d'Angers sont-ils performants?

Le contrat de pôle a permis aux pôles d'améliorer leur performance médico-économique (3.2.1) qui connaît des limites (3.2.2)

93 Données du rapport d'activité 2011 du CHU d'Angers

94 ibid

95 source : HOSPIDIAG ATIH

3.2.1 Des pôles plus efficaces et efficients (comparaison avec l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2008 et 2011)

A) La performance médico-économique est liée à une définition juste

L. Pailhé insiste sur la définition de performance médico-économique choisie à Angers : " La sélection des projets médicaux s'est faite sur un couple entre pertinence médicale et faisabilité économique ". Il précise qu' " aucune activité n'a été mise en place uniquement parce qu'elle rapportait de l'argent et qu'a contrario aucune activité n'a été mise en place sans regarder sa valorisation potentielle ".

Entre pertinence médicale et économique, ce n'est pas toujours l'efficience qui a gagné. Le CHU d'Angers a parfois mis en œuvre des projets médicaux non rentables à court terme comme, par exemple, la restructuration de la dialyse. L. Pailhé explique : " Ce fut un arbitrage particulièrement difficile. On perdait de l'argent car il y avait une restructuration qui nous obligeait à arrêter une partie de l'activité de dialyse courante au profit d'une structure de repli pour des patients dialysés lourds. Tous les calculs montraient que la dialyse courante rapportait beaucoup et que les cliniques privées dégageaient une grande marge sur cette activité. Or, pour le chef de service de néphrologie, la question était plus stratégique. Le CHU d'Angers a écouté son argumentation qui était de dire que le rôle d'un CHU ce n'est pas de faire de la dialyse courante, c'est de s'appuyer sur l'expertise médicale pour être base de repli de structures qui font de la dialyse courante. Cette restructuration a été une décision difficile car l'enjeu c'était de perdre 500 000 euros ".

B) La performance médico-économique dépend d'une sélection fine des projets

La sélection des projets inscrits dans le contrat de pôle a un rôle décisif dans la performance médico-économique des pôles. L'enjeu se situe dans la capacité de la direction et des chefs de pôle à appuyer leur pari d'activité sur des projets solides et réalistes. Le surdimensionnement de projets a récemment conduit des établissements à des dérapages financiers et à fragiliser le projet de départ⁹⁶. De telles situations peuvent avoir sur les équipes de pôle des effets très négatifs par perte de leur confiance en l'institution pour mener des projets.

96 Rapport de la Cour des Comptes relatif à la sécurité sociale, septembre 2009, p 126 : " Un scénario courant est celui d'augmentations de la masse salariale ou d'investissements décidés sur la foi d'anticipations erronées (ou inexistantes), alors même que la baisse tendancielle de l'activité était avérée et que la concurrence modifiait les parts de marché "

La direction et les équipes de pôle doivent dimensionner correctement les projets, c'est-à-dire trouver le couple moyens-dépenses optimal car les moyens engagés sont des dépenses pérennes. Le contrat de pôle doit orienter les investissements sur des nouvelles activités médicales rentables (règle des trois tiers). Une des motivations principales du pôle est la possibilité d'obtenir des moyens humains contre les nouvelles activités contractualisées.

Cette juste sélection des projets a permis de rendre les pôles efficaces en les mobilisant sur 109 projets médicaux dont 73 ont atteints ou dépassés leurs objectifs. Le développement des ressources humaines a été rationalisé, car si environ 183 ETP ont été négociés, la valorisation d'activité a été bien supérieure et cette création de postes s'est faite parfois par redéploiement de postes comme pour l'UMPU.

C) La performance médico-économique nécessite un pilotage médico-économique au plus proche du terrain

Les cadres de gestion créés dans les pôles et les outils de pilotage médico-économique mis en place pour suivre les contrats ont également été un facteur clé de la performance médico-économique des pôles. Durant la première génération des contrats de pôle, 8.5 ETP cadres de gestion se partageaient les 11 pôles cliniques⁹⁷ soit 0.77 ETP par pôle. Par comparaison et d'après l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2011, dans les CHU, seul 7% des CHU ont un contrôleur de gestion dédié à un pôle, 17% des CHU ont entre 0.75 ETP à 1 ETP de contrôleur de gestion par pôle et 28% ont entre 0.8 et 0.75 ETP (soit seulement 48% des CHU ont moins de 0.5 ETP de contrôleur de gestion par pôle). Les outils principaux à la disposition des pôles et de leur cadre de gestion sont des tableaux de bord d'indicateurs d'activité et de dépenses réalisées par la CAG et actualisés tous les mois. Ces indicateurs peuvent être repris par les cadres de gestion qui créent leur propre tableau de bord contenant des indicateurs spécifiques au pôle. D'après l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2008, 63% des établissements de santé avaient mis en place des tableaux d'indicateurs de suivi et de dépense (dont plus de 85% des CHU). Les autres outils utilisés en 2008 par les établissements de santé et non mis en place au CHU d'Angers sont : le tableau coût case mix (20% des établissements de santé en étaient dotés dont 30% pour les CHU) et les comptes de résultat analytique (35% des établissements de santé en étaient dotés dont 80% pour les CHU). Le dialogue de gestion entre le cadre de gestion représentant le pôle, la CAG et la direction des projets a donné du sens à ces suivis médico-économiques. Pendant la première génération des contrats de pôle, la fréquence des réunions cadre de gestion- pôle projet⁹⁸ était mensuelle. Deux à trois réunions en moyenne par an étaient organisées pour le suivi des contrats de pôle avec le chef de pôle, l'équipe de pôle, la direction générale. Par comparaison, en moyenne,

97 6 pôles avaient 1 ETP de cadre de gestion et 5 pôles avaient 0.5 ETP de cadre de gestion.

98 La CAG appartient au pôle projet

en 2011, les établissements ont organisé chaque année 2.1 réunions⁹⁹ de suivi des contrats en présence du directeur d'établissement, chiffre porté à 8,6 pour les CHR/ CHU confondus.

D) La performance médico-économique est amplifiée par l'intéressement a posteriori

L'efficience a également été motivée par l'intéressement collectif des pôles qui visait à la fois un dépassement des objectifs d'activité mais aussi une maîtrise des dépenses médicales et de biologie. En 2008, 18% des établissements avaient mis en place un intéressement dont 62% des CHU¹⁰⁰. Soixante dix neuf pour cent des établissements interrogés déclaraient avoir un critère d'atteinte d'objectifs médico-économiques. En 2011, 80% des CHU ont mis en place un intéressement dans le cadre des contrats de pôle¹⁰¹.

En conclusion, les pôles du CHU sont performants médico-économiquement car le bilan médico-économique est satisfaisant et car le CHU d'Angers se situe pour les indicateurs médico-économiques au-delà de la moyenne dans l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2008 et 2011.

3.2.2 Les limites de la performance médico-économique prônée par les contrats de pôle du CHU d'Angers

Les limites de la performance médico-économique prônée par les contrats de pôle du CHU d'Angers existent :

Tout d'abord, la performance médico-économique n'est pas en finale, évaluée, car il n'y a jamais eu, depuis 4 ans, action par action, de bilan médico-économique de fin de contractualisation. Cette disposition est pourtant suggérée dans le contrat de pôle qui prévoit chaque année l'organisation de deux "rencontres d'évaluation intermédiaire du contrat"¹⁰² avant l'évaluation finale. Cette absence de bilan s'explique par la bonne santé financière du CHU et l'atteinte globale des objectifs de base. Cependant, cette absence de bilan médico-économique rend impossible les sanctions (la pérennisation des moyens humains est donc assurée) et n'incite pas les cadres de gestion à un suivi exemplaire du contrat.

De plus, la performance médico-économique se limite aux nouvelles activités. Le CHU d'Angers a fait le choix de ne pas remettre en cause "l'existant" et de focaliser son analyse médico-

99 Comparaison avec l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2011

100 DHOS, 2008, *l'enquête nationale gouvernance hospitalière*, Paris, 33p.

101 DHOS, 2011, *l'enquête nationale gouvernance hospitalière*, Paris, 47p

102 Article 10 "suivi et évaluation du contrat" (cf annexe 6)

économique sur les activités nouvelles. En effet, à Angers, il n'existe pas de compte de résultat analytique par pôle. La décision a été de se concentrer sur les charges et les recettes variables à savoir les nouvelles recettes et les nouvelles dépenses. Les nouvelles activités médicales mises en place à partir de 2008 doivent satisfaire à la règle des trois tiers et être pertinentes médico-économiquement sans que soit remis en cause l'organisation médicale antérieure. .

Par ailleurs, la performance médico-économique ne semble pas concerner les pôles médico-techniques qui ne reçoivent pas d'intéressement et doivent par solidarité institutionnelle faire passer les patients du CHU avant les patients extérieurs qui rapportent, eux, de l'argent. Les contrats des pôles médico-techniques sont des contrats d'activité pure avec une limite importante : poussée à l'extrême leur performance médico-économique désorganiserait les pôles cliniques du CHU. Ainsi, le chef du pôle imagerie, explique : " les pôles médico-techniques sont des pôles prestataires. Si pour remplir le contrat, je ne fais que des actes externes qui rapportent de l'argent, je vais désorganiser les services ". Pour lui, le contrat de pôle de première génération n'avait pas de sens pour les pôles médico-techniques. Selon lui, il faudrait passer à un autre type de contrat plus intelligent mais plus difficile à mettre en place : le contrat inter-pôles. Il développe : " Avec un contrat inter-pôles, une certaine régulation des actes pourrait se mettre en place. Ainsi, si les services prenaient conscience du coût d'une prestation d'imagerie, de pharmacie, de biologie, il y aurait une autorégulation de la prescription sur les quantités et pourquoi pas sur les horaires. Si on imagine qu'un examen effectué entre 8h et 18h coûte 10 euros, puis 20 euros entre 18h à 22h et s'approche de 60 euros au-delà de 22h, on peut s'attendre à une régulation de la part des médecins qui vont modifier leur comportement de prescription en adaptant leur heure de visite ". JF. Caillat pense également que des contrats inter-pôles doivent être mis en œuvre pour que les pôles " prestataires internes que sont les activités d'anesthésie-réanimation, de biologie, d'imagerie et de pharmacie puissent effectivement voir reconnaître et valoriser leur apport ".

Enfin, la performance médico-économique fondée sur les activités nouvelles est inflationniste. Le CHU d'Angers en fondant sa santé financière sur l'activité se comporte comme un passager clandestin¹⁰³ qui augmente le déficit de la sécurité sociale pour assainir ses comptes. C'est une logique d'entreprise. T. Brossard développe que " les directeurs du CHU d'Angers, par ce comportement inflationniste, ne se comportent pas comme des acteurs de santé publique. En effet, les directeurs ont choisi de retrouver l'équilibre économique du CHU en augmentant les recettes et non en réduisant les dépenses comme le préconise l'Agence Régionale de Santé, ce qui accentue le déficit de la sécurité sociale car les recettes du CHU sont les dépenses de la sécurité sociale ".

103 Un passager clandestin cherche à faire supporter le coût de la production d'un bien collectif par les autres (définition économique).

Face à ce reproche de comportement inflationniste¹⁰⁴, le CHU d'Angers développe quatre arguments :

- La hausse d'activité est forte depuis seulement 2-3 ans;
- La hausse d'activité concerne en priorité l'hospitalisation de jour¹⁰⁵. Or, l'hospitalisation de jour n'est pas ce qui génère le plus de dépenses pour la sécurité sociale;
- Cette augmentation d'activité correspond à une redistribution des parts de marché sur le territoire de santé. Le CHU d'Angers a pris des parts de marché au centre hospitalier de Saumur en médecine et aux cliniques en chirurgie¹⁰⁶.
- En Maine et Loire, il n'y a pas de surconsommation de l'offre hospitalière par rapport à la moyenne nationale comme le prouve le taux de recours¹⁰⁷ standardisé 2011. Pour la médecine, le taux de recours est de 144,31 pour le Maine et Loire alors que la moyenne est de 151,25. Cette augmentation du taux de recours ces dernières années peut aussi s'interpréter comme un effet de rattrapage du à une situation initiale de sous consommation de soins.

4 Préconisations pour positionner le contrat pôle comme un véritable outil de promotion de la performance globale hospitalière

Les contrats de pôle au CHU d'Angers ont des imperfections (4.1) qui peuvent être corrigées (4.2) pour que le contrat de pôle devienne un outil visant la performance globale hospitalière. La loi HPST sera-t-elle un frein ou un levier pour rénover ces contrats de pôles de première génération ? (4.3)

4.1 Les limites actuelles des contrats de pôle du CHU d'Angers

Les contrats de pôle de première génération du CHU d'Angers ont des imperfections qui limitent leur performance : ils sont trop standardisés (4.1.1), trop centrés sur le suivi médico-économique (4.1.2), trop lourds (4.1.3), trop limités dans leur délégation de gestion (4.1.4) et enfin trop compliqués dans leur modalités de calcul de intéressement rendant cette fonction difficile à utiliser (4.1.5)

104 Reproche de l'ARS Pays de la Loire

105 Augmentation d'activité en 2011 de + 5% par rapport à 2010 avec +9% pour l'hospitalisation de jour et +3% pour l'hospitalisation complète

106 En chirurgie, les parts de marché du CHU d'Angers sont passées en 2010 de 23% à 23,9% en 2011 au détriment notamment des cliniques qui ont vu leur part de marché diminuer (-1% pour la clinique de l'Anjou; -0,3% pour la clinique St Léonard, -3% pour la clinique chirurgicale de la Loire). En médecine, les parts de marché ont également augmenté pour le CHU d'Angers qui est passé de 46,6% en 2010 à 46,8% en 2011 (territoire Angers – source FHF)

107 Le taux de recours est le nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants.

4.1.1 Des contrats de pôle trop standardisés

Une première limite à l'efficacité des contrats de pôle est liée à la trop grande standardisation de ces contrats "pour aller vite et faciliter le déploiement de la démarche de contractualisation interne"¹⁰⁸. Tous les contrats de pôle du CHU d'Angers sont, en effet, réalisés sur la même trame¹⁰⁹ alors que chaque pôle a ses spécificités. Si cette homogénéité peut être un avantage pour les pôles cliniques en permettant les comparaisons (benchmarking), elle est contreproductive pour les pôles médico-techniques qui sont des pôles prestataires. Pour ces derniers, fixer des objectifs purs d'activité n'a que peu de sens car une solidarité institutionnelle limite leur possibilité d'accroître leur activité externe au-delà d'un certain seuil.

