

# BILAN ET EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DES POLES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

## Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

présenté par :

**Philippe DOMY**

Président de la Conférence des Directeurs Généraux  
des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

**Pr Guy MOULIN**

Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale  
d'Etablissement des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

**Denis FRECHOU**

Président de la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers

**Dr Frédéric MARTINEAU**

Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale  
d'Etablissement des Centres Hospitaliers

**Dr Christian MÜLLER**

Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale  
d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés



## **7 constats**

- ✓ **Constat n°1** : les établissements publics de santé ont généralisé l'organisation en pôles, selon des modalités qui semblent pertinentes
  
- ✓ **Constat n°2** : les établissements ont développé la contractualisation avec les pôles, mais son contenu est variable, notamment sur les délégations de gestion et l'intéressement
  
- ✓ **Constat n°3** : les équipes de direction se sont adaptées à l'organisation polaire, mais les moyens dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion sont hétérogènes
  
- ✓ **Constat n°4** : le rôle des Présidents de CME dans la nomination des chefs de pôles et la signature des contrats fait débat et devrait être approfondi
  
- ✓ **Constat n°5** : les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant
  
- ✓ **Constat n°6** : l'action conjointe des chefs d'établissements, des Présidents de CME et des instances promeut le maintien d'une cohérence et d'une stratégie institutionnelles, garantie également par la contractualisation
  
- ✓ **Constat n°7** : la formation des chefs de pôles devrait être améliorée et généralisée

## **19 propositions**

- ✓ **Proposition n°1** : réaffirmer le principe des pôles et renforcer la liberté de les organiser
- ✓ **Proposition n°2** : inciter les établissements à élaborer une charte d'organisation des pôles
- ✓ **Proposition n°3** : conforter la logique médicale – et hospitalo-universitaire dans les CHRU - qui doit rester le fondement de l'organisation en pôles
- ✓ **Proposition n°4** : réaffirmer la place des services dans le pôle
- ✓ **Proposition n°5** : renforcer la cohérence entre l'organisation en pôles et l'organisation territoriale afin d'optimiser la lisibilité du parcours du patient et prendre en compte les coopérations et complémentarités
- ✓ **Proposition n°6** : adapter l'organisation en pôles à la taille et à la spécificité des établissements
- ✓ **Proposition n°7** : systématiser et généraliser les projets de pôles, les contrats de pôle et les délégations de gestion, les évaluer et les actualiser régulièrement
- ✓ **Proposition n°8** : renforcer les outils de pilotage à disposition des pôles
- ✓ **Proposition n°9** : favoriser le droit d'expression directe et le dialogue dans les pôles
- ✓ **Proposition n°10** : favoriser le management participatif au sein des pôles
- ✓ **Proposition n°11** : inscrire dans les référentiels et le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé des items relatifs à l'expression directe au sein des pôles et au dialogue au sein des pôles

- ✓ **Proposition n° 12** : prendre en compte l'investissement des chefs de pôle dans leurs missions, en contractualisant un dispositif de compensation du temps qu'ils y consacrent
- ✓ **Proposition n°13** : temporaliser les nominations des Chefs de Pôle en appréhendant leurs mandats avec une date butoir, 4 ans après la décision du Chef d'Etablissement arrêtant les pôles
- ✓ **Proposition n° 14** : impliquer les Présidents de CME dans la nomination des Chefs de Pôles
- ✓ **Proposition n°15** : favoriser la cohérence institutionnelle et l'association des chefs de pôle à la Gouvernance de l'hôpital
- ✓ **Proposition n°16** : actualiser le contenu des programmes de formation aux fonctions de Chef de Pôle
- ✓ **Proposition n°17** : un programme de formation aux fonctions de Chef de Pôle doit permettre au praticien qui y participe de valider son obligation annuelle de Développement Professionnel Continu
- ✓ **Proposition n°18** : valoriser les programmes de DPC au sein d'un territoire de santé
- ✓ **Proposition n°19** : former les responsables d'unité, de service et de département

## **Introduction**

Dans le cadre de la concertation qui a suivi la publication du rapport d'Edouard Couty pour un « pacte de confiance » à l'hôpital, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a confié aux conférences hospitalières, le 7 mai 2013, une mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé.

L'objectif de cette mission était de dresser le bilan de ces organisations, six ans après leur généralisation dans l'ensemble des hôpitaux publics, afin d'identifier leurs apports aux structures hospitalières, mais également les points pouvant être modifiés pour améliorer le fonctionnement des établissements dans ce cadre.

Conscientes de la diversité des organisations retenues par les établissements, les conférences ont, toutefois, souhaité établir certains constats partagés. Cette contribution les évoque, de même que les spécificités propres aux Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, aux Centres Hospitaliers et aux Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie.

## **Méthodologie**

Conformément aux engagements du Pacte de Confiance et à leur volonté d'un dialogue approfondi dans le cadre de la mission qui leur a été confiée par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, les Conférences ont souhaité associer à cette concertation les diverses institutions et les acteurs de terrain.

Cette concertation approfondie a porté à la fois sur le bilan du fonctionnement des pôles (éléments positifs et négatifs), ainsi que sur des préconisations d'évolution, afin de favoriser l'émergence d'un constat partagé et un consensus sur les propositions adressées à la Ministre.

La première étape de la concertation a consisté en la diffusion, auprès de tous les établissements hospitaliers, d'un questionnaire adapté à chaque type d'établissement (CHU, CH, EPSM) visant à évaluer, précisément, le fonctionnement des pôles dans chacun des établissements.

Ainsi, un questionnaire spécifique aux CHRU a été élaboré, dont la réponse a été validée par le Directoire. Le Directeur Général, le Président de la CME et le Doyen de la Faculté de médecine disposaient également d'une possibilité d'expression individualisée en fin de questionnaire.

Le questionnaire diffusé aux Centres Hospitaliers comportait environ 50 questions, dont une trentaine de questions fermées sur des informations objectives (budgets, nombre de pôles, nombre d'agents, etc.) et une vingtaine de questions plus subjectives. Il a été adressé d'une part aux directeurs, et d'autre part aux Présidents de CME, ce qui a permis d'évaluer les différences d'appréciation ou d'intérêt pour ces sujets.

Les résultats de ces questionnaires ont été exploités par chacune des conférences, afin de tenir compte au mieux des spécificités de chaque type d'établissement.

Dans un deuxième temps, les Conférences ont souhaité approfondir la concertation et l'analyse du fonctionnement des pôles en associant tous les acteurs concernés par cette question dans le monde hospitalier. Cinq sessions d'auditions ont été organisées, afin de permettre à tous les participants à la concertation de s'exprimer sur leur approche de l'organisation polaire, ainsi que sur leurs préconisations d'évolution. Des rencontres complémentaires ciblées sur des aspects spécifiques comme la psychiatrie et la santé mentale ont été organisées.

Lors de la première session d'audition (18, 19 et 20 septembre 2013), les syndicats suivants ont été auditionnés : SYNCASS-CFDT, CGT Cadres, CH-FO, SMPS, UNSA, CFDT, CFE-CGC.

Le 30 octobre 2013, les conférences ont reçu la Conférence des Doyens des Facultés de médecine, des représentants de la DGOS, les CHRU de Lille et de Nantes et le collège des médecins DIM.

Lors de la troisième session d'auditions (5 novembre 2013), les Conférences ont entendu les représentants de la Fédération Hospitalière de France, de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, de la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY) ainsi que de l'Union Nationale de Familles ou Amis de Personnes Malades ou Handicapées Psychiques (UNAFAM). Ils ont également reçu les CHU de Lyon, Nîmes et Amiens.

Le 7 novembre 2013, les Conférences ont reçu des représentants de l'Institut du Management de l'EHESP, de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES), de l'Association Française des Directeurs des Soins, ainsi que du CHRU de Strasbourg.

