

Assya KHOUYA

## Management par pôle au sein des hôpitaux publics

Sous la direction de Monsieur Stanislas WOCH, Maître de Conférences associé

**Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ième</sup> année de Master**  
**Année universitaire 2018/2019**  
**Master Management sectoriel**

**Date de soutenance : Mercredi 27 août 2019 à 19H**

Composition du jury :

- **Président de jury** : Stanislas WOCH, Maître de Conférences associé, ILIS
- **Directeur de mémoire** : Patrick LE JEUNE, Président du Groupe Averroes
- **Membre professionnel** : Fabrice CATOIRE, Ingénieur chef au Centre Hospitalier de Valenciennes

Université Lille  
Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS  
42, rue Ambroise Paré  
59120 LOOS

## REMERCIEMENTS

Toute ma gratitude va vers Monsieur Patrick Le Jeune, président du groupe Averroes, pour son accompagnement en tant que directeur de mémoire. Son écoute, ses compétences et ses conseils avisés ainsi que sa disponibilité m'ont permis de mener à bien ce travail.

Ensuite, je souhaiterais remercier Monsieur Stanislas Woch, maître de conférences associé à l'ILIS, pour son accompagnement et la bienveillance dont il a fait preuve tout au long de cette année.

Je suis reconnaissante de l'aide apportée par Monsieur Fabrice Catoire, Ingénieur Chef, au Centre Hospitalier de Valenciennes. Il a, à travers son analyse, soulevé des problématiques qui ont fortement contribué à alimenter ma réflexion.

Je souhaite remercier, l'ensemble des participants ayant répondu au questionnaire mis en ligne dans le cadre de ce mémoire ainsi que les professionnels ayant accepté de partager leur retour d'expérience au cours d'entretiens.

J'adresse mes remerciements à Madame Gorge, professeur à l'ILIS pour son encadrement et Madame Dorothee Capon, cadre au Centre Hospitalier de Valenciennes pour ses précieux conseils.

Ma considération va à Madame Daniel Copitet, professeur de français, pour sa relecture avisée.

Enfin, je remercie mon mari, Guillaume Vandamme, pour son soutien, sa patience et ses encouragements.

## SOMMAIRE

<b>1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Revue de littérature .....</b>	<b>7</b>
	2.1. Définition du Management et spécificités du management hospitalier .....	7
	2.2. Contexte : La rénovation du mode de financement des hôpitaux conduit à une succession de réformes .....	9
	2.3. La nouvelle gouvernance un tournant de l'hôpital- entreprise .....	12
	2.4. Relation étroite entre l'organisation polaire et le pilotage des établissements .....	17
<b>3.</b>	<b>Choix méthodologique .....</b>	<b>29</b>
	3.1. Choix du sujet et de la problématique .....	29
	3.2. Techniques choisies.....	29
	3.3. Modalités des entretiens et les limites .....	33
<b>4.</b>	<b>Analyse des entretiens semi-directifs .....</b>	<b>33</b>
	4.1. L'analyse des entretiens par établissement. ....	33
	4.2. Analyse globale du questionnaire.....	43
<b>5.</b>	<b>Mise en perspective personnelle.....</b>	<b>48</b>
	5.1. Chef de pôle .....	48
	5.2. Les délégations de gestion.....	50
	5.3. Professionnalisation des métiers .....	51
	5.4. Outils de pilotage .....	51
	5.5. Les pôles .....	52
<b>6.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>54</b>

## TABLE DES ABREVIATIONS

- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CE** : Conseil Exécutif
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- **CME** : Comité Médicale d'Etablissement
- **CP** : Chef de Pôle
- **CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- **CREA** : Compte de REsultats Analytiques
- **CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **CTE** : Comité Technique d'Etablissement
- **DG** : Directeur Général
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **EPRD** : Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses
- **EPS** : Etablissement Public de Santé
- **ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- **GHM** : Groupe Hospitalier Mutualiste
- **HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- **IGAS** : Inspection Générale de l'Offre de Soins
- **NG** : Nouvelle Gouvernance
- **PCME** : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

- **PEC** : Prise En Charge
- **PSPH** : Participant au Service Public Hospitalier
- **RH** : Ressources Humaines
- **RSI** : Retour Sur Investissement
- **T2A** : Tarification A l'Activité

## 1. Introduction

Ces dernières décennies, le système de santé français a connu de nombreux changements dûs à une succession de réformes entreprises par les différents gouvernements souhaitant améliorer sa performance.

De la tarification à l'activité jusqu'à la création de pôles d'activités, l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital public ont profondément été modifiés.

Les réformes, notamment celle de la nouvelle gouvernance (NG) datant du 2 mai 2005 et celle du 21 juillet 2009, relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ont institué un dispositif de contractualisation interne accompagné d'une possibilité de délégation de gestion. [1] La modification du pilotage des établissements est amorcée.

Ces réformes opèrent une double réorientation vers à la fois, plus de contraintes certes, mais aussi d'autonomie. Elles sont plus contraignantes car elles imposent l'organisation polaire comme structuration obligatoire de tous les établissements, le pôle étant consacré comme le cadre de gestion de référence et unité de base pour l'hôpital. Elles donnent cependant davantage d'autonomie en ce qu'elles tendent à une responsabilisation des acteurs au sein d'un partenariat médico-administratif.[2]

L'enjeu au sein des établissements publics de santé (EPS), dans un contexte de déploiement de l'organisation polaire, est donc d'associer les dimensions d'efficience, de promotion de la qualité des soins et de la qualité du management interne. [3]

L'objectif de ce mémoire est d'apprécier le management par pôle à l'heure actuelle, et plus particulièrement de répondre à la problématique suivante :

**« Quels sont les impacts de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 et son renforcement par la loi HPST du 21 juillet 2009 ? ».**

De cette problématique ressortent deux hypothèses : la première serait que le rôle du chef de pôle (CP) dans le processus de décision ait été réaffirmé. La seconde serait qu'elle ait amélioré le pilotage des établissements.

Nous étudierons pour cela, à l'aide de la réalisation d'un benchmark, les évolutions en termes de structuration, d'organisation interne, de moyens et d'outils mis en place au sein de plusieurs établissements de santé. Enfin, nous terminerons avec des préconisations visant à améliorer le pilotage actuel.



## 2. Revue de littérature

### 2.1. Définition du Management et spécificités du management hospitalier

#### 2.1.1. Qu'est-ce que le Management ?

De manière générale, le management est défini comme étant « l'ensemble des techniques d'organisation de ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité, dont l'art de diriger des hommes, afin d'obtenir une performance satisfaisante ».

L'enjeu primaire du management est de diriger efficacement les ressources d'une organisation. Pour cela l'utilisation d'outils tels que l'économie, la sociologie mais aussi la psychologie sont nécessaires.

Ainsi le management doit réussir à prendre en compte les représentations et intérêts des différentes parties prenantes de l'organisation tout en restant dans une idée d'optimisation organisationnelle.

Lorsque l'on s'intéresse à l'hôpital et que l'on souhaite observer son organisation, on se rend compte que le concept du management est particulier. Les travaux de Mintzberg et ses configurations structurelles font référence. Dans son ouvrage, il indique que l'hôpital est une bureaucratie professionnelle et cette définition reste encore à ce jour très utilisée pour définir l'hôpital. En effet, Valette (2015) fait une synthèse des travaux de recherche en gestion sur l'hôpital et montre que les auteurs mobilisent très majoritairement le modèle de la bureaucratie professionnelle pour caractériser l'hôpital. [4]

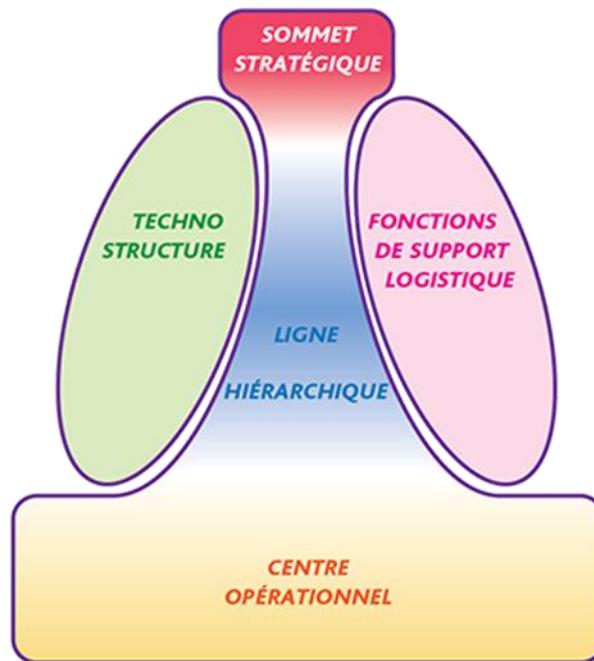
#### 2.1.2. Approche Mintzberg, concept de bureaucratie professionnel

Mintzberg a intégré les organisations mettant aux prises, éléments bureaucratiques et éléments professionnels au sein d'une typologie générale des organisations. Pour lui, les organisations sont toutes constituées de cinq parties, à partir de l'importance relative desquelles il identifie cinq composants d'une organisation.

- Le "**sommet stratégique**" : les acteurs qui sont en charge de la définition de la mission de l'organisation et des modalités stratégiques de mise en œuvre ;
  - *Dans le cas de l'hôpital public, ce sommet s'identifie à la direction générale, l'équipe de direction, les instances décisionnelles : directoire, conseil de surveillance, commission médicale d'établissement...*

- La "**ligne hiérarchique**" : l'ensemble des responsables qui relaient les décisions et instructions du sommet et font ainsi le lien avec les acteurs qui exécutent les différentes tâches en s'appuyant sur l'autorité que leur confère leur position ;
  - *Au sein de l'hôpital public, cette ligne hiérarchique est constituée des cadres, cadres supérieurs de santé et des cadres administratifs.*
- Le "**centre opérationnel**" : il regroupe les acteurs chargés d'accomplir le travail proprement dit, c'est-à-dire les exécutants (le qualificatif d'exécutant ne signifie pas automatiquement qu'il s'agit d'acteurs qui possèdent peu de pouvoirs) ;
  - *Les personnels médicaux et non médicaux, les personnels médicotechniques, les filières de soins, de rééducation...*
- La "**technostructure**" : ce sont des acteurs qui ne sont pas en position hiérarchique mais dont la mission consiste à normaliser le travail des autres, à proposer des modes efficaces d'exécution des tâches, à en assurer la programmation, etc ;
  - *Le Département d'Information Médicale (DIM), le contrôle de gestion, les finances...*
- Les "**fonctionnels de support**" : l'ensemble des acteurs qui assurent des fonctions d'accompagnement au bénéfice du centre opérationnel ou d'autres catégories d'acteurs ;
  - *Les directions fonctionnelles, les filières techniques, logistiques et administratives.*

Selon Mintzberg (1982), plus une organisation est de grande taille, plus sa structure est élaborée. Ce qui se traduit par des tâches spécialisées, des unités différenciées, et une composante administrative développée. Il ajoute que, plus l'organisation est grande et plus la taille moyenne des unités est grande, plus elle est formalisée.



**Figure 1 : Composantes de l'organisation selon Mintzberg**

Le système de décision est lié à la décentralisation verticale et horizontale. Pour Mintzberg, une erreur souvent commise dans les organisations, consiste à centraliser les décisions lorsque les cadres constatent qu'il y a des erreurs aux niveaux inférieurs. Selon lui, le pouvoir de décision doit être là où se situe le savoir.

La décentralisation permet donc à l'organisation de répondre rapidement aux conditions locales, la transmission d'informations du terrain au centre puis du centre au terrain prenant beaucoup de temps. Là est l'idée de la mise en place des pôles avec la délégation de gestion prévue dans le cadre de la loi. Enfin, la décentralisation est source de motivation.

Ces constats relèvent des imperfections dans l'organisation des hôpitaux. Les hypothèses de Mintzberg vont largement être étayées à travers la NG. Le changement du mode de financement va accélérer le processus d'évolution des hôpitaux et une succession de réformes va en découler.

## **2.2. Contexte : La rénovation du mode de financement des hôpitaux conduit à une succession de réformes**

Depuis plusieurs décennies, le système hospitalier français a connu de profonds changements. Face aux évolutions des besoins technologiques, de l'accroissement des dépenses hospitalières, des modes de prise en charge (PEC) des patients et des

pathologies, l'état s'est engagé dans un programme sans précédent de réformes. « L'enjeu est clairement et depuis des années d'améliorer la performance dans l'ensemble des hôpitaux ». [5]

Pour cela, la volonté de l'Etat consiste en ce que les hôpitaux parviennent à améliorer leur organisation interne à travers un plus grand partage des responsabilités entre l'ensemble des acteurs hospitaliers, et à maîtriser les dépenses de manière plus efficiente. C'est principalement sur ce dernier point que l'on justifie la contingence des réformes hospitalières et les rénovations des politiques publiques en France. Cette maîtrise s'insère dans un processus de modernisation des pratiques de gestion.

« Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les outils de gestion sont demeurés quasi inexistantes, et cela jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). En effet, seuls quatre outils – « les quatre vieux » – permettaient de juger du fonctionnement d'un hôpital (le nombre d'admissions, le nombre de journées, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour). La tutelle, mais également les hospitaliers eux-mêmes, ne disposaient de fait d'aucune autre vision sur l'activité d'un établissement que celle fournie par ces quatre indicateurs, qui ne distinguent pas les hospitalisations pour une greffe de foie et celles relatives à une appendicite ». [6]

Cependant, l'augmentation exponentielle des dépenses de santé, notamment la part des dépenses hospitalières financées par la Sécurité sociale qui est passée de 88,7% en 1980 à 93% en 2012, a servi de base de réflexion aux gouvernements afin de fixer un cadre de réforme visant à ajuster le fonctionnement interne des établissements, le développement des techniques médicales, les modalités de prises en charge et l'organisation du système hospitalier au regard de la contrainte globale de financement. [5]

<i>Avant 2004</i>		
Dotation globale		
<i>2004</i>		
T2A	Dotation annuelle complémentaire	Autres financements (MIGAC, forfaits...)
<i>2007</i>		
T2A	Dotation annuelle complémentaire	Autres financements (MIGAC, forfaits...)
<i>2008</i>		
T2A		Autres financements (MIGAC, forfaits...)

**Figure 2 : Passage progressif des établissements à la T2A anciennement sous la dotation globale (Source : [www.senat.fr](http://www.senat.fr))**

### 2.2.1. Les modes de financements antérieurs

« Entre 1984 et 2004, le budget des hôpitaux publics et des hôpitaux privés participant au service public (PSPH) était constitué d'une dotation globale ». [7]

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financement différents selon leur nature juridique. Les établissements publics de santé et les établissements privés PSPH étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative sans lien avec l'évolution de l'activité - appelée dotation globale (DG). Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, étaient financés selon un système qui prenait en compte l'activité mais sur la base de tarifs régionaux variables.

Les deux systèmes de financement des structures de soins coexistent mais présentent deux défauts majeurs. D'un côté, la dotation globale de financement ne lie que très peu le budget d'exploitation de l'hôpital à l'activité réalisée : la dotation rémunère plus la structure que son activité. D'un autre côté, le niveau des forfaits pour le secteur privé est variable selon les régions.

Face à ce constat, les pouvoirs publics s'engagent dans l'harmonisation des deux modes de financement, ce qui rendra possible la comparaison des coûts entre les deux secteurs et facilitera le contrôle des financements. [8]

A partir de 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », une nouvelle méthode de financement des établissements de santé est mise en place. Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources allouées.

En France, les bénéfices attendus de la réforme T2A sont de plusieurs ordres :

- Une plus grande médicalisation du financement. ;
- Une équité de traitement entre les secteurs ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés ;
- Une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter.

L'application de la T2A a généré des tensions sur les activités mais est la source de nombreux changements, dont la nouvelle organisation « polaire » de l'hôpital.

Cette dernière vient répondre à plusieurs constats alternativement évoqués comme les maux de l'hôpital public : rigidités du fonctionnement et des organisations hospitalières, « déresponsabilisation » des acteurs et concurrence du secteur privé ; l'objectif étant que l'hôpital public ait les moyens de faire mieux dans la PEC des patients en améliorant son organisation interne via un plus grand partage des responsabilités entre tous les acteurs hospitaliers.

La NG hospitalière en marche va constituer un véritable tournant à l'hôpital. [9]

### **2.3. La nouvelle gouvernance un tournant de l'hôpital- entreprise**

Le modèle de Mintzberg précédemment exposé correspond encore aujourd'hui à une partie de la réalité des hôpitaux. Cependant, il semble qu'avec l'avènement des pôles il ne rende plus compte de ce qui est réellement en jeu dans ces organisations. En effet, avec la création des pôles, l'intention des pouvoirs publics a été de modifier le squelette de l'hôpital, le rapprochant ainsi de nos jours à une structure divisionnalisée. D'après lui, plus une organisation est de grande taille, plus sa structure est élaborée, plus elle est formalisée.

Les hôpitaux, devenant des organisations de plus en plus grandes, n'échappent pas à ce facteur de contingence. Le lien peut d'ailleurs être fait entre le développement des hôpitaux et l'arrivée des pôles.