4.1.2 Des contrats de pôle trop focalisés sur le suivi du volet médico-économique au détriment du volet qualité

Une autre imperfection des contrats de pôle de première génération est leur centrage sur le volet médico-économique. Ce choix opéré par le CHU d'Angers n'était pas une volonté de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui prévoyait que le contrat de pôle " définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers" du pôle d'activité. P. Guinard estime que ce tropisme médico-économique des contrats de pôle a été fait par simplicité. A l'époque, il était plus facile d'intégrer et de suivre dans les contrats de pôle des indicateurs médico-économiques que les indicateurs qualité qui émergeaient. Il ajoute que ce centrage "va s'épuiser de lui-même". En effet, sa faiblesse est que cette vision quantitative du développement hospitalier est inflationniste en même temps que temporaire. En effet lorsque le CHU d'Angers aura répondu à l'ensemble des besoins médicaux de la population en développant de nouvelles activités alors il devra trouver un autre modèle pour évoluer, plus qualitatif, plus centré sur le patient. T. Brossard insiste sur le contexte financier du CHU pour expliquer le poids du volet médico-économique : "Quand la réflexion a débuté sur la contractualisation interne, l'hôpital n'était pas à l'équilibre. Il y avait une pression financière". Pour éviter l'essoufflement de la dimension projet qui est le cœur de la motivation des pôles, la solution serait de promouvoir des projets basés sur le caractère innovant et qualitatif des prises en charge. Dans les autres CHU, en 2011 toujours d'après l'enquête nationale gouvernance hospitalière, le contenu des contrats de pôle est plus large car :

- 31% des CHU ont des contrats contribuant à la politique d'optimisation des achats;
- 93% des CHU ont des contrats contribuant à la politique de qualité et de sécurité des soins avec suivi par pôle des indicateurs de qualité opposables aux établissements;
- 93% des CHU ont des contrats traitant des ressources humaines
- 97% des CHU ont des contrats traitant d'amélioration des organisations

108 Extrait de l'entretien avec P. Guinard

109 Cf annexe 6 Trame des contrats de pôle

- 93% des CHU ont des contrats traitant de mutualisation et de coopération à l'intérieur de l'établissement

- 52% des CHU ont des contrats traitant des coopérations entre établissements

Or, la performance hospitalière repose sur l'ensemble de ces facteurs et pas seulement sur la performance financière. Ainsi, le rapport " Management et efficience hospitalière " ¹¹⁰ démontre que performance et bonne santé financière ne sont pas synonymes. Le rapport souligne que les objectifs financiers "ne doivent pas être le seul moteur de leur démarche [de performance] qui doit être centrée sur l'amélioration de la prise en charge des patients". Le rapport "propose que les résultats relatifs à la qualité soient pris en compte au même titre que les résultats financiers par les décideurs et en particulier par les ARS. Cela nécessite de se doter de véritables indicateurs de résultats et non pas seulement de moyens ou de procédures".

4.1.3 Des contrats de pôle trop lourds en termes d'élaboration, de suivi et d'évaluation

Une troisième faiblesse de la première génération des contrats est la lourdeur qui accompagne leur élaboration, leur négociation, leur suivi...JF Caillat explique ainsi que contractualiser en interne "c'est lourd. C'est d'ailleurs une des raisons qui pourrait expliquer la diminution du nombre de pôles voulu au CHU d'Angers. On devrait mettre moins de temps à négocier 7 contrats que 14. Pour négocier 14 contrats de pôle et les signer, il a fallu plus de deux ans". Il souligne que : "l'erreur commise lors de la première génération des contrats de pôle est d'avoir voulu mettre trop d'éléments à l'intérieur". La négociation des contrats a été complexe car des moyens humains ont été engagés dans le cadre des projets de nouvelles activités dont le CHU attendait un retour sur investissement (règle des trois tiers). Lors de la négociation des objectifs spécifiques du contrat, une véritable discussion entre le pôle et la direction générale s'est engagée pour déterminer le dimensionnement des projets qui allaient être contractualisés. Le suivi des contrats de pôle a également été fastidieux car les cadres de gestion devaient suivre de nombreux indicateurs définis dans les contrats. Un cadre de gestion explique que "le suivi mensuel des contrats de pôle est compliqué par des indicateurs sans cible autre que la valorisation d'activité". Pour l'évaluation, la complexité des contrats de pôle qui différencient les objectifs de base et les objectifs spécifiques a entraîné une évaluation superficielle des contrats de pôle basée sur l'atteinte des objectifs de base, des objectifs de dépenses médicales et de biologie car l'intéressement des pôles est calculé à partir de ces résultats. Pour les objectifs spécifiques, c'est-à-dire les nouvelles activités développées, "il n'y a pas eu d'évaluation systématique fine"¹¹¹, par contre "certaines actions spécifiques qui posaient problème à un moment donné soit à cause d'un fléchissement d'activité soit à cause d'un démarrage poussif ont fait l'objet d'un suivi attentif de la cellule d'analyse de gestion".¹¹²

110 ACKER D, BENSADON A-C, LEGRAND P, 2012, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Paris : IGAS, 118p.

111 Extrait de l'entretien avec L. Pailhé

112 *ibid.*

4.1.4 Des contrats de pôle définissant une délégation de gestion trop limitée

L'efficacité des contrats de pôle est largement liée à la délégation de gestion qu'ils organisent. En effet, fixer des objectifs d'activités ou financiers ou de qualité ambitieux dans les contrats n'a de sens si le pôle d'activité a les moyens de les atteindre. L'objectif de la délégation de gestion est d'attribuer au chef de pôle les marges de manoeuvre nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle et au bon fonctionnement du pôle. En pratique, il peut s'agir d'une délégation de signature formelle ou d'un droit de tirage sur l'enveloppe budgétaire du pôle, l'administration s'interdisant alors d'en discuter l'opportunité. Le rapport de l'IGAS¹¹³ sur le bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé fait observer qu'il existe "un décalage certain entre, d'une part, les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils nécessaires à cette nouvelle organisation et, d'autre part, la portée opérationnelle réelle de cette subsidiarité." La mission souligne en outre que, face à ce décalage, "le risque de découragement des chefs de pôle et de leur équipe est réel". Interrogé sur la délégation de gestion au CHU d'Angers, un chef de pôle répond "mais il n'y a pas de délégation de gestion au CHU d'Angers". Si une minorité chefs de pôle, souhaiterait avoir plus de responsabilités, d'autres avouent "ne pas vouloir plus de délégation de gestion" et "encore moins de délégation de signature". E. Debaisieux précise que "les chefs de pôle ne souhaitent pas en majorité avoir plus de délégation de gestion et la preuve en est qu'ils ne sont pas demandeurs des mensualités de remplacement que la direction générale a prévu de leur déléguer dans la deuxième génération de contrat de pôle". En ce qui concerne la délégation de signature, elle indique qu'il y a peu de chance qu'elle soit mise en place au CHU d'Angers car "la direction générale et le Président de CME souhaitent limiter les contre-pouvoirs". Certains chefs de pôle adhèrent à l'argumentation. Deux chefs de pôle m'ont ainsi parlé du risque de créer "des petits hôpitaux dans l'hôpital" ou de "risque de morcellement de l'établissement". Rappelons enfin, que la délégation telle que l'a nuancée un chef de pôle concernait plus un élargissement de la concertation au moment de la décision, qu'un renforcement de l'autonomie décisionnelle du chef de pôle.

4.1.5 Un intéressement lié aux objectifs des contrats de pôle trop compliqué et difficilement utilisable

L'intéressement institutionnel mis en place au CHU d'Angers dans le cadre de la contractualisation interne est largement critiqué. Tout d'abord, les professionnels ne comprennent pas sa méthode de calcul¹¹⁴ jugée trop "complexe et peu transparente"¹¹⁵. De plus, son utilisation "censée être

113 ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé*, Paris : rapport de l'IGAS, 124p.

114 Cf annexe 7 sur le calcul de l'intéressement en 2009

115 Extrait d'un entretien avec un chef de pôle

totallement libre"¹¹⁶ est compliquée par deux règles : l'obligation de respecter la commande publique et le fait que les demandes ne doivent pas créer des dépenses pérennes. Les cadres de gestion, qui ont dû gérer l'intéressement, confient qu'ils en viennent à regretter parfois d'en avoir¹¹⁷. Ils se heurtent à plusieurs problèmes techniques. Les commandes publiques sont un frein à la libre utilisation de l'intéressement car les demandes sont très éclatées et en quantité faible. Le suivi comptable des enveloppes d'intéressement est également compliqué car il vient s'ajouter au budget de fonctionnement de l'établissement et le suivi par unité fonctionnelle (UF) n'est pas adapté au suivi de ces enveloppes par projet. Enfin, certains professionnels et notamment le président de CME considèrent que l'intéressement devrait être abandonné car "son utilisation est un gaspillage d'argent public".

Pour corriger ces imperfections, attachées rappelons-le à première génération de contrat de pôle, il existe des leviers correcteurs et rénovateurs des contrats de pôle pour en faire une contractualisation au service de la performance globale hospitalière.

4.2 Les leviers pour faire du contrat de pôle un outil de la performance globale

Des leviers existent pour rénover le contrat de pôle : l'adapter aux spécificités des pôles (4.2.1), le compléter par un volet qualitatif plus effectif (4.2.2), l'alléger et le simplifier (4.2.3), rénover la délégation de gestion pour affirmer le rôle des acteurs (4.2.4), simplifier et élargir l'intéressement collectif (4.2.5).

4.2.1 Rénover l'outil en l'adaptant aux spécificités des pôles et en imposant une évaluation régulière

Le contrat de pôle est un outil de dialogue entre l'administration et le pôle. Ce dialogue s'instaure avec l'élaboration du contrat, et se prolonge lors de son suivi et de son évaluation. Pour que ce dialogue soit constructif, le contrat de pôle ne doit pas être un contrat standard mais un contrat adapté à chaque situation de pôle. Ces spécificités passent notamment par des objectifs d'activités calibrés, des visées qualitatives et financières adaptées aux projets médicaux, en somme du sur mesure. Une priorité pour la nouvelle génération de contrat de pôle est d'imposer une évaluation systématique de l'atteinte des objectifs du contrat avant la signature du nouvel avenant. Ces évaluations régulières sont essentielles car elles mettent en relief les apports des pôles à l'institution. Or, comme le souligne le rapport sur les "les impacts de la T2A sur les modes

116 Ibid

117 Remarque de deux cadres de gestion interrogés

d'organisation et de fonctionnement"¹¹⁸, les pôles entraînent une charge de travail collective importante (démultiplication de réunions, concertations, négociations, d'analyses et calculs, de rédactions de notes et de rapports, etc) alors que les résultats observables sont parfois faibles. Cette évaluation qui paraît " compliquée "¹¹⁹ pour les cadres de gestion serait simplifiée par quatre nouveautés :

- la systématisation d'indicateurs pour tout objectif défini clairement et facile à suivre. Le bilan réalisé par les cadres de gestion doit pointer les difficultés à suivre tel ou tel indicateur pour que ces derniers soient modifiés. Pour réaliser la valorisation des nouvelles activités dans les contrats de pôles, les principales difficultés étaient le manque d'indicateurs et leur difficulté pour les suivre (ex : choix d'indicateurs noyés dans les consultations)
- la systématisation d'une valorisation pour toute nouvelle activité T2A. Les contrats de pôle doivent expliquer comment cette valorisation a été calculée et affichée clairement s'il s'agit d'un objectif financier pour l'année n ou un solde à obtenir entre l'année n et n-1. Les contrats de première génération manquait de précision concernant le calcul des valorisations fixées dans le contrat pour les activités T2A et ne précisaient jamais si la valorisation contractualisée était l'objectif financier pour l'année n ou un solde à obtenir entre l'année n et n-1.
- la transmission d'une fiche suivi "contrat de pôle"¹²⁰ individualisée pour le pôle à remplir tous les mois par les cadres de gestion comprenant le suivi : des objectifs du contrat, des indicateurs et de la valorisation (si des moyens humains ont été contractualisés en contrepartie d'un développement d'activités nouvelles).
- Un contrôle par la CAG du suivi des cadres de gestion. Pour la première génération des contrats de pôle, le suivi des cadres de gestion n'était pas contrôlé-analysé par la CAG et au moment du bilan médico-économique, retrouver les méthodes de suivi des actes par les cadres de gestion s'avéra très compliqué. Les bilans médico-économiques plus rapprochés doivent donc être réalisés en collaboration entre la CAG et les cadres de gestion. Cette collaboration éviterait tout soupçon de détournement des chiffres par les cadres de gestion parfois jugés trop proches de leur pôle¹²¹.

Le plus gros défi ne concerne pas les pôles cliniques mais les pôles médico-techniques ou pôles prestataires. Pour ces derniers, le dialogue ne devrait pas seulement être orchestré avec l'administration mais devrait aussi se mettre en place avec les autres pôles cliniques de l'établissement de santé. Le type de contrat optimal serait alors un contrat interpôle permettant la valorisation des prestations entre pôles et la régulation de la consommation des pôles cliniques. Une prestation interpôle correspond à "tout échange de services ou de produits dont l'évaluation

118 MOISDON JC, PEPIN M, 2010, *les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement*, Paris : Série Etudes et recherches, p.24

119 Extrait d'un entretien avec un cadre de gestion

120 cf annexe 13 proposant un exemple de fiche de suivi (CHU Lille)

121 Remarque d'un agent de la cellule d'analyse de gestion

permettrait de connaître et de reconnaître la valeur ajoutée dans l'organisation des soins et, potentiellement, d'agir sur la consommation¹²². Des comptes de résultat par pôle permettraient de mieux valoriser les prestations fournies par chaque pôle et d'en tenir compte dans l'évaluation de sa performance, afin notamment de responsabiliser le corps médical – par exemple, sur la prescription d'actes et de favoriser le dialogue entre les pôles prestataires et producteurs de soins à travers une relation clients/fournisseurs¹²³.

4.2.2 Rénover l'outil en le complétant par un volet qualité effectif

Il existe déjà un volet qualité dans la première génération des contrats de pôle mais ce volet qualité n'est pas suivi à la différence du volet médico-économique. Cela ne signifie pas, comme on l'a vu que rien n'est fait, mais que ce qui l'est, n'est pas (ou mal) valorisé. La rénovation du volet qualité est donc nécessaire pour engager les pôles dans une vision plus "qualitative" de la performance. Elle peut prendre différentes formes. La solution la plus simple serait de garder la forme actuelle du contrat mais d'assortir les objectifs qualité d'indicateurs qualité. Il en existe 13 actuellement qui se répartissent entre un objectif de lutte contre les infections nosocomiales et un objectif d'optimisation de la prise en charge des patients. L'atteinte des objectifs qualité doit être suivie et évaluée pour avoir un sens. Au CHU d'Angers, le pilotage de la qualité pourrait être orchestré par un des cadres supérieurs de santé du pôle aidé par le cadre de gestion comme le propose JF. Caillat. En effet, lors de la mise en place des nouveaux pôles d'activité, le choix a été fait de ne supprimer aucun cadre supérieur. La direction générale a, par contre, négocié que ce deuxième cadre supérieur s'occupe en priorité de l'amélioration de la qualité au sein du pôle. Une solution plus ambitieuse serait de lancer un appel à projet sur des grands thèmes du projet d'établissement (amélioration de la relation avec la médecine de ville par exemple) et d'aider les pôles à atteindre des objectifs spécifiques qualitatifs qu'ils auraient sélectionnés en leur donnant les moyens de les atteindre. E. Debaisieux souligne que le risque avec la qualité est une demande forte de moyens par les pôles (par exemple de secrétaires) sans possibilité de rationaliser ces moyens comme avec la règle des trois tiers. Dans ce contexte, le centre hospitalier d'Angers pourrait chercher à être désigné comme établissement expérimentateur pour le projet IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) qui vise à expérimenter un mécanisme d'incitation financière à la qualité, fondé sur des indicateurs généralisés, des pratiques exigibles prioritaires de la certification et le développement de l'informatisation du dossier patient. Cette opportunité pourrait lui permettre de motiver les professionnels à s'engager dans une contractualisation sur la qualité.

122 ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé*, Paris : rapport de l'IGAS, 124p.

123 GLARDON PH, LE GALIARD Léa, 2011, "Comment promouvoir la performance des pôles ? ", *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp. 28-31

4.2.3 Renover l'outil en l'allégeant et en le simplifiant

L'outil contrat de pôle est un outil lourd à élaborer, à négocier, à suivre et à évaluer. La rénovation de l'outil pourrait donc passer par sa simplification. JF Caillat explique que le contrat de pôle "devrait être ramassé sur quelques objectifs, quelques axes. Il devrait comporter les éléments structurant pour le pôle". Recentrer le contrat sur les objectifs d'activité, de qualité prioritaires du pôle permettrait à l'équipe de direction et aux pôles de concentrer leurs efforts sur le dimensionnement de quelques projets ce qui limiterait les erreurs en termes de valorisation d'activité, en termes de moyens humains contractualisés, en termes d'indicateurs à suivre. Le suivi par les cadres de gestion serait facilité, car concentré sur quelques indicateurs bien définis dans les contrats. L'évaluation serait plus légère à réaliser.