Une cinquième session d'auditions était organisée le 6 décembre 2013, associant des représentants des Centres Hospitaliers de Versailles et de Vichy, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), de la Haute Autorité de Santé, et de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

En outre, les Conférences de Centres Hospitaliers ont également organisé des rencontres en régions (Alsace, Ile-de-France, Aquitaine, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et Limousin) avec l'ensemble des catégories professionnelles présentes dans ces établissements.

Deux sessions complémentaires d'auditions propres aux établissements spécialisés en psychiatrie ont également été organisées les 20 et 21 novembre 2013, ainsi que le 16 décembre 2013, associant des représentants des établissements du Vinatier (Lyon), de Nanterre, Marseille, La Roche sur Yon, Poitiers, Neuilly-sur-Marne, Thuir et Paris.

Enfin, un échange informel avec les intersyndicales médicales (INPH, Avenir Hospitalier, CPH, CMH, SNAM-HP) a eu lieu le 11 décembre 2013.

## **BILAN**

- ✓ **Constat n°1 : les établissements publics de santé ont généralisé l'organisation en pôles, selon des modalités qui semblent pertinentes dans la majorité des établissements**

Le premier élément 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**. En effet, si la mise en place des pôles a été progressive – du début des années 2000 pour les précurseurs jusqu'à 2007 pour les derniers –, **l'ensemble des établissements d'un budget supérieur à 15 à 20 millions d'euros a aujourd'hui adopté ce type d'organisation**. Il convient de souligner que celle-ci est bien antérieure à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), même si le législateur a revu, à cette occasion, certaines modalités du fonctionnement des pôles et de l'organisation hospitalière. Pour le domaine propre à la psychiatrie, une contribution spécifique, annoncée en avril 2008, restait attendue, d'autant que la discipline n'était pas concernée par la tarification à l'activité.

Par ailleurs, la grande majorité des décideurs des hôpitaux 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 (inférieur 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.

Pour les établissements mono-disciplinaires spécialisés en psychiatrie, les réactions sont plus mitigées. Si le découpage en pôles est venu sensibiliser les acteurs du soin à une réalité médico-économique à prendre en compte, l'existence d'une organisation antérieure selon les principes de la sectorisation constituait la base de l'organisation des établissements eux-mêmes. Une adaptation n'a pu être réalisée généralement que sous réserve de la prise en compte de la logique sectorielle et de son implication territoriale, notamment du fait de la concordance entre pôles et secteurs prévue par la loi.

Il faut néanmoins noter la position plus nuancée voire critique des organisations syndicales de praticiens hospitaliers, notamment quant au constat du désinvestissement institutionnel d'une majorité des médecins et des anciens chefs de services.

Cette analyse est renforcée par le constat selon lequel la grande majorité des établissements a mis en place des pôles réunissant des activités complémentaires ou constituant une filière de soins pour les patients pris en charge. L'organisation en pôles s'est donc appuyée, dans une très large mesure, sur une **base médicale cohérente**, centrée sur la prise en soins des patients et,

- dans les établissements universitaires, sur la **proximité des disciplines au plan universitaire** :
  - association de spécialités complémentaires ;
  - association de services par thématiques d'organes ;

- association par filières de soins.
- dans les établissements mono disciplinaires en psychiatrie, sur la base de **l'organisation territoriale sectorisée** propre à cette discipline.

A titre d'illustration, dans les Centres Hospitaliers, il est précisé que plus de 90% des pôles sont construits sur une logique médicale (activités similaires ou complémentaires), ce taux s'élevant à 97% pour les Centres Hospitaliers les plus importants.

Ces logiques sont très souvent complémentaires les unes avec les autres et se recoupent largement. Les logiques constitutives de nature plus administrative :

- logique de gestion ;
- logique architecturale ;
- logique managériale

sont plus rarement rencontrées. Les critères liés aux affinités personnelles entre les responsables des services concernés ne sont pas des critères reconnus officiellement par la gouvernance des établissements, même si les critères d'affinités sont parfois dénoncés par certaines organisations.

A l'inverse, si les pôles et les structures internes qui les composent y contribuent nécessairement, les **activités de recherche s'effectuent souvent dans un cadre plus large**, associant plusieurs pôles ainsi que, dans certains cas, des partenaires scientifiques extérieurs (EPST). A ce titre, la création des **départements hospitalo-universitaires (DHU)**, effective ou en projet dans une majorité de Centres Hospitaliers Régionaux ou Universitaires (CHRU), semble constituer, y compris sur un plan régional ou inter-régional, une réponse adaptée aux besoins de ces activités.

Toutefois, il convient de veiller à ce que les projets de recherche conduits dans les pôles correspondent aux axes thématiques définis par le CHRU en collaboration avec l'Université. **Les établissements soulignent l'importance que les pôles hospitalo-universitaires s'appuient sur l'accompagnement de la gouvernance de l'établissement et les recommandations du Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé Publique (CRBSP).**

Sur la constitution des pôles, l'analyse conduite fait toutefois apparaître que ces logiques médicales ont parfois conduit à la création de pôles trop importants ou, plus rarement, de trop petite taille. Cependant, l'enquête réalisée auprès des établissements conclut **qu'il n'existe pas véritablement une taille optimale de pôle**, bien que des pôles trop importants (comprenant plus de 300 ETP par exemple) pouvaient présenter certaines difficultés de management et un risque de balkanisation.

Les Centres Hospitaliers ne sont, à ce titre, concernés que pour les plus importants d'entre eux : ainsi, 90% des pôles de ces établissements comptent moins de 300 ETP. La part des pôles comptant plus de 300 ETP s'élève à 20% dans les Centres Hospitaliers disposant d'un budget supérieur à 90 millions d'euros.



De nombreux établissements mono-disciplinaires en psychiatrie ont maintenu la correspondance entre pôle et secteur, en intégrant parfois une responsabilité d'intersectorialité. Cette option a permis le développement d'une logique de transversalité de nature à favoriser une meilleure cohérence du parcours de soins.

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 les établissements multi-sites, des **pôles multi-sites et transversaux** ont pu être mis en place. Ils ne paraissent pas limitants pour développer un projet médical de pôle et n'entravent pas réellement la dimension de gestion. Si toutefois, il est vrai que ceux-ci ne favorisent pas les transferts de moyens en personnels, il a été noté qu'ils peuvent trouver une **vraie logique médicale constituée autour de parcours de soins complémentaires** ou de logiques de contiguïté fonctionnelle de disciplines.

**L'organisation interne des pôles** témoigne également de la prédominance de cette logique médicale. Les **services** (ou autres structures similaires organisées autour des disciplines) ont généralement été maintenus : cette organisation concerne ainsi 90% des CH moyens ou importants, près de 100% des CHRU. Ils constituent la base de l'organisation en pôles et l'unité de proximité pour la prise en charge des patients. Ce maintien de l'affichage des disciplines garantit, en outre, la lisibilité des organisations pour les patients et les interlocuteurs extérieurs à l'hôpital, pour lesquels la logique et l'intérêt des organisations polaires, pertinente du point de vue organisationnel et médico-économique, ne sont pas toujours perceptibles.

Ce maintien des services apparaît d'autant plus important à la Conférence des Présidents de CME des EPSM que la psychiatrie s'inscrit, en vertu du Code de la Santé Publique, dans une organisation sectorisée largement extrahospitalière, de niveau départemental.

Il est également important de souligner que le découpage en pôles n'a été que **rarement une difficulté pour les établissements**. Lorsque cela a été le cas, il s'agissait, généralement, de problématiques préexistantes, ou de difficultés liées au rassemblement d'activités « résiduelles », ne trouvant pas leur complémentarité dans les pôles constitués par ailleurs. Pour autant, les pôles ainsi constitués ont généralement trouvé un mode de fonctionnement satisfaisant.