L'objectif de cette nouvelle gouvernance demeure de sortir l'hôpital d'un fonctionnement trop administratif pour aller vers une logique d'entreprise en ce qu'elle a de plus positif

comme la responsabilisation des acteurs à tous les échelons, la valorisation des compétences, le décloisonnement et la transversalité, le management par projets. [1]

Cette réforme a été très attendue par la communauté hospitalière. Elle a pour ambition de donner aux acteurs des établissements publics de santé les moyens de leur organisation et ainsi d'améliorer la qualité du service rendu aux patients, ainsi que l'efficacité de l'établissement. [10]

« La volonté d'associer les acteurs de terrain afin de leur permettre de prendre part à la réussite de ces réformes a été une constante. La subsidiarité c'est avant tout, la capacité d'imaginer que le « N » est capable de faire mieux que le « N+1 » parce que la décision qu'il prendra sera plus proche du terrain et moins sujette à la question de l'asymétrie de l'information, si réelle dans le monde hospitalier. Ce principe nécessite un capital de confiance entre les décideurs « de base » et le « top management ». [1]

Le pilotage des établissements se voit changer en profondeur à tous les niveaux. Dorénavant, on tend plutôt vers un management basé sur des délégations verticales.

Les trois mots déterminant la NG sont : souplesse, responsabilisation et décloisonnement.

### **2.3.1. La nouvelle gouvernance**

L'ordonnance du 2 mai 2005 ou la nouvelle gouvernance simplifiant le régime juridique des établissements de santé a été présentée au Conseil des Ministres du 27 avril 2005.

Elle a pour objectif de simplifier le régime juridique des établissements de santé. [11]

Et de modifier en profondeur l'organisation interne de l'hôpital public aussi bien sur le plan médico-technique qu'administratif.

La NG repose sur deux principes structurants : l'affirmation de la priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la T2A – pilotage auquel les médecins doivent être étroitement associés – et le principe de subsidiarité. [12]

#### **2.3.1.1. L'ordonnance de 2005 opère une double réorientation vers à la fois plus de contraintes et d'autonomie.**

Elle est plus contraignante en ce qu'elle impose l'organisation polaire comme structuration obligatoire de tous les établissements, le pôle étant consacré comme le cadre de gestion de référence et unité de base pour l'hôpital.

Tous les établissements devront donc être découpés en pôles, eux-mêmes pilotés par un coordinateur de pôle (devenu chef de pôle depuis la loi HSPT) appuyé par un exécutif de

pôle. Ils devront élaborer en concertation un projet de pôle pluriannuel en lien avec le projet d'établissement. Ils seront régis par un contrat de pôle signé entre le chef de pôle et la direction et définissant ses objectifs, ses moyens, des indicateurs de suivi ainsi que les modalités de leur évaluation et de leur intéressement.

Les modalités concrètes des délégations de gestion devront également être inscrites dans le contrat de pôle, pouvant faire l'objet de réévaluation et de réajustements dans des avenants au contrat. Cette contrainte s'arrête cependant à la structuration générale, et les établissements demeurant libre de s'organiser en interne.

Elle donne cependant davantage d'autonomie en ce qu'elle tend également à une responsabilisation des acteurs au sein d'un partenariat médico-administratif censé accorder davantage de liberté de gestion aux pôles dans le respect des contraintes institutionnelles. La signature d'un contrat de pôle, ainsi que la mise en place de délégations de gestion en application du principe de subsidiarité, sont les principaux symboles du passage d'une relation unilatérale à une relation contractuelle. **[2]**

C'est en ce sens que cette ordonnance innove par rapport aux lois précédentes, et qu'elle s'inscrit dans une démarche volontariste fondée sur l'engagement et la compétence des acteurs concernés.

Cette nouvelle architecture a véritablement augmenté les capacités de décision des différents niveaux hiérarchiques de l'hôpital.

### **2.3.1.2. Redéfinition des rôles des commissions de pilotage**

La réforme dite de la nouvelle gouvernance hospitalière a impulsé en plus de la création des pôles d'activités, la création d'un conseil exécutif (CE) permettant d'associer le corps médical à la gestion. Cette instance est composée à parité de médecins et de responsables administratifs et présidée par le directeur de l'hôpital. Elle associe étroitement les partenaires médicaux et administratifs dans l'élaboration de tous les projets importants de l'hôpital.

Le rôle du conseil d'administration (CA) a été recentré sur un rôle de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre.

La commission médicale d'établissement (CME), représentant les personnels médicaux et le comité technique d'établissement (CTE), représentant les personnels hospitaliers sont plus étroitement associés aux orientations stratégiques et fonctionnement de l'établissement.

Les compétences de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT) se sont vues élargies et renforcées, notamment dans le domaine de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En ce sens, l'ensemble de ces mesures ont profondément impacté le pilotage des établissements de santé. Cela a permis une meilleure définition des rôles de chacun et une meilleure collaboration entre le corps médical et la direction.

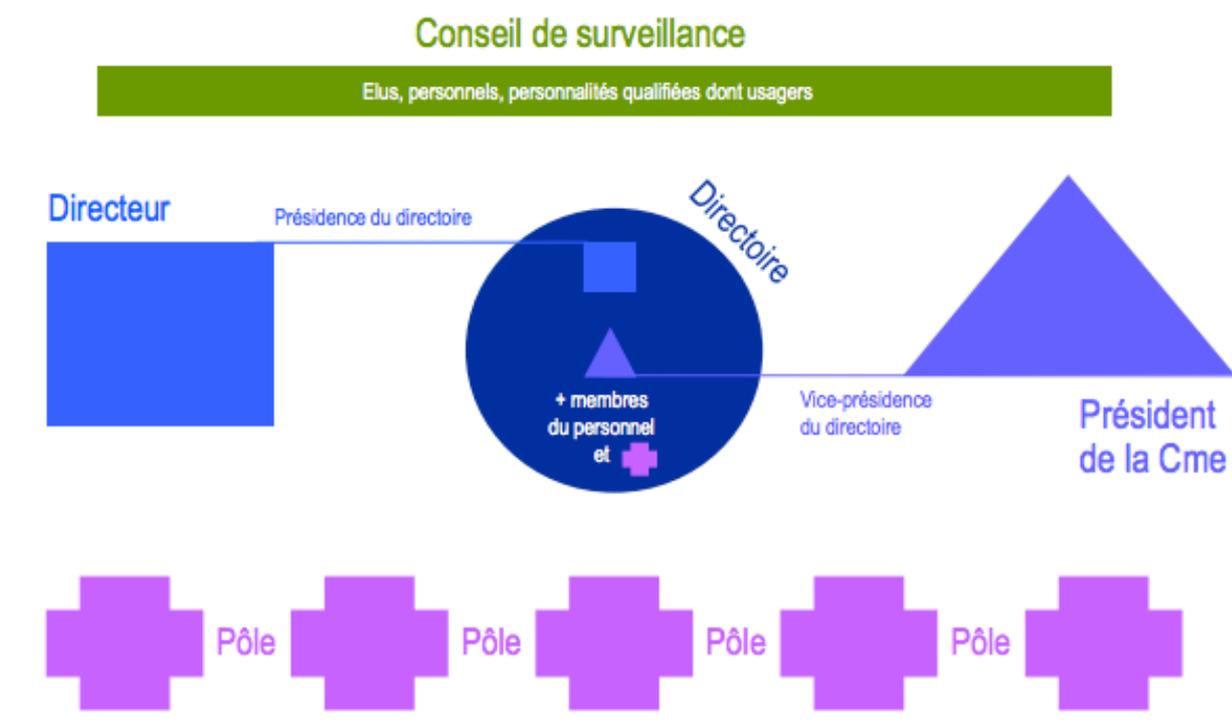
La NG a permis de réorganiser l'hôpital avec l'apparition des pôles d'activité. Il reste cependant des ajustements à faire.

### 2.3.2. Loi HPST

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires apporte une réforme majeure qui modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé dans les domaines de la modernisation des établissements de santé, de l'accès de tous à des soins de qualité, de la prévention et de la santé publique, de l'organisation territoriale du système de santé. [13]

Elle donne un prolongement à l'ordonnance du 2 mai 2005 mais surtout une orientation différente, en révisant le mode de gouvernance. Elle consacre l'organisation en pôle des EPS mais modifie certaines de ses dispositions.

Parmi elles, on peut évoquer l'architecture nouvelle induisant une nouvelle répartition de compétences :



### Figure 3 : Nouvelles instances de pilotage (Source : Ministère de la santé et des sports)

#### 2.3.2.1. Le conseil de surveillance :

Le CA a été transformé en conseil de surveillance. La véritable innovation réside dans la définition de ses attributions. En effet , depuis 1958 , toutes les institutions hospitalières appartenaient , soit à la catégorie des instances décisionnelles ( CA , Directeur , CE ) , soit à celles des instances consultatives ( CSIRMT , CME , CTE ) . Or, pour la première fois dans l'histoire hospitalière, le conseil de surveillance appartient aux deux catégories à la fois. Surtout, il devient un organe de contrôle de gestion, ce que n'était pas le conseil d'administration, au moins d'un point de vue formel. **[14]**

#### 2.3.2.2. Le directoire :

Le conseil exécutif quant à lui, devient directoire. Il s'agit d'une nouvelle instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. C'est une instance collégiale, un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. **[13]**

Il est composé de trois membres de droit : le directeur, désigné comme président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement (PCME), nommé comme vice-président, le président de la CSIRMT ; et de quatre membres nommés appartenant aux professions médicales.

Ainsi, l'évolution des instances élargit et renforce les compétences du directoire et de son président tout en les repositionnant sur un niveau de pilotage stratégique. Le directoire a la responsabilité de veiller à la cohérence des projets de pôles entre eux et à leur conformité au projet médical d'établissement. Il lui appartient également de veiller notamment à travers les contrats de pôles à ce que les objectifs et les moyens des pôles demeurent en cohérence au regard de leur activité.

Dans le même temps, l'article 13 de la loi HPST a modifié la procédure de nomination des chefs de pôle. Ces derniers sont aujourd'hui nommés par le président de la CME pour les centres hospitaliers ou par le président de la CME et le doyen pour les CHU. Par ailleurs, alors que la possibilité d'exercer la fonction de chef de pôle était auparavant réservée aux seuls praticiens titulaires inscrits par le ministre de la santé sur une liste nationale d'habilitation, la loi HPST l'a étendue à l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires ainsi qu'aux praticiens contractuels.

Cette nouvelle organisation confère un pouvoir décisionnel important aux chefs de pôles, véritables responsables des unités médicales, médicotechniques et administratives.

Enfin la loi HPST laisse plus de liberté pour l'organisation interne du pôle : elle supprime les conseils de pôle et laisse ouverte la composition des équipes de pôles (il n'y a plus obligation d'avoir un cadre paramédical de pôle et un cadre administratif de pôle). [13] Le modèle de gestion de l'hôpital est en pleine mutation.

## 2.4. Relation étroite entre l'organisation polaire et le pilotage des établissements

### 2.4.1. Qu'est-ce que le pilotage ?

Nous avons vu précédemment que les nouvelles réformes ont donné un grand nombre d'orientations permettant aux établissements de santé de développer leur autonomie tant en terme d'organisation qu'en terme financier. Ceci en vue d'améliorer le pilotage des établissements.

Il n'existe pas de définition claire qualifiant le pilotage d'un établissement de santé dans la littérature. Piloter peut être défini de manière simple comme étant « l'action de diriger » ou de « contrôler et améliorer ses performances à l'aide de divers outils et indicateurs ».

La performance est un concept multidimensionnel :

- Elle intègre « la **vision médicale** qui considère en premier lieu l'efficacité des résultats par rapport à des référentiels médicaux, et ce de façon de plus en plus segmentée du fait de la surspécialisation médicale... » ;
- Elle intègre également « la **vision économique** des gestionnaires, des payeurs et du régulateur » qui se fonde d'abord sur l'efficacité de l'activité réalisée, c'est-à-dire la recherche d'une production optimale pour une quantité de ressources donnée ;
- La **performance** doit encore et surtout répondre à un objectif de qualité du service rendu à chaque usager du système. Cet objectif est à la confluence des points de vue de l'usager, du producteur, du payeur, et du régulateur et constitue leur plus grand dénominateur commun. La valeur mobilisatrice de la qualité pour chacun des acteurs, l'effet levier de cette convergence, permettent de proposer une approche centrée sur le patient et peut constituer le fil rouge de l'évolution du système hospitalier. [15]

Les dispositions prises à travers la nouvelle gouvernance puis la loi HPST ont modifié le pilotage à plusieurs échelons.

Piloter un établissement de santé, revient à piloter la performance consistant à assurer une qualité des soins pour le patient, de bonnes conditions de travail et un environnement sain pour le personnel, le tout en maîtrisant les dépenses. L'organisation mise en place contribue directement à l'amélioration de la performance.

## 2.4.2. Pilotage structurel : l'apparition de pôles d'activités

### 2.4.2.1. Définition

La NG introduit une modification de l'organisation générale en créant les pôles d'activité.

« En pratique, un pôle est un regroupement de secteurs, de services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Le pôle s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction ».

L'organisation en pôles s'impose à tous les EPS, quelle que soit leur taille. Toutefois, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut accorder une dérogation quand l'activité et le nombre de praticiens le justifient. **[16]**

### 2.4.2.2. La logique du découpage par pôle

#### ▸ La taille

Concernant le découpage par pôle au sein des établissements de santé, aucune contrainte de découpage n'a été prévue par la loi. En effet, l'article L.6146-1 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles, appartient à l'établissement conformément au principe de liberté d'organisation ». **[13]**

C'est au directeur que revient la définition de l'organisation de l'établissement. Il prend cette décision, après concertation avec le directoire, et avis du président de la CME, et dans les CHU du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Cette organisation doit être conforme au projet médical de l'établissement.”

Des disparités notables existent entre les différents pôles des établissements français, et impactent la gestion et la performance de ces derniers. **[17]**

#### ▸ Les pôles comme témoins des filières de prise en charge

L'un des objectifs principaux du découpage des organisations par pôles, était d'assurer le circuit du patient autour de filières de PEC. « La cohérence du découpage des pôles et l'intégration adaptée de différentes logiques de découpage est une étape essentielle de la gouvernance de l'établissement car elle conditionne le bon fonctionnement du pôle et la détermination d'un projet de pôle structuré permettant de dépasser les seules logiques de services (et unités internes aux pôles) ». [1]

Le regroupement de l'ensemble des spécialités concourant à la prise en charge du patient au sein d'un même pôle, permet de garantir un meilleur enchaînement des étapes de sa prise en charge et une meilleure qualité du service qui lui est rendu.

#### ▸ Les pôles comme garants du décloisonnement

La réforme polaire tend à instituer un nouveau management à l'hôpital, basé sur un partenariat médico-administratif entre gestionnaires et médecins. Ainsi les pôles apparaissent comme un moyen privilégié pour rendre les deux logiques interdépendantes. Cette cogestion est facilitée par le découpage de l'hôpital en structures plus vastes, réduisant le nombre d'interlocuteurs privilégiés pour la direction. Ceci, en passant d'un nombre conséquent de chefs de service à quelques chefs de pôle.

De plus, le décloisonnement est également assuré à travers la constitution des pôles qui crée un lieu de rencontre, de collaboration, de discussion entre des mondes souvent opposés (médical/ soignant/ administratif).

La déconcentration de la gestion au niveau des pôles contribue à ce décloisonnement. La mise en place de pôles d'activité, unité de taille suffisante pour être dotée d'autonomie et de responsabilité, contribuera à la déconcentration de la gestion.

#### 2.4.2.3. Dénomination des structures internes des pôles

La loi HPST confirme l'organisation interne médicale et médico-technique de l'hôpital public en pôles d'activité. Au-delà, l'établissement dispose de toute liberté pour organiser ses pôles. Les équipes dirigeantes, sur la base de leurs propres critères, définissent le périmètre et les frontières de la nouvelle « polarisation ». [18]

Des structures internes aux pôles d'activité peuvent être définies, sans qu'aucune obligation réglementaire ne contraigne l'établissement. Ces structures sont fédérées par le chef de pôle, et ses collaborateurs, ainsi que par le projet de pôle qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes.

C'est au directeur que revient la charge de nomination des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du CP, après avis du président de la CME.

Les modalités de cette nomination sont précisées dans le règlement intérieur.

Ainsi, les pôles constitués doivent atteindre une taille critique suffisante pour permettre les gains attendus de la mutualisation, mais leur taille doit demeurer limitée pour éviter qu'ils ne deviennent « ingouvernables ».

Dans 90 % des cas, les services ont été maintenus au sein des CH moyens et importants. Cette organisation interne des pôles, témoigne également de la prédominance de cette logique médicale. [13]

Le rapport de l'Inspection Générale de l'Offre de Soins (IGAS) de 2012 portant sur l'hôpital ainsi que le rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de 2014, ont établi quelques constats suite à l'instauration de la loi HPST.

#### 2.4.2.4. Constats post loi HPST

##### ▸ Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion (IGAS 2010)

Le rapport « l'hôpital de l'inspection Générale des Affaires Sociales (2010) établit quelques constats suite à la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Le mouvement de décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes devait concerner aussi bien la gouvernance de l'institution hospitalière, avec la création de conseils exécutifs, que la production de soins en elle-même, avec la mise en place des pôles médicaux et médico-techniques, pilotés par des médecins et dont l'assise, plus large que celle des traditionnels services, devait permettre d'améliorer la gestion de l'activité de soins.

Parmi les constats établis par la mission cinq ans après le lancement de la réforme du management hospitalier, on peut citer :

- « Le 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 la subsidiarité ;

- Les pôles, davantage fondés sur une logique médicosoignante qu'une réelle logique médico-économique, fonctionnent avec un minimum de délégations de gestion et peu de délégations de moyens ;
- Le passage à une nouvelle étape de l'organisation polaire suppose à la fois de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, de leur positionnement et de leur organisation » [17].