4.2.4 Renover la délégation de gestion pour affirmer le rôle des acteurs du pôle

La délégation de gestion permet d'attribuer au chef de pôle et à son équipe les marges de manœuvre nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle et au bon fonctionnement du pôle. La délégation de pouvoir est consentie au délégataire en raison des fonctions qu'il exerce. La délégation de gestion au CHU d'Angers, restreinte dans le champ des ressources humaines et des services économiques, a deux limites. Tout d'abord, elle rend le pôle dépendant, pour les décisions importantes, des arbitrages des directions fonctionnelles et freine ainsi auprès des acteurs du pôle leur sentiment d'appartenance à ce dernier. Comme l'explique E. Debaisieux, l'évolution de la délégation de gestion n'est pas facile car elle n'est pas une véritable demande des pôles qui préfèrent renvoyer par facilité, les arbitrages douloureux aux directions fonctionnelles, comme le prouve le peu de motivation rencontrée, pour la délégation des mensualités de remplacement prévue depuis plus d'un an et sans cesse reportée. S. Crassat, cadre supérieur, développe qu'avant d'élargir le champ de la délégation de gestion, il faudrait l'approfondir. Les compétences déléguées au CHU d'Angers sont encore partielles et il y a un décalage entre ce qui est annoncé dans les textes et ce qui est vécu sur le terrain. Elle poursuit ainsi " On délègue au pôle la formation continue, l'enveloppe congrès, mais on est obligé de fabriquer nos propres outils car il nous manque toujours le logiciel pour bien gérer la délégation ". La délégation de gestion devrait donc s'accompagner d'un concours renforcé des directions fonctionnelles pour aider les pôles dans la montée en charge des délégations. Il s'agira de leur fournir la capacité d'exercer réellement leur compétence par le transfert de moyens humains et techniques, par des tableaux de bord actualisés à un rythme adapté à la délégation, afin d'éviter un sentiment d'excès de responsabilité, réducteur de motivation. Il faut éliminer ce sentiment que les directions fonctionnelles se sont " débarrassées " de la gestion des compétences qu'elles ne voulaient plus. Ce ressenti est encore très présent et se décèle avec des

remarques telles que " C'est de la délégation sur ce qui les intéresse car les enveloppes congrès ce n'est pas facile à gérer "¹²⁴.

4.2.5 Rénover l'intéressement en le simplifiant et en l'élargissant à d'autres objectifs

Légitimer l'intéressement collectif passe tout d'abord par une simplification de son calcul qui permettrait une meilleure prévision des résultats et donc une meilleure utilisation par les pôles. JF. Caillat indique que " l'opacité des méthodes de calcul de l'intéressement fait perdre l'objectif incitatif de l'outil ". Cette simplification des méthodes de calcul passe essentiellement par une diminution des objectifs sous-tendant l'attribution de l'intéressement. Aujourd'hui, l'intéressement du CHU d'Angers dépend à la fois de critères d'activité et de critères de maîtrise des dépenses médicales¹²⁵. Or, comme le précise E. Debaisieux, le pôle est-il vraiment maître de ces critères? Elle ajoute que " l'intéressement avait pour dessein des modification de pratiques des pôles qui ne sont pas réalisables avec ce type de critères médico-économique ". Pour redonner son sens à l'intéressement, une solution serait donc d'intéresser les pôles à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité. D'après l'enquête nationale gouvernance hospitalière, dès 2008, des établissements ont choisi de conditionner l'intéressement à des objectifs autres que les objectifs médico-économiques. L'intéressement était lié à l'atteinte d'objectifs d'activité pour 71% des établissements interrogés, à l'atteinte d'objectifs de qualité pour 61% et à l'atteinte d'objectifs en matière de réorganisation à 34%. L'intéressement lié à des objectifs qualité pourrait être, au CHU d'Angers, un complément à l'intéressement " médico-économique " avec l'inconvénient de compliquer un peu plus les méthodes de calcul de l'intéressement. Il pourrait se substituer totalement à l'intéressement médico-économique avec cette fois ci le désavantage d'envoyer un faux message aux équipes, en leur faisant croire que l'objectif d'équilibre budgétaire (qui reste toujours une priorité pour le CHU d'Angers) est passé au second rang. Cet intéressement à la qualité pour être efficace ne doit pas être imposé mais doit être une initiative du pôle. Une méthode pourrait être de lancer un appel à projet en proposant un certain nombre d'objectifs qualité que le CHU veut mettre en place (amélioration de la relation avec la médecine de ville, sortie avant midi, amélioration de la tenue dossier patient, amélioration du remplissage du dossier trajectoire...) et laisser le pôle décider de l'axe qu'il veut privilégier. Une fois le choix effectué des objectifs seraient fixés assortis d'indicateurs pour permettre un pilotage du volet qualité. L'intéressement ou une partie serait alors lié à l'atteinte de ces objectifs qualité. Dans tous les cas, l'efficacité du système d'intéressement suppose une rénovation qui passe par plus de transparence, par un ciblage d'objectifs liés à des motivations réelles du pôle, mais également par une utilisation du produit de l'intéressement facilitée. Pour optimiser le produit de l'intéressement, JF Caillat, le directeur général adjoint, propose de le " cibler sur des mensualités de remplacement et de l'achat d'équipement ". Ce

124 Entretien avec S Crassat, cadre supérieure du pôle Femme, Mère, Enfants

125 En 2010, un intéressement sur l'atteinte des objectifs de biologie a été également mis en place

fléchage aurait l'intérêt de faciliter les commandes pour la direction des services économiques, de répondre à la critique du " gaspillage d'argent public " du président de la CME mais pourrait frustrer dans leur souci d'autonomie les équipes des pôles. Ainsi, un chef de pôle explique que " si l'intéressement est ciblé sur les équipements et les mensualités de remplacement, les équipes vont avoir l'impression qu'on leur reprend ce qu'on leur avait donné puisque les mensualités de remplacement et le tableau de demandes annuelles relatives aux équipements et travaux [TAPAM] sont des budget demandés et obtenus avec restriction ". Les équipes penseront donc que l'intéressement ne sera qu'un complément à des budgets plus restrictifs. Que l'intéressement soit ciblé ou qu'il reste libre dans son utilisation, les directions fonctionnelles doivent faire un effort pour faciliter son utilisation afin que l'intéressement reste une source de motivation et ne deviennent pas une source de démotivation.

Si des évolutions sont possibles pour optimiser l'efficacité des contrats de pôle, il est important de savoir si le décret du 11 juin 2010 est un levier ou un frein dans la rénovation des contrats de pôle du CHU d'Angers.

4.3 La loi HPST, levier ou frein à la rénovation des contrats actuels ?

La loi HPST, qui règlera la deuxième génération des contrats de pôle du CHU d'Angers, introduit des innovations par rapport à l'ordonnance de 2005 : une délégation de gestion assortie d'une délégation de signature (4.3.1), le renforcement des compétences du chef de pôle (4.3.2) et la primauté des contrats de pôle sur les projets (4.3.3). Ces innovations seront-elles un frein ou un levier à la rénovation des contrats de première génération au CHU d'Angers ?

4.3.1 Une délégation de gestion élargie assortie d'une délégation de signature

Le décret du 11 juin 2010 n'évoque plus de délégations de gestion en dehors des délégations de signature dont les champs doivent être précisés dans le contrat de pôle¹²⁶. Cette dernière donne à la délégation de gestion une valeur juridique assurée. Cette délégation de signature renforce l'autonomie mais aussi la responsabilité du chef de pôle. Le décret du 11 juin 2010 précise le contenu des délégations permettant aux pôles " d'engager les dépenses, dans les domaines suivants : dépenses de crédit 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 du personnel ". Cette liste de matières à déléguer n'est pas exhaustive et peut admettre d'autres domaines. La nature et l'ampleur de la délégation résultent de la négociation entre le directeur et le

126 Article R6146-8, al II CSP

chef de pôle. Si élargir le champ de la délégation de gestion peut apporter une plus-value pour les équipes des pôles en autorisant des marges d'action significative, une condition est largement citée par les chefs de pôle qui est l'attribution de moyens supplémentaires dans les pôles pour gérer les nouvelles compétences. Par contre, assortir la délégation de gestion d'une délégation de signature apparaît contraignante et largement non souhaitée ni par les chefs de pôle, ni par la direction générale, ni par le Président de CME. En effet, plusieurs contraintes de cette délégation de signature ont été citées lors des entretiens par les chefs de pôles : dépendance hiérarchique vis-à-vis du directeur, engagement du directeur vis-à-vis d'eux et d'eux vis-à-vis de l'établissement. De plus, cette délégation de signature intervient peut-être trop tôt car les conditions ne sont pas encore réunies pour qu'elles puissent se mettre en place dans de nombreux établissements ni au niveau du chef de pôle ni au niveau de l'administration. En effet, une délégation de signature n'a de sens que si le responsable de pôle la souhaite vraiment. Or, au CHU d'Angers, être chef de pôle ne semble pas être une vocation mais plutôt une obligation comme le résume Pr. N. Ifrah, le président de CME " les chefs de pôle se sont dévoués car ils étaient en fin de carrière ou car ils ne voulaient pas être sous la coupe d'un praticien plus ambitieux et belliqueux qu'eux ". Un chef de pôle proche de la retraite insiste sur le fait qu'il n'y a aucun candidat volontaire pour le remplacer alors que son départ se rapproche. Avant de passer à la délégation de signature, il y aurait donc un travail de valorisation de la fonction de chef de pôle à réaliser pour susciter de vraies vocations. Les chefs de pôle interrogés sont d'accord pour affirmer que le travail de gestion du chef de pôle n'est pas le travail d'un praticien. Un chef de pôle développe ainsi " il faudrait un gestionnaire à côté de nous car je pense que ce n'est pas le rôle d'un médecin de donner complètement dans la gestion d'un pôle ". La délégation de gestion assortie d'une délégation de signature ne pourra être envisagée que lorsque la fonction de chef de pôle sera reconnue par tous et que des " vrais " volontaires motivés seront à la tête des chefferies de pôle. Le renforcement des pouvoirs des chefs de pôle va peut-être favoriser cette évolution. De plus, la délégation de signature qui correspond au transfert de délégation de signature de la sphère administrative à la sphère médicale peut être considérée comme une perte de pouvoir pour l'administration qui, aujourd'hui, n'est pas encore prête à ce changement. Elle doit d'abord accepter la délégation de gestion aux pôles et se réorienter vers un rôle d'expertise, de conseil et de contrôle avant de passer à l'étape ultime qui est la délégation de signature.

4.3.2 Le renforcement des compétences du chef de pôle

La loi HPST et ses textes réglementaires renforcent les compétences du chef de pôle vis à vis de l'équipe de direction et du pôle. Tout d'abord, certains changements symboliques sont révélateurs de cette évolution. Le plus évocateur est le changement de dénomination du responsable médical de pôle qui devient chef de pôle. Ce changement est accompagné par une modification du mode de

nomination. Le chef de pôle est nommé par le chef d'établissement pour une durée de 4 ans¹²⁷. La fonction chef de pôle est aussi mieux rémunérée car il touche désormais une indemnité comprenant une part fixe (200 euros mensuels) et une part variable (2400 euros) qui dépend du chef d'établissement en fonction de la réalisation des objectifs du contrat. Pour le président de la CME, " cette rémunération est indigne car elle est ridicule ".

Par ailleurs, le chef de pôle a plus de liberté pour constituer une véritable équipe de pôle en choisissant ses collaborateurs administratifs et soignants sous réserve de l'accord du chef d'établissement et pour organiser librement son pôle en modifiant les structures internes¹²⁸. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes administratives et d'encadrement du pôle.

Enfin, le rôle du chef de pôle est clarifié car le décret du 11 juin 2010 indique que le contrat de pôle doit préciser le rôle du chef de pôle dans un des sept domaines relatifs à la gestion interne de son pôle (gestion des tableaux de service, participation au plan de formation et au plan de développement professionnel, définition des profils de poste, affectation de personnel, organisation de la continuité des soins et propositions de recrutements de l'ensemble des personnels de son pôle). Il se voit par ailleurs proposer " une formation adaptée à l'exercice de ses fonctions.. "¹²⁹.

Ce renforcement du rôle du chef de pôle est un levier considérable pour la rénovation des contrats de pôle car le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Fort d'une légitimité médicale et de manager¹³⁰, il doit pouvoir mobiliser les équipes autour de la stratégie du pôle. Il doit notamment donner du sens à l'action des professionnels en organisant une véritable concertation interne, qui assure la diffusion de l'information et la mobilisation des équipes. Ce travail sur le long terme, face cachée de " l'iceberg " ¹³¹, est essentiel pour faire émerger " une culture polaire " ¹³², un sentiment d'appartenance des professionnels au pôle, et pour que les professionnels s'approprient les nouveaux outils de gestion à leur disposition. En effet, si les pôles sont avant tout des constructions juridiques reposant sur des contrats et des outils de pilotage (face émergée de l'iceberg), leur réussite et leur pérennité s'appuie sur " des prises de risque managériale des chefs de pôle. Cette capacité d'initiative locale, qui nécessite

127 Décret n°2010-656 du 11 juin 2010

128 Le projet de pôle définit sur la base du contrat de pôle les missions et les responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés aux pôles (article 1 du décret n°2010-656 du 11 juin 2010)

129 Décret n°2010-656 du 11 juin 2010

130 Le chef de pôle a obligation de suivre une formation notamment dans le domaine du management

131 CHATELAIN-PONROY, 2011, "Une voie de compréhension du contrôle de gestion dans les organisations : la métaphore de l'iceberg", 25p.

132 ANGELE-HALGAND N, COLOMBEL P, LEROUX P, 2009, "Vers l'émergence de cultures polaires", *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp.47-51

leadership et pragmatisme pour construire des projets motivants, sera l'une des clés de la réussite"¹³³ des pôles.

4.3.3 La primauté des contrats sur les projets

Sous l'ordonnance du 2 mai 2005, la pratique courante dans les établissements de santé était de faire précéder le contrat de pôle par le projet de pôle sans que cet ordre ne soit imposé par l'ordonnance. Le projet d'établissement est un fondement pour rédiger le contrat (lui-même constitué à partir des projets des pôles), fixer des objectifs chiffrés, y associer des indicateurs et prévoir un intéressement.

Le décret du 11 juin 2010 a renversé l'ordre pratiqué par les établissements en ces termes : " Art R 6146-9. – le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes (...) et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle ". C'est d'ailleurs pourquoi l'ordre temporel est aussi clairement précisé : " Dans le délai de trois mois après la conclusion du contrat de pôle, les chefs de pôle élaborent un projet de pôle... ". Désormais, la gouvernance s'affirme dans un sens descendant en faisant primer le contrat sur le projet. Cette primauté des contrats peut casser la dynamique projet au cœur des contrats de pôle du CHU d'Angers comme le souligne L. Courcol dans son mémoire sur la gouvernance polaire¹³⁴. Il indique que " ce n'est pas réellement le projet de pôle en tant que tel qui est source de motivation mais l'ensemble des projets à l'initiative du pôle qu'il regroupe en grande partie ". Il s'interroge sur la marge d'initiative et d'autonomie des équipes de pôle si le projet n'est qu'une application du contrat. La dynamique projet au cœur du contrat de pôle pourrait alors s'essouffler par un simple bouleversement de l'ordre temporel entre le projet et le contrat de pôle. C'est d'ailleurs ce que souligne un chef de pôle interrogé qui indique "l'ordre chronologique de la deuxième génération des contrats de pôles n'est pas logique. On discute aujourd'hui un squelette de contrat de pôle alors que ni le projet d'établissement ni le projet de pôle ne sont écrits".