L'ensemble de ces éléments témoigne ainsi de la **qualité et de la pertinence des organisations** déployées par les établissements pour la mise en œuvre des pôles selon leur environnement, ainsi que de **l'appropriation**, en quelques années seulement, de ce nouveau modèle par les communautés hospitalières.

✓ **Constat n°2 : les établissements ont développé la contractualisation avec les pôles, mais son contenu est variable, notamment sur les délégations de gestion et l'intéressement**

Si l'organisation polaire a été progressivement généralisée, selon des modalités qui semblent pertinentes, les modalités de fonctionnement mises en œuvre par les établissements sont variables, semblant dépendre sensiblement de la taille et des spécificités des établissements concernés.

Cette variabilité concerne, au premier chef, les **contrats que les chefs de pôles** signent avec la direction de l'établissement. Si ceux-ci semblent quasiment généralisés dans les hôpitaux les plus importants, la formalisation de ces échanges décroît en fonction de la taille de l'établissement : ainsi, les hôpitaux de taille plus modeste ont moins systématisé ces outils (moins de 40% des CH dont le budget est inférieur à 60 millions d'euros sont concernés), auquel le recours semble moins nécessaire compte tenu des liens directs qui peuvent persister, au quotidien, entre tous les acteurs.

Lorsqu'ils existent, le **contenu de ces contrats semble également variable**. Ainsi, certains éléments semblent y figurer de manière quasiment systématique : c'est notamment le cas des **objectifs d'activité, d'efficience médico-économique, de qualité ou encore de management et d'organisation**. D'autres éléments apparaissent moins systématiquement. Il s'agit d'éléments liés au type d'établissement ou à des priorités définies comme stratégiques par les dirigeants et/ou les instances : ainsi, par exemple, des objectifs en matière de **recherche**, de **coopérations territoriales**, ou encore des critères reprenant des objectifs du **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**, ou du **projet d'établissement**. De même, les objectifs liés aux **activités d'enseignement et de formation** figurent de manière plus rare dans les contrats de pôles.

Corollaire de ces contrats de pôles, la mise en œuvre de « **projets de pôles** » est, en revanche, quasi-unanimement bien perçue par les établissements. En effet, la grande majorité d'entre eux considère que ces projets de pôles ont permis **d'améliorer les parcours de soins des patients, la qualité des soins dispensés**, mais aussi **l'efficience médico-économique** des établissements. Les acteurs considèrent également qu'ils ont contribué, comme les contrats de pôles, à **responsabiliser les acteurs**, notamment les médecins chefs de pôles et leur entourage. De manière rassurante, les établissements estiment enfin que les contrats et projets de pôles ont contribué à la **diffusion d'une culture d'établissement** par l'évocation de valeurs et de projets communs, ainsi que d'objectifs fédérateurs.

La plus grande variabilité des organisations mises en œuvre concerne les **délégations de gestion**, dont la mise en place se poursuit mais dont le type et le niveau des champs délégués aux pôles sont extrêmement différents d'un établissement à l'autre. Ainsi, la seule étude de la situation des CHRU, établissements pourtant relativement homogènes, laisse apparaître une très grande diversité : si certaines thématiques semblent déléguées aux pôles dans la majorité de ces structures (mensualités de remplacement, crédits de formation, dépenses hôtelières et médicales), celles-ci semblent plus partagées sur les autres champs pouvant faire l'objet d'une délégation (personnel médical ou non-médical, permanence des soins, équipement, travaux ou produits de la recherche et de l'innovation par exemple).

De même, dans les établissements publics de santé mentale, si l'étude menée a montré un mouvement en faveur des contrats de pôles, le champ des délégations ne fait, en revanche, pas l'unanimité.

**La mise en place des délégations de gestion apparaît très liée à la taille des établissements et des pôles.** Celles-ci sont, ainsi, mises en œuvre dans plus de 60% des Centres Hospitaliers dont le budget est supérieur à 60 millions d'euros, alors qu'elles ne le sont que dans 40% des Centres Hospitaliers en moyenne.

Si chaque établissement doit rester maître, dans le dialogue de gestion qu'il entretient avec les pôles qui le composent, du niveau de délégation qui semble le plus approprié à sa situation, **ce sujet semble compter, dans le bilan du fonctionnement des pôles, parmi ceux qui cristallisent les débats les plus denses entre les différents acteurs concernés.** Les chefs de pôles, notamment, semblent en attente d'une clarification importante en la matière, même si tous n'apparaissent pas demandeurs d'un approfondissement de ces délégations.

En tout état de cause, la mission déplore que **les principes de subsidiarité qui avaient présidé à la création des pôles soient peu appliqués.** Beaucoup d'établissements estiment que leurs pôles ne sont pas prêts pour une large délégation. Cette affirmation est vraie dans la mesure où les outils de gestion ne sont pas toujours pleinement développés et mis à disposition et où la volonté des équipes dirigeantes des pôles n'est pas toujours affirmée. Néanmoins, une large délégation pourrait entrer en conflit avec la nécessaire globalisation de la gestion des établissements confrontés à des difficultés financières dans un contexte national tendu. La nécessité de faire des choix à l'échelle d'un établissement est évidemment un facteur limitant la confiance accordée aux équipes pour exercer elles-mêmes des arbitrages difficiles. La subsidiarité peut toutefois avoir des vertus pédagogiques et de responsabilisation individuelle. Le pôle ne peut pas obtenir de résultats s'il n'a pas les moyens d'appliquer sa politique propre en cohérence avec celle de l'établissement.

La gouvernance des hôpitaux est donc confrontée à une **situation paradoxale** qui revient à vouloir donner une plus grande autonomie, facteur de dynamisation et d'attractivité à exercer des responsabilités et ne pas prendre de risque, quand elle-même est de plus en plus soumise à la contrainte de la tutelle.

La délégation totale de la gestion hospitalière n'est évidemment ni possible ni envisageable si l'on veut assurer le maintien d'une cohérence institutionnelle garantissant les mêmes soins pour tous, sauf à créer des entités totalement indépendantes les unes des autres. Le risque de balkanisation est probablement d'autant plus grand que la délégation est large et que le pôle a acquis une grande autonomie. Théoriquement la **mise en place de contrats inter-pôles** peut limiter ce risque. Ceux-ci sont toutefois faiblement développés et que la majorité des établissements leur accorde un avis mitigé. **Les contrats inter-pôles ne peuvent pas être seuls les garants de la cohérence contre la tendance à la balkanisation.** La régulation est de la responsabilité de la gouvernance de l'établissement qui doit garder la possibilité de redistribuer les moyens entre les pôles. Il s'agit d'un élément essentiel à l'équilibre de l'établissement.

Les **conditions de l'intéressement des pôles** sont également particulièrement variables selon les établissements : si la plupart d'entre eux les définissent dans les contrats de pôles, tous n'y consacrent pas des moyens importants. En outre, tous ne sont pas en mesure de verser des crédits d'intéressement aux pôles lorsque l'établissement est déficitaire. Enfin, les formes prises par l'intéressement sont diverses : il s'agit généralement d'une enveloppe financière dédiée, mais il peut également s'agir de crédits d'investissement ou d'intéressement non financier. Une grande variété de situations persiste donc à ce sujet.

✓ **Constat n°3 : les équipes de direction se sont adaptées à l'organisation polaire, mais les moyens dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion sont hétérogènes**

Dans leur fonctionnement quotidien, les établissements ont dû s'adapter sensiblement à la mise en œuvre des organisations polaires. Ainsi, en premier lieu, **la configuration et les missions confiées aux équipes de direction** ont été amenées à évoluer : les directions fonctionnelles ont dû se transformer pour devenir davantage des « prestataires » pour les équipes dirigeantes des pôles, adoptant un rôle de conseil et d'accompagnement en fonction du niveau des délégations de gestion.