▸ **Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé (Rapport des Conférences hospitalières 2014)**

L'un des éléments marquant ressortant du bilan du fonctionnement des pôles à l'hôpital, est la généralisation de l'organisation en pôles et le consensus des décideurs sur son intérêt. « La grande majorité des décideurs ne fait état d'aucune difficulté sur la pertinence de l'organisation en pôles, à l'exception de certains établissements disposant d'un budget limité (INF à 30 millions d'euros environ) ou comptant moins de 4 pôles ou encore moins de 50% de l'activité en MCO et psychiatrie, pour lesquels le regroupement des services en pôles, apparaît moins pertinent compte tenu du nombre réduit de structures internes à la base et de la proximité des acteurs.

En ce qui concerne la logique de PEC, ce rapport relève que l'organisation en pôles s'est appuyée, majoritairement, sur une base médicale cohérente, centrée sur la prise en soins des patients. D'après Philippe Domy, directeur général du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Montpellier, les pôles sont témoins de filières de PEC. En effet, « l'organisation polaire est louable en ce qu'elle organise le circuit du patient autour de filières de PEC ». [1]

Au-delà du changement au niveau structurel, la mise en œuvre de la structuration par « pôles d'activité » a pour objectif d'instaurer une certaine transversalité dans l'organisation hospitalière et de décloisonner les différentes logiques (médicales, soignantes et administratives) qui peuvent coexister. Les pôles sont garants du décloisonnement : « en confiant à un CP des responsabilités de gestion et de management, et en l'entourant de collaborateurs soignants et administratifs, la constitution des pôles crée un lieu de rencontre, de discussion et de collaboration entre mondes souvent opposés ». Le travail d'articulation consiste à établir des liens entre les personnes ayant plusieurs registres

d'actions et est opéré par plusieurs acteurs de l'équipe polaire en particulier les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé.

Puis, les pôles sont considérés comme consécration du principe de subsidiarité : « la gouvernance déconcentrée conduit à la responsabilisation des acteurs par une gestion au plus près du terrain ».

Enfin, les pôles représentent un échelon pertinent d'organisation et d'analyse de la performance. Cependant, l'analyse conduite fait apparaître que les logiques médicales ont parfois conduit à la création de pôles trop importants ou, plus rarement, de trop petite taille. L'enquête réalisée auprès des établissements conclut qu'il n'existe pas véritablement de taille optimale de pôle, bien que des pôles trop importants (comprenant plus de 300 ETP par exemple) peuvent présenter certaines difficultés de management et un risque de balkanisation.<sup>1</sup>

### 2.4.3. Pilotage fonctionnel et hiérarchique

#### 2.4.3.1. Le chef de pôle

A condition que l'établissement ait une taille suffisante, chaque pôle est dirigé par un médecin. Avec la loi HPST, il passe du statut de responsable à celui de CP. « Une sémantique pleine de sens, volontairement choisie par les pouvoirs publics ». [19]

En effet, le CP exerce une autorité sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris les médecins. Il est un « clinical manager »<sup>2</sup> qui s'engage sur un contrat passé avec le directeur contenant des délégations de gestion.

Il a un rôle important dans le pilotage du pôle et de l'établissement de manière plus large. Ceci par sa contribution à la stratégie de l'établissement, à travers la proposition de dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement et la politique de santé publique et les besoins des patients.

Il définit, pilote et anime l'organisation interne afin d'assurer la PEC la plus efficiente des patients, en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le pôle.

Il déploie la politique de l'établissement au travers d'un projet de pôle qu'il définit sur la base d'un contrat de pôle et qu'il met en œuvre avec ses équipes pour atteindre les objectifs fixés.

---

<sup>1</sup> Le terme de **balkanisation** est utilisé pour décrire le processus de fragmentation et de division d'une région ou d'un État en des États et régions plus petits et souvent hostiles les uns envers les autres.

<sup>2</sup> Parallèle avec un gestionnaire de clinique

Pour atteindre les objectifs fixés avec la direction il s'appuie sur des indicateurs pour piloter l'adéquation entre moyens et activité, afin d'atteindre les objectifs de performance médico-économique.

Sur le court et le moyen terme, il contribue avec les directions fonctionnelles à la gestion des ressources du pôle en et en participant à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique institutionnelle de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Il joue un rôle d'animateur en structurant le pôle et en communiquant les objectifs du contrat de pôle de façon pédagogique pour fédérer les équipes autour du projet de pôle. Il entretient une culture commune entre les professionnels, au service du patient, en s'appuyant sur les compétences clés des équipes et en développant la transversalité.

Il renforce la notoriété du pôle, et donc de l'établissement, en développant des liens privilégiés auprès de ses interlocuteurs professionnels et des patients. **[20]**

Il s'agit d'une nouvelle fonction. Elle permet de placer le pôle sous la direction d'une personnalité disposant d'une autonomie de gestion sur une structure de volume significatif.

Pour assurer une gestion optimale du pôle, le CP est épaulé par un trinôme de pôle.

#### **2.4.3.2. Le trio de pôle**

Pour être efficace le management du pôle doit s'appuyer sur une équipe dont les compétences sont complémentaires. Le CP en est l'animateur et le chef d'orchestre, porteur de la stratégie du pôle et de sa dynamique, mais il doit pouvoir s'appuyer pour certains sujets techniques (gestion des RH, pilotage médico-économique, construction et suivi de tableaux de bord) sur une expertise.

Dans le contexte de la structuration en pôle d'activités, le management s'organise, le plus souvent autour d'un trio de pôle. Composé d'un responsable médical (CP), d'un responsable paramédical qui est généralement un cadre supérieur et d'un responsable de l'administration.

Comme le prévoit la loi HPST, le responsable de pôle choisit ses collaborateurs. Il exerce une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels du pôle dans le domaine de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation des activités de soins du pôle. Il aura à donner son avis sur le choix du cadre supérieur et du cadre administratif et c'est avec eux qu'il recherchera à optimiser le fonctionnement du pôle.

Ils constituent une équipe à part entière reposant sur un pacte de confiance et de stratégie. L'efficacité des trios de pôle nécessite le respect des compétences et les domaines d'action

de chacun, tout en développant une dynamique de partage et d'échange favorisant la complémentarité des cultures.

L'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité des soins, du parcours du patient et une meilleure gestion des risques.

La contractualisation interne avec un contrat de pôle signé entre le CP et le directeur va permettre de décliner les objectifs quantifiés et qualitatifs et les moyens accordés en regard de ces objectifs (recrutement, enveloppement de remplacement, heures supplémentaires, vacataires,..).

#### **2.4.4. Pilotage de la performance : en amont le contrat, en aval le tableau de bord**

Comme le dit Dominique PELJAK, « seul un nouveau partage des responsabilités entre la direction et les pôles cliniques permettra le renouveau des organisations hospitalières. Sur ce point, la notion de subsidiarité doit constituer la ligne d'action ».

Selon Larousse, en droit administratif, le principe de subsidiarité détermine « le principe de délégation verticale des pouvoirs, notamment dans les fédérations ». Dans son esprit, l'ordonnance de 2005 sur la réforme des pôles n'est pas seulement un regroupement purement géographique de services. Elle initie un mouvement de déconcentration de gestion vers le corps médical, et de décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives, pour que les décisions soient prises aux échelons les plus proches de la production de soins. « En cela elle légitime davantage les décisions prises au niveau des pôles, en y associant responsables médicaux et soignants, tout en évitant les écueils d'une gestion trop centralisée ». [1]

La mise en œuvre du principe de subsidiarité (selon lequel les missions doivent être confiées à l'entité la plus apte à les gérer), et de réelles délégations de gestion au profit des pôles change la perspective du métier de direction, vers une fonction davantage axée sur la coordination, l'animation et l'expertise au profit des pôles. Ce passage d'une culture verticale de directions « états-majors » à une culture plus horizontale de prestations de services, tout en demeurant le garant de l'unité institutionnelle et de l'intérêt général, modifie donc en profondeur le positionnement des directions fonctionnelles (notamment la DRH, la direction des finances ou la direction des soins) : « cela suppose de passer d'une culture de forte concentration des compétences, d'un objectif de « maîtrise » à une culture de la

délégation, de la confiance, de l'association du corps médical à la gestion médico-économique de l'établissement ».[17]

#### 2.4.4.1. En amont, les outils stratégiques

##### ▸ Le contrat de pôle

Dans les EPS constitués en pôles d'activités, une délégation de gestion au profit des praticiens chefs de pôle est exigée par l'ordonnance du 2 mai 2005 amendée par la loi du 21 juillet 2009. Celle-ci est formalisée dans le cadre d'un contrat fixant à la fois les objectifs qui engagent le délégataire et les moyens mis à disposition par le chef d'établissement déléguant. La direction de l'établissement assure un rôle d'expertise, d'assistance et de conseil auprès des pôles.

Le contrat de pôle est un levier de changement aussi bien pour le directoire, qui suit la politique de contractualisation interne et s'assure de sa cohérence dans l'ensemble de l'établissement, que pour les chefs de pôle, qui entrent dans une logique de pilotage opérationnel. Le directeur signe le contrat de pôle avec le CP après concertation avec le directoire, avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, et avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (UFR) pour les CHU. Il est signé pour une durée de quatre ans avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre. Il peut faire l'objet d'avenants.

Conclu avec chaque pôle, le contrat précise les objectifs du pôle et les moyens dont il dispose, ainsi que les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins y sont obligatoirement définis.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités de la délégation de signature accordée par le directeur au CP, afin de lui permettre d'atteindre les objectifs définis dans le contrat.

##### **[20]**

Parmi les moyens mis à disposition du CP pour assurer sa mission, on peut citer la délégation de signature dont le champ et les modalités sont définis par voie réglementaire. Elle lui permet d'engager des dépenses notamment de crédits de remplacement des personnels non permanents, d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical ou de formation du personnel de pôle.

La délégation de signature permet ainsi au CP d'atteindre les objectifs et fonctions qui lui ont été fixés.

Le contrat de pôle véritable contrat d'objectifs et de moyens du pôle (CPOM) pose le cadre du projet de pôle.

#### ▸ Le projet de pôle

Le projet de pôle est la déclinaison du projet médical d'établissement, voire du projet médical de territoire. Il doit représenter le poumon du pôle. Les actions et projets entrepris doivent s'articuler autour du projet de pôle. Ce dernier doit être clinique, c'est-à-dire servir la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Le CP élabore ce projet en collaboration avec son équipe rapprochée et le soumet ensuite au conseil de pôle. Celui-ci est un lieu de débat, comme l'était en son temps, le conseil de service. Le conseil de pôle doit s'approprier le projet pour le faire vivre par les différents métiers qui s'exercent au sein des services et unités fonctionnelles.

#### ▸ Constats post loi HPST

Le ministère du travail, de l'emploi et de la santé a mis en place, suite à la loi HPST, une enquête nationale portant sur la gouvernance hospitalière. [21]

Elle a été conduite par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), entre juin et juillet 2011, et avait pour objectif de suivre la mise en place des nouvelles instances et des outils.

904 établissements étaient concernés par l'enquête. Le taux de réponse s'élevait à **78%**.

Les constats parmi l'ensemble des établissements ayant répondu, sont les suivants :

- l'engagement pour les délégations de dépenses de formation est de **30%** ;
- l'engagement pour les dépenses de remplacement des personnels non permanents est de **21%** ;
- l'engagement des dépenses des médicaments et dispositifs médicaux est de **17%** ;
- l'engagement des dépenses d'hôtellerie et de restauration est de **12%** ;
- l'engagement des dépenses d'entretien et de réparation est de **9%**.

Le contenu des contractualisations développé dans les hôpitaux est variable, notamment en ce qui concerne les délégations de gestion et l'intéressement. Ainsi le type et le niveau des champs délégués aux pôles sont extrêmement différents d'un établissement à l'autre.

[22]

Le manque de délégation de gestion et de moyens attribués aux responsables de pôles puis aux CP est un constat majeur faisant suite aux réformes de 2005 et 2009. [17]

D'après le rapport IGAS, beaucoup reste à faire comme par exemple l'évolution des mentalités. Même si l'investissement des acteurs semblait réel cinq ans après le lancement de la réforme, cette dernière était loin d'être aboutie. Un des indicateurs de succès de l'aboutissement de la réforme était de mettre en place des délégations de gestion conséquentes, portant sur l'ensemble des dépenses de l'établissement et accompagnées de délégation de signature.

#### **2.4.4.2. En aval, le tableau de bord**

L'utilisation des outils de suivi et de pilotage par les managers hospitaliers permet de suivre en continu l'activité et d'évaluer la performance de l'établissement. Le pilotage présente de nombreux avantages pour le manager et l'institution :

- Une cohérence et une pertinence entre les objectifs et l'organisation permettant d'orienter la prise de décision des acteurs ;
- L'élaboration du tableau de bord se réalise dans une démarche participative avec l'ensemble des acteurs hospitaliers.

La réussite de ce pilotage (de l'élaboration à la mise en place et à l'évaluation) ne donnera des effets positifs que si, dans ce projet, le dialogue et le partage prennent une place fondamentale.

L'enjeu des outils de pilotage est de mettre en place une stratégie forte, partagée par les acteurs, avec une utilisation au niveau opérationnel.

Dans le cadre de la contractualisation et de la délégation de gestion, l'utilisation de tableaux de bord de pôle devient indispensable au pilotage stratégique de l'établissement et au pilotage opérationnel des pôles.

Le tableau de bord représente le langage commun utilisé par la direction et les pôles pour négocier les contrats. « Le tableau de bord n'est pas un simple instrument de mesure ». C'est, selon les auteurs Robert Kaplan et David Norton « un système global de clarification et de formalisation de la stratégie des organisations afin de la déployer et de la mettre en œuvre plus efficacement. Sa conception et son déploiement impliquent nécessairement une refonte organisationnelle globale se traduisant dans les faits par l'instauration d'un mode de management adapté au nouveau principe de pilotage »

Les indicateurs sélectionnés doivent par conséquent être admis par tous comme le reflet le plus juste de la réalité.

Les caractéristiques d'un indicateur de qualité sont :

- La pertinence ;
- La validité ;
- La fiabilité ;
- La faisabilité/ acceptabilité du recueil et de la mesure

L'utilisation de ces nouveaux outils demande une acculturation importante entre logiques médicale, soignante, médico-technique et administrative.

Mettre en place une démarche et des outils de pilotage représente un enjeu aussi managérial. En effet, cela permet de :

- Faire partager une vision des objectifs stratégiques du management par l'ensemble des acteurs du pôle et notamment une vision prospective ;
- Provoquer l'engagement des acteurs concernés en les associant au recueil des données et à l'utilisation du tableau de bord ;
- Identifier des objectifs de performance pouvant faire l'objet d'engagements réciproques négociés (contrats) ;
- Se tourner vers l'action, quitte à envisager des révisions d'objectifs si nécessaire.

La démarche d'élaboration des tableaux de bord est donc particulièrement importante pour assurer une contractualisation de qualité. Associer les acteurs de l'établissement à la construction des outils permettra à ce qu'ils se les approprient et les maîtrisent pour négocier les contrats. **[23]**

Bien que progressivement la majorité des hôpitaux français ait mis en œuvre cette nouvelle gouvernance, certains connaissent des situations difficilement gérables avec des pôles créés officiellement mais avec peu d'effet sur le terrain. Une grande diversité de situations persiste quant au fonctionnement de ce dispositif. **[1]**

Au regard des attentes théoriques des réformes, des constats effectués par des missions et personnalités, une question s'est posée : Quels sont les impacts de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements ?

Afin de répondre à cette question, une méthodologie a été élaborée. Il s'agit de la suivante.

### **3. Choix méthodologique**

#### **3.1. Choix du sujet et de la problématique**

Le choix du sujet « Management par pôles au sein des hôpitaux publics » a été fait suite à une expérience en tant que chargée de mission au CH de Valenciennes.

Cet hôpital, de 1850 lits, est reconnu pour son management innovant. Le CHV a conduit ces dernières années une transformation managériale unique en France pour mettre en place une délégation polaire qui s'accompagne d'une gestion médicale presque totalement attribuée aux chefs de pôle (90% du budget de pôle, ressources humaines (RH) non médicales et médicales...).

Ce modèle, fondé sur la responsabilisation, la confiance, la performance des organisations, la médicalisation des projets et la simplification des circuits de décision a semblé être le plus pertinent. Des investigations plus profondes sur ce système « nouveau » ont ensuite été réalisées.

Suite aux lectures effectuées sur ce thème, il a été constaté dans un premier temps que l'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements n'était que très peu abordé. L'évaluation des différents effets que la nouvelle gouvernance (NG) renforcée par la loi HPST a pu avoir sur le pilotage des établissements a ensuite été effectuée dans un second temps.

#### **3.2. Techniques choisies**

##### **3.2.1. Le benchmark**

Afin de répondre à la problématique, la technique du « parangonnage » plus connue sous le nom de « benchmarking » s'est révélée être adaptée. Elle consiste à « étudier, observer et comparer les pratiques des entreprises concurrentes sur le même secteur d'activité ou de tout autre domaine ». Dans le cadre du mémoire, l'objectif du benchmark était de voir les différentes applications de la loi HPST, les impacts de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements, et par-dessus tout, de détecter les bonnes pratiques au sein d'un échantillon afin de les proposer à d'autres.

Pour cela dans un premier temps, la démarche a été de choisir parmi une liste reprenant les hôpitaux publics français, ceux qui avaient un volume global de séjour d'environ plus ou moins 10 000 par rapport au CHV.

Cependant au cours des recherches et au vu de la problématique, il s'est avéré plus intéressant de choisir un échantillon hétérogène d'hôpitaux. La variété de la taille sur une problématique unique ouvre la réflexion. De plus, la réglementation s'adressant à l'ensemble des hôpitaux publics quelle que soit leur taille (sauf dérogation) et leur volume d'activité converge en ce sens.