4.3.4 Les pôles hospitalo-universitaires

Les pôles dans les CHU, depuis la loi HPST et ses décrets réglementaires, sont dénommés " pôles hospitalo-universitaires ". Si le changement dans la loi est mineur, il s'est accompagné dans les faits d'un changement de périmètre des pôles dans les centres hospitaliers universitaires afin de prendre en compte la dimension universitaire des pôles. Le rapport Fourcade indique que " le contour des pôles a été défini de manière pragmatique dans la mesure du possible selon une logique médicale

133 BICHER E, FELLINGER F, 2009, "Gouvernance polaire : la loi ne règle pas tout", *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp. 39-41

134 COURCOL L., Mémoire EHESP 2012 " La gouvernance polaire dans les CHU : les sources de motivation des équipes de pôle", décembre 2011

et universitaire dans les CHU "¹³⁵. Au CHU d'Angers, la prise en compte de la dimension universitaire des pôles a provoqué au 1er janvier 2012, le passage de 14 pôles cliniques et médico-techniques à 7 pôles hospitalo-universitaires¹³⁶. Ce changement récent n'est pas facilement assimilé par les équipes des pôles. En effet, un chef de pôle insiste sur l'incohérence des nouveaux pôles : " on est en train de faire des pôles à la fois axés sur la recherche et le management hospitalier mais c'est difficile de faire coïncider les deux. Aujourd'hui, on a des pôles trop éclatés, trop vastes avec en plus des axes de recherche qui ne coïncident pas forcément avec le pôle. C'est compliqué d'essayer d'avoir une cohérence à l'intérieur des pôles ". Pr. N. Ifrah, le président de CME, souligne que les pôles n'ont de sens que s'ils sont appuyés sur les disciplines médicales. JF Caillat précise que " le pôle n'a pas de vocation à être a priori basé sur une logique médicale. La dimension médicale a son sens au niveau des unités internes (le service, le département voire l'unité fonctionnelle). Le pôle, quant à lui, est une superstructure qui a 2 objectifs principaux : la mutualisation des moyens et la recherche ". Le passage à des pôles hospitalo-universitaires a donc suscité une incompréhension des équipes de pôle qui ne comprennent pas l'intérêt de ce nouveau découpage à part pour créer des économies d'échelle. Sur ce dernier point, la taille des nouveaux pôles est également critiquée au point que certains pensent qu'ils pourraient générer des " déséconomies d'échelle ". Un chef de pôle parle de " petits hôpitaux dans l'hôpital ". Le risque avec des pôles trop gros est de retrouver les mêmes dysfonctionnements que dans un établissement. La dynamique projet et les efforts de mutualisation de personnels et de matériel pourraient être moins efficaces dans les 7 nouveaux pôles que dans les 14 pôles de la première génération.

135 FOURCADE J-P, 2011, *Rapport du "Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé (institué par l'art 35 de la loi HPST)"*, Paris, 75p.

136 Cf annexe 5 présentant le schéma des pôles depuis le 1^{er} janvier 2012

Conclusion

Il faut l'avouer le document " contrat de pôle ", en lui-même, a une importance relative. Pourtant, il a été un moyen pour la direction générale du CHU d'Angers de retrouver un équilibre économique et d'y faire participer les pôles qui par ce biais ont réussi à trouver leur place dans la gouvernance hospitalière.

La direction générale en 2008 a su combiner l'avènement de la T2A et le dynamisme médical des praticiens du CHU d'Angers pour fonder son retour à l'équilibre économique sur une dynamique vertueuse dont les deux piliers étaient le développement de projets médicaux innovants (activité) et la possibilité d'obtenir des moyens humains négociés dans le cadre de ces nouveaux projets par la règle des tiers. Le bilan médico-économique des contrats de pôle montre que ce choix a été payant car le retour à l'équilibre s'est fait, entre autres, par le développement de 109 nouvelles activités, la création de 183 ETP et par une maîtrise raisonnable des dépenses.

Le contrat de pôle a également été un moyen de formaliser la reconnaissance de projets, mélange du projet d'établissement et du projet de pôle, qui donnent un sens au pôle et aux professionnels qui le composent. L'outil contrat de pôle a donc relevé un autre défi qui était de contribuer à faire émerger une culture polaire, un sentiment d'appartenance à une superstructure autre que l'établissement et autre que le service.

Cette utilisation vertueuse des contrats de pôle au CHU d'Angers, outil du new public management, démontre également que les concepts et les outils ne sont que ce que les établissements en font.

L'outil contrat de pôle aujourd'hui doit retrouver un sens dans une gouvernance renouvelée par la loi HPST. Les pôles hospitalo-universitaires de taille supérieure au CHU d'Angers sont le principal changement par rapport à 2008. Le contrat de pôle de deuxième génération va avoir trois défis à relever : permettre que le CHU reste à l'équilibre en soutenant encore et toujours la dynamique projet, faire émerger une culture qualité au sein des pôles encore trop faiblement existante et faire retrouver un sens à ces nouveaux pôles de taille beaucoup plus importante. Si le dernier point est difficilement évaluable, un bilan médico-économique doublé d'un bilan qualité annuel devraient permettre de savoir si les contrats de pôle de la deuxième génération du CHU d'Angers auront relevé leurs défis.

Bibliographie

Ouvrages

- CHARREAUX G, JOFFRE P, KOENG G, DE MONTMORILLON B, 1987, De nouvelles théories pour gérer l'entreprise, Economica, Paris, 151p.
- DRUCKER P., 1954, *The practice of management*, Harper and Row, New York.
- MAS B., PIERRU F, SMOLSKI N. et TORIELLI R, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, collection Savoir agir, Paris, 368p.

Rapports et mémoires

- ACKER D, BENSADON A-C, LEGRAND P, 2012, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Paris : IGAS, 118p.
- ANAP, 2011, *Etre chef de pôle*, Paris, 36p.
- CHAMPAGNE F., CANTANDRIOPOULOS A.P, et al, 2004, *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : modèle EGIPSS*, Paris.
- COUR DES COMPTES, 2009, *Rapport de la Cour des Comptes relatif à "La sécurité sociale"*, Paris, p. 126.
- COURCOL L., 2011, *La gouvernance polaire dans les CHU : les sources de motivation des équipes de pôle*, Rennes, 87p.
- DHOS, 2008, *l'enquête nationale gouvernance hospitalière*, Paris, 33p.
- DHOS, 2011, *l'enquête nationale gouvernance hospitalière*, Paris, 47p.
- FOURCADE J-P, 2011, *Rapport du "Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé (institué par l'art 35 de la loi HPST)"*, Paris, 75p.
- MOISDON JC, PEPIN M, 2010, *les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement*, Paris : Série Etudes et recherches, 122p.
- ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôle et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé*, Paris : rapport de l'IGAS, 124p.

Articles et conférences

- AMAR A., BERTHIER L., 2006, "Le nouveau management public : avantages et limites", XVI *international RESER conférence*, Lisbonne, 13 p.
- ANGELE-HALGAND N, COLOMBEL P, LEROUX P, 2009, "Vers l'émergence de cultures polaires", *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp.47-51
- BICHIER E, FELLINGER F, 2009, "Gouvernance polaire : la loi ne règle pas tout", *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp. 39-41
- BORDET A, 2012, "L'hôpital mis à mal par le management", *La vie des idées*, 8p.

- CAZENAVE JC, 2010, "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Economie Médicale*, Vol 28, n°6-7, pp. 249-254
- CHATELAIN-PONROY, 2011, "Une voie de compréhension du contrôle de gestion dans les organisations : la métaphore de l'iceberg", 25p.
- COULOMB E, ESTIENNE N, 2011, "Le pôle, échelon de pilotage des objectifs de l'établissement", *Revue Hospitalière de France*, pp.32-34
- GLARDON PH, 2012, "Performances des pôles : enseignement de l'enquête gouvernance 2011", *Revue Hospitalière de France*, n°544, pp.8-11
- GLARDON PH, LE GALIARD Léa, 2011, "Comment promouvoir la performance des pôles ? ", *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp. 28-31
- GUICHETEAU J, MASESTRE-LEFEVRE A, 2009, "Un tableau de bord équilibré au service du pilotage médico-économique", *Revue Hospitalière de France*, n° 531, pp.44-46
- LAUDE L., 2010, "Sens et contre-sens de la performance", *Les cahiers hospitaliers*, pp. 30-32
- PESQUEUX Y., 2010, "le nouveau management public ", *hyper articles en ligne – sciences de l'Homme et de la société*, 11 p.

Sources légales et réglementaires (par www.legifrance.fr)

- LOI Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) n° 2001-692 du 1er août 2001.
- ORDONNANCE n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- DECRET n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé.
- ARRETE du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôle.
- ARRETE du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle.
- DECRET n°2011-925 du 1er août 2011 portant attribution d'une prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions de collaborateur du praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Documents de travail

- CHU d'Angers, Projets de pôle, contrats de pôle et avenants des 11 pôles cliniques, 2008-2011
- CHU d'Angers, Rapports d'activité, 2007-2011
- CHU d'Angers, Direction des projets et de la contractualisation, "Trame des contrats de pôle", document de travail, 2007

- CHU d'Angers, Direction des projets et de la contractualisation, "Les règles de la contractualisation interne au CHU d'Angers ", document de travail, 2008
- CHU d'Angers, Direction des projets et de la contractualisation, "Les contrats de pôle, prévisions d'activité volet médico-économique", document de travail, 2008
- CHU d'Angers, Cellule qualité, "Projet QRE et projet de pôle", document de travail, 2006
- CHU d'Angers, Direction de la contractualisation, " contrat de pôle 2eme génération", document de travail de travail, 2012.
- CHU d'Angers, Cellule qualité, "le guide d'utilisation du tableau de bord Evaluation du système qualité du pôle", 2009
- CHU de Lille, Direction de la contractualisation, "fiche de suivi des urgences", 2009

Sites Internet

Gouvernance hospitalière : <http://www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere.html>

Projet IFAQ : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>

Liste des annexes

Liste des annexes

- **Annexe 1 : Méthodologie du mémoire**
- **Annexe 2 : Exemple de grille d'entretien**
- **Annexe 3 : Tableau de synthèse des entretiens**
- **Annexe 4 : Schéma des pôles de janvier 2005 à janvier 2012**
- **Annexe 5 : Schéma des pôles depuis le 1^{er} janvier 2012**
- **Annexe 6 : Trame des contrats de pôle**
- **Annexe 7 : Calcul de l'intéressement (année 2009)**
- **Annexe 8 : Exemple de tableau récapitulatif pour un pôle les objectifs de base et les objectifs spécifiques**
- **Annexe 9 : Exemple de fiche projet réalisé par les pôles**
- **Annexe 10 : Tableau excel résumant un contrat de pôle**
- **Annexe 11 : Bilan des contrats de pôle des 11 pôles cliniques**
- **Annexe 12 : Bilan des dépenses-recettes par pôle**
- **Annexe 13: Exemple de fiche de suivi d'un autre établissement (CHU Lille)**

Annexe 1 méthodologie du mémoire

Le choix du sujet de mémoire a été déterminé au début du stage long suite aux propositions de dossier de la part de la Direction Générale. L'un des thèmes portait sur le bilan médico-économique de la première génération des contrats de pôle. Au vu des enjeux de la question et du souhait de la Direction d'y porter une attention particulière, une réflexion s'est alors engagée sur la possibilité d'en faire mon sujet de mémoire.

Recherche bibliographique

L'objectif était de faire l'état des connaissances sur la question en menant une analyse approfondie sur la littérature existante portant sur la mesure de la performance des pôles mais également sur les thèmes liés au sujet : la contractualisation des pôles, l'intéressement, la délégation de gestion...

De ces informations et de mes échanges avec mon directeur de mémoire, L. LAUDE, et mon maître de stage, T. BROSSARD, un certain nombre de questions structurantes ont émergé définissant les grands axes de réflexion du mémoire. Ces éléments ont permis de définir une liste de personnes à interroger et l'élaboration de leur questionnaire.

Observation directe

Lorsque le sujet des pôles était abordé en réunions ou instances, la directrice de la contractualisation, E. DEBAISIEUX, a toujours pris soin de préciser que je menais un travail sur la première génération des contrats de pôle et de m'associer notamment dans le cadre des réflexions sur la deuxième génération des contrats de pôle. Cela a facilité par la suite la réalisation de mes entretiens.

J'ai mis à profit ces réunions pour observer les réactions des acteurs face au bilan de la première génération des contrats de pôle :

- lors de la réunion de travail sur la nouvelle trame des contrats de pôle
- lors de la présentation de la nouvelle trame des contrats de pôle et du calendrier aux chefs de pôle

Les entretiens

J'ai fait le choix de rencontrer les personnes qui ont eu un rôle soit dans l'élaboration, la négociation, le suivi ou l'évaluation des premiers contrats de pôle.

Les personnes interviewées au sein de la Direction Générale du CHU d'Angers :

- L. PAILHE, directeur de la stratégie et des coopérations
- E. DEBAISIEUX, directrice de la contractualisation interne et des pôles
- T. BROSSARD, directeur de la cellule d'analyse de gestion
- J.F. CAILLAT, directeur général adjoint

- P. GUINARD, directeur général du CH de Château-Gontier (ancien directeur du pôle projet au CHU d'Angers)

Les personnes interviewées au sein des pôles :

- le président de la CME du CHU d'Angers : Pr. N. IFRAH
- des chefs de pôle du CHU d'Angers :
 - Pr. V. ROHMER, chef de pôle du pôle Spécialités médicales et chirurgicales intégrées
 - Pr. V. DARSONVAL, chef de pôle du pôle Neurosciences, spécialités chirurgicales
 - Pr. C. AUBE, chef du pôle Stérilisation, Fonctionnel, Imagerie, Pharmacie
 - Pr. D. CHABASSE, chef du pôle Biologie
- des cadres de gestion du CHU d'Angers:
 - F. CLEMENCEAU, cadre de gestion du pôle Femme, Mère, Enfant
 - D. PADELLEC, cadre de gestion du pôle Anesthésie Réanimation, Médecine d'Urgence, Santé, Société
 - G. LEROYER, cadre de gestion du pôle Anesthésie Réanimation, Médecine d'Urgence, Santé, Société
 - G. CARABALLO, cadre de gestion du pôle Neurosciences, spécialités chirurgicales
 - S. CONNAN, cadre de gestion du pôle Spécialités médicales et chirurgicales intégrées
 - C. POTIER, cadre de gestion du pôle Spécialités médicales et chirurgicales intégrées
- un cadre supérieur de pôle du CHU d'Angers: S. CRASSAT, cadre supérieure du pôle Femme, Mère, Enfant

Pour réaliser le bilan médico-économique des contrats de pôle, j'ai rencontré l'ensemble des cadres de gestion et des cadres supérieurs des pôles de première génération.

La démarche pour les entretiens s'est déroulée de la manière suivante :

- envoi du questionnaire personnalisé en amont de l'entretien (cf annexe 2)
- enregistrement des entretiens
- retranscription des entretiens
- synthèse dans un tableau par grands thèmes abordés (cf annexe 3)

Toutes les personnes interviewées ont donné leur accord pour être citées dans le mémoire dans un objectif de transparence de l'information.

Bilan des entretiens

Toutes les personnes rencontrées se sont emparées du sujet et se sont montrées très intéressées par un bilan médico-économique de la première génération des contrats de pôle. Ils ont sérieusement réfléchi au thème et ont apporté des réponses argumentées à chaque question, ce qui a alimenté la richesse des entretiens. Pour preuve de cet intérêt, les entretiens initialement prévus pour 30 minutes, ont tous duré plus d'une heure.