De même, la majorité des établissements ont indiqué avoir confié à **certains cadres de direction des missions de suivi, de conseil et d'accompagnement des pôles**, soit à temps plein (directeurs délégués auprès des pôles), soit en complément de leurs missions fonctionnelles (directeurs référents). A titre d'illustration, les Centres Hospitaliers ont, pour plus de la moitié d'entre eux, identifié des directeurs référents des pôles. La part s'élève à 70% des Centres Hospitaliers dont le budget est supérieur à 60 millions d'euros.

Quelle que soit la configuration retenue, les équipes de direction des établissements publics de santé ont donc été amenées, parfois avec difficulté, à adapter leur rôle et leurs missions aux nouvelles organisations et aux compétences confiées aux pôles.

**Plus variable est, en revanche, le niveau et la qualité des outils dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion.** Ainsi, si des tableaux de bord et des indicateurs de suivi sont disponibles par pôle dans la plupart des établissements de taille importante, ceci est moins le cas dans les établissements plus modestes, dont les équipes dédiées à l'analyse de gestion et les moyens consacrés au système d'information de gestion sont souvent plus réduits.

Par ailleurs, lorsqu'ils existent, ces tableaux et indicateurs se concentrent essentiellement sur des **éléments d'activité ou un suivi financier** de la situation des pôles. S'ils se développent de manière notable, tous les établissements ne sont pas, en revanche, en mesure de fournir à leurs pôles des **comptes de résultats analytiques individualisés**, leur permettant d'identifier avec précision les axes majeurs de progression dans leur activité ou leur organisation. Il en est de même pour l'individualisation, au niveau des pôles, des résultats atteints en matière de **recherche ou d'innovation**, notamment dans les CHRU (SIGAPS, SIGREC, MERRI ou notoriété).

A l'inverse, dans les Centres Hospitaliers, en particulier au sein des établissements de petite taille ou de taille moyenne, la formalisation et les outils de suivi ne sont pas suffisants. Seul un quart des établissements a mis en place des budgets formalisés de pôles (la proportion s'élève à un tiers dans les Centres Hospitaliers les plus importants).

Tous les chefs de pôles ne disposent donc pas des mêmes outils pour l'accomplissement de leur mission de pilotage. Leur nombre semble croître avec la taille des établissements, au fur et à mesure que les liens se complexifient entre les directions fonctionnelles et des pôles souvent plus nombreux et plus importants.

✓ **Constat n°4 : le rôle des Présidents de CME dans la nomination des chefs de pôles et la signature des contrats fait débat et devrait être approfondi**

L'analyse des questionnaires et les différentes sessions d'auditions ont fait apparaître un point de discussion important entre les acteurs : celui de l'importance du rôle joué par les Présidents de Commissions Médicales d'Établissements dans la nomination des chefs de pôles et la signature des contrats de pôles.

Ainsi, la législation actuelle permet aux Présidents de CME et aux Doyens de proposer trois noms au chef d'établissement, qui procède à la nomination des chefs de pôles. Les Conférences des Présidents de CME (CHRU, CH et CHS) souhaitent que les Présidents puissent co-nommer les chefs de pôles et co-signer les contrats de pôles.

Toutefois, d'autres acteurs soulignent que les modalités actuelles sont appropriées, et qu'une convergence de vues apparaît presque toujours entre le chef d'établissement, le Président de la CME et, le cas échéant, le Doyen de la Faculté de médecine pour la nomination des chefs de pôles hospitalo-universitaires.

Néanmoins, une évolution des modalités d'association des Présidents de CME à la nomination des responsables de pôles et à la signature des contrats de pôles devrait être proposée, pour répondre à une attente de ces acteurs et renforcer la légitimité des chefs de pôles par une formalisation du rôle joué par le Président élu de la CME dans leur désignation et la fixation de leurs objectifs.

✓ **Constat n°5 : les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») a donné davantage de souplesse aux établissements en ce qui concerne les modalités d'organisation interne des pôles. Ainsi, la constitution de conseils de pôles représentant les différents professionnels n'est, dorénavant, plus obligatoire.

Toutefois, la **majorité des établissements a fait le choix de maintenir ces instances**, quoique leur constitution et leur fonctionnement aient été jugés, initialement, très complexes. La fréquence des réunions des conseils de pôles, les sujets qui y sont abordés et les modalités de concertation des professionnels sont toutefois très variables d'un établissement à l'autre, et parfois même d'un pôle à l'autre. Dans les CHS, ils ont souvent été maintenus sous la forme de conseils de secteurs.

Quoiqu'il en soit, le maintien de ces structures n'empêche pas le constat d'une **insatisfaction partagée par tous les acteurs quant aux modalités de représentation et d'association des professionnels au sein des pôles**. En effet, les chefs de pôles – comme d'ailleurs les collaborateurs et les bureaux qui les entourent de manière quasi-systématique – ne jouent que rarement le rôle d'une « courroie de transmission » efficace des informations entre la direction et les instances de l'établissement et l'ensemble des professionnels du pôle.

Ainsi, les personnels, y compris médicaux, ne disposent pas suffisamment d'informations pertinentes sur les orientations stratégiques de l'hôpital, sur l'actualité de ses projets ou encore sur les éléments d'actualité du pôle, même lorsque les chefs de pôles et leurs proches en disposent, via la CME, le Directoire ou les collèges de chefs de pôles (cf. 1.6.). A l'inverse, le droit d'expression directe des professionnels est relativement limité -voire absent- au sein des pôles.

Ce phénomène est l'illustration d'une difficulté plus large constatée dans les établissements hospitaliers, d'un certain **désinvestissement institutionnel des médecins non chefs de pôles**. Celui-ci a pu être encouragé par l'accumulation des réformes successives, notamment la tentative de départementalisation et de suppression des services, puis leur retour, leur fédération, la création des pôles de première génération qui les conservaient, et la deuxième génération qui semblait les oublier. De plus, l'évolution des modes de nomination et d'affectation des praticiens hospitaliers a favorisé, dans leur esprit, le sentiment, fortement relayé par les intersyndicales représentatives des personnels médicaux, d'une dépendance accrue aux influences locales nouvellement instituées, parallèlement à l'évolution des attributions et compétences des Commissions Médicales d'Etablissements.

De même, à l'exception de la Commission Médicale d'Etablissement, **les instances représentatives du personnel ne sont que peu informées du dialogue social existant au sein des pôles**, en tous cas en ce qui concerne les actions directement menées par le chef de pôle.

Ce point d'insatisfaction majeur, des dirigeants comme des professionnels hospitaliers, devra faire l'objet de propositions visant à améliorer profondément le fonctionnement des pôles en la matière.

✓ **Constat n°6 : l'action conjointe des chefs d'établissements, des Présidents de CME et des instances promeut le maintien d'une cohérence et d'une stratégie institutionnelles, garantie également par la contractualisation**

L'un des risques majeurs de la mise en œuvre d'une organisation polaire consisterait en une « **balkanisation** » des établissements hospitaliers, qui ne constitueraient plus une structure unique mais une juxtaposition d'entités plus ou moins autonomes voire rivales, disposant de leurs propres effectifs et suivant leur propre activité et leurs résultats. Si l'objectif de responsabilisation des dirigeants médicaux, soignants et administratifs des pôles pourrait alors être considéré comme atteint, le risque serait de voir les établissements organisés en silos étanches, mettant en cause la complémentarité de structures dont les intérêts ne seraient plus convergents vers une stratégie commune, mais autonomes voire concurrents.