Le périmètre du benchmark concernait donc l'ensemble des hôpitaux publics français. C'est de manière progressive que les entretiens semi-directifs ont été menés avec les personnes ayant répondu favorablement à la sollicitation.

En cohérence avec la méthodologie des entretiens qualitatifs, le critère de « saturation » a été la cause de l'arrêt des entretiens. En clair, à partir du moment où il a été constaté que la dernière interview réalisée n'apportait plus d'informations supplémentaires, le recueil de données s'est arrêté.

*In fine*, la composition de l'échantillon d'établissements interrogés est la suivante : CH de Valenciennes, CHU de Caen, CH de Vienne, CH de Bourg en Bresse, CH de Melun, CH de Chambéry et enfin du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble (GHMG) qui est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) dont les missions rejoignent celles d'un hôpital public.

### **3.2.2. Les entretiens semi-directifs**

Dans le cadre du benchmark, un ou plusieurs acteurs de chacun des établissements ont été interrogés.

Il s'agit d'une recherche qualitative. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des personnes et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et permet de cerner les opinions liées à cette problématique.

C'est sur la base d'un guide, élaboré en amont que les entretiens semi-directifs se sont déroulés.

Le guide d'entretien est essentiellement composé de questions ouvertes et adaptables selon les réponses et les expériences individuelles des participants. Il était tout de même

nécessaire d'orienter la discussion par de multiples techniques comme la reformulation ou encore les relances. Le but dans cette méthode est de laisser le répondant s'exprimer tout en restant centré sur le sujet que l'interviewer veut explorer.

Le guide est construit comme suit :

- Présentation
- Que vous évoque le management par pôle ?
- Que pensez-vous des délégations de gestion en général et au sein de votre établissement / Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ? / (Quelles délégations souhaiteriez –vous obtenir pour gérer le pôle ?)
- Quel est selon vous, l'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements ?
- Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, conférences de pôle, suivi des projets, tableaux de bord...) ?
- En quoi l'organisation polaire améliore-t-elle le pilotage de l'établissement selon vous ?
- Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré à l'avenir dans la performance des pôles / fonctionnement ? (une ou deux priorités).

Une description plus complète est fournie en **Annexe 1**.

Les entretiens ont été effectués en face à face ou par entretien téléphonique.

### 3.2.3. Questionnaire

Une étude pour être complète et irréfutable, peut recourir aux deux approches à la fois, avec en première partie une étude qualitative et en deuxième, une étude quantitative. L'approche qualitative permet de définir la tendance générale des impacts selon le point de vue des bénéficiaires et l'approche quantitative permet de renforcer les conclusions en apportant une démonstration « par évidence numérique ».

Afin d'obtenir un meilleur niveau de précision et moins d'opportunités de discussions, un questionnaire a été élaboré et partagé aux différents acteurs des établissements (chefs de pôle et directeurs).

Cependant, peu de réponses ont été récoltées. C'est à l'occasion des entretiens téléphoniques que les interlocuteurs ont été relancés afin de compléter le questionnaire en ligne.

Deux questionnaires ont été réalisés. Un, à destination des chefs de pôle et un second, à destination des directeurs.

Trente-deux hôpitaux ont été sollicités au total. Seules les personnes ayant accepté l'entretien téléphonique ont répondu au questionnaire. Les réponses au questionnaire viennent en complément et permettent de corroborer leurs propos à l'aide de données quantitative.

### 3.2.4. Echantillonnage

Afin d'avoir à la fois une vision administrative et une vision médicale, les personnes ciblées pour les entretiens étaient les chefs de pôles et les directeurs. Une personne de chaque par établissement a été sollicitée, l'intérêt étant d'observer et de confronter les différentes approches.

**Tableau 1: Personnes interrogées par établissement**

Etablissements	Personnes interrogées	
	Chefs de pôle	Directeurs
<b>CH Valenciennes</b>	2	2 dont un ancien
<b>CHU Caen</b>	1	1
<b>CH Vienne</b>	1	
<b>CH Bourg en Bresse</b>	1	
<b>CH Melun</b>	1	
<b>GHM de Grenoble</b>	1	

<b>CH CHAMBERY</b>	1	1
--------------------	---	---

Au total, douze entretiens semi-directifs ont été réalisés dont quatre avec des directeurs et huit avec des chefs de pôle.

### **3.3. Modalités des entretiens et les limites**

Les entretiens ont eu une durée de 45 minutes à 1 heure. Après accord des personnes interviewées, chaque entretien a été enregistré afin de favoriser la disponibilité lors de l'entretien et de faciliter la retranscription.

Les questions ont été élaborées de sorte à recueillir des éléments de réponse à la problématique. Le guide d'entretien a été le même pour l'ensemble des personnes auditées à quelques adaptations près.

Le nombre de personnes interrogées est de douze.

Concernant les limites de ce travail, certains acteurs, notamment les directeurs n'ont pas pu participer au travail de recherche faute de temps dans le délai imparti. De plus, le nombre de personnes interrogées étant trop restreint, il ne permet pas de rendre l'échantillon significatif.

Les réponses au questionnaire ont été peu nombreuses. Ceci peut s'expliquer par une sollicitation indirecte de la cible. En effet, les contacts des acteurs étaient difficilement accessibles. Le point d'entrée était pour la plupart le secrétariat de l'établissement auquel il était demandé de redistribuer le questionnaire à un CP et à un directeur. Une seule réponse par fonction et par établissement devait être récoltée pour témoigner de l'organisation de celui-ci afin de ne pas fausser l'interprétation des résultats.

## **4. Analyse des entretiens semi-directifs**

### **4.1. L'analyse des entretiens par établissement.**

L'analyse qualitative vient compléter les réponses aux questionnaires. Elle permet de comprendre l'organisation de manière plus profonde.

### ❖ CHU de Caen

Selon la vision administrative du CHU de Caen, le management par pôle évoque **la facilitation des relations entre l'institution et les pôles**.

Concernant la **délégation de gestion**, elle n'est que **trop peu mise en place**. Une enveloppe budgétaire est attribuée à chaque pôle en fonction de sa taille et de ses besoins. Charge aux pôles de prioriser les investissements. Au vu des bénéfices pouvant être obtenus au travers de la délégation, actuellement l'établissement mène une réflexion pour **déléguer davantage** et de **manière plus approfondie**.

*« C'est intéressant car cela responsabilise les professionnels et les sensibilise aux problématiques actuelles rencontrées par l'ETAT, notamment les difficultés budgétaires ».*

*(Directeur au CHU de CAEN)*

La délégation de gestion permet de **responsabiliser** les professionnels. Une prise de conscience, quant aux problématiques rencontrées par les établissements, est provoquée.

Le **dialogue de gestion** n'est **pas encore au point** au sein de l'établissement. Mais cela étant primordial au bon fonctionnement de l'établissement, une réflexion est en cours.

*« Les contrats de pôle sont en cours d'élaboration, quant aux tableaux de bord ils sont en place au sein de l'établissement et ils bénéficient d'un suivi régulier ».* (Directeur au CHU de CAEN)

L'un des objectifs de l'organisation polaire dans la loi était de favoriser le **management de proximité** et de **renforcer le dialogue** entre la direction et le corps médical. C'est l'un des impacts dont le CHU de Caen a bénéficié.

*« Le management par pôle permet à la direction d'avoir des interlocuteurs privilégiés et aux membres du pôle également ».* (Directeur au CHU de CAEN)

Pour le CHU de Caen, afin d'améliorer la performance des pôles, **l'augmentation des délégations de gestion** est nécessaire.

### ❖ CH de Vienne

Le management par pôle, rapporté à la situation du CH de Vienne revient à la **centralisation**. En effet, les principes liés à ce mode de management ne sont pas appliqués au sein de l'établissement.

*« En tant que chef de pôle, je ne dispose d'aucune délégation de signature, ni de quoi que ce soit. Je ne dispose même pas de temps dédié à ma fonction »* (Chef de pôle au CH de VIENNE)

**Aucune délégation de gestion** n'est octroyée aux pôles. L'organisation polaire à tout de même permis de faire **porter les projets** à la direction par le biais de la désignation d'interlocuteurs privilégiés. Cependant la dynamique n'est pas portée par tous les chefs de pôle, bien au contraire.

D'après l'interviewé, le modèle en place n'encourage en rien l'investissement des chefs de pôle. Chaque investissement, nécessite une négociation avec la direction. Ce qui complique les prises de décision et ralenti l'avancée.

*« J'ai bataillé pendant plus d'un an sur un mini détail qui n'a aucune importance pour obtenir un petit budget pour payer les collations en fin de réunion du pôle. Pour qu'on me dise finalement tu as 1000 euros par an » (Chef de pôle au CH de VIENNE)*

La délégation qualifiée d'indispensable par la personne interrogée est la **gestion du personnel**.

Le chef de pôle interrogé est à la tête du seul et unique pôle excédentaire de l'établissement en 2018.

*« Mon pôle est excédentaire de 1 500 000 euros, mais on ne nous permet pas de l'utiliser pour investir » (Chef de pôle au CH de VIENNE)*

Il évoque ici le souhait de la mise en place d'une **politique d'intéressement**. Cette dernière est inscrite dans la loi et a pour vocation de récompenser et motiver les pôles dans la recherche de performance.

*« Je souhaite que l'on bénéficie d'un intéressement d'au moins 15 ou 20 % sur l'excédent. Mais pour des raisons que j'estime dogmatiques on ne l'a pas ».* (Chef de pôle au CH de VIENNE)

En relation avec le dialogue de gestion, des **contrats de pôles existent**, mais ils sont jugés trop peu ambitieux. Exemple d'objectif que l'on retrouve au sein de ces contrats « maintien de la masse salariale ». Quant aux moyens mis à disposition, ils sont presque inexistantes.

Le principal **frein** de l'application de la loi HPST d'après le médecin est la **direction**. Face à cela, très peu de médecins se portent volontaire pour occuper la fonction de CP.

*« Rien n'est fait pour nous encourager. Je considère que si mon directeur ne me donne pas de délégation de gestion, c'est qu'il n'a pas confiance en moi. »* (Chef de pôle au CH de VIENNE)

On retrouve ici, un problème commun à de nombreux hôpitaux. La délégation de gestion est souvent synonyme de **perte de pouvoir** pour les directions.

Ce qui a été proposé en axe d'amélioration est la **formation** des directeurs et des chefs de pôles à un **management commun** dont l'essence serait la **confiance mutuelle**.

### ❖ CH de Melun

C'est un avis médical qui a été sollicité pour témoigner de l'organisation polaire au sein du CH de Melun.

Le **management par pôle** a été défini comme étant un **regroupement de services** qui peuvent idéalement avoir une **synergie**.

L'organisation polaire est instaurée dans l'établissement, cependant **aucune délégation de gestion** n'est mise en place actuellement.

Plusieurs freins en lien avec la non application de la loi sont évoqués. Dans un premier temps, **l'état d'esprit** majoritaire des médecins CP de l'établissement **n'est pas en faveur de la délégation**.

*« Le problème est que beaucoup de chefs de pôle ne veulent pas de la délégation de gestion. Beaucoup ne sont pas volontaires pour s'engager dans ce terrain. Ils considèrent que cela ne fait pas partie de leurs compétences, ils refusent de prendre des décisions d'ordre financier ... La majorité des médecins sont restés au stade de la revendication permanente de moyens. Refus de rentrer dans les problématiques de gestion de l'hôpital » (Président CME, anciennement chef de pôle du CH de Melun)*

Une minorité reste volontaire pour mener une réflexion sur la mise en place de la délégation de gestion. D'après la personne interviewée, la réussite de la NG est **humano-dépendante**. Elle repose sur la base du volontariat des professionnels.

Aujourd'hui au CH de Melun, il n'y a pas assez de volontaires pour s'inscrire dans la démarche. Le médecin est peu confiant dans l'idée d'une éventuelle évolution.

*« Ça peut évoluer mais je suis dubitatif vu les mentalités locales. Ils ne sont pas dans la volonté de dire, avec les moyens qu'on me donne, je vais essayer de faire, mais plus dans la réclamation continue de plus de moyens » (Président CME, anciennement chef de pôle du CH de Melun)*

Concernant le dialogue de gestion, des **contrats de pôles** sont signés entre la direction et les chefs de pôles. Cependant, ils sont en **permanence dépassés** suite à l'augmentation de l'activité.

Des **tableaux de bord** existent au sein de chaque pôle mais **ne sont pas renseignés au fil de l'eau**.

Le principal axe d'amélioration proposé concerne la position du médecin en tant que chef de pôle. Le **problème de fond** est le **temps dédié** au médecin qui est vu comme **insuffisant** et le **manque de collaboration entre le trio de pôle**. Il faut trouver une solution pour que le médecin puisse à la fois poursuivre son activité médicale et gérer son pôle. D'après la personne interrogée,

*« Un chef de pôle qui ne fait plus de médecine n'aura aucune légitimité à faire quoi que ce soit. Idéalement, il faut que la chefferie de pôle soit compatible avec un exercice de la médecine qui perdure. Car aujourd'hui le chef de pôle qui abandonne son métier médical perd toute crédibilité aux yeux de ses confrères ». (Président CME, anciennement chef de pôle du CH de Melun)*

Il y a une nécessité de **professionnaliser davantage** les membres du trio de pôle notamment les cadres administratifs afin de soutenir le CP dans la gestion de l'entité.

Le problème du système de santé français a également été évoqué au cours de cet entretien. Pour le médecin la difficulté profonde n'est pas liée à l'organisation des hôpitaux mais à l'instabilité qu'impose le gouvernement à travers la succession des lois.

*« En permanence les lois changent, à chaque gouvernement sa loi de santé. Le problème n'est pas dans le fait de faire les lois. Cela ne peut plus durer car dans un monde « hôpital » où l'on a besoin de stabilité on ne peut pas suivre les changements de loi tous les 3 ans. Rien n'est stable ». (Président CME, anciennement chef de pôle du CH de Melun)*

### ❖ **CH de Chambéry**

Deux entretiens ont été menés pour le CH de Chambéry. Un avis médical et un avis administratif ont été recueillis.

Le management par pôle a été défini du **point de vue administratif** comme étant

*« Une organisation qui serait axée sur la gestion des projets dans la transversalité, la performance tout en intégrant la mise en œuvre et le suivi du projet médical et projet d'établissement ». (Directrice générale adjointe du CH Métropole Savoie)*

Quant au point de vue médical, le management par pôle a été défini comme,

*« Une organisation en pôle orienté sur les parcours patients. C'est un management de proximité qui permet de faire avancer les projets mais aussi de prendre en compte les difficultés organisationnelles, relationnelles ». (Chef de pôle cancérologie du CH Métropole Savoie)*

Ces définitions se rejoignent principalement sur la **gestion de projet et l'amélioration de l'organisation au service du patient**.

**La délégation de gestion est mise en place** au sein de l'hôpital. En concertation avec les exécutifs de pôle, et en réponse à leurs attentes, la délégation dans le domaine des RH paraissait suffisante et est la seule effective jusqu'à présent. Cependant, face aux évolutions des besoins et des attentes, une réflexion pour élargir le champ de délégation est à mener.

*« C'est un vrai sujet qui est devant nous. L'objectif est de pouvoir dans un délai d'ici deux mois de pouvoir définir ce que pourrait être à partir de l'expression des attentes des exécutifs de pôle, le nouveau périmètre de la délégation de gestion » (Directrice au CH Métropole Savoie).*

La principale attente exprimée est la **délégation de signature** pour engager des dépenses en lien avec **l'achat de petits équipements médicaux**.

*« Aujourd'hui le circuit d'instruction des projets est considérablement long ». (Chef de pôle au CH Métropole Savoie)*

*« La taille de l'établissement a pour conséquence des circuits qui risquent d'être appréciés comme plus ou moins longs entre le moment où une demande s'exprime et le moment où le service demandeur voit aboutir la demande » (Directrice au CH Métropole Savoie).*

Cette volonté d'élargir le champ de délégation est liée au **délai d'instruction jugé trop long** qui freine la dynamique des pôles. Les délégations de proximité permettraient **d'améliorer le fonctionnement** des pôles et **faciliteraient les prises de décisions**.

Concernant le dialogue de gestion, les **contrats de pôle** ont été abandonnés.

*« Un peu plus de 3 ans en arrière, des contrats de pôles ont été mis en place. Aujourd'hui ils sont caduques depuis maintenant 1 an, et nous ne les avons pas renouvelés parce que nous avons fait le choix de structurer et de faire évoluer la gouvernance des pôles » (Directrice au CH Métropole Savoie).*

Le chef de pôle explique que les contrats n'ont pas été renouvelés car ils ne répondaient pas aux attentes du corps médical. Des objectifs et des indicateurs étaient certes renseignés, cependant **la politique d'intéressement accompagnant l'accord** n'était pas

relative à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat. Il s'agissait d'un intéressement collectif. En ce sens, les chefs de pôles n'y trouvaient pas d'intérêt.

Des tableaux de bord sont utilisés dans chacun des pôles.

*« Ils ont permis d'améliorer la performance des pôles, d'améliorer le suivi de l'activité, de la qualité et des ressources humaines. C'est une bonne chose » (Chef de pôle au CH Métropole Savoie)*

Les axes d'améliorations proposés concernent de nouveau les **formations** des chefs de pôles, l'amélioration de la **transversalité** des pôles, et la **performance** des pôles en travaillant davantage sur le **contrôle de gestion**.