Pour le bilan médico-économique des contrats de pôle, la méthodologie est développée dans le cœur du mémoire (pp. 26-28)

Annexe 2 Exemple de grille d'entretien

Suivi des contrats de pôle

Quel est le rôle de la CAG dans le suivi des contrats de pôle?

Quels outils met la CAG à la disposition des pôles actuellement? Ces outils ont-ils été pensés avec les pôles? Sont-ils adaptés au suivi des contrats de pôle? Evoluent-ils dans le temps?

Quelles sont les avantages/ limites de ces outils?

Comment s'articulent le travail de la CAG et celui des cadres de gestion dans les pôles? Qu'est-ce qui est demandé aux cadres de gestion par la CAG?

Le suivi de la deuxième génération des contrats de pôle va-t-il être différent?

Y aura-t-il une des demandes nouvelles de la CAG vis à vis des cadres de gestion? Des bilans plus fréquents?

Actuellement, il n'y a pas de budget par pôle est-ce que cela va venir? Qu'est-ce que cela apporterait?

Réalisation des futurs contrats de pôle

Quel est le rôle de la CAG dans l'élaboration des futurs contrats de pôle?

La CAG est-elle consultée par les chefs de pôle ou les cadres de gestion pour savoir si une nouvelle activité est faisable?

Lien directeur de la contractualisation et CAG

Quel était le lien CAG et les directeurs référents (première génération des contrats de pôle)?

Quel est le lien entre la CAG et le directeur de la contractualisation interne et des pôles actuellement?

Quel est meilleur organigramme selon vous?

Bilan médico-économique des contrats de pôle

Pensez-vous que les bilans médico-économiques avaient plus de sens sur des pôles à taille réduite?

Les médecins sont-ils sensibilisés à la problématique médico-économique?

Trouvez-vous que le fonctionnement du contrat de pôle centré sur les activités nouvelles contre des moyens nouveaux (règle des trois tiers) soit pertinent ?

Pensez-vous que les contrats de pôle sont un des outils qui permet la bonne santé économique de l'établissement ?

Pensez-vous que la proximité polaire permet une meilleure gestion des deniers? Pensez-vous que l'autonomie laissée aux pôles est trop grande? Suffisante? Insuffisante? Pourquoi?

Pensez-vous que les contrats de pôle sont un moyen de créer de l'activité nouvelle ou un moyen de restreindre les dépenses?

Annexe 3 Tableau de synthèse des entretiens

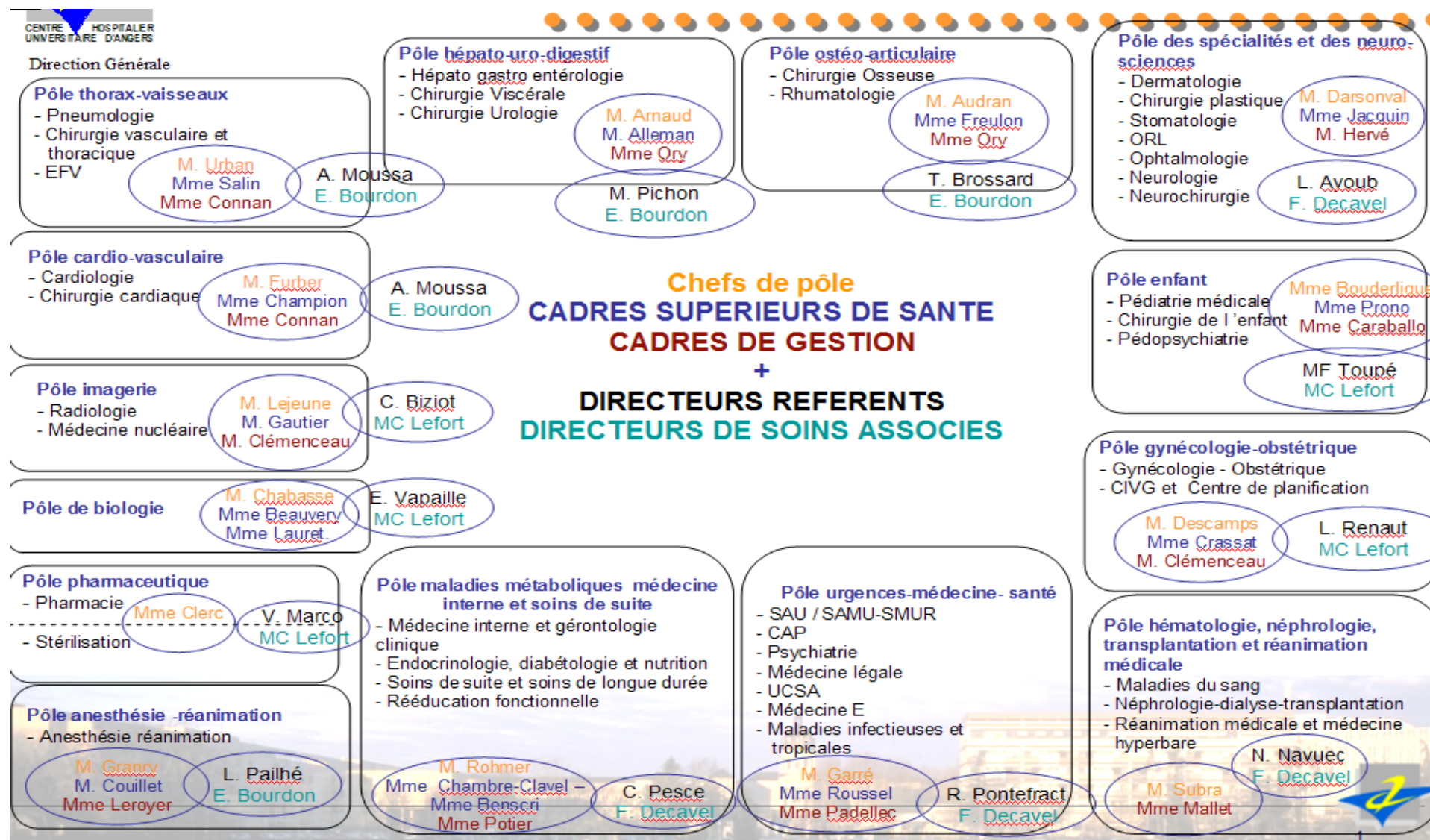
	Recherche documentaire	Entretiens
Métier		
Pôle		
Passage de 14 à 7 pôles		
Naissance des pôles		
Evolution des pôles		
Definition du pôle		
Contrat de pôle		
Pôle clinique		
Génération 0		
Génération 1		
définition		
Objectif des contrats de pôle		
délégation de		

gestion		
délégation de signature		
outil utile? Stratégique? Stratégique? Techno?		
lien avec projet de pôle		
lien avec CPOM/ projet établissement		
Élaboration / négociation		
volet medico-économique		
volet qualité		
Suivi		
Outil du suivi		
Moyens médicaux		
Outil connu		
Sanction		
Limite de l'outil		
intéressement		
Génération 2		
définition		
délégation de		

gestion		
délégation de signature		
Modification de la trame		
lien avec projet de pôle		
lien avec CPOM/ projet établissement		
Élaboration / négociation		
volet medico-économique		
volet qualité		
Suivi		
Dim des pôles		
Moyens médicaux		
Outil connu		
Sanction		
Limite de l'outil		
Intéressement		

Pole medico-technique		
Prestation inter-pôle		
Elaboration		
Biologie		
Pharmacie		
Imagerie		
Bilan médico-éco		
sensibilisation des acteurs		
bilan médico-économique		
dynamique du contrat centrée sur les activités nouvelles		
Suivi des nouvelles activités		
santé financière CHU		
Intéressement		

Annexe 4 Schéma des pôles de janvier 2005 à janvier 2012



Source : CHU d'Angers

Annexe 5 Schéma des pôles depuis le 1^{er} janvier 2012

UNIVERSITAIRE D'ANGERS

Direction Générale

1. Pôle Spécialités Médicales et Chirurgicales Intégrées

- Département Endocrino Diabète Nutrition
- Médecine Interne
- Hépatologie gastroentérologie
- Chirurgie viscérale
- Cardiologie
- Chirurgie cardiaque
- Département de pneumologie
- Chirurgie vasculaire t thoracique
- Urologie

M. Rohmer
Mme Chambre-Clavel
M. Alleman et Mme Salin
Mme Connan et Mme Potier

2. Pôle Neurosciences, spécialités chirurgicales

- Fédération des spécialités chirurgicales
- Ophtalmologie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Gériatrie
- Département de chirurgie osseuse
- Département de soins de suite et de longue durée

M. Darsonval
Mme Jacquin
Mme Bescr et Mme Freulon
Mme Caraballo

CHEFS DE POLE
CADRES SUPERIEURS COORDONNATEURS
CADRES SUPERIEURS COODONNATEURS
ADJOINTS
CADRES DE GESTION

3. Pôle des médecines spécialisées et intensives

- Maladies du sang
- Néphrologie
- Réanimation Médicale
- Dermatologie
- Rhumatologie
- Centre anti poison

M. Mercat
Mme Champion
Mme Sanders
Mme Mallet

4. Pôle 4

- Anesthésie Réanimation
- Fédération des Urgences - Samu - Smur
- Addictologie pathologies professionnelles et psychosociales
- Maladies Infectieuses
- Psychiatrie
- Médecine Légale

M. Granv
Mme Roussel
M. Couillet
Mme Lerover et Mme Padellec

5. Pôle Femme - Mère - Enfant

- Fédération de pédiatrie
- Fédération de Gynécologie obstétrique

M. Descamps
Mme Crassat
Mme Prono
M. Clémenceau

6. Pôle 6

- Médecine nucléaire
- Département de radiologie
- Pharmacie
- Stérilisation
- Explorations fonctionnelles vasculaires

M. Aubé
M. Gauthier
Mme Orv

7. Pôle biologie

M. Chabasse
Mme Lauret
Mme Beauvery
Mme Wirquin-Auriel

Source : CHU d'Angers

Annexe 6 Trame des contrats de pôle

CONTRAT :

Entre

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, représenté par M. MORICE, directeur général
et M IFRAH, président de la Commission médicale d'établissement
d'une part, et

le Pôle

représenté par M _____, coordonnateur médical du pôle
d'autre part,

Vu :

Les articles du Code de la santé publique relatifs à organisation en pôles d'activité des établissements publics de santé,

- l'article L.6145-16 du Code de la santé publique relatif à la contractualisation interne
- les délibérations du Conseil d'administration relatives à l'organisation du CHU en pôles d'activités [.....]
- la délibération du 2007 relative aux règles de contractualisation interne
- le projet d'établissement 2006-2010
- le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens 2007-2011
- la charte de fonctionnement du Pôle _____ et son projet

Il est convenu ce qui suit :

I. PREAMBULE

Article 1er : Champ du contrat

Le contrat est une déclinaison opérationnelle du projet d'établissement à l'échelle du pôle.

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités d'engagement réciproque des signataires ci-dessus désignés, concernant les objectifs du pôle d'activités, les moyens mis à sa disposition, les indicateurs de suivi de sa gestion, les modalités d'intéressement aux résultats de cette gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution des dispositions figurant au contrat.

Article 2 : les objectifs généraux de la contractualisation

Le présent contrat prévoit une association étroite des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs au pilotage et à la gestion du pôle d'activités. Son objectif est d'améliorer la qualité du service rendu au patient par une maîtrise médicalisée des ressources et une meilleure adaptation de l'organisation qui passe par :

- La responsabilisation et une implication accrues des acteurs médicaux et paramédicaux,
- La simplification des processus administratifs,

- Une autonomie renforcée.
- L'amélioration des conditions de travail, compte tenu de la déclinaison du projet social de l'établissement.

Articles 3 : Rappel des principes généraux institutionnels retenus et modalités d'élaboration

3-1. principes généraux

- Le contrat s'inscrit dans le cadre de la politique de contractualisation interne définie par le conseil d'administration le
- Les objectifs déclinés par le présent contrat font référence notamment aux schémas régional et interrégional d'organisation des soins en vigueur, au projet d'établissement et au contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.
- La réglementation applicable à l'ensemble des établissements publics de santé s'impose au pôle d'activité, de même que les principes de gestion institutionnels.
- Les engagements externes du CHU, contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, convention hospitalo universitaire, conventions de partenariats, etc....prévalent sur le contrat. Tout nouvel engagement susceptible de constituer une modification substantielle du présent contrat est signalé au pôle et peut donner lieu à un avenant négocié.
- La réalisation d'actes médico- techniques nécessaires à l'activité du pôle d'activités est prioritairement assurée par les prestataires internes à l'hôpital.
- Le praticien-responsable de pôle bénéficie d'une délégation de gestion du directeur.
- Le pôle dispose de moyens que lui attribue chaque année l'établissement.
- Les objectifs d'amélioration sont chiffrés et assortis d'indicateurs de suivi. Ces indicateurs sont issus, pour l'essentiel, d'un "dictionnaire d'indicateurs" défini pour l'ensemble du CHU.
- L'introduction d'un mécanisme d'intéressement est indissociable d'une solidarité institutionnelle.
- Sont pris en compte dans le cadre de l'élaboration du présent contrat les modalités de financement des activités.

3-2. Modalités d'élaboration

- Le conseil de pôle est associé sous forme d'une discussion et d'échanges préalables à l'élaboration du contrat. Il est consulté pour avis sur le contrat négocié.
- Le projet de contrat fait l'objet d'un examen par le conseil exécutif.

II. DIAGNOSTIC INITIAL

Article 4 : Eléments quantitatifs à prendre en compte dans le diagnostic initial

Pour effectuer son diagnostic initial, le pôle dispose des éléments et données quantitatives de l'année N-1 suivantes :

- données d'activité valorisées en T2A pour les activités MCO, pour les actes NGAP et CCAM
- le montant des charges directement imputables à l'activité du pôle.

Un compte d'exploitation annuel du pôle intégrant les charges indirectes et les missions d'intérêt général est élaboré après la clôture des comptes de l'établissement. Une session annuelle d'analyse des activités et des champs est réalisée avec la cellule analyse de gestion et le département d'information médicale.

Article 5 : Points clés d'amélioration

A partir du projet d'établissement et du projet de pôle, les axes d'amélioration suivants ont été priorités :

Offre de soins :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -

Prise en charge des patients :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Démarche qualité :

- 1.
- 2.

Volet social, compétences, formation :

Exemples de thèmes proposés : analyse d'absentéisme, définition de postes aménagés, introduction du temps choisi...

Recherche :

1. Identification des contributions du pôle aux thèmes fédérateurs de recherche du CHU :.
2. Développer un ou 2 thèmes transversaux au pôle pour la recherche clinique

III Objectifs et indicateurs de suivi

Article 6 : Objectifs d'activité

6.1. Mise en œuvre des activités nouvelles et réorganisations d'activité :

- 1 –
- 2 –
- etc.

6.2. Objectifs d'activité en volume

Le pôle contribue à la réalisation des objectifs quantifiés déterminés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CHU d'Angers, soit + 9,9 % en médecine et + 8,4 % en chirurgie entre 2006 et 2010. Ces objectifs sont déclinés et adaptés au pôle dans l'annexe annuelle au contrat. Ils sont complétés par les objectifs pour les activités soumises à autorisation spécifique (SROS ou SIOS).

6.3. Objectifs d'activité complémentaires

(Selon propositions du pôle)

Article 7 : Objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, de prévention des risques et d'évaluation

7.1. Mise en œuvre des actions d'amélioration prescrites par la HAS :

- Généraliser la disponibilité d'un avis spécialisé aux urgences :

Mise en œuvre et évaluation pour

- Prescriptions datées et signées

Évaluation périodique pour chaque secteur du pôle.

- Désinfection des endoscopes.