L'analyse conduite par les conférences auprès des établissements dans le cadre de la mission fait clairement apparaître ce risque, que les dirigeants assurent toutefois maîtriser. En effet, de nombreux établissements évoquent, à ce titre, **l'action déterminante des chefs d'établissements, des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissements et des instances pour garantir une forte cohérence institutionnelle.**

En premier lieu, la majorité des établissements de taille importante indiquent avoir mis en place une **assemblée ou un collège des chefs de pôles**. Si les modalités et la fréquence de ces rencontres sont variables selon les établissements, et parfois même selon leur actualité, l'efficacité de ce moyen d'échange et de concertation est souvent soulignée. Parfois instance de pilotage stratégique, parfois plus opérationnelle, cette assemblée est généralement coordonnée par le chef d'établissement et le Président de la CME. Elle constitue souvent la garantie de la cohérence institutionnelle et de la conduite d'actions transversales, tout en permettant de développer la communication entre les chefs de pôles – parfois leur équipe proche – et les dirigeants de l'établissement, sans avoir remis en cause les rôles respectifs du Directoire et de la CME.

Par ailleurs, le **rôle des instances** dans le maintien de cette transversalité est souvent souligné. Ainsi, la plupart des établissements a maintenu la **participation de l'ensemble des chefs de pôles à la CME en tant que membres de droit et invités lorsque leur nombre dépasse la possibilité qu'ils soient tous membres de droit**. Compte tenu des compétences qui sont celles des CME, cette association des chefs de pôles à leurs travaux garantit leur participation et leur implication dans la stratégie transversale de l'établissement, notamment sur les aspects fondamentaux de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

En ce qui concerne les instances, le **rôle du directoire** est également déterminant dans le maintien de la cohérence institutionnelle. Si le fonctionnement peut en être variable, de nombreux établissements soulignent, en effet, le rôle d'arbitrage qui est le sien, dans la concertation qui entoure la décision du chef d'établissement, et l'impact que peuvent avoir les discussions qui s'y tiennent sur la garantie d'une participation des pôles à la stratégie de l'établissement.

Enfin, les **outils de contractualisation** qui ont accompagné la mise en œuvre des pôles constituent également, à leur niveau, une garantie du lien unissant les pôles à l'établissement, mais aussi du lien entre les pôles. Ainsi, **l'inclusion d'objectifs institutionnels dans les contrats de pôles** permet d'intégrer, dans la négociation des contrats puis des avenants, y compris en la liant aux critères d'attribution de l'intéressement, la question de la participation des pôles au projet stratégique de l'établissement, en définissant notamment l'articulation entre le projet du pôle et les différents volets du projet d'établissement. Par ailleurs, si elle n'est pas retenue par tous les hôpitaux, la conclusion de **contrats inter-pôles** permet également de rappeler les liens qui doivent unir ces entités et leur nécessaire contribution commune à des objectifs plus larges.

✓ **Constat n°7 : la formation des chefs de pôles devrait être améliorée et généralisée**

L'article R.6146-6 du Code de la Santé Publique dispose que «dans les deux mois qui suivent leur nomination, le Directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de Chef de Pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du Ministre chargé de la santé». Le cadre général des formations est fixé par l'arrêté du 11 juin 2010.

Les établissements de santé respectent cette disposition de manière générale. Les difficultés principales demeurent cependant de trois ordres :

- la disponibilité effective d'un praticien pour participer à un programme de formation d'une durée minimale de 60 heures lui permettant de disposer ensuite de l'ensemble des éléments pour assurer ses fonctions ;
- l'hétérogénéité des organismes de formation et de leur programme, quand bien même les domaines thématiques sont clairement identifiés (management des ressources humaines, gestion budgétaire et financière, qualité, sécurité et gestion des risques, management d'équipe et conduite du changement, systèmes d'information hospitaliers, pilotage médico-économique et performance hospitalière) ;
- chaque établissement dispose d'un fonctionnement qui lui est propre, de règles de gestion et d'organisation qu'il a adaptées en application des dispositions législatives et réglementaires. Le Chef de Pôle ne les appréhendera dans aucune formation théorique, mais exclusivement dans son propre établissement.

Par ailleurs la mise en place du Développement Professionnel Continu en 2013 constitue un paramètre incontournable devant être pris en considération dans le programme de formation des Chefs de Pôle. Il serait à ce titre essentiel que les formations aux fonctions de Chefs de Pôle permettent aux candidats de valider leur obligation de développement professionnel continu (DPC) au cours de l'année de leur réalisation.





## **LES PROPOSITIONS**

Ces propositions sont issues des enquêtes, auditions et débats menés par les conférences tout au long de la mission, qui ont fait apparaître un consensus très large.

### ✓ **Proposition n°1 : réaffirmer le principe des pôles et renforcer la liberté de les organiser**

En premier lieu, au regard des enquêtes et des auditions menées, la mission exprime son **souhait unanime que soit réaffirmé le principe de l'organisation des établissements hospitaliers en pôles.**

Par ailleurs, les résultats des enquêtes auprès des différents établissements et les différentes auditions menées par la mission confirment la nécessité du maintien d'une liberté d'organisation en pôles des établissements de santé. Les établissements de santé ne souhaitent pas que cette organisation soit encadrée par un texte national et ne souhaitent **pas de réglementation nouvelle** pour plusieurs raisons :

- cette organisation en pôles doit prendre en compte les spécificités et contraintes liées à la taille, au type d'activité et aux spécificités de chaque hôpital,
- cette organisation doit résulter d'un consensus interne issu d'un dialogue avec la communauté médicale et hospitalière,
- cette organisation est par nature liée au projet médical et aux problématiques spécifiques des différents territoires.

Cependant, il est apparu à la mission nécessaire de recommander que les règles principales d'organisation des pôles puissent figurer dans le **règlement intérieur** de l'établissement soumis au vote des instances et réactualisé autant que nécessaire.

En effet, la formalisation des règles d'organisation des pôles au sein du règlement intérieur présente de nombreux avantages :

- elle favorise la transparence et la communication interne au sein de la communauté hospitalière sur cette organisation,
- elle permet une actualisation régulière des règles d'organisation des pôles spécifiques à chaque établissement,
- elle constitue un document de référence, soumis à débat aux instances, et participe à ce titre au dialogue interne,
- elle permet le maintien de la cohérence entre les pôles au sein de l'établissement.

### ✓ **Proposition n°2 : inciter les établissements à élaborer une charte d'organisation des pôles**

Au-delà de l'inscription au sein du règlement intérieur des règles générales d'organisation des pôles, il apparaît utile qu'une **charte de l'organisation des pôles** puisse être proposée.

Cette charte serait l'occasion de préciser :

- les motivations du découpage en pôles retenu,
- la liste des pôles,
- les modes d'élaboration des projets de pôles et contrats de pôles et les éléments de cadrage institutionnel de leur contenu,
- les modalités de la délégation de gestion et éventuellement de l'intéressement,
- les instances des pôles (bureau de pôle, etc...) et leurs règles de fonctionnement (composition, fréquence des réunions, etc.),
- les modalités d'organisation des pôles, et notamment les relations entre les services, les pôles et l'établissement,
- les modalités d'organisation du dialogue au sein des pôles : droit à l'expression directe, conseil de pôle, assemblée générale de pôle, etc.,
- les éléments types des fiches de mission des chefs de pôles, cadres supérieurs de pôle, directeurs référents ou délégués, cadres administratifs de pôle ou assistants de gestion,
- les modalités de mise en cohérence des projets de pôles, contrats de pôles, etc. avec le projet d'établissement, la démarche qualité, le projet de territoire, le Projet Régional de Santé,
- si besoin, le mode de relation entre les pôles et les instances de l'établissement : conseil des pôles, Directoire, CME, CTE et Conseil de Surveillance.

Cette charte, qui pourrait ainsi contenir des éléments plus détaillés que ceux figurant dans le règlement intérieur, servirait aussi de document de référence au sein des pôles de l'établissement et serait déclinée dans chaque pôle, par l'élaboration d'une charte spécifique au pôle ou d'un règlement intérieur spécifique de pôle, qui au-delà du cadre commun, déclinerait les aspects particuliers du pôle.