*« Il y a une insuffisance de contrôle de gestion de la performance des pôles sur laquelle il est nécessaire de travailler. Les éléments produits par la direction des affaires financières sont peu, voire mal exploités par les exécutifs. Les outils de pilotage et d'aide à la décision pour les exécutifs de pôles ne sont sans doute pas adaptés car pas très utilisés » (Directrice au CH Métropole Savoie).*

Les **outils d'aide de pilotage et d'aide à la décision** méritent une attention particulière, d'autant plus qu'ils font office de lien entre la direction et le corps médical.

### ❖ GHM de Grenoble

D'après le CP interrogé, le **management par pôle** revient à trouver un fil conducteur permettant de faire avancer une **dynamique** complète avec des **projets** qui s'articulent autour d'un **processus organique** pathologique.

Dans cette définition, on retrouve la notion de gestion de projet.

Actuellement **aucune délégation** n'est mise en place dans l'établissement. Le **frein** évoqué est la **direction**.

*« Les directions craignent que les médecins s'emballent et explosent les comptes financiers ».  
(Chef de pôle au GHM de Grenoble)*

Le **manque de confiance** de la direction envers les chefs de pôle est mis en avant. Chaque projet entrepris par un pôle doit systématiquement remonter à la direction pour validation. Le **circuit est long** et ralentit toute la dynamique pouvant être impulsée au sein des pôles.

*« Un exemple de ce qui se passe. Aujourd'hui, j'ai besoin d'augmenter un nombre d'infirmières avec un 0,5 ETP, je dois le faire valider par la direction. Je considère que ça ne devrait pas se passer comme cela ». (Chef de pôle au GHM de Grenoble)*

Peu d'**autonomie** est laissée aux chefs de pôles. Tout de même, l'organisation polaire a permis de faire remonter les projets à la direction qui y porte davantage d'attention. **Le dialogue est renforcé**, il y a une discussion possible autour des décisions.

Le principal axe d'amélioration envisageable est la **formation** de chacun des chefs de pôles et chefs de services.

*« Dès l'instant qu'on a une responsabilité managériale, je pense qu'il faut se former pour acquérir les connaissances pour. C'est donc indispensable que les chefs de pôle et même les chefs de services se forment » (Chef de pôle au CH Métropole Savoie)*

#### ❖ Focus CH de Valenciennes

Le CHV figure dans le top 3 des plus importants centres hospitaliers de France avec une capacité de 2019 lits et places, dont plus de la moitié en court séjour. Le CHV est composé de 14 pôles dont 12 pôles cliniques, un consacré à la logistique et un à l'administration générale.

La délégation polaire au sein de l'établissement est très aboutie avec une décentralisation qui couvre 95 % du périmètre de gestion. Cette délégation très large, est unique en France, et fait de Valenciennes un établissement pionnier concernant le management hospitalier. Les professionnels de santé sont au cœur du dispositif de prise de décision. **[24]**

Dans le cadre du benchmark, quatre personnes ont été interrogées. Deux chefs de pôles et deux directeurs dont le directeur général qui a accompagné la mise en place de la délégation au CHV et qui n'est plus en poste actuellement.

Le **management par pôle** a été défini par les différents participants comme suit :

*« Le management par pôle est l'occasion de démultiplier les énergies. On est plus dépendant d'une direction qui décide de tout » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« C'est le modèle dans lequel j'ai appris à évoluer depuis quelques années, un peu plus de 10 ans. C'est pouvoir déléguer une grande partie du management. Décentraliser les responsabilités par délégation des directions fonctionnelles ». (Chef de pôle 2 au CH de Valenciennes)*

*« Introduction de la participation active des praticiens dans toutes les institutions » (Directeur au CH de Valenciennes)*

L'organisation polaire permet à la fois la **participation** de tous les acteurs, et la **répartition des responsabilités** au niveau le plus proche du terrain.

Les **délégations de gestion très poussées** satisfont les personnes interrogées. Elles considèrent qu'elles sont largement suffisantes et qu'elles permettent de gérer leur pôle de manière autonome. La délégation polaire donne un véritable pouvoir de décision aux pôles. **Les délégations RH et finances** sont vues comme **indispensables**. Les professionnels ne sont pas pour un retour en arrière.

*« Aucun chef de pôle dans l'établissement ne voudrait revenir en arrière, à une direction centralisée. Car plus personne ne se sentira concerné, tout le monde s'en foutra et on pédalera dans la semoule » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« Ce qui est bien, c'est que les délégations ont été mises en place progressivement et ont été complétées avec le temps. C'est une très bonne chose » (Chef de pôle 2 au CH de Valenciennes)*

*« Positif oui, car ça a permis énormément d'échanges entre l'administratif et le médical. Ça nous a obligés à avoir une compta analytique très précise » (Directeur au CH de Valenciennes)*

Cependant, ils sont unanimes pour dire que **certaines délégations sont peut-être de trop**.

*« Il y a même des délégations qu'on nous a données qui ne servent pas à grand-chose. Exemple : la délégation DIREM (gestion des carrières médicales). Elle représente une charge de travail en plus, mais ne nous apporte pas grand-chose » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« Il faut trouver un équilibre. Les délégations ne peuvent pas fonctionner dans tous les domaines. Certaines décisions doivent être prises au regard de tous les pôles et donc doivent rester en central. On n'a pas le recul nécessaire pour les décisions impactant plusieurs pôles » (Chef de pôle 2 au CH de Valenciennes)*

*« Le côté négatif est une délégation à outrance. La délégation va trop loin, dans tous les domaines que ce soit dans le suivi administratif des RH de la DIREM (délégation faite depuis environ 1 an), il y a une perte de qualité dans le suivi. Et on n'a pas les moyens en central de vérifier pour améliorer la qualité ». (Directeur au CH de Valenciennes)*

On comprend ici que toute délégation n'est pas bonne à mettre en place. Le **problème** évoqué est la **perte de qualité** par le **manque d'expertise**, l'augmentation de la charge de travail sans plus-value, ainsi qu'un manque de recul sur les prises de décisions.

Ceci n'est pas de l'avis de l'ancien Directeur du CH de Valenciennes.

*« L'organisation n'est pas suffisamment descendue à la base. On n'a pas été jusqu'au bout. Au lieu de donner les moyens pour permettre aux pôles d'assurer la délégation, certains retombent dans les travers de vouloir re-centraliser » (Ancien directeur au CH de Valenciennes)*

L'avis de cet ancien Directeur est de ne **centraliser que les décisions d'extrême urgence**. Le reste doit être décentralisé. Pour cela, il faut mettre les moyens. C'est-à-dire pour ne pas perdre en qualité, il suffit de professionnaliser davantage les membres du pôle, avec le recrutement d'un contrôleur de gestion par pôle par exemple. Le **central** doit garder son **rôle d'expertise et d'appui**.

Le **dialogue de gestion** est abouti au sein de l'établissement. Il permet aux pôles de dialoguer avec la direction. L'établissement dispose d'un réel **savoir-faire en comptabilité analytique hospitalière** et d'une palette d'outils relativement sophistiqués. Les comptes de résultats analytiques sont produits en infra annuels sur l'ensemble du périmètre. Le contrôle de gestion fournit un fort soutien technique à la cellule médico-économique qui joue un rôle important dans la régulation de la création de valeurs au sein de l'établissement. Les pôles disposent de compétences de gestion, réalisent les *business plans* de leurs projets et disposent d'outils de pilotage et de codage personnalisés.

*« Les CREA sont des outils de pilotage qui nous servent à adapter nos politiques. Quand on voit qu'un CREA dérape, ça nous permet de réagir » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« Il y a moins de 10 ans, on n'avait quasi pas de compta ana. Alors qu'aujourd'hui on a une compta qui nous permet d'être réactifs, on veut en faire un outil de gestion en temps réel. Elle permet de déterminer et de cibler les failles, d'analyser les coûts, ... Au CHV la synthèse des CREA est réalisée 3 à 4 fois dans l'année » (Directeur au CH de Valenciennes)*

Les **contrats de pôles** accompagnés des **modalités d'intéressement** et l'usage de **tableaux de bord** sont ancrés dans le système de gestion de l'établissement. La politique d'intéressement des pôles légitime l'autonomie accordée aux pôles dans leur gestion, leurs projets d'investissements et autres. Le CHV est à un niveau supérieur en terme de dialogue de gestion.

Plusieurs axes d'amélioration de l'organisation polaire ont été proposés par les participants. D'une part la **formation** nécessaire de tous les chefs de pôles et des chefs de service.

*« Ce qui manque peut-être c'est une formation management conventionnelle. Tous les chefs de services ne sont pas fait pour manager, certains n'ont pas la fibre » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

D'autre part, pour pallier le risque de balkanisation, il faut travailler plus en profondeur sur les **relations inter pôles**.

*« Lorsque de nouveaux projets étaient mis en place, mon pôle était souvent mis de côté et surpris à la dernière minute. Tout le monde travaillait comme il lui semblait bon de travailler mais ce n'était pas toujours la meilleure façon de faire » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« L'accompagnement des projets inter pôles est progressivement en train de s'améliorer. On en avait besoin » (Chef de pôle 2 au CH de Valenciennes)*

Ici les acteurs parlent au passé. En effet, l'établissement a mis en place une cellule « Méthode et Projets » afin d'accompagner les pôles et les directions dans la définition et la mise en œuvre de leurs projets complexes. Cette cellule a pour objectif de mettre à disposition des pôles un support méthodologique et des outils. Elle analyse avec eux les impacts de leur projet sur leur organisation interne et ceux sur les autres pôles. Ainsi tous les acteurs concernés sont associés au projet et collaborent en vue de sa réalisation.

*« La mise en place de la cellule Méthode et projets est une bonne chose. Elle favorise les relations inter pôle car c'est un problème aujourd'hui le cloisonnement » (Chef de pôle 1 au CH de Valenciennes)*

*« L'accompagnement spécialisé gestion de projets est un accompagnement qui est à même d'améliorer les relations inter pôles » (Chef de pôle 2 au CH de Valenciennes)*

Un axe d'amélioration également évoqué est celui du **rééquilibrage au niveau des délégations**. Entre autres, la volonté est de centraliser certaines responsabilités.

L'**augmentation du temps dédié** pour occuper la fonction de CP est souhaitée.

## 4.2. Analyse globale du questionnaire

Comme expliqué auparavant dans la méthodologie, un questionnaire a été administré aux chefs de pôles ainsi qu'aux directeurs des différents établissements. Par cette approche

quantitative, nous allons tenter de renforcer les conclusions en apportant une démonstration « par évidence numérique ». Dans cette analyse les données quantitatives seront croisées aux données qualitatives récoltées.

Six chefs de pôles ainsi que 4 directeurs ont répondu au questionnaire. Les résultats bruts sont présentés en **Annexe 3** et en **Annexe 4**

#### 4.2.1. Organisation polaire et performance

A travers le Benchmark, il a été constaté que l'organisation par pôle est mise en place au sein de chacun des établissements.

75% des chefs de pôles considèrent que la constitution des pôles de leur établissement a été basée sur la logique des filières et 50% sur la cohérence médicale. D'après 100% des chefs de pôles, le critère devant déterminer la taille optimale des pôles est la logique des filières.

Pour les directeurs, 75% considèrent que la constitution devrait se baser à la fois sur la cohérence médicale et à la fois sur une logique des filières. 50% estiment que l'efficacité dans la gestion et l'organisation et les résultats financiers devraient être les critères de base.

100% des établissements possèdent des pôles transversaux ou supports. Selon 75% des directeurs et 83,3% des chefs de pôles, l'organisation en pôle induit un risque de balkanisation.

Cependant, la majorité des chefs de pôles estiment que la mise en place des pôles a amélioré la performance, dans le domaine des parcours de soins (80%), l'efficacité médico-économique (60%), la qualité des soins (40%) mais n'a pas entraîné de modification dans le développement de l'enseignement.

Pour les directeurs également, la performance a été améliorée dans le domaine de l'amélioration des parcours de soins et de l'efficacité médico-économique (75%), dans le domaine de la qualité des soins (50%), et dans le développement de l'enseignement (25%).

#### 4.2.2. Gouvernance interne

Les modalités de nominations des chefs de pôles sont appropriées pour 100% des directeurs. Elles ne le sont qu'à 60% pour les chefs de pôles. Certains estiment qu'elles devraient davantage se baser sur les compétences managériales plus que sur la renommée médicale.

40% des chefs de pôles n'ont bénéficié d'aucune formation pour occuper le poste. Parmi les chefs de pôles ayant été formés, 66,7% estiment qu'elle est suffisante.

Les exécutifs de pôle sont, pour 50% des établissements, composés d'un trio de pôle avec un assistant de gestion et par un quatuor de pôle avec un directeur délégué ou référent pour les 50% restants.

Pour les directeurs, l'avis est partagé quant au renforcement du pouvoir du DG et PCME. 50% pensent que c'est le pouvoir du duo DG-PCME qui s'est vu renforcé et 50% estiment qu'aucun des deux n'a vu son pouvoir renforcé.

La majorité des chefs de pôles pense que le pouvoir du duo DG-PCME s'est vu renforcé, 20% pensent que c'est celui du directeur uniquement, et 20% aucun des deux.

*A contrario*, les relations entre les chefs de pôles et les directeurs sont évaluées comme étant positives à 75% par les directeurs et à 66,7% pour les chefs de pôles.

#### **4.2.3. Dialogue de gestion**

Par dialogue de gestion, on entend contractualisation, intéressement, conférence de pôle, suivi des projets et tableaux de bord.

Les avis sont partagés sur les modalités actuelles du dialogue de gestion. Aucun chef de pôle n'estime qu'elles sont « très satisfaisantes », 60% considèrent qu'elles sont globalement satisfaisantes et 40% « insatisfaisantes ».

Les directeurs sont unanimes sur la qualité du dialogue de gestion en place. 75% pensent que le dialogue de gestion est « satisfaisant », et 25% « très » satisfaisant.

##### **4.2.3.1. Délégations de gestion**

Les délégations de gestion mises en œuvre au sein des pôles sont les mensualités de remplacement pour le personnel non médical (50%), crédits de formation (50%), petit équipement médical (50%) et, pour le personnel médical, vacations médicales, permanence des soins, dépenses hôtelières et médicales, capacité en lits et place : 33,3%.

Ces résultats illustrent les propos recueillis lors des entretiens. Seuls trois établissements parmi les sept ont mis en place la délégation de gestion.

66,7% des chefs de pôles estiment que ces délégations ne sont pas suffisantes pour gérer de manière efficiente le pôle. 50% des directeurs pensent qu'elles sont en partie suffisantes et 25% estiment qu'elles ne le sont pas du tout.

#### 4.2.3.2. Contrats et projets de pôles

Des contrats de pôles sont signés dans cinq établissements sur sept. Les items principaux évoqués au sein des contrats de pôles concernent les objectifs de l'activité (80%), les objectifs qualité (60%) et les objectifs de management et d'organisation (20%). Les objectifs d'efficience médico-économique ne sont pas évoqués.

La mise en place des projets de pôle est effective au sein de 80% des pôles interrogés. Ce pourcentage témoigne de la déclinaison de la stratégie contractualisée entre la direction et le CP, au niveau intra polaire.

Selon les CP, les projets de pôles ont permis d'améliorer, la qualité des soins (40%), l'efficience médico-économique (40%) et le parcours de soins des patients (20%)

Pour favoriser la transversalité entre les différentes entités, des contrats inter pôles sont mis en place dans 60% des établissements. 40% n'en ont pas instaurés.

#### 4.2.3.3. Tableaux de bord

Des tableaux de bord sont mis en place au sein des pôles afin d'assurer le suivi de l'activité (100%), les ressources humaines (100%), les finances (83,3%), la qualité (83,3%). L'organisation est quant à elle, peu suivie (16,7%) à l'aide de cet outil.

L'avis des chefs de pôles divergent à propos de la suffisance ou non des outils et moyens mis à leur disposition pour atteindre les objectifs fixés. Seul 20% estiment qu'ils « suffisent ». A pourcentage égal, 40% considèrent qu'ils suffisent « en partie » ou « pas du tout ».

Des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) par pôles sont mis en place dans la moitié des établissements interrogés. Pourtant 100% des directeurs pensent qu'il serait intéressant d'en élaborer un par pôle. 66,7% des chefs de pôles partagent cet avis, et 33,3% n'y voient pas d'intérêt.

#### 4.2.3.4. Bilan et axes d'amélioration

Un des chefs de pôle nous confie que l'absence de délégation de gestion au sein de l'établissement biaise le bilan fourni. En effet, il considère que c'est au prix de beaucoup de persévérance et d'énergie déployée par les chefs de pôles d'une part et l'adhésion des médecins des services d'autre part, que le bilan reste positif.

Un autre confrère pense quant à lui, qu'un manque d'équilibre existe entre le terrain (les pôles) et les décisions (la direction). Il propose donc que le rôle du CP soit redéfini avec une attribution de délégation concrète lui permettant de gérer le pôle. Ce point de vue est appuyé par l'avis d'un des directeurs interrogés qui considère que l'organisation polaire est

intéressante dans la démarche de politisation mais qu'elle n'accorde pas assez de pouvoir décisionnel au CP. En ce sens, la volonté de ces directeurs est que l'aspect réglementaire concernant les pouvoirs, les missions et fonctions du CP, soit d'avantage développé.

Des outils de pilotage sont présents et utilisés dans l'ensemble des établissements. Cependant ils ne donnent pas entière satisfaction aux utilisateurs notamment en tant qu'outils d'aide à la décision. Une réflexion doit être menée sur le contenu de ces outils et les circuits de décision doivent être clarifiés. Quant aux outils de gestion des projets, ils sont peu utilisés et requièrent, dans le cadre de l'amélioration de la synchronisation des intervenants dans les cycles des projets, une attention.