7.2. Participation au projet COMPAQH ou au volet qualité du CPOM. :

- Recueil et analyse des indicateurs COMPAQH et IPAQH

Secteur concerné : *par exemple : AVC, syndrome coronarien aigu, etc.*

Autres exemples :

- travail spécifique sur indicateurs IPAQH : conformité du dossier du patient (dont prescription datée et signée signalée par HAS), délai d'envoi des comptes rendus, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur.
- Surveillance des infections du site opératoire (objectif de couverture de 75% des services)

7.3. Mise en œuvre des priorités du projet de prise en charge et du projet qualité-risque évaluation 2006-2010.

1 -.

2 -

etc.

Article 8 : Objectifs financiers

A la fois pour répondre aux besoins de santé identifiés par le SROS et le contrat avec l'agence et pour assurer le financement des activités dans le cadre de la tarification, le présent contrat est un instrument de mobilisation du pôle et de l'établissement sur la valorisation de ces activités et sur le bon emploi des ressources.

Le pôle s'engage à assurer l'exhaustivité quantitative du codage des séjours.

L'annexe annuelle décline les objectifs d'amélioration qualitative en termes de pertinence et de délai.

La mobilisation prioritaire sur l'activité est complétée par une vigilance maintenue sur l'évolution des charges de fonctionnement. Un objectif annuel en lien avec l'activité est déterminé. Des actions ciblées viennent le compléter, par exemple sur les prescriptions d'actes du plateau technique, sur des performances à améliorer en regard de références comparables.

Article 9 : Les moyens

9.1. Les moyens de fonctionnement courants pour réaliser les activités du pôle.

Ces moyens sont décrits en unités physiques ou budgétaires. Une conversion globale en euros est effectuée pour la mesure des objectifs financiers.

Ces moyens font l'objet d'une actualisation annuelle au contrat pour tenir compte des facteurs externes de coût (salaires, prix), de l'évolution réelle de l'activité et des nouveaux objectifs fixés après évaluation.

9.2. Les moyens contractualisés en lien avec de nouveaux objectifs d'activité relevant des priorités stratégiques (cf 1.1 et 1.2).

La pérennisation de ces moyens est liée à l'évaluation positive de la réalisation des objectifs. Le délai de pérennisation est inscrit à l'annexe du contrat.

9.3. **Les infrastructures et équipements existants ou programmés à disposition du pôle** pour réaliser ses activités. Seules les principaux éléments d'infrastructure (capacités d'hospitalisation ou de plateau technique) et les principaux changements programmés en lien avec les objectifs sont décrits au contrat.

Article 10 : Suivi et évaluation du contrat

Les indicateurs de mesure de résultat des objectifs qui ne sont pas inscrits dans les articles ci-dessus sont portés dans les fiches projets ou l'annexe annuelle au contrat.

Afin de permettre la mise en œuvre de l'intéressement et l'ajustement des objectifs, le contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Cette évaluation a lieu au plus tard le 15 mars de n+1 ; elle associe a minima le coordonnateur, le cadre supérieur de santé et le cadre de gestion du pôle d'une part, le directeur référent du pôle, un représentant de la direction générale ou du pôle projet, avec l'appui du département d'information médicale et de la cellule analyse de gestion d'autre part.

Un tableau de bord de suivi du contrat est produit mensuellement par le cadre de gestion du pôle. Les indicateurs sont mensuels ou trimestriels selon les cas. Deux rencontres d'évaluation intermédiaire du contrat sont organisées chaque année.

Article 11 : intéressement

Sur la base de l'évaluation annuelle du contrat, les mécanismes d'intéressement suivants peuvent être mis en œuvre :

- un intéressement forfaitaire dont le montant est fixé par pôle dans le cadre de l'EPRD annuel est alloué si le pôle a réalisé le volet annuel des objectifs identifiés à l'article 7.
- Un intéressement proportionnel est alloué au pôle s'il a dépassé l'objectif d'activité de base fixé en application de l'article 6.2 du contrat.

L'intéressement correspond au tiers du surcroît de recette généré. Il est éventuellement minoré à concurrence du dépassement de la prévision des dépenses déléguées.

Le directeur général confirme la proposition d'intéressement au plus tard le 1^{er} juin de n+1. Le coordonnateur de pôle fait une proposition d'affectation de l'intéressement après consultation du conseil de pôle. Cette affectation doit concerner des dépenses non pérennes.

Annexe 7 Calcul de l'intéressement (année 2009)

	écart objectif en valeur	écart objectif en %	base intéressement hors dépenses médicales	correction dépenses médicales	correction dépenses médicales hors HN	base intéressement	% base intéressement	intéressement prévisionnel
spécialités								
neurosciences	645 631 €	2.32%	215 210	108 634	97 146	118 064	14.52%	29 040 €
thorax vaisseaux	-711 258 €	-5.42%	0	0	0	0	0.00%	0 €
cardio vasculaire	320 904 €	1.73%	106 968	22 832	21 760	85 208	10.48%	20 959 €
	-1 413 203							
HUD	€	-5.63%	0	0	0	0	0.00%	0 €
osteo articulaire	-835 830 €	-4.62%	0	0	0	0	0.00%	0 €
gynéco	85 865 €	0.44%	28 622	66 893	58 567	0	0.00%	0 €
enfant	-127 990 €	-0.58%	0	0	0	0	0.00%	0 €
HNTRM	1 139 555 €	4.10%	379 852	361 253	315 509	64 342	7.91%	15 826 €
3MISS	323 768 €	2.27%	107 923	15 347	6 221	101 702	12.51%	25 016 €
UMS	1 021 958 €	6.61%	340 653	194 011	195 181	145 471	17.89%	35 782 €
PAR	894 937 €	7.00%	298 312	0	0	298 312	36.69%	73 377 €
imagerie	49 111 €	0.73%	16 370	230 682	231 132	0	0.00%	0 €
biologie	828 052 €	16.02%	276 017	949 975	923 950	0	0.00%	0 €

Source : CHU d'Angers

Annexe 8 Exemple de tableau récapitulant pour un pôle les objectifs de base et les objectifs spécifiques

Objectifs d'activité

	Réalisation 2007	Réalisation 2008	Objectif 2009	%
Hospitalisation* (valorisation séjours)	26 137 731 €	27 828 926 €	28 249 318 €	1.51%
Externes (actes CCAP, NGAP, FSE)	2 070 709 €	2 327 017 €	2 466 638 €	6.00%
Objectif de base	28 208 440 €	30 155 943 €	30 715 956 €	1.86%
topographe cornéeen**			24 000 €	0.08%
consultation douleur**			44 000 €	0.15%
UNV phase 2**			510 360 €	1.69%
Objectifs spécifiques			578 360 €	1.92%
TOTAL GENERAL	28 208 440 €	30 155 943 €	31 294 316 €	3.77%

*hors séjours de chirurgie ambulatoire des disciplines orthopédie, vasculaire, viscérale, urologie

**évaluation en année pleine à proratiser en fonction du démarrage

Moyens contractualisés

	Réalisé 2007	Réalisé 2008	Objectif 2009	%
Charges médicales directes	2 281 894 €	2 498 809 €	2 536 541 €	1.51%
Actes laboratoires B et BHN en volume	3 832 567	4 035 820	4 096 761 €	1.51%
en valeur	359 840 €	378 923 €	384 645 €	1.51%
P et PHN en volume	1 578 500	1 514 995	1 537 871 €	1.51%
en valeur	52 532 €	50 419 €	51 180 €	1.51%
TOTAL	2 694 266 €	2 928 151 €	2 972 366 €	1.51%

objectif de dépense révisable selon mise en œuvre des objectifs spécifiques d'activité 2009

Source : CHU d'Angers

Annexe 9 Exemple de fiche projet réalisé par les pôles

	Pôle MMISS
	CONTRAT DE POLE – VOLET ANNUEL 2010 FICHE PROJET

1- TITRE DU PROJET

DEVELOPPEMENT D'ACTIVITE EN MEDECINE INTERNE

2- CONSTATS

Depuis novembre 2009, le service de médecine interne a vu son effectif médical rééquilibré par l'arrivée d'un praticien (MCU-PH) à temps plein.

Ceci a permis de développer l'activité en terme de nombre d'entrées (+5,13 %) depuis janvier 2010 par rapport à la même période en 2009.

Cette dynamique de développement d'activité pourra se pérenniser en renforçant le temps du secrétariat médical, c'est pourquoi nous demandons un renfort de 0,2 ETP supplémentaire.

De plus, dans le cadre de l'appel à projet sur les secrétariats médicaux du CHU, le service est en cours de redistribution des tâches et ce temps supplémentaire permettrait de valider et mettre en œuvre cette organisation.

3 - RESSOURCES HUMAINES DEMANDEES

Secrétaire médicale : 0,2 ETP.

4 - ESTIMATION PREALABLE DU COÛT

Secrétaire médicale : 40 000 €¹
MCU-PH : 50 000 €

Objectifs d'activité induits par une augmentation de 0,2 ETP secrétaire médicale + arrivée d'un praticien universitaire en novembre 2009 = $(0,2 \times 40\,000 + 50\,000) \times 3 = 174\,000$ €

¹ coût moyen d'une secrétaire médicale classe normale - source CAG – valeur 2008

SOURCE : pôle 3MISS du CHU d'Angers

Annexe 10 Tableau excel résumant un contrat de pôle

	A	B	C	D	E	F
1	Pôle 1 Spécialités et neurosciences (2008-2010)	objectif d'activité	Objectif	Nouveaux moyens	objectif atteint ? Oui/ non- si non préciser la raison et ce qui a été réalisé	Moyens matériels/ Moyens humains obtenus, oui/non/ partiellement. Préciser
2	Hospitalisation	25 630 264.00 l				
3	activité externe	1 841 363.00 l				
4	objectif de base	27 532 233.00 l				
5	Unité neurovasculaire	703 879.00 l				
6	objectif global	28 236 112.00 l				
7	Activités nouvelles					
8	Structuration d'une unité neurovasculaire et organisation de la filière AVC	143 séjours (50% de l'activité cible en séjours) = 703 879 EUROS		6 IDE, 6 AS, 0,5 assistante sociale, 1 secrétaire, 1 PH neurologue		
9	Dvt de la chir ambu adulte et enfant					
10	Inter cristallin		30% séjour -48h et 50%-24h			
11	drains transtympaniques		Maintien 2007 : 36%-48h et 30%-24h			
12	Amygdalectomies et/ ou adénoïdectomies		37% des séjours en-48h et 55% en -24h			
13	Chir ORL , Stomato et plastique des enfants		transfert activité chir au pôle enfant			
14	Adaptation des capacités à l'activité en dermatologie		analyse activité pour définir s et la capacité d'un hopital de jour			
15	Organisation de la permanence médicale pour la prise en charge des traumatisés rachidiens					
16	Troubles cognitifs et centre mémoire		ouverture de 2 consultations hebdo			
17	Douleurs chroniques		participation à l'animation du groupe douleur chronique	0,5 ETP PH et 0,5 ETP psy		
18	Maladies rares		CF files actives prévisionnelles pour patient			
19	Neurochir pédiatrique		recensement activité avec			
20	Moyens contractualisés 2008					
21	Charges médicales	2 381 688.00 l				

Annexe 11 Bilan des contrats de pôle des 11 pôles cliniques

- **Bilan médico-économiques du contrat de pôle neurosciences et spécialités chirurgicales**

Le pôle 1, neurosciences et spécialités chirurgicales, sur la période 2008-2011, a dépassé 3 ans ses objectifs en terme de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes (2008, 2009, 2011). Ce dépassement des objectifs de base¹ a conduit à un dépassement en 2008 et 2011 des objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation). Il faut noter qu'en 2009, le pôle 1 a dépassé ses objectifs de base et a réussi à maîtriser ses dépenses médicales et de biologie. En 2010, le pôle 1 n'a pas respecté ses objectifs de base mais a maîtrisé ses dépenses médicales et de biologie dans une mesure moindre.

En parallèle, le pôle neurosciences et spécialités chirurgicales s'est engagé dans 15 nouvelles activités médicales dont 10 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (soit 67%). Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 1 sur 4 ans correspondent à 27,8 ETP (soit environ 1 480 945² euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était engagé dans des objectifs de valorisation d'activité³. En 2008, pour ses objectifs spécifiques en lien avec une activité T2A, le pôle a atteint une valorisation égale à 1 490 752 euros⁴ (soit 1,97 de plus par rapport au coût des moyens humains négociés en 2008 pour ces activités⁵). En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 62 031 euros⁶ (soit environ 2,75 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2009 pour cette activité⁷). En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 121 178 euros⁸ (soit 1,91 fois

1 Objectif de base = objectif d'activités d'hospitalisation et objectif d'activités externes

2 Cette somme correspond au coût que cela coûte sur une année de payer l'ensemble des 27,8 ETP recrutés sur la période (par exemple en 2012). Il faut savoir que ce chiffre est une estimation car il a été calculé à partir de coûts moyens pondérés par métier. Des agents ont pu également demander des ajustements de temps de travail ou des activités ont pu être arrêtées ce qui n'est pas pris en compte dans le calcul.

3 La plupart des moyens obtenus ont été négociés contre un objectif de valorisation d'activité satisfaisant la règle du tiers à l'exception des activités hors T2A (MIGAC et forfait) et des activités que l'on a considéré hors contrat c'est-à-dire avec un objectif qualitatif plus que quantitatif.

4 Valorisation des activités unité neurologique filière des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et douleur chronique.

5 Coût 2008 des moyens humains pour l'activité unité neurologique filière des AVC est de 671 864 euros et de 84 813 euros pour l'activité douleur chronique (soit un total de 756 677 euros)

6 Valorisation de l'activité douleurs chroniques et de l'activité topographie cornéenne

7 Coût 2009 des moyens humains pour l'activité douleurs chroniques est de 22 566 euros. Il n'y a pas eu de coût de moyens humains en 2009 pour l'activité topographie cornéenne.

8 Valorisation des activités Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA), centre toxine botulique et audiophonologie

plus que le coût des moyens humains négociés en 2010 pour ces activités⁹). En 2011, le pôle a atteint une valorisation égale à 245 195 euros¹⁰ (soit 1,03 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2011 pour cette activité¹¹). Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 1¹² est positif même si la règle du tiers n'est jamais respectée¹³. Parmi ses 15 nouvelles activités, 8 nouvelles activités ont atteint leur objectif, 4 n'ont pas atteint leur objectif, une activité a été reportée dans le temps et pour 2 activités il est impossible de savoir si les objectifs ont été atteints car la première évaluation de ces nouvelles activités n'aura lieu qu'à la fin de l'année 2012.

Le pôle neurosciences et spécialités chirurgicales a obtenu un intéressement en 2008, 2009 et 2011 soit un intéressement total en 4 ans de 207 891 euros. Il est le pôle qui a obtenu le plus d'intéressement en 4 ans (soit 22% de l'intéressement total¹⁴).

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle thorax vaisseaux.**

Le pôle 2, thorax-vaisseaux, sur la période 2008-2011, a dépassé 2 ans ses objectifs en terme de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes (2010, 2011). En parallèle, il a dépassé pendant 3 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation) en 2008, 2010 et 2011. Il faut noter qu'en 2008, le pôle 2 n'a pas respecté son objectif de base mais a quand même légèrement dépassé ses objectifs de dépenses médicales et de biologie.

Sur la même période, le pôle thorax vaisseaux s'est engagé dans 6 nouvelles activités médicales dont 3 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires. Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 2 sur 4 ans correspondent à 5,8 ETP (soit environ 259 734¹⁵ euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans

9 Coût 2010 des moyens humains des activités centre SLA, toxine botulique et audiophonologie est de 63 421,5 euros

10 Valorisation des activités "patients handicapés en stomatologie", chirurgie plastique, unité neuro-vasculaire.

11 Coût 2011 pour les activités "patients handicapés" en stomatologie, chirurgie plastique, unité neuro-vasculaire est de 238 402 euros.