✓ **Proposition n°3 : conforter la logique médicale – et hospitalo-universitaire dans les CHRU - qui doit rester le fondement de l'organisation en pôles**

La mission souhaite rappeler que le découpage en pôles et le mode d'organisation des pôles doivent rester fondés sur la **logique du projet médical**. Le projet médical est en effet l'élément majeur qui doit présider aux modalités de découpage en pôles de l'établissement et rester le fondement de l'évolution des pôles. Dans les CHRU et les hôpitaux accueillant des services universitaires, ce projet médical est décliné dans sa triple dimension de soins, d'enseignement et de recherche, dans les pôles.

Cette logique de projet médical prend en compte également les **logiques de filière de soins, de parcours de soins** au sein de l'établissement et du territoire, le développement des nouveaux modes de prise en charge, notamment en ambulatoire, et intègre les orientations du projet régional de santé et les différents plans nationaux.

Dans les CHRU, un certain nombre d'établissements ont constitué des DHU (départements hospitalo-universitaires) ou des FHU (Fédérations Hospitalo-Universitaires), orientés sur la dimension de recherche qui peut être transversale aux pôles, dans le cadre de thématiques

particulières. **Cette logique de DHU ou FHU ne se substitue pas aux pôles**, mais la complète, en mettant en exergue des coopérations transversales inter-pôles axées sur la recherche.

A tout le moins, en CHRU, les pôles doivent **privilégier des projets de recherche et de formation dont les thématiques sont cohérentes avec leur projet médical et l'organisation des activités médicales**. L'adossement à un ou plusieurs EPST s'avère hautement souhaitable pour développer des thématiques de recherche et assurer le continuum recherche – innovation – soins.

#### ✓ **Proposition n°4 : réaffirmer la place des services dans le pôle**

Les services, unités ou départements demeurent le niveau opératoire de proximité pour les patients, les familles, les soignants et les médecins qui y exercent. **La mission entend réaffirmer leur place dans le fonctionnement de l'établissement, au sein des pôles.**

Aussi, la nomination des responsables de ces structures (chefs ou coordonnateurs de service, d'unité ou de département) doit-elle être **proposée au chef d'établissement par le Président de la CME** (qui peut prendre conseil auprès de sa Commission) **et le chef de pôle**, en référence au projet médical et au projet de soins déployés sous l'autorité du chef de pôle ; ces responsables demeurant les interlocuteurs privilégiés de leur discipline auprès du chef de pôle, du Président de la CME et du chef d'établissement.

#### ✓ **Proposition n°5 : renforcer la cohérence entre l'organisation en pôles et l'organisation territoriale afin d'optimiser la lisibilité du parcours du patient et prendre en compte les coopérations et complémentarités**

L'optimisation du parcours du patient dans les territoires est un objectif majeur dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Par ailleurs, l'ensemble des établissements de santé est fortement engagé dans des coopérations territoriales avec d'autres établissements publics, privés, médico-sociaux ainsi qu'avec la médecine libérale et les autres professionnels de santé de ville.

Les enquêtes et auditions menées par la mission ont conforté la nécessité de prendre en compte cette dimension dans l'organisation en pôles afin que les enjeux territoriaux d'optimisation du parcours de soins soient pleinement intégrés dans les projets et contrats de pôle.

De nombreux outils juridiques permettant les coopérations existent aujourd'hui et sont pleinement utilisés (CHT, GCS, GIE, etc.), même s'ils ne sont pas toujours satisfaisants.

Cependant, il est apparu à la mission nécessaire de réaffirmer que **la notion de pôle doit de manière privilégiée être réservée à l'organisation interne des établissements**, ce qui n'exclut pas la mise en œuvre des pôles territoriaux prévus aujourd'hui par la loi dans le cadre des CHT.

Par ailleurs, les fédérations médicales inter-hospitalières prévues aujourd'hui par le Code de la Santé Publique, paraissent des outils intéressants dans le cadre de l'organisation du parcours de soins.

**La possibilité pour les établissements de constituer et d'adhérer à plusieurs communautés hospitalières de territoire** (ce qui suppose une modification de la loi) paraît à la mission une proposition de nature à favoriser et renforcer les coopérations territoriales dans le cadre de la nouvelle Stratégie Nationale de Santé.

Concernant les fédérations médicales inter-hospitalières, la mission propose que l'article L6135-1 soit modifié afin de **permettre que la mise en œuvre de fédérations médicales inter-hospitalières pour les centres hospitaliers soit également possible pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires.**

Pour ce qui concerne les établissements mono-disciplinaires spécialisés en psychiatrie, il est légitime de considérer que chaque secteur de psychiatrie, au sens du Code de la Santé Publique, puisse correspondre à un pôle, garantissant ainsi cohérence entre organisation soignante et déclinaison territoriale. Souvent réunis dans le cadre de pôles inter-sectoriels dans les autres établissements, les secteurs doivent toutefois rester identifiés dans les organigrammes des établissements afin d'assurer une meilleure lisibilité de l'organisation des soins dans les territoires de proximité.

✓ **Proposition n°6 : adapter l'organisation en pôles à la taille et à la spécificité des établissements**

Il ressort très clairement de l'étude réalisée dans les Centres Hospitaliers, les Etablissements Publics de Santé Mentale et les « ex – hôpitaux locaux » que l'intérêt de l'organisation en pôles est très corrélé à la taille des hôpitaux, mais aussi à quelques autres paramètres (nature des activités, organisations multi-sites, etc).

Le principe de l'organisation en pôles doit donc être clairement affirmé, tout en admettant que des dérogations puissent être envisagées, selon la taille (en général pour les établissements dont le budget est inférieur à 30 millions d'euros), mais aussi selon les activités (spécialisation, peu d'activités MCO, etc) ou encore l'éclatement géographique des structures.

Il n'est donc pas inutile de s'interroger sur la pertinence de ces structures très importantes dont la lourdeur et la complexité font perdre les qualités principales des pôles.

En outre, il apparaît nécessaire de recommander une **masse critique suffisante et pertinente** pour le découpage en pôles en évitant deux écueils :

- pour les petits établissements, la question du maintien de l'obligation du découpage en pôle se pose. Il serait opportun pour ces établissements de prévoir une possibilité de dérogation à l'organisation en pôles en deçà d'un certain seuil de lits ;

- pour les établissements les plus importants, il est également apparu qu'au-delà d'un certain seuil, l'organisation en pôles perd de sa pertinence et rend difficile le management de proximité et l'organisation des transversalités.

Bien qu'il n'apparaisse pas clairement de taille optimale des pôles, il ressort que la plupart des établissements ont organisé leurs pôles sur une base assez homogène de 100 à 300 agents. Seuls les établissements les plus importants – et en particulier les CHRU – ont pu constituer des pôles de plus de 500 agents.

✓ **Proposition n°7 : systématiser et généraliser les projets de pôles, les contrats de pôle et les délégations de gestion, les évaluer et les actualiser régulièrement**

A l'occasion des enquêtes et des auditions, il est apparu que tous les pôles ne disposaient pas de projets de pôles, de contrats de pôles et de délégation de gestion. En particulier, dans les Centres Hospitaliers de petite taille ou de taille moyenne, moins de 40% des pôles ont conclu des contrats de pôles.

Ces outils apparaissent nécessaires pour le bon fonctionnement des pôles car ils constituent des éléments d'expression de leurs objectifs, de mise en cohérence et d'articulation entre le **projet d'établissement, notamment le projet médical**, et les projets de pôles. Ils permettent également l'intégration, dans les pôles, des différents **objectifs institutionnels** ainsi que des **éléments territoriaux** rappelés par la Stratégie Nationale de Santé (intégration dans les parcours de soins, développement de réseaux, contractualisation avec les autres établissements).