De plus, le dispositif pourrait être amélioré à travers la proposition, ou d'après certains, l'obligation de formation des chefs de pôle et chefs de service au management.

Selon un participant, suite à la mise en place d'une délégation de signature, un temps non clinique devrait être dédié à la mission du CP, assorti d'un temps de secrétariat.

Les modifications organisationnelles mises en œuvre dans les hôpitaux publics sont vues positivement par plusieurs chefs de pôles qui précisent qu'elles ont contribué à l'amélioration du pilotage de l'établissement. Ceci de par la responsabilisation des acteurs qui génère une démultiplication des énergies au service de l'entité. Elles ont permis aussi d'améliorer la coopération entre les services. Cet avis est partagé par un directeur qui pense que l'organisation polaire a permis de décloisonner les services et les secteurs d'activités cliniques et médicotechniques avec pour corollaire, le développement des liens entre professionnels et un rapprochement entre services et directions au sens large.

L'organisation polaire a permis d'améliorer l'efficience, a encouragé la responsabilisation des services et des pôles et a augmenté l'implication des professionnels dans la vie institutionnelle.

A l'issue de cette analyse on observe que l'organisation polaire a eu un réel impact sur le pilotage des établissements mais que son application demeure partielle.

## 5. Mise en perspective personnelle

Suite à l'analyse des entretiens semi-directifs et du questionnaire, deux principaux constats sont mis en évidence. Les réformes de la NG de 2005 et son renforcement par la loi HPST en 2009 ont de manière certaine, modifié le mode organisationnel de tous les établissements avec l'instauration de pôles d'activités. Cependant, les objectifs de ces réformes en termes de pilotage, demeurent non atteints pour une partie des établissements.

Les recherches bibliographiques ainsi que le benchmark menés ont permis de détecter les bonnes pratiques au sein d'un échantillon afin de les proposer à d'autres. Sur la base des différents constats relevés, des réflexions ainsi que des pistes d'actions peuvent être proposées.

### 5.1. Chef de pôle

#### 5.1.1. Redéfinir le rôle du chef de pôle

A la tête de chaque pôle, un chef est désigné. Cependant, les missions attribuées restent floues pour beaucoup d'entre eux. Afin de structurer le cadre d'action, il est nécessaire de redéfinir le rôle du CP et mettre en place les moyens adaptés pour la prise de fonction.

En fonction des compétences requises pour mener à bien les missions, des formations doivent être proposées.

#### 5.1.2. Rendre la formation des CP obligatoire

La loi HPST précise qu'une formation peut être proposée aux CP, par le directeur, dans les deux mois suivant leur nomination. Cependant celle-ci demeure non obligatoire.

La rendre obligatoire permettrait une meilleure gestion et une meilleure appropriation du rôle du CP.

Les compétences suivantes doivent être renforcées lors de la prise de fonction du CP :

- management d'équipe et développement du leadership ;
- compréhension du système de santé, de ses acteurs et du fonctionnement de l'hôpital ;
- gestion de projet et conduite de changement.

Il est rappelé que la loi HPST recommande également dans les deux mois suivant la prise de fonction, des formations en :

- gestion budgétaire et financière ;

- pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- systèmes d'information hospitaliers ;
- management des RH ;
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- management d'équipe et conduite du changement.

Aujourd'hui, ces formations font l'objet de simples recommandations. Les rendre obligatoire semble être pertinent dans le cadre de l'amélioration du pilotage et de la performance de l'établissement. D'ailleurs, c'est l'un des axes d'améliorations les plus évoqués par les CP interrogés.

### 5.1.3. Chef de pôle : fonction ou métier ?

Pour assurer la gestion du pôle, il incombe au CP d'importantes responsabilités requérant du temps dédié conséquent. Il dépend, bien entendu de l'ampleur des délégations contractualisées.

La conciliation de l'exercice des missions en tant que CP avec le maintien d'une activité de praticien s'avère souvent difficile. De ce fait, certains chefs de pôle interrogés ont fait le choix de consacrer 100% de leur temps à leur fonction de CP et ne pratiquent plus ou presque d'activité clinique ou médicotechnique.

Etre chef de pôle c'est en effet :

- Réunir les instances de son pôle
- Préparer le contrat de pôle, les indicateurs et les suivre
- Assurer la gestion des moyens délégués
- Participer aux instances de l'établissement
- Piloter et accompagner au quotidien les équipes de son pôle **[22]**

La question sur l'évolution possible de la fonction vers un métier se pose d'autant plus qu'elle nécessite des compétences non acquises au cours du parcours professionnel de ces derniers.

D'un autre côté, de nombreux chefs de pôle estiment que leur identité professionnelle, leur légitimité en tant que CP demeurent avant tout liées à leur activité médicale et à leur métier de médecin.

En ce sens, une réflexion doit être menée. Est-il possible de trouver un équilibre entre l'exercice clinique et la fonction de CP ? Ou CP est un métier à part entière ? Quoi qu'il en soit, définir et attribuer du temps (suffisant) pour assurer la gestion du pôle est primordiale. Actuellement, ceci n'est pas le cas dans l'ensemble des établissements.

## 5.2. Les délégations de gestion

### 5.2.1. Entre la direction et le chef de pôle

La contractualisation est développée au sein des différents établissements, mais son contenu est variable. Notamment sur les délégations de gestion et l'intéressement.

Le rapport de l'IGAS avait souligné en 2010 la faiblesse des délégations de gestion, avec cependant un bilan hétérogène selon les établissements. Ce constat est encore valable aujourd'hui.

Il est nécessaire de renforcer la confiance entre direction et médecins qui est le socle de base pour espérer la mise en place de délégations de gestion. D'autant plus que certaines semblent indispensables pour l'amélioration du pilotage, notamment la délégation de signature financière (achat petit équipement), et gestion des RH (gestion des remplacements).

En somme, il faut déléguer davantage dans le sens de la responsabilisation et de l'acculturation des pôles à la gestion. Une possibilité de délégation de gestion en fonction de la maturité des pôles est envisageable.

L'un des hôpitaux interrogés a instauré une politique d'intéressement principalement liée aux résultats. Le reversement de l'intéressement concerne les pôles excédentaires et ceux ayant réduit leur déficit. Il semble que cela constitue un vecteur de motivation des équipes. C'est un outil de management participatif de la direction vers les pôles par la fixation d'objectifs, et des pôles vers leurs équipes pour faire comprendre que la somme des efforts individuels produit un intéressement collectif. Ce dispositif devrait être généralisé à l'ensemble des établissements pour encourager les équipes. A terme, cela générera assurément un retour sur investissement (RSI).

### 5.2.2. Délégation de gestion en intra polaire

L'objectif principal de la délégation de gestion impulsé par la NG et renforcé par la loi HPST, était de décentraliser les décisions au plus proche du terrain.

Au cours du travail de recherche, il a été observé qu'une recentralisation du pouvoir était parfois reproduite au niveau polaire. En d'autres termes, certains chefs de pôle détiennent le pouvoir absolu du pôle et sont notamment réfractaires à une délégation aux chefs de service.

L'arborescence de la délégation de gestion doit se poursuivre en intra polaire. Elle doit être modifiée, amplifiée et accentuée vers les acteurs de terrain : en premier lieu, la position du chef de service doit être redéfinie, ainsi que celle des cadres de proximité. Par ailleurs, les praticiens et les paramédicaux de terrain, doivent entrer dans ce management participatif au même titre que l'encadrement.

La désignation d'un vice chef de pôle peut s'avérer intéressante dans le cadre du partage de pouvoir et permettrait au CP de bénéficier d'une assistance ou d'un remplaçant en cas d'absence.

### **5.3. Professionnalisation des métiers**

Il a été évoqué dans l'analyse des entretiens semi-directifs, la volonté pour certains de recentraliser certaines responsabilités au vu de la perte de qualité engendrée.

L'approche doit être plutôt axée sur une professionnalisation des métiers au sein même du pôle en cohérence avec le principe de subsidiarité. Certains pôles ont recruté leur propre contrôleur de gestion pour contribuer davantage à la performance du pôle.

Cette action répond au besoin de disposer des compétences nécessaires pour assurer le pilotage et la gestion du pôle.

### **5.4. Outils de pilotage**

La démarche de délégation polaire doit être accompagnée de la modélisation d'outils médico-économiques adaptés. Il a été mis en lumière par le benchmark que les outils de pilotage n'étaient pas suffisamment exploités au sein des pôles.

L'établissement doit s'accorder sur un sens partagé du concept de performance et doit le décliner à travers les documents de pilotage, notamment à travers les tableaux de bord. Cependant, afin de favoriser l'appropriation des documents par les pôles et leur utilisation, les tableaux de bord doivent être personnalisés. Des critères de qualité doivent être définis pour procéder à la sélection des indicateurs. Il faudrait donc que le CP soit maître de ses tableaux de bord pour faciliter la communication autour de ceux-ci et encourager leur utilisation par le personnel.

De plus, la comptabilité analytique a largement fait ses preuves dans l'un des établissements interrogés. Elle est en partie à l'origine du succès de la délégation de gestion au sein de cet établissement. Des Comptes de Résultats Analytiques (CREA) sont utilisés à l'échelle des pôles mais aussi à l'échelle des services, toujours dans le souci d'apprécier ce qui est réalisé au plus proche du terrain. En ce sens, accorder davantage d'importance à la comptabilité analytique au sein des pôles serait en faveur de l'amélioration du pilotage. Enfin, des EPRD par pôle devraient être instaurés. C'est en effet un souhait de la majorité des répondants du questionnaire. Cela permettrait une meilleure anticipation de l'activité et permettrait l'adaptation des moyens pour une meilleure gestion.

Concrètement, en étant maître de ces outils, les chefs de pôles seront en capacité d'anticiper et de rectifier le tir en cas de perte d'activité, d'une mauvaise gestion ou d'une déviation de trajectoire vers la cible à atteindre. Ils pourront également définir s'ils sont en capacité d'investir ou non.

## 5.5. Les pôles

### 5.5.1. Taille des pôles

Aujourd'hui, aucune contrainte de découpage n'a été prévue par la loi. C'est au directeur que revient la définition de l'organisation de l'établissement.

Cependant, la taille de l'entité que l'on dirige impacte nécessairement le pilotage de celle-ci. Pour rappel, le Rapport des Conférences hospitalières de 2014 précise que « les pôles représentent un échelon pertinent d'organisation et d'analyse de la performance. Cependant, l'analyse conduite fait apparaître que les logiques médicales ont parfois conduit à la création de pôles trop importants ou, plus rarement, de trop petite taille ».

Diriger une structure à taille humaine quel que soit le domaine d'activité, présente de multiples intérêts dont :

- Des processus de décision plus légers et plus courts qui génèrent davantage de réactivité et de souplesse ;
- Des échanges facilités entre professionnels du fait de la proximité ;
- La favorisation du sentiment d'appartenance.

C'est surtout sur ce dernier point que la culture polaire peut s'améliorer. En effet, l'attachement du personnel au pôle est sans doute un levier d'engagement des équipes.

### 5.5.2. Transversalité entre les pôles

La création d'unités, ayant une taille critique permettant de décentraliser la prise de décision et d'impliquer les acteurs pour un meilleur pilotage stratégique, nécessite de développer des mécanismes de coordination afin d'éviter l'éclatement de l'organisation.

Comme vu à travers l'analyse des questionnaires 40% des pôles interrogés n'ont pas développé de contrat-inter pôle, et 83,3% pensent que l'organisation pôle induit un risque de balkanisation.

En ce sens, développer les relations inter-pôles est un axe prioritaire dans le cadre de l'amélioration du pilotage des établissements. D'ailleurs, l'exemple peut être pris sur l'un des établissements interrogés qui a mis en place une « Cellule Méthode et Projets » visant notamment à favoriser la synchronisation des projets impliquant plusieurs pôles à la fois.

## 6. Conclusion

Selon Mintzberg, la principale difficulté de la bureaucratie professionnelle caractérisant l'organisation polaire, réside dans la capacité à innover et dans la lenteur du changement. Il décrit l'hôpital comme une structure divisée. L'idée de la création des pôles est donc de rassembler les logiques gestionnaires et médicales dans une même unité.

Le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité est un marqueur fort de la volonté de changement dans les hôpitaux publics. Elle est cependant davantage marquée par la NG hospitalière de 2005 renforcée par la loi HPST qui a, à travers la mise en place des pôles d'activités, modifié en profondeur le pilotage des établissements de santé. On assiste à un véritable tournant à l'hôpital.

Les principes fondateurs de ces réformes sont de trois ordres : garantir le décloisonnement de l'hôpital, considérer les filières comme témoins de PEC et enfin, assurer le principe de subsidiarité pour une prise de décision au plus près de la production des soins.

L'un des éléments marquants ressortant de ce travail de recherche, est la généralisation de l'organisation en pôles et le consensus des décideurs sur son intérêt.

Toutefois, la difficile implantation des logiques gestionnaires à l'hôpital et la faible hybridation avec la logique médicale, est notable. En effet, la fonction de CP n'est pas toujours synonyme de celle de gestionnaire. Le contenu des contractualisations développé dans les hôpitaux est variable, notamment en ce qui concerne les délégations de gestion. La majorité des établissements interrogés ont peu, voire aucune délégation de signature. 66,7% des chefs de pôles estiment que ces délégations ne sont pas suffisantes pour gérer le pôle de manière efficiente. Le principal frein évoqué est le manque de confiance des directions fonctionnelles en la capacité des professionnels à exercer une gestion efficiente.

De ce fait, l'hypothèse selon laquelle « le rôle du chef de pôle (CP) dans le processus de décision aurait été réaffirmé » est partiellement confirmée. Le rapport Fourcade mentionne à cet égard que « le comportement du directeur est déterminant : il doit s'interdire les jeux de pouvoirs, ne pas hésiter à déléguer, instituer des relations de confiance et exiger le même comportement de la part des équipes placées sous son autorité ». [25]

Les constats établis au cours de ce mémoire permettent de confirmer l'hypothèse suivante : l'organisation polaire a amélioré le pilotage des établissements. En effet, la majorité des CP et des directeurs estiment que la mise en place des pôles a contribué à une meilleure performance : dans le domaine des parcours de soins, l'efficacité médico-économique et la qualité des soins. De plus, la désignation d'interlocuteurs privilégiés, a permis de renforcer

le dialogue entre l'administration et le corps médical, d'améliorer la gestion de projet et de favoriser le management de proximité. Ceci, en passant d'un nombre conséquent de chefs de service à quelques chefs de pôle.

L'un des principaux objectifs visés par la NG et la loi HPST était d'accroître l'efficacité hospitalière afin d'optimiser l'utilisation des ressources tout en réduisant les coûts. Il a été mis en exergue au cours de ce mémoire, la difficile conciliation de l'exercice des missions en tant que CP avec le maintien d'une activité de praticien. Notamment par manque de temps dédié et/ou un défaut de compétences dans le périmètre de gestion.

Se pose alors la question suivante : Pour atteindre un niveau de performance optimal, les pôles ne devraient-ils pas à terme, être managés et gérés par des professionnels détachés de toute activité clinique ?

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Nobre T, Lambert P, Novembre 2012. Le management des pôles à l'hôpital—Regards croisés, enjeux et défis, 256p.

[2] Colas L, (2013). L'organisation polaire : facteur d'amélioration de la gouvernance hospitalière ? (mémoire, école des hautes études en santé publique), [en ligne]. Disponible sur internet : <https://bdspehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=489417>

[3] Le Rouge O, (2010). La performance organisationnelle des pôles d'activité clinique : Quelles conceptions pour quels pilotages ? (mémoire, écoles des hautes études en santé publique), [en ligne]. Disponible sur internet : [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/ds/le\\_rouge.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/ds/le_rouge.pdf)

[4] Valette A, Grenier C, Saulpic O, Zarlowski P. La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature. Politiques et Management public, Institut de management public, 2015, p.241-264.

[5] Fermon B, Grandjean P, Joncour Y. Les politiques hospitalières dans la durée. Performance et innovation dans les établissements de santé, p.67, 2016.

[6] Moisdon J-C. L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A, 2009.

[7] Crainich D, Leleu H, Mauleon A. Impact du passage à la tarification à l'activité. Une modélisation pour l'hôpital public. Revue économique, vol. 60, n°2, 2009, p. 471-488.

[8] Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé, Mars 2016. Qu'est-ce que la tarification à l'activité ? [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/qu-est-ce-que-tarification-activite-t2a.html>

[9] Ministère des Solidarités et de la Santé, Octobre 2017. Financement des établissements de santé, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico->

social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante

[10] Esper C, Bonneau J, Guigue J, Jean P. L'information juridique au service des professionnels de santé. *Jurisanté Actual*, vol.n°51, p.44, 2005.

[11] Légifrance, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&category=JORFTEXT000000606537>

[12] Inspection Générale des Affaires Sociales, 2012. L'hôpital, 295p

[13] Agence National d'Appui à la Performance. La loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre, 2011. 162p.

[14] Demay R. Loi HPST et gouvernance hospitalière, 2010. 13p

[15] GMSIH. Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé. Méthodologie et démarche de pilotage, 2006. 44p

[16] BNDS. Pôles d'activités cliniques et médico-techniques. 2019, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/pa.html>

[17] Zeggar H, Vallet G. Février 2010. Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, 123p.

[18] Herreos G. L'hôpital à l'épreuve des réformes. *Socio-antropologie*, 2007. p 23-36

[19] Debrosse D, Simon P. Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ? *Revue hospitalière de France*, n°526, 2009, p 12-14.