12 Se reporter à l'annexe 12 comportant les bilans dépense-recette de tous les pôles

13 Cette observation sur la règle du tiers est à nuancer car le bilan médico-économique réalisé compare année par année. Or, quand des moyens humains sont négociés, les objectifs de valorisation d'activité peuvent être atteints au bout de plusieurs années. En général, faute d'un suivi particulier des objectifs spécifiques par le cadre de gestion et sa réintégration rapide dans " les objectifs de base ", il est impossible de savoir exactement si la règle du tiers est respectée ou non pour une nouvelle activité.

14 Intéressement total obtenu par les pôles en 4 ans de 726 804 euros

15 Cf note de bas de page 2 p.23

des objectifs de valorisation d'activité¹⁶. En 2008, pour ce pôle, tous les objectifs spécifiques ont été reportés sur l'année 2009. En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 1 968 euros¹⁷ (soit environ 1% du coût des moyens humains négociés en 2009 pour cette activité¹⁸). En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 351 462 euros¹⁹ (soit 3 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2010 pour ces activités²⁰). En 2011, il n'y a pas eu de moyens nouveaux ni d'objectifs spécifiques à mettre en place. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 2 est positif²¹ notamment du fait du respect de la règle du tiers en 2010. Parmi ses 6 nouvelles activités, 3 des nouvelles activités ont atteint leur objectif et les 3 autres n'ont pas atteint leur objectif.

Le pôle thorax vaisseaux n'a jamais obtenu d'intéressement en 4 ans. Il y a un autre pôle dans ce cas, le pôle gynéco-obstétrique. Cela s'explique par une non atteinte des objectifs de base en 2008 et 2009 et par une surconsommation trop importante de dépenses médicales en 2010 et 2011.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle cardio-vasculaire**

Le pôle 3, cardio-vasculaire, sur la période 2008-2011, a dépassé 2 ans ses objectifs en termes de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes (2008,2009). En parallèle, il a dépassé tous les ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation) à l'exception de 2008. Il faut noter qu'en 2010 et 2011, le pôle cardio-vasculaire n'a pas respecté ses objectifs de base mais a quand même dépassé ses objectifs de dépenses médicales et de biologie.

Sur la même période, le pôle cardio-vasculaire s'est engagé dans 9 nouvelles activités médicales dont 8 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (89%). Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 3 sur 4 ans correspondent à 16,35 ETP (soit environ 839 834²² euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était

16 Cf note de bas de page 3 p.23

17 Valorisation de l'activité centre du sommeil

18 Coût 2009 des moyens humains pour l'activité centre du sommeil est de 145 075. 3 euros

19 Valorisation des activités allergies alimentaires, réhabilitation respiratoire et centre du sommeil.

20 Coût 2010 des moyens humains des activités allergies alimentaires, réhabilitation respiratoire et centre du sommeil est de 114 658,5 euros

21 Cf annexe 12 détaillant les bilans dépenses-recettes des pôles

22 Cf note de bas de page 2 p.23

également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité²³. En 2008, pour ses objectifs spécifiques liés à des activités T2A, le pôle a atteint une valorisation égale à 328 221²⁴ (soit 83% du coût des moyens humains négociés en 2008 pour cette activité²⁵). En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 242 806 euros²⁶ (soit 3,67 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2009 pour ces activités²⁷). En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 79 471 euros²⁸ (soit 1,29 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2010 pour ces activités²⁹). En 2011, le pôle n'a pas eu d'objectifs spécifiques liés à une activité T2A valorisable. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 3 est positif notamment du fait du respect de la règle des trois tiers en 2009. Parmi ses 9 nouvelles activités, 6 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (67%) et les 3 autres n'ont pas atteint leur objectif (33%).

Le pôle cardio-vasculaire a obtenu un intéressement pendant 3 ans (en 2008, 2009 et 2011) soit un total en 4 ans de 37 859 euros. Il est le 6ème pôle à avoir obtenu le plus d'intéressement (soit 5% de l'intéressement total).

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle hépato-uro-digestif (HUD)**

Le pôle 4, HUD, sur la période 2009-2011³⁰, a seulement dépassé ses objectifs en termes de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes en 2011. En parallèle, il a dépassé pendant tous les ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation). Il faut noter qu'en 2009 et en 2010, le pôle cardio-vasculaire n'a pas respecté ses objectifs de base mais a quand même dépassé son objectif de dépenses médicales et de biologie notamment à cause de sa forte consommation de biologie en 2009 et de sa forte consommation de dépenses médicales en 2010.

Sur la même période, le pôle HUD s'est engagé dans 8 nouvelles activités médicales dont 7 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (88%). Les moyens

23 Cf note de bas de page 3 p.23

24 Valorisation en 2008 des activités du centre de la douleur thoracique et de réadaptation cardiaque

25 Coût 2008 des moyens humains pour les activités du centre de la douleur thoracique et de réadaptation cardiaque égal à 396 419 euros.

26 Valorisation des activités de rythmologie, de réadaptation cardiaque et du centre de la douleur thoracique

27 Coût 2009 des moyens humains pour les activités de rythmologie, de réadaptation cardiaque et du centre de la douleur thoracique est de 66 106,4 euros.

28 Valorisation de l'activité d'échographie cardiaque. Il n'y a pas eu de valorisation pour le centre de douleur thoracique car il n'a pas ouvert le dimanche soir.

29 Coût 2010 des moyens humains des activités échographie cardiaque et ouverture du centre de la douleur thoracique le dimanche soir est de 61 530,3 euros.

30 Le contrat de pôle du HUD a été signé en 2009

humains supplémentaires négociés par le pôle 4 sur 3 ans correspondent à 10,2 ETP (soit environ 540 000³¹ euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité³². En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 97 975 euros³³ (soit 52% du coût des moyens humains négociés en 2009 pour ces activités³⁴). En 2010, le pôle n'a pas contractualisé de nouvelles activités ni de moyens humains supplémentaires. En 2011, le pôle a atteint une valorisation égale à 336 409 euros³⁵ (soit 1,85 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2011 pour cette activité³⁶). Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 4 est très légèrement positif car la règle du tiers n'est jamais respectée³⁷ et que les recettes de valorisation équilibrent seulement les dépenses en personnel. Parmi ses 8 nouvelles activités, 5 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (63%) et les 3 autres n'ont pas atteint leur objectif (37%).

Le pôle HUD a obtenu un intéressement pendant 2 ans (en 2010 et 2011) soit un total en 3 ans de 34 788 euros. Il est le 7ème pôle à avoir obtenu le plus d'intéressement (soit 5% de l'intéressement total).

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle ostéo-articulaire**

Le pôle 5, ostéo-articulaire, sur la période 2008-2011, a seulement dépassé en 2008 ses objectifs en terme de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes³⁸. En parallèle, il a dépassé pendant 2 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation) en 2008 et 2011. Il faut noter qu'en 2011, le pôle ostéo-articulaire n'a pas respecté ses objectifs de base mais a quand même dépassé ses objectifs de dépenses médicales et de biologie. A contrario, en 2010, le pôle a dépassé ses objectifs de base mais a réussi à maîtriser ses dépenses de biologie.

31 Cf note de bas de page 2 p.23

32 Cf note de bas de page 3 p.23

33 Valorisation des activités de prise en charge des cancers digestifs, de clinique de la prostate et d'urologie non cancérologique.

34 Coût 2009 des moyens humains pour les activités de prise en charge des cancers digestifs, de clinique de la prostate et d'urologie non cancérologique est de 188 870 euros.

35 Valorisation de l'activité de développement des chimiothérapies digestives.

36 Coût 2011 des moyens humains pour le développement des chimiothérapies digestives est de 181 602,7 euros

37 Cf note de bas de page 13 p.24

38 Le pôle 5 en 2010 et 2011 n'a pas respecté son objectif de base mais a respecté son objectif pour l'activité d'hospitalisation. En 2009, c'est l'objectif d'activité d'hospitalisation qui n'a pas été atteint alors que l'objectif d'activités externes a été dépassé.

Sur la même période, le pôle ostéo-articulaire s'est engagé dans 6 nouvelles activités médicales dont 2 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (33%). Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 5 sur 4 ans correspondent à 1,7 ETP (soit environ 77 171³⁹ euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité⁴⁰ concernant une seule activité pour ce pôle, l'activité de fragilité osseuse. En 2008, pour son activité de fragilité osseuse, le pôle a atteint une valorisation égale à 95 504 euros (soit 1,40 % de plus par rapport au coût des moyens humains négociés en 2008 pour cette activité⁴¹). En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 87 951 euros⁴² alors qu'aucune dépense supplémentaire en moyen humain n'a été réalisée. En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 121 359 euros⁴³ sans aucun moyen humain supplémentaire. En 2011, le pôle a atteint une valorisation égale à 130 109 euros⁴⁴ sans moyen humains supplémentaire. Le bilan médico-économique pour l'objectif spécifique "fragilité osseuse" du pôle 5 est très positif car le rapport entre les dépenses et les recettes dépasse la règle du tiers. Parmi ses 6 nouvelles activités, 4 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (67%) et les 2 autres n'ont pas atteint leur objectif (33%).

Le pôle ostéo-articulaire a obtenu un intéressement en 2010 soit un total en 4 ans de 13 242 euros (soit 2% de l'intéressement total). Il est le pôle qui a obtenu le moins d'intéressement parmi ceux qui en ont bénéficié⁴⁵.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle gynécologie-obstétrique**

Le pôle 6, gynéco-obstétrique, sur la période 2008-2011, a dépassé en 2008 et 2009 ses objectifs en terme de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes. En parallèle, il a dépassé tous les ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation). Il faut noter qu'en 2010 et 2011, le pôle gynéco-obstétrique n'a pas respecté ses objectifs de base mais a quand même dépassé ses objectifs de dépenses médicales et de biologie.

39 Cf note de bas de page 2 p.23

40 Cf note de bas de page 3 p.23

41 Coût 2008 des moyens humains pour la fragilité osseuse de 68 144,5 euros

42 Valorisation de l'activité fragilité osseuse

43 ibid

44 ibid

45 9 pôles ont obtenu de l'intéressement sur les 11 pôles cliniques

Sur la même période, le pôle gynéco-obstétrique s'est engagé dans 10 nouvelles activités médicales dont 5 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires. Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 6 sur 4 ans correspondent à 24,05 ETP (soit environ 1 116 423⁴⁶ euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle à l'exception de 0,05 ETP d'IDE⁴⁷. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité⁴⁸. En 2008, pour l'objectif spécifique " offre échographie et diagnostique prénatal ", le pôle aurait dû atteindre une valorisation de 242 400 euros mais cette valorisation est impossible à chiffrer. En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 175 000 euros⁴⁹ (soit environ 4 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2009 pour ces activités⁵⁰). En 2010, le pôle n'a pas contractualisé de nouvelles activités ni de moyens humains supplémentaires. En 2011, le pôle a contractualisé sur deux gros projets qui sont le nouveau plateau technique de gynécologie-obstétrique et le développement de l'activité chirurgicale. Le bilan des objectifs 2011 ne pourra être réalisé qu'à la fin de l'année 2012 pour les deux objectifs spécifiques. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 6 est difficile à réaliser car l'année 2011 est manquante et que l'année 2009 ne peut être chiffrée. Parmi ses 10 nouvelles activités, 5 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (67%), 4 n'ont pas atteint leur objectif et une a été reportée⁵¹.

Le pôle gynéco-obstétrique n'a jamais obtenu d'intéressement en 4 ans comme le pôle thorax vaisseaux. Cela s'explique par une surconsommation constante des dépenses médicales et de biologie.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle enfants**

Le pôle 7, enfants, sur la période 2008-2011, a dépassé en 2008 et 2011 ses objectifs de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes⁵². En parallèle, il a dépassé pendant 2 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (surconsommation) en 2008 et 2011.

46 Cf note de bas de page 2 p.23

47 En 2009, pour l'activité chirurgie ambulatoire, a été obtenu 0,25 ETP d'IDE à la place de 0,3 ETP IDE contractualisé.

48 Cf note de bas de page 3 p.23

49 Valorisation des activités développement de l'assistance médicale à la procréation et développement de la chirurgie ambulatoire.

50 Coût 2009 des moyens humains des activités développement de l'assistance médicale à la procréation et développement de la chirurgie ambulatoire est de 44 744 euros.

51 L'activité sortie précoce est reportée à la deuxième génération de contrat

52 Le pôle 7 en 2009 et 2010 n'a pas respecté son objectif de base mais a respecté son objectif pour l'activité externe.

Sur la même période, le pôle enfants s'est engagé dans 10 nouvelles activités médicales dont 5 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires. Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 7 sur 4 ans correspondent à 6,5 ETP (soit environ 294 888⁵³ euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus par le pôle. Aucun moyen humain contractualisé n'a été négocié contre une valorisation d'activité. Parmi ses 10 nouvelles activités, 7 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (70%), 2 autres n'ont pas atteints leur objectif (20%) et une a été reportée (10%).

Le pôle enfants a obtenu un intéressement en 2008, 2010, 2011 soit un total en 4 ans de 81 468 euros (soit 10% de l'intéressement total). Il est le 4ème pôle qui a obtenu le plus d'intéressement parmi ceux qui en ont bénéficié.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle Maladies Métaboliques médecine Interne et Soins de Suite (3MISS)**

Le pôle 8, 3MISS, sur la période 2008-2011, a dépassé en 2008, 2009 et 2011 ses objectifs en terme de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes. En parallèle, il a dépassé pendant 4 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (sur-consommation). Il faut noter qu'en 2010, le pôle 3MISS n'a pas respecté ses objectifs de base mais a quand même dépassé ses objectifs de dépenses médicales et de biologie.

Sur la même période, le pôle 3MISS s'est engagé dans 12 nouvelles activités médicales dont 10 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires. Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 8 sur 4 ans correspondent à 24,4 ETP (soit environ 1 188 438,9 euros). Tous les moyens humains contractualisés ont été obtenus. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité⁵⁴. En 2008, pour ses objectifs spécifiques liés à des activités T2A, le pôle a atteint une valorisation égale à 114 952 euros⁵⁵ (soit 2,47 fois plus par rapport au coût des moyens humains négociés en 2008 pour cette activité⁵⁶). En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 784 664 euros⁵⁷ (soit environ 8,9 fois plus que le

53 Cf note de bas de page 2 p.23

54 Cf note de bas de page 3 p.23

55 Valorisation de l'activité nutrition obésité

56 Coût 2008 des moyens humains pour l'activité nutrition obésité est de 46 559,5 euros

57 Valorisation des activités de dépistage rétinopathie, de développement de l'hospitalisation programmée et du développement de l'hospitalisation en gériatrie.

coût des moyens humains négociés en 2009 pour ces activités⁵⁸). En 2010, le pôle a atteint une valorisation négative égale à -304 706 euros⁵⁹ du fait de la baisse des tarifs (alors que le coût des moyens humains négociés en 2010 pour cette activité était de 9 026 euros). En 2011, aucun objectif spécifique n'était lié à une valorisation T2A. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 8 est positif globalement notamment du fait de la forte valorisation obtenue en 2009. Parmi ses 12 nouvelles activités, 10 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (83%), une autre n'a pas atteint leur objectif (8%) et pour une activité il est impossible de savoir (8%)⁶⁰.

Le pôle 3MISS a obtenu un intéressement tous les ans soit un total en 4 ans de 77 914 euros (soit 10% de l'intéressement total). Il est le 5ème pôle qui a obtenu le plus d'intéressement parmi ceux qui en ont bénéficié.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle Hématologie, Néphrologie, Transplantation et Réanimation Médicale (HNTRM)**

Le pôle 9, HNTRM, sur la période 2009-2011⁶¹, a dépassé tous les ans ses objectifs en termes de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes. En parallèle, il a dépassé pendant 3 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (surconsommation).