Par ailleurs, ils sont des éléments essentiels dans le **dialogue stratégique et de gestion** entre les pôles et la gouvernance de l'établissement, dialogue qui doit être régulièrement organisé afin d'évaluer le bon fonctionnement des pôles, l'avancée des projets et contrats de pôles, les résultats de la mise en œuvre du projet de pôle et des objectifs fixés.

Enfin, ces outils sont des éléments de nature à favoriser la **transparence et la communication interne au sein des pôles** sur les objectifs du pôle, et donc de faciliter l'appropriation interne par les équipes médicales et soignantes du projet de pôle et des objectifs du pôle et l'institution.

La mission recommande donc :

- que soient **systématisés et généralisés les projets de pôle, contrats de pôle et délégations de gestion** pour l'ensemble des pôles. Dans ce cadre, la **délégation de gestion pourrait être élargie** (par exemple budgets délégués, recrutements du personnel non médical, fongibilité de certains emplois non médicaux) mais doit **être parfaitement encadrée**. Chaque établissement doit garder la liberté de choisir le degré de délégation qu'il est prêt à consentir aux pôles ;
- qu'un **dialogue stratégique et de gestion** équilibré et réciproque entre le pôle et la gouvernance de l'établissement soit organisé au minimum annuellement pour réaliser un point d'étape du projet de pôle, du contrat de pôle et de la délégation

de gestion. Ce dialogue interne peut se traduire le cas échéant, par une actualisation du projet de pôle, un avenant au contrat de pôle et une modification des délégations de gestion ;

- que **le Directoire soit l'organe de concertation et de régulation transversale de cette délégation**. Il doit se doter des outils de suivi des résultats et des moyens de les apprécier. Les équipes responsables des pôles doivent rendre des comptes régulièrement de leurs actions auprès du Directoire. Les modalités d'intéressement établies sur la base de ces indicateurs doivent privilégier des projets collectifs ;
- que les contrats de pôles **laissent la place aux évolutions institutionnelles portées par le Directoire, qui s'imposent aux objectifs des pôles** (modification des périmètres des pôles, évolution des projets médical et d'établissement, évolution médicale des prises en charge, etc) lorsqu'elles sont nécessaires ;
- que les contrats de pôles incluent, de manière systématique, **des objectifs en termes de qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques, de qualité des organisations, d'expression des personnels** et, dans les établissements concernés, des objectifs de **production de recherche**. Les indicateurs spécifiques de la recherche pourraient également être intégrés (SIGAPS, SIGREC, PHRC, etc.). Le contrat de pôle doit mettre en exergue les **axes thématiques de recherche développés dans les pôles hospitalo-universitaires** ;
- que **les contrats de pôles soient co-signés par le directeur de l'établissement, le Président de la CME**, au titre des orientations en lien avec le projet médical et, dans les CHRU, visés par les **Doyens des Facultés concernées (médecine, odontologie, pharmacie)**, au titre de l'enseignement et de la recherche.

Les **délégations de gestion** demeurent, quant à elles et par nature, de la seule compétence du chef d'établissement, tant dans la définition du champ d'action que de la formalisation des actes délégués.

#### ✓ **Proposition n°8 : renforcer les outils de pilotage à disposition des pôles**

Il est apparu à la mission que même si un certain nombre d'outils existent à la disposition des pôles (tableaux de bord, indicateurs de suivi, etc.), ces outils sont souvent disparates, ne sont pas toujours généralisés et ne correspondent pas toujours aux attentes des équipes.

Ces outils se limitent également souvent à des indicateurs d'activité financiers et n'intègrent pas suffisamment des objectifs médicaux de qualité ou des éléments relatifs à la dimension territoriale, ou à la recherche et à l'innovation.

Enfin ces outils, au-delà de l'équipe dirigeante du pôle (« trio de pôle » réunissant le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et le cadre gestionnaire), ne sont pas toujours connus des équipes médicales et soignantes au sein des pôles.

Aussi la mission recommande-t-elle :

- de mener une **réflexion au sein de chaque établissement sur les outils de pilotage à disposition des pôles** et d'inclure la définition de ces outils dans le règlement intérieur et la charte d'organisation des pôles ;
- de généraliser, grâce à une comptabilité analytique performante, au-delà des **tableaux de bord d'activité et financiers** des indicateurs de suivi relatifs à la politique de qualité de la prise en charge, à l'optimisation du parcours du patient et à la politique territoriale ;
- de généraliser les **comptes de résultat analytiques spécifiques aux pôles** ;
- d'intégrer des **indicateurs relatifs aux résultats en matière de recherche et d'innovation**, particulièrement dans les CHRU.

✓ **Proposition n°9 : favoriser le droit d'expression directe et le dialogue dans les pôles**

La mission a pu constater une **demande forte de dialogue** au sein des pôles, exprimée tant par les responsables des organisations syndicales de personnels non médicaux que des personnels médicaux.

Par ailleurs, les responsables des pôles comme les responsables institutionnels s'accordent sur le constat d'échec de la mise en œuvre, initialement trop formalisée, des conseils de pôles et sur la nécessité de favoriser une expression des salariés et un dialogue médical et social au sein des pôles jugé aujourd'hui comme insuffisant.

En effet, la complexité juridique du mode de constitution des conseils a conduit une impossibilité opérationnelle de leur mise en œuvre et à la suppression de cette disposition dans les textes.

La mission ne recommande **pas de prévoir une nouvelle réglementation** en la matière, afin d'éviter de réitérer l'échec des conseils de pôle, et de tenir compte de la diversité des établissements et des pôles.

Cependant et pour autant, le **droit à l'expression directe** dans les pôles apparaît peu utilisé et peu mis en œuvre, même si un certain nombre de pôles a maintenu des conseils de pôles. Par ailleurs, certains responsables de pôle veillent à organiser régulièrement une concertation des équipes médicales et soignantes au sein des pôles. Mais cette concertation n'est pas systématique, et, est organisée de manière très disparate selon les pôles, voire n'existe pas du tout pour de nombreux pôles.

Aussi, la mission recommande-t-elle :

- de proposer la mise en place systématique de **réunions de concertation au sein des pôles : bureau de pôle, conseil de pôle, assemblée générale médicale du pôle, assemblée générale du pôle**. Les modalités et la fréquence de ces réunions doivent être adaptées aux pôles et proposées par le chef de pôle et le trio de pôle et validées par la Gouvernance de l'établissement. La mission recommande que



- l'ensemble des représentations du pôle soit réuni au moins de manière semestrielle ;
- d'inscrire comme **volet obligatoire du projet social, les modalités d'expression et de concertation au sein des pôles**. Ces modalités devraient également figurer impérativement dans la **charte d'organisation** des pôles et le **règlement intérieur** d'établissement ;
  - qu'un **bilan annuel** de l'exercice du droit d'expression dans les pôles et des modalités d'organisation de la concertation interne au sein des pôles soit élaboré et **soumis aux instances** de l'établissement, dans le cadre du rapport d'activité annuel ;
  - que le **bilan social** prévoie des indicateurs relatifs aux modalités d'expression directe et de concertation au sein des pôles (nombre de réunions de bureaux de pôle, conseils de pôle, assemblée générale médicale de pôle, etc.) ;
  - d'élaborer des **outils d'information et de communication spécifiques** au sein des pôles afin de favoriser l'information des équipes des pôles sur la vie du pôle : newsletter du pôle, diffusion d'une synthèse des comptes rendus de bureaux de pôle ou d'assemblée générale, etc.

En tout état de cause, la mission souhaite préciser que le développement de ce droit d'expression directe et le développement du dialogue au sein des pôles doit s'inscrire dans le respect du rôle des instances (CTE, CME, CHSCT, Conseil de Surveillance, CSIRMT, etc.) et du **rôle des organisations syndicales représentatives, le dialogue avec celles-ci devant rester centralisé** au niveau de l'établissement.