[20] ANAP. Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? Base de partage et de réflexion pour les professionnels, 2011, [en ligne]. Disponible sur internet :

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/ANAP\\_Etre\\_chef\\_de\\_pole\\_quelles\\_missions\\_que\\_lles\\_activites\\_et\\_quelles\\_competences.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/ANAP_Etre_chef_de_pole_quelles_missions_que_lles_activites_et_quelles_competences.pdf)

[21] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Juillet 2011. Enquête nationale gouvernance hospitalière – Les résultats, 46p, [en ligne]. Disponible sur internet : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_v5.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_v5.pdf)

[22] Domy P, Moulin G, Frechou D, Martineau F, Muller C. 2014. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé – Rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, 32p

[23] Souliers M-P. Les tableaux de bord de pôle, un préambule indispensable en vue d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre Hospitalier de Montélimar.

[24] Site du CH de Valenciennes, Le centre hospitalier de Valenciennes, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.ch-valenciennes.fr/>

[25] FOURCADE, J-P., 2010, Rapport au parlement – Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. Rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 75p. Disponible sur internet : [https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi\\_hpst/rapport\\_evaluation.pdf](https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf)

# Table des matières

- 1. Introduction**
- 2. Revue de littérature**
  - 2.1. Définition du Management et spécificités du management hospitalier**
    - 2.1.1. Qu'est-ce que le Management ?
    - 2.1.2. Approche Mintzberg, concept de bureaucratie professionnel
  - 2.2. Contexte : La rénovation du mode de financement des hôpitaux conduit à une succession de réformes**
    - 2.2.1. Les modes de financements antérieurs
    - 2.2.2. La montée en puissance de la tarification à l'activité
  - 2.3. La nouvelle gouvernance un tournant de l'hôpital- entreprise**
    - 2.3.1. La nouvelle gouvernance
    - 2.3.2. Loi HPST
  - 2.4. Relation étroite entre l'organisation polaire et le pilotage des établissements**
    - 2.4.1. Qu'est-ce que le pilotage ?
    - 2.4.2. Pilotage structurel : l'apparition de pôles d'activités
    - 2.4.3. Pilotage fonctionnel et hiérarchique
    - 2.4.4. Pilotage de la performance : en amont le contrat, en aval le tableau de bord
- 3. Choix méthodologique**
  - 3.1. Choix du sujet et de la problématique**
  - 3.2. Techniques choisies**
    - 3.2.1. Le benchmark
    - 3.2.2. Les entretiens semi-directifs
    - 3.2.3. Questionnaire
    - 3.2.4. Echantillonnage
  - 3.3. Modalités des entretiens et les limites**
- 4. Analyse des entretiens semi-directifs**
  - 4.1. L'analyse des entretiens par établissement.**
  - 4.2. Analyse globale du questionnaire**
    - 4.2.1. Organisation polaire et performance
    - 4.2.2. Gouvernance interne
    - 4.2.3. Dialogue de gestion
- 5. Mise en perspective personnelle**
  - 5.1. Chef de pôle**
    - 5.1.1. Redéfinir le rôle du chef de pôle
    - 5.1.2. Rendre la formation des CP obligatoire
    - 5.1.3. Chef de pôle : fonction ou métier ?
  - 5.2. Les délégations de gestion**
    - 5.2.1. Entre la direction et le chef de pôle
    - 5.2.2. Délégation de gestion en intra polaire
  - 5.3. Professionnalisation des métiers**
  - 5.4. Outils de pilotage**
  - 5.5. Les pôles**
    - 5.5.1. Taille des pôles
    - 5.5.2. Transversalité entre les pôles
- 6. Conclusion**

## FIGURES

<a href="#">Figure 1 : Composantes de l'organisation selon Mintzberg</a> .....	9
<a href="#">Figure 2 : Passage progressif des établissements à la T2A anciennement sous la dotation globale</a> .....	11
<a href="#">Figure 3 : Nouvelles instances de pilotage</a> .....	17

## TABLEAUX

<a href="#">Tableau 1: Personnes interrogées par établissement</a> .....	36
--	----

## ANNEXES

1.Grille d'entretien.....	5
2.Exemple de retranscription d'un entretien .....	7
3.Réponses au questionnaire à destination des chefs de pôles .....	7
4.Réponse au questionnaire à destination des directeurs .....	7

## ANNEXES

**1.**

**Grille d'entretien**

Cette annexe contient 1 pages.

# GRILLE D'ENTRETIEN

## A destination des chefs de pôles et des directeurs

**Cadre et objectif de l'entretien :** Dans le cadre d'un Master 2 en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème du « Management au sein des hôpitaux publics ». L'objectif de cet entretien est d'apprécier, par un retour d'expérience, l'impact de l'organisation polaire sur les établissements.

**Conditions et diffusion :** Des parties de cet entretien seront retranscrites dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique.

### Questions :

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Que vous évoque le management par pôle ?
- Que pensez-vous des délégations de gestion en général et au sein de votre établissement ?
- Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ? / Quelles délégations souhaiteriez-vous obtenir pour gérer le pôle ?
- Quel est selon vous l'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements ?
- Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, tableaux de bord, ...) ?
- Qu'est ce qui selon vous pourrait être amélioré à l'avenir dans la performance des pôles/ fonctionnement ? (Une ou deux priorités)

**Notes :** Les questions ont été adaptées en fonction de l'interlocuteur et du poste occupé (directeur ou chef de pôle)

**2.**

**Exemple de retranscription d'un entretien**

Cette annexe contient 4 pages

# GRILLE D'ENTRETIEN

A destination des chefs de pôles et des directeurs

**Cadre et objectif de l'entretien :** Dans le cadre d'un Master 2 en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème du « Management au sein des hôpitaux publics ». L'objectif de cet entretien est d'apprécier, par un retour d'expérience, l'impact de l'organisation polaire sur les établissements.

**Conditions et diffusion :** Des parties de cet entretien seront retranscrites dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique.

## Questions :

### - Pouvez-vous vous présenter ?

*« Madame X, je suis adjointe au directeur général du Centre Hospitalier XX, en charge de l'ensemble des affaires qui relèvent de la direction générale spécifiquement de la réhabilitation-reconstruction de l'ancien hôpital de Chambéry et du schéma directeur immobilier pour l'établissement ».*

### - Que vous évoque le management par pôle ?

*« J'ai envie de dire dans le sens d'évocation, une organisation qui serait axée sur la gestion des projets dans la transversalité, la performance tout en intégrant la mise en œuvre et le suivi du projet médical et projet d'établissement ».*

### - Que pensez-vous des délégations de gestion en général et au sein de votre établissement ?

*« Alors moi, je n'ai pas pour habitude, concernant l'organisation polaire d'un établissement de parler de nouvelle organisation. La nouveauté date quand même maintenant, en tout cas au centre hospitalier XX, avec une mise en place des pôles qui remonte à 2007, donc il y a une vraie antériorité. Avec pour le coup, la mise en place d'exécutif de pôle, composé d'un médecin chef de service et chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et au départ d'un directeur référent de pôle en sachant que nous avons fait le choix que les directeurs adjoints puissent être chacun en ce qui les concerne au nombre de pôles 7 au départ, 9 aujourd'hui membres, tous membres directeurs référents d'un pôle. Ce choix là nous sommes revenus en arrière, on l'a fait évoluer en terme d'organisation de la gouvernance des pôles, on a maintenu les exécutifs, le tronc commun cadre sup et chefs de pôles est toujours en place, il n'y a pas eu de changement ce qui a évolué c'est que nous, aujourd'hui il y a un directeur référent des pôles pour le site de Chambéry et un directeur référent des pôles pour le site d'Aix les bains. Donc on a restreint si vous voulez la représentation de la direction générale par un directeur adjoint en sachant que chacun des directeurs de pôles a en charge le pilotage et la coordination générale de plusieurs pôles. On a pour Chambéry, un directeur dont c'est une fonction à temps plein. C'est un choix qui date maintenant de 5 ans en arrière, l'année dernière il y a eu un changement de directeur mais c'était déjà le parti pris dès le départ.*

*L'organisation polaire est particulièrement ancrée dans le fonctionnement que nous avons, qu'on n'imagine pas un rétropédalage ».*

### - Le contour actuel des délégations de gestion vous semble-t-il pertinent ? /

#### **Quelles délégations souhaiteriez-vous obtenir pour gérer le pôle ?**

*« Au départ il s'agissait d'un choix concerté avec cadre supérieur et chef de pôle, le choix qui a été fait est d'organiser la délégation de gestion dans le domaine des RH. Et ça correspondait à une satisfaction des cadres de ne pas élargir la délégation de gestion considérant que cela suffisait largement aux pôles. Aujourd'hui les attentes sont différentes, ce qui ressort c'est un souhait qui est de faire évoluer la délégation RH vers*

**Notes :** Les questions ont été adaptées en fonction de l'interlocuteur et du poste occupé (directeur ou chef de pôle)

**3.**

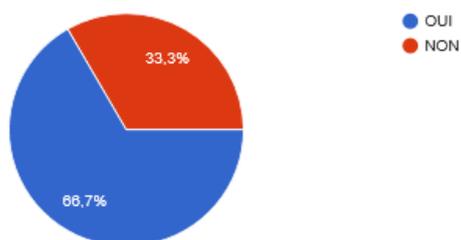
**Réponses au questionnaire à destination des chefs de pôles**

Cette annexe contient 9 pages

## Périmètre des pôles

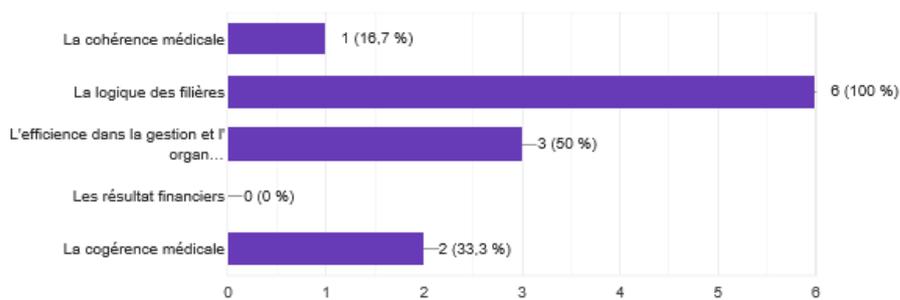
### Selon vous, existe t-il une taille optimale des pôles

6 réponses



### Quels critères déterminent selon vous la taille optimale du pôle?

6 réponses



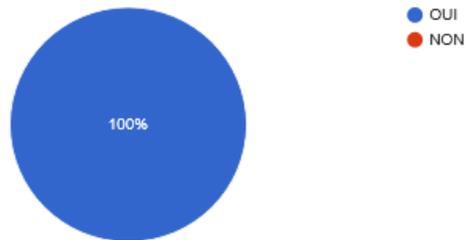
### Parmi les critères cités ci-dessus, lesquels ont guidés la constitution des pôles dans votre établissement?

5 réponses

- la cohérence médicale
- Les filières et les synergies
- La logique des filières
- la cohérence médicale et l'efficacité dans la gestion et l'organisation des moyens
- logique de filière

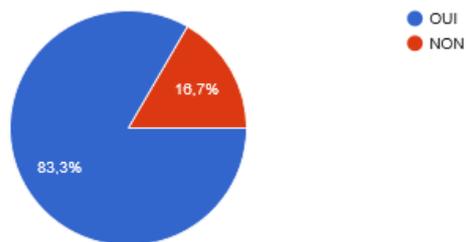
### Au sein de votre établissement, y-a-t-il un ou plusieurs pôles transversaux ou support?

5 réponses



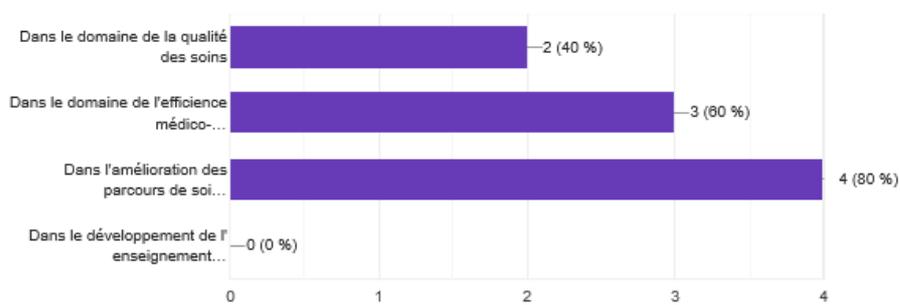
### L'organisation en pôle induit-elle selon vous un risque de balkanisation de l'hôpital?

6 réponses



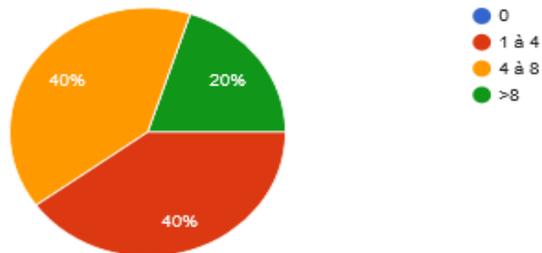
### Selon votre appréciation, la mise en place des pôles a-t-elle modifié les performances de l'établissement?

5 réponses



### En combien de services est divisé votre pôle?

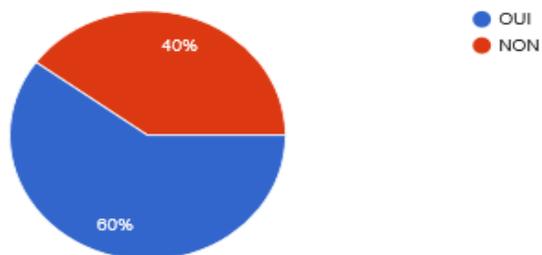
5 réponses



## Gouvernance interne

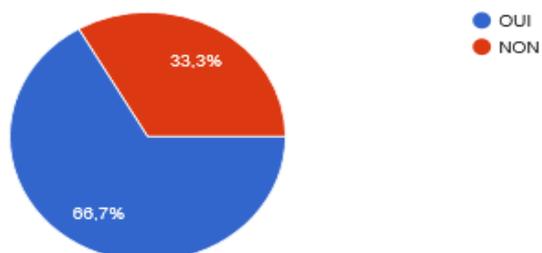
### Avez-vous bénéficié d'une formation afin d'occuper le poste de chef de pôle?

5 réponses



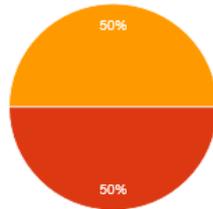
### Si oui, est elle satisfaisante/suffisante?

3 réponses



### L'exécutif de votre pôle est composé d'un :

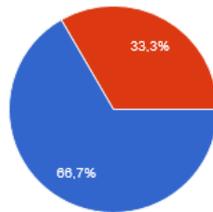
6 réponses



- Duo de pôle (chef de pôle et cadre paramédical de pôle)
- Trio de pôle (avec un assistant de gestion)
- Quatuor de pôle (avec un directeur référent ou délégué au pôle)
- Autre

### Y-a-t-il des profils de postes établis pour chaque membre de l'exécutif de pôle?

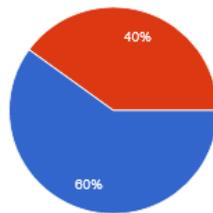
6 réponses



- OUI
- NON

### Les rôles respectifs du chef de pôle, du cadre paramédical de pôle et du cadre administratif du pôle sont-ils bien définis?

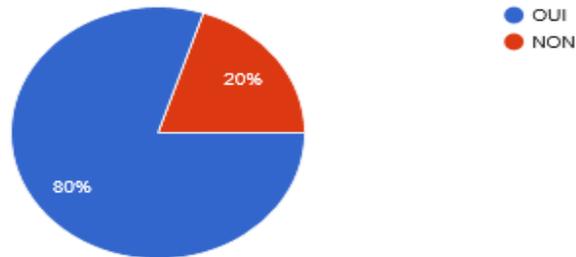
5 réponses



- OUI
- NON

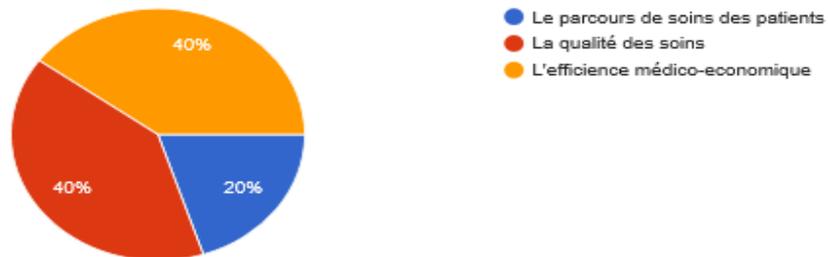
### Au sein de votre pôle, existe-t-il un projet de pôle?