Sur la même période, le pôle HNTRM s'est engagé dans 9 nouvelles activités médicales dont 7 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (78%). Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 9 sur 3 ans correspondent à 5,8 ETP (soit environ 342 823⁶² euros). Tous les moyens contractualisés avec le pôle ont été obtenus. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité⁶³. En 2009, le pôle a s'est engagé à atteindre une valorisation d'activité pour le renforcement de la continuité des soins en hospitalisation de néphrologie mais identifiés la valorisation pour cette activité " est impossible étant noyée dans l'hospitalisation "⁶⁴ . En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 390 613 euros⁶⁵

58 Coût 2009 des moyens humains pour les activités de dépistage rétinopathie, de développement de l'hospitalisation programmée et du développement de l'hospitalisation en gériatrie est de 87 929 euros.

59 Valorisation de l'activité de développement de l'hospitalisation en médecine interne

60 Il est impossible de retrouver dans le système d'information le nombre de bilans réalisés par l'hôpital de jour nutrition

61 Le pôle HNTRM a signé son contrat de pôle en 2009

62 Cf note de bas de page 2 p.23

63 Cf note de bas de page 3 p.23

64 Extrait d'un entretien avec un cadre de gestion

65 Valorisation des activités de photochimiothérapie et d'aphérèse

(soit 3,70 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2010 pour ces activités⁶⁶). En 2011, le pôle a atteint une valorisation égale à 99 697 euros⁶⁷ pour les mêmes activités qu'en 2010 sans moyen supplémentaire. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 9 est positif car la règle du tiers est respectée. Parmi ses 9 nouvelles activités, 8 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (89%), une n'a pas atteint leur objectif (11%).

Le pôle HNTRM n'a obtenu un intéressement qu'en 2009 soit un total en 3 ans de 15 286 euros (soit 2% de l'intéressement total). Il est le 8ème pôle qui a obtenu le plus d'intéressement parmi les 9 pôles qui en ont obtenu.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle Urgences, Médecine, Santé (UMS)**

Le pôle 10, UMS, sur la période 2008-2011, a dépassé tous les ans ses objectifs en termes de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes. En parallèle, il a dépassé en 2009 ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (surconsommation). Il faut noter qu'en 2010 et 2011, le pôle UMS a respecté ses objectifs de dépenses médicales et de biologie tout en dépassant ses objectifs de base.

Sur la même période, le pôle UMS s'est engagé dans 10 nouvelles activités médicales dont 7 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires. Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 10 sur 4 ans correspondent à 46,45 ETP (soit environ 2 015 855⁶⁸ euros). Parmi les 46,45 ETP, la création de l'unité médicale post-urgence (UMPU) pèse fortement car elle a été négociée avec 37,5 ETP. Ces ETP sont des redéploiements de postes du pôle ostéo-articulaire (service de la rhumatologie) et du pôle HUD (service de gastro-entérologie) qui ont souhaité se recentrer sur leur cœur de métier. La totalité des moyens contractualisés en 4 ans ont été obtenus à l'exception d'un interne⁶⁹. Pour négocier ces moyens, le pôle s'était également engagé dans des objectifs de valorisation d'activité⁷⁰. En 2008, pour ses objectifs spécifiques liés à des activités T2A, le pôle a atteint une valorisation égale à 730 000 euros⁷¹ (soit 6,65 plus que le coût

66 Coût 2010 des moyens humains des activités de photochimiothérapie et d'aphérèse est de 105 607 euros

67 Valorisation des activités de photochimiothérapie et d'aphérèse

68 Cf note de bas de page 2 p.23

69 En 2009, pour le centre antipoison, un interne a été contractualisé mais non obtenu. Cela s'explique par une non sélection des internes de ce poste.

70 Cf note de bas de page 3 p.23

71 Valorisation de l'activité addiction

des moyens humains négociés en 2008 pour cette activité⁷²). En 2009, le pôle a atteint une valorisation égale à 1 320 692 euros⁷³ (soit 84% du coût des moyens humains négociés en 2009 pour ces activités⁷⁴). En 2010, le pôle a atteint une valorisation égale à 3 304 917 euros⁷⁵ (soit 35,18 fois plus que le coût des moyens humains négociés en 2011 pour cette activité⁷⁶). En 2011, le pôle a contractualisé sur des nouvelles activités correspondant à des missions d'intérêt général donc financés à la hauteur des moyens humains investis. Le bilan médico-économique pour les objectifs spécifiques du pôle 10 est positif notamment du fait d'une forte valorisation des activités UMPU et addiction. Parmi ses 10 nouvelles activités, 8 des nouvelles activités ont atteint leur objectif (80%) et les deux autres n'ont pas atteint leur objectif (20%).

Le pôle UMS a obtenu un intéressement en 2009, 2010 et 2011 soit un total en 4 ans de 161 586 euros (soit 18% de l'intéressement total). Il est le 2ème pôle qui a obtenu le plus d'intéressement parmi ceux qui en ont bénéficié.

- **Bilan médico-économique du contrat de pôle anesthésie – réanimation**

Le pôle 11, anesthésie-réanimation, sur la période 2009-2011⁷⁷, a dépassé en 2009 et 2011 ses objectifs en termes de valorisation pour ses activités d'hospitalisation et ses activités externes. En parallèle, il a respecté pendant 2 ans ses objectifs de dépenses médicales et de biologie (2009 et 2010) et les a dépassés en 2011 (surconsommation).

Sur la même période, le pôle anesthésie-réanimation s'est engagé dans 14 nouvelles activités médicales dont 8 négociées avec des moyens humains nouveaux supplémentaires (57%). Les moyens humains supplémentaires négociés par le pôle 11 sur 3 ans correspondent à 13,8 ETP (soit environ 684 698⁷⁸ euros). Tous les moyens contractualisés avec le pôle ont été obtenus. Le pôle étant un pôle prestataire dont l'activité est liée à celle des autres pôles, les moyens humains contractualisés n'ont pas été gagés par une valorisation d'activité. Parmi ses 14 nouvelles activités, 9 des nouvelles

72 Coût 2008 des moyens humains pour l'activité addiction de 109 702 euros

73 Valorisation des activités addiction, unité médicale post-urgences (UMPU) et médecine des voyages

74 Coût 2009 des moyens humains des activités addiction, UMPU et médecine des voyages est de 1 577 983 euros

75 Valorisation de l'activité UMPU

76 Coût 2010 des moyens humains de l'activité UMPU est de 93 940 euros

77 Le pôle HNTRM a signé son contrat de pôle en 2009

78 Cf note de bas de page 2 p.23

activités ont atteint leur objectif (64%), quatre n'ont pas atteint leur objectif (29%) et une a été reportée ⁷⁹(7%).

Le pôle anesthésie-réanimation a obtenu un intéressement en 2009 et 2010 soit un total en 3 ans de 96 771 euros (soit 12% de l'intéressement total). Il est le 3ème pôle qui a obtenu le plus d'intéressement parmi les 9 pôles qui en ont obtenu

79 L'activité développement de l'imagerie interventionnelle a été reportée

Annexe 12 : Bilan des dépenses-recettes par pôle

Pôle 1 neurosciences et spécialités chirurgicales

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	756 677	197%	1 490 752	1 407 758
unité neuro filière AVC	671 864	217%	1 458 441	1 407 758
douleurs chroniques	84 813	38%	32 311.5	rien
2009	22 566	275%	62 031.22	68 000
douleurs chroniques	22 566	206%	46 461.46	44 000
topographie cornéenne	0		15 569.76	24 000
2010	63 421	191%	121 178	117150
centre SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique)	21 844	124%	27 157	Eval année pleine 2011 : 44 717
toxines botuliques	18 788	327%	61 386	Eval année pleine 2011 : 30 099
audiophonologie	22 789	143%	32 635	Eval année pleine 2011 : 42 334
2011	238 402	103%	245 195	209029
patients handicapés en stomatologie	58 895	134%	79 130	150 000
activités EEG (électroencéphalographie)	0		2 074	2 535
consultation dentisterie	0		0	126 000
chirurgie plastique	105 607	11%	11 425	27 569
unité neuro-vasculaire	73 900	206%	152 566	52 925
TOTAL	1 081 068	178%	1 919 157	180 1937

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 2 Thorax - Vaisseaux

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	0		0	0
2009	145 075	1%	1 968	176 046
centre du sommeil	145 075		1 968	176 046
2010	114 658	307%	351 461.65	773 950
allergies alimentaires	22 789	-113%	-25 671	119 384
réhabilitation respiratoire	91 869	75%	68 758	386 975
centre du sommeil	0		308 375	704 185
TOTAL	259 734	136%	353 429	949 996

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 3 Cardio-vasculaire

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	396 419	83%	328 221	320 000
centre douleur thoracique	298 260	97%	289 417	275 000
réadaptation cardiaque	98 159	40%	38 804	45 000
2009	66 106	367%	242 806	145 000
rythmologie	30 000	230%	69 130	rien
réadaptation cardiaque	0		100 961	70 000
centre douleur thoracique	36 106	201%	72 715	75 000
2010	61 530	129%	79 471	75 497
ouverture CDT dimanche soir	15 952		0	rien
échographie cardiaque	45 578	174%	79 471	75 497
TOTAL	524 056	124%	650498	540 497

Unité : euro

SOURCE : CHU d'Angers

Pôle 4 Hépat-Uro-Gastro (HUD)

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2009	188 870	52%	97 975	0
prise en charge des cancers digestifs	67 922	121% 72%		rien
clinique de la prostate	22 567		27 259	rien
urologie non cancérologique	98 381		70 716	rien
2010	0		0	0
2011	181 603	185%	336 409	225 000
développement des chimiothérapies digestives	181 603		336 409	225 000
TOTAL	370 473	117%	434 384	225 000

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 5 Ostéo-articulaire

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	68 144	140%	95 504	0
fragilité osseuse	68144	140%	95 504	Rien
2009	0		87 951	35 650
fragilité osseuse	0		87 951	35 650
2010	0		121 359	106 950
fragilité osseuse	0		121359	106 950
2011	0		130 110	35 650
fragilité osseuse	0		130 110	35 650
TOTAL	68 144	638%	434 923	178 250

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 6 Gynéco-Obstétrique

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	37 576		0	242 400
offre écho et DPN	37 576			242 400
2009	44 745	391%	175 000	137 445
développement aide médicale à la procréation (AMP)	33 350		150 000	96 780
chirurgie ambulatoire	11 395		25 000	40 665
TOTAL	82 321	213%	175 000	379 845

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 8 Maladies Métaboliques Médecine Interne et Soins de Suite (3MISS)

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	46 559	247%	114 952	116 000
nutrition obésité	46 559	247%	114 952	116 000
2009	87 929	892%	784 664	254 000
dépistage rétinopathie	9 115	59%	5 404	18 500
développement hospitalisation programmée en endocrinologie	39 389	398%	156 580	118 910
développement hospitalisation en gériatrie	39 425	1579%	622 680	116 590
2010	9 027	-3376%	-304 706	43 500
hospitalisation médecine interne	9 027	-3376%	-304 706	43 500
TOTAL	143 515	415%	594 910	413 500

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 9 Hématologie, Néphrologie, Transplantation et Réanimation Médicale (HNTRM)

activité	dépenses		recette	Valorisation contractualisée
2010	105 607	370%	390 613	60 500
Mise en oeuvre de la photo chimiothérapie				rien
secteur dédié hémodialyse aigue	105 607	370%	390 613	60 500
2011	0		99 697	181 500
secteur dédié hémodialyse aigue	0		99 697	181 500
TOTAL	105 607	464%	490 310	242 000

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Pôle 10 Urgences, Médecine, Santé (UMS)

activité	dépense		recette	Valorisation contractualisée
2008	109 702	665%	730 000	700 000
addiction	109 702	665%	730000	700 000
2009	1 577 983	84%	1 320 692	622 500
addiction	30 061	2129%	640000	rien
unité médicale post urgences (UMPU)	1 536 527	43%	659692	600 000
médecine des voyages	11 395	184%	21000	22 500
2010	93 940	3 518%	3 304 917	2 856 000
UMPU	93 940	3518%	3 304 917	2 856 000
TOTAL	1 781 625	301%	5355609	4 178 500

Unité : euro

Source : CHU d'Angers

Annexe 13 : Exemple de fiche de suivi d'un autre établissement (CHU Lille)

**DÉMARCHE DE CONTRACTUALISATION INTERNE
BILAN 2009 – Q1 ET Q2 2010**

PÔLE	URGENCE
CHEF DE PÔLE	
CHEF(S) ADJOINT(S)	
CADRE(s) SUPERIEUR(s) DE SANTE, membre du trio managérial	
CADRE GESTIONNAIRE DE SANTE, membre du trio managérial	
DIRECTEUR(S) DELEGUE(S) AU POLE	

CLINIQUES COMPOSANT LE PÔLE	SECTEURS COMPOSANT LA CLINIQUE	DATES DE SIGNATURE DU CONTRAT ET DU DERNIER AVENANT
Pôle de l'urgence		

Médecin du Secteur PMSI	
Contrôleur de gestion référent du pôle	
Référent Ressources Humaines	
Référent au sein de la Délégation à la stratégie médicale	

Méthodologie :

Le présent document a pour vocation de réaliser le bilan de la mise en œuvre des contrats internes et avenants pour l'année 2009 et les Q1 et Q2 2010.

Il doit être retourné pour **le 09 novembre 2010** au secrétariat de la délégation à la stratégie médicale

Le bilan

✓ Portera sur :

- Le bilan de la mise en œuvre des projets médicaux, organisationnels et conjoints,
- La mise en œuvre du projet de contribution au contrat de retour à l'équilibre (engagements médico-économiques institutionnels et spécifiques)
- les données d'activité de l'année 2009 (en volume et en valorisation),
- les données d'activité du Q1 et du Q2 de l'année 2010 (en volume et en valorisation),

- les dépenses de l'année 2009,
- les dépenses du Q1 et du Q2 de l'année 2010,
 - ✓ et permettra de présenter aux pôles les CREA 2009 définitifs.

BILAN RELATIF A LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS MEDICAUX OU DE RECHERCHE

Intitulé du projet :							
Cliniques, secteur(s), pôle(s) portant le projet							
Objectif(s) du projet	Cible	Echéance	Degré de réalisation				Difficultés rencontrées / Commentaires
			0%			100%	

CONTRIBUTION AU CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER et EPRD 2010

Objectifs institutionnels	Indicateur	Cible 2009	Réalisé en 2009	Cible 2010	Réalisé Q1 + Q2 2010
Exhaustivité du codage	Exhaustivité des dossiers patients				
Qualité du codage	Répartition des niveaux de sévérité sur les séjours sensibles aux niveaux de sévérité (racine sensible et de 3 nuits ou plus)			-1	
Qualité du codage	Volume des requalifications d'orientation par le DIM				

Activité du pôle

Hospitalisation	Prévisions 2009	Volume 2009	Prévisions 2010	Volume Q1 + Q2 2010
Total				
HC			5 588 RSS	
HPDD				
HCD				

DMS (hors 0 nuit)				
-------------------	--	--	--	--

Hospitalisation	Valorisation € 2009	Prévisions 2010	Valorisation € Q1 + Q2 2010
Total			
GHS – EXB + EXH			
Supp. REA (Réa adulte, Réa ped)			
Supp. SI			
Supp. SC			
Supp. NN (Réa, SI, sans SI)			
Autre (caisson, dialyse, aphérèse)			

Soins externes	Volume 2009	Volume prévisionnel 2010	Volume Q1 + Q2 2010	Valorisation 2009	Valorisation Q1 + Q2 2010
Soins externes					
dont consultations					

Objectifs spécifiques

[illegible]