✓ **Proposition n°10 : favoriser le management participatif au sein des pôles**

Le constat d'une attente des salariés en matière de formation et de participation à la vie du pôle est aussi lié à la question de la formation et du mode de management des pôles. L'information est parfois trop souvent limitée à celle du trio de pôle et au bureau de pôle.

Afin de favoriser le dialogue social et l'expression des salariés au sein des pôles, il apparaît nécessaire à la mission :

- de prévoir des **items obligatoires au sein du projet de pôle, et du contrat de pôle relatifs aux modalités d'expression et de concertation au sein des pôles**. La liberté d'organisation dans ce domaine doit être laissée aux établissements sous réserve que ces modalités soient déclinées dans la charte d'organisation des pôles et dans le règlement intérieur. Cependant la mission recommande de prévoir des objectifs et des indicateurs spécifiques relatifs à ces aspects dans le projet et le contrat de pôle ;
- de renforcer la **formation des chefs de pôle et du trio de pôle au management participatif et aux enjeux de dialogue social**. Les chefs de pôle doivent être sensibilisés et formés de manière systématique à l'importance de l'organisation du dialogue interne au sein des pôles et aux méthodes de management participatif. Le bilan de l'investissement du chef de pôle, et de l'ensemble des responsables de

pôles (trio de pôle), dans ce domaine doit faire partie de l'évaluation des mandats dans le cadre d'indicateurs prévus au projet et au contrat de pôle.

✓ **Proposition n°11 : inscrire dans les référentiels et le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé des items relatifs à l'expression directe au sein des pôles et au dialogue social au sein des pôles**

La **qualité du dialogue social au sein des pôles** est apparue à la mission comme un élément contribuant à la **démarche d'amélioration continue de la qualité** au sein des établissements. En effet, la communication interne sur les objectifs qualité comme sur l'ensemble des objectifs de l'institution, et leur appropriation par l'ensemble des équipes, apparaissent comme des éléments clés pour favoriser l'adhésion et l'implication des équipes dans l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital.

Aussi, la mission recommande-t-elle : de **compléter le manuel de la Haute Autorité de Santé** relatif à la certification des établissements par des **éléments de référentiels relatifs à l'expression directe et aux modalités de concertation et de dialogue social au sein des pôles**.

Ainsi le critère 2.d du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé relatif au "Dialogue social et à l'implication des personnels" (chapitre relatif au management de l'établissement) pourrait être complété comme suit :

- critère E2-Mettre en œuvre :  
« Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en œuvre au sein des secteurs **et des pôles** d'activité »
- critère E3 – Evaluer et améliorer  
« Le dialogue social est évalué à périodicité définie ».

**Proposition de complément : les modalités d'implication et d'expression des personnels au sein des pôles sont évaluées à périodicité définie.**

✓ **Proposition n° 12 : prendre en compte l'investissement des chefs de pôle dans leurs missions, en contractuant un dispositif de compensation du temps qu'ils y consacrent**

La compensation apparaît comme symboliquement importante pour **affirmer et reconnaître le caractère d'implication dans les fonctions** ; elle apparaît également cohérente avec la démarche consistant à faire des Chefs de Pôle des interlocuteurs privilégiés dans la vie de l'établissement. Elle serait en outre utile au fonctionnement des pôles, à l'activité clinique de la discipline dont est issu le Chef de Pôle.

Le rôle du Chef de Pôle et sa participation à la dynamique de son établissement posent la question de sa disponibilité effective. 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.

L'ensemble requiert pour le Chef de Pôle un temps dédié parfois conséquent, ce qui le conduit à laisser de côté certaines de ses activités hospitalières et/ou universitaires.

Cette compensation lui permettrait, dès lors, en contrepartie de sa disponibilité effective pour occuper ses fonctions, de bénéficier de la possibilité d'une compensation en temps médical sous la forme d'un poste non pérenne, corrélé à la durée de ses fonctions (en vacations de praticien attaché en particulier, car il s'agira rarement de postes à temps plein), le temps de la durée du mandat du Chef de Pôle.

Dans ce cadre, l'établissement pourrait ainsi identifier les pôles pour lesquels il paraîtrait opportun d'envisager par contrat :

- le temps médical effectif que le Chef de Pôle consacrerait à ses fonctions ;
- l'opportunité d'affecter du temps médical afin de compenser la perte d'activité liée à la mobilisation du Chef de Pôle pour occuper ses fonctions ;
- les modalités de répartition de l'activité jusqu'alors accomplie par le Chef de Pôle entre l'ensemble des membres de l'équipe médicale du pôle.

L'ensemble s'inscrirait dans le tableau des emplois rémunérés du (ou des) pôle(s) concerné(s).

Il convient par contre de tenir compte de l'hétérogénéité des pôles en termes de dimension et de complexité et d'éviter des effets de seuils trop importants entre les responsabilités de Chef de Pôle qui seraient bien compensées et celles de responsables d'unité, de service ou de département qui ne le seraient pas.

La détermination du niveau de compensation relèverait des établissements afin de tenir compte de leurs spécificités propres (périmètre, complexité des pôles, politique de déconcentration et de délégation de gestion, sollicitation des Chefs de Pôle dans les instances et groupes de travail...), assortie d'une recommandation minimale de l'ordre de 15%.

A cet égard, une mesure du même type devrait concerner le Président de la CME.

✓ **Proposition n°13 : temporaliser les nominations des Chefs de Pôle en appréhendant leurs mandats avec une date butoir, 4 ans après la décision du Chef d'Etablissement arrêtant les pôles**

La réglementation prévoit en l'état actuel que les Chefs de Pôle soient nommés pour une durée de 4 ans, ce qui ne pose pas de problème pour toutes les nominations initiales. Cependant, il faudra **reconsidérer la durée des nominations intermédiaires** car cela introduit une désynchronisation des mandats.

Cela revient à **arrêter la durée des nominations intermédiaires des Chefs de Pôle sur l'échéance des 4 ans** (notion de mandat partiel correspondant à la durée restant à couvrir).

En outre, en raison de possibles conflits d'intérêts, il est proposé de **maintenir l'incompatibilité entre les fonctions de Président de Commission Médicale d'Établissement et celles de chef de pôle**. Cette incompatibilité devrait être étendue aux Présidents de commissions médicales locales dans les CHU de Paris, Lyon et Marseille. À l'inverse, les établissements dont la taille réduite n'aurait pas permis la constitution de pôles en nombre suffisant pourraient en être exonérés. Une telle disposition devrait alors être inscrite dans le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin, la mission recommande de **limiter à deux mandats consécutifs le renouvellement des fonctions des chefs de pôles**, dans la mesure du possible et sauf avis contraire des instances. Cette disposition devrait, le cas échéant, figurer dans le règlement intérieur des établissements.

✓ **Proposition n° 14 : impliquer les Présidents de CME dans la nomination des Chefs de Pôles**

L'équilibre actuel de la co-proposition de noms par le Président de la CME et le Doyen en CHRU paraît satisfaisant. Cependant, une simplification des conditions doit être introduite : la règle des trois noms est à proscrire, au bénéfice de la proposition d'un seul nom, dans un souci d'efficacité et de consensus.

Il est rappelé dans ce cadre :

- l'attachement des acteurs à la démocratie interne et à une gouvernance équilibrée de l'hôpital. Il est recommandé d'associer largement sur le terrain le corps médical à toutes les décisions, particulièrement le Président de la CME dans le respect du rôle spécifique du directeur, décideur final conformément à ses responsabilités spécifiques et légales.
- l'intérêt de l'approche selon laquelle il n'y a pas de "modèle unique" et la volonté de laisser aux hôpitaux une liberté d'organisation en