5 réponses



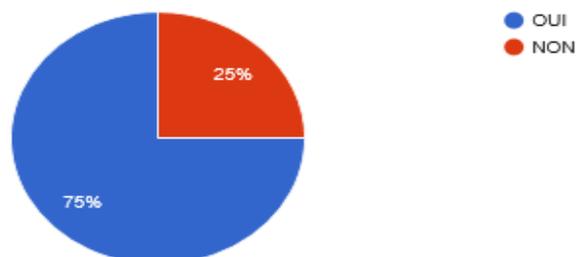
### Si oui, les projets de pôles ont-ils selon vous permis d'améliorer :

5 réponses



### D'après vous les modalités de nomination d'un chef de pôle sont-elles appropriées?

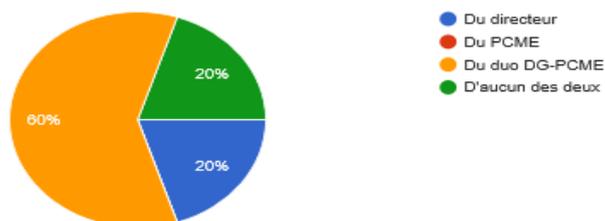
4 réponses



## Pôles / Direction

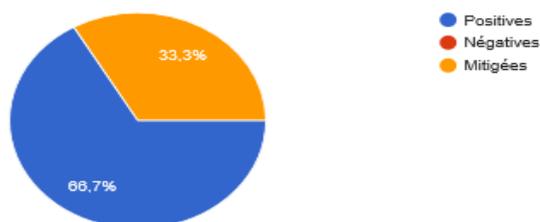
### La nouvelle gouvernance a-t-elle surtout renforcé le pouvoir :

5 réponses



### Comment évaluez-vous les relations des chefs de pôle avec le directeur?

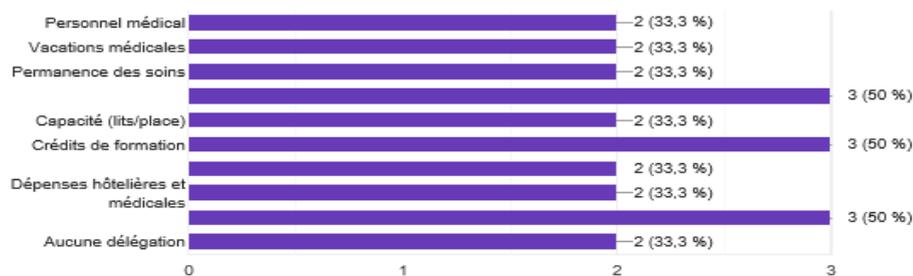
6 réponses



## Délégation de gestion, projet de pôle, contractualisation

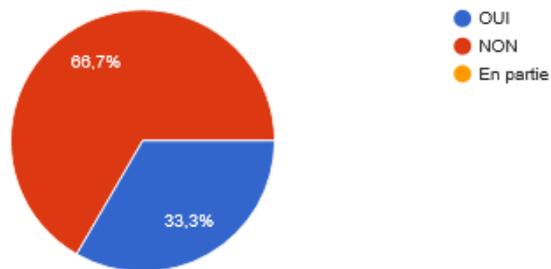
### Des délégations de gestion (titre I, II, III) ont-elles été mises en oeuvre au sein de votre pôle?

6 réponses



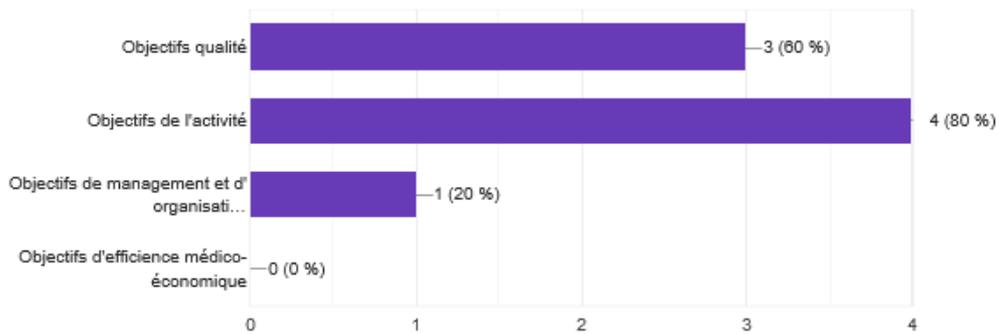
### Pensez vous que ces délégations sont suffisantes pour gérer de manière efficiente votre pôle?

6 réponses



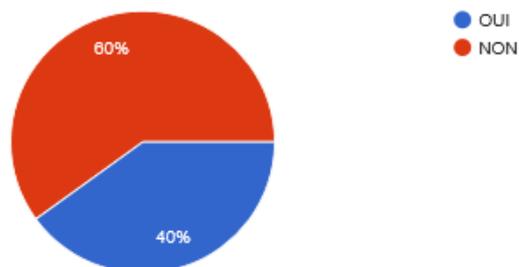
### Quels sont les items principaux de votre contrat de pôle?

5 réponses



### Avez-vous mis en place des contrats inter-pôles dans votre établissement?

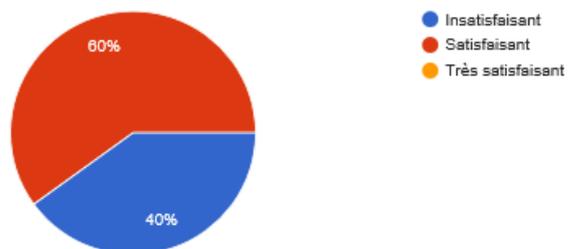
5 réponses



## Moyens mis à disposition / outils

Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, co

5 réponses



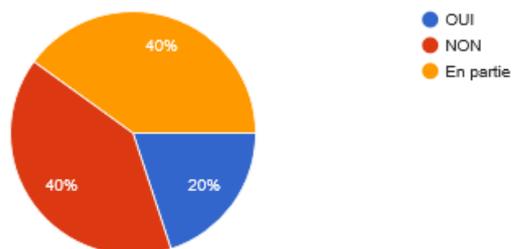
Quels types de tableaux de bord sont mis en place au sein des pôles

6 réponses



Pensez-vous que les pôles ont les outils/moyens nécessaires pour atteindre les objectifs?

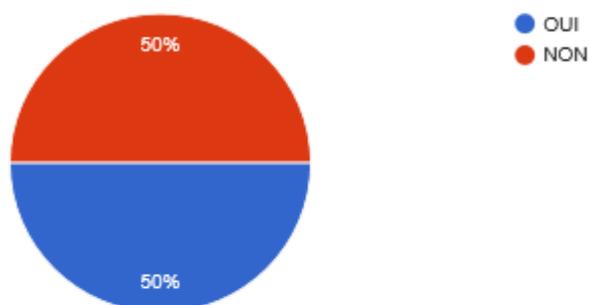
5 réponses



---

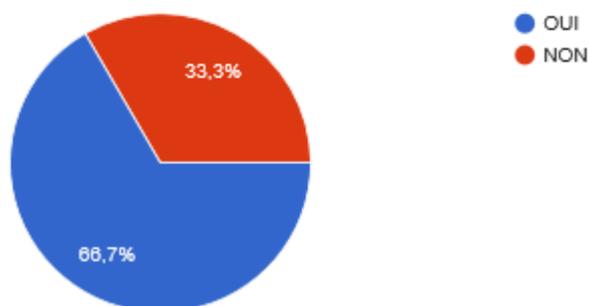
### Au sein de votre établissement des EPRD par pôles sont ils exigés?

6 réponses



### Selon vous serait-il intéressant d'élaborer un EPRD par pôle?

6 réponses



**4.**

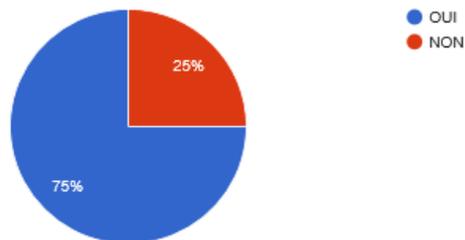
**Réponse au questionnaire à destination des directeurs**

Cette annexe contient 6 pages

## Pôles

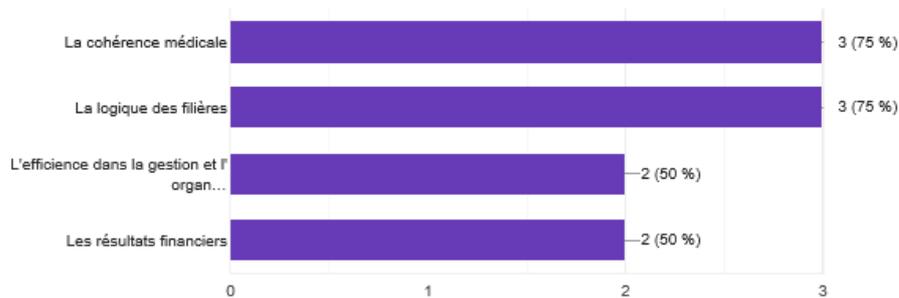
Selon vous, existe t-il une taille optimale des pôles

4 réponses



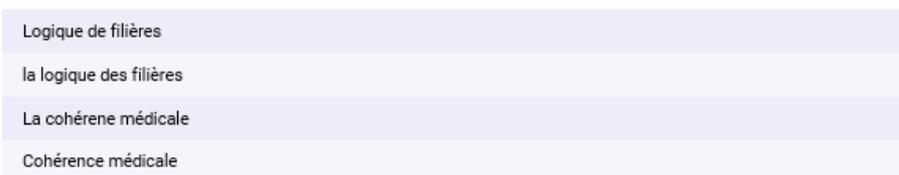
Quels critères déterminent selon vous la taille optimale du pôle?

4 réponses



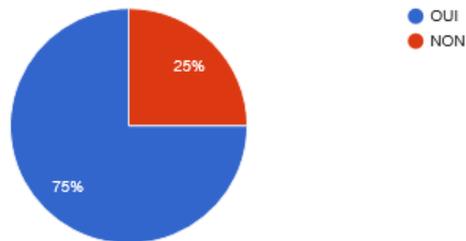
Parmi les critères cités- ci dessus, lesquels ont guidés la constitution des pôles dans votre établissement?

4 réponses



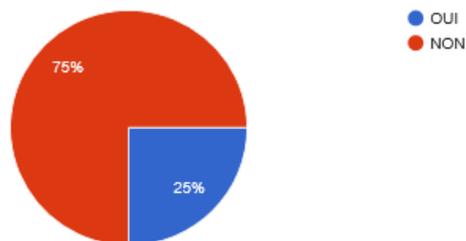
### Au sein de votre établissement, y-a-t-il un ou plusieurs pôles transversaux ou support?

4 réponses



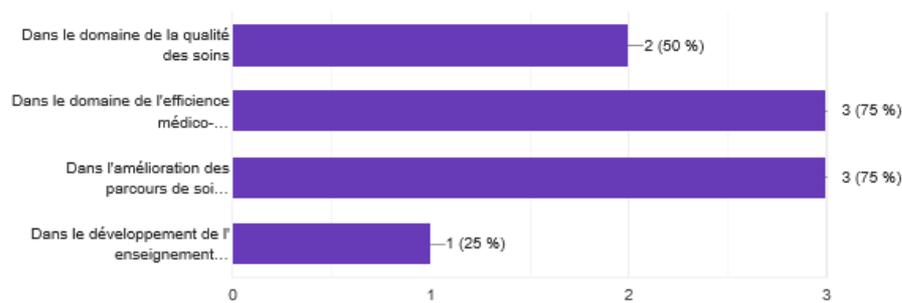
### L'organisation en pôle induit-elle selon vous un risque de balkanisation de l'hôpital?

4 réponses



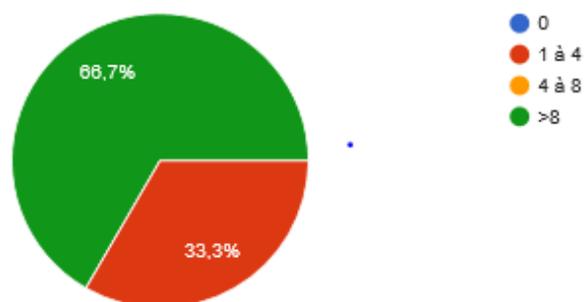
### Selon votre appréciation, la mise en place des pôles a-t-elle modifié les performances de l'établissement?

4 réponses



### En combien de services est divisé votre pôle?

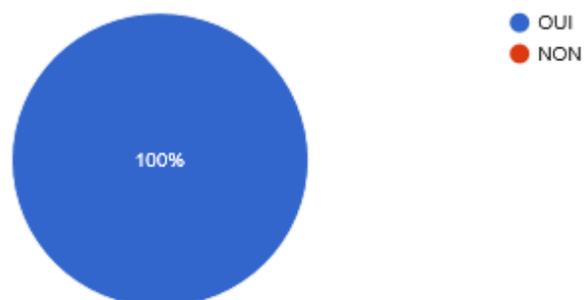
3 réponses



### Gouvernance interne

### D'après vous les modalités de nomination d'un chef de pôle sont-elles appropriées?

4 réponses



## Pôles / Direction

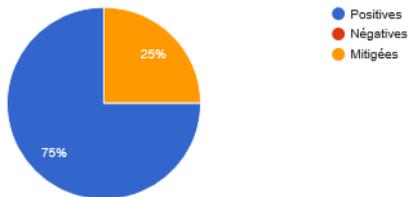
La nouvelle gouvernance a-t-elle surtout renforcé le pouvoir :

4 réponses



Comment évaluez-vous les relations des chefs de pôle avec le directeur?

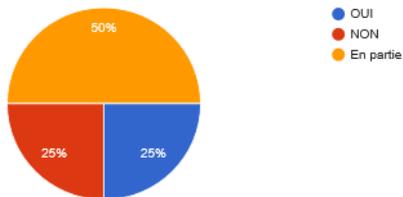
4 réponses



## Délégation de gestion

Pensez vous que les délégations de gestion actuelles fournies aux pôles sont suffisantes pour une gestion efficace de leur pôle?

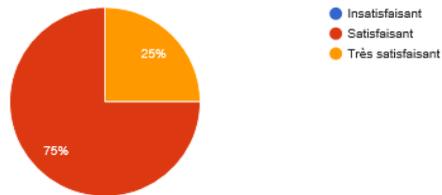
4 réponses



## Moyens mis à disposition / outils

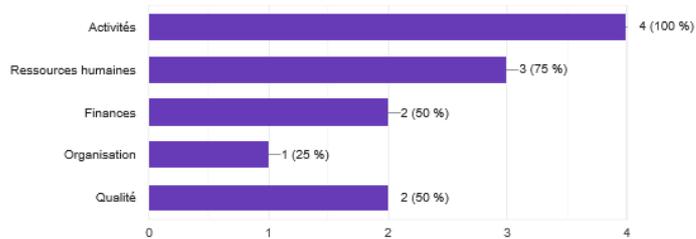
Que pensez-vous des modalités actuelles du dialogue de gestion (contractualisation, intéressement, conférences de pôle, suivi des p

4 réponses



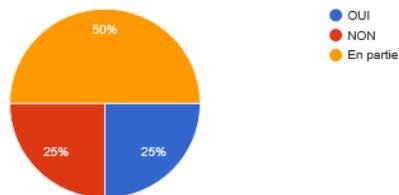
Quels types de tableaux de bord sont mis en place au sein des pôles

4 réponses



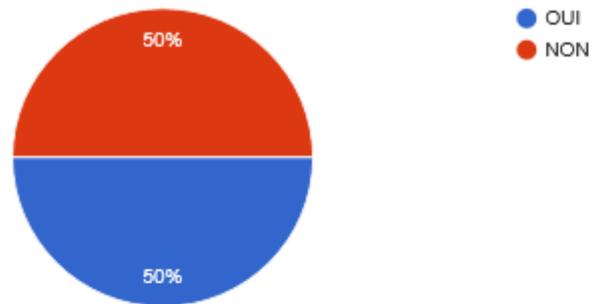
Pensez-vous que les pôles ont les outils/moyens nécessaires pour atteindre les objectifs?

4 réponses



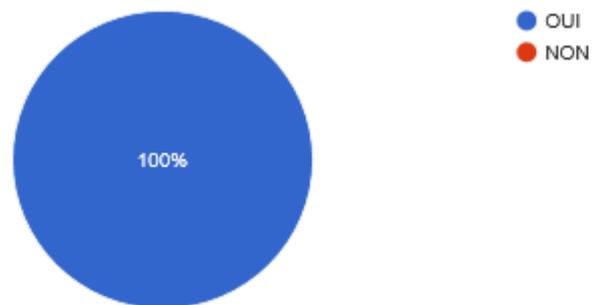
### Au sein de votre établissement des EPRD par pôles sont ils exigés ?

4 réponses



### Selon vous serait-il intéressant d'élaborer un EPRD par pôle?

4 réponses



## Quels sont les impacts de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements ?

Depuis les années 1990, l'**hôpital public** est sujet à de nombreuses transformations. La **recherche de performance** et d'équilibre financier a fait évoluer la gouvernance de l'hôpital, jusqu'à la création des **pôles d'activité** en 2005. L'instauration de cette nouvelle organisation marque un véritable tournant, qui sera confirmé par la loi dite « **HPST** », comme pivot de la **nouvelle gouvernance**.

L'objectif de ce mémoire est d'apprécier le management par pôle à l'heure actuelle, et plus particulièrement de déterminer les impacts de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements publics.

Pour ce faire une enquête ainsi qu'un « benchmark » ont été menés auprès de plusieurs acteurs de différents établissements. Ainsi, il a été démontré que le rôle du chef de pôle dans le processus de décision n'a été que partiellement réaffirmé, mais qu'une amélioration du pilotage des établissements est notable.

**Mots clés** : **Hôpital public, Recherche de performance, pôles d'activité, HPST, nouvelle gouvernance.**

## What are the impacts of the polar organization on the management of hospitals ?

Since the 1990s, the **public hospital** has been subject to many changes. The **pursuit of high performance** and financial balance have changed the governance of the hospital, until the creation of **operational pole** in 2005. The introduction of this new organization marks a major milestone. Thus, it has been confirmed by the law called "**HPST**" law, as a pivot of the **new governance**.

The aim of this study is to appreciate management units at this point in time, and more specifically to determine the impacts of the polar organization on the management of public institutions.

To do this, a survey and a « benchmark » were conducted with several actors from different institutions. Thus, it has been shown that the role of the unit manager in the decision-making process has only been partially reaffirmed. However, an improvement in the management institutions is significant.

**Key words**: **Public hospital, pursuit of high performance, operational pole, HPST, new governance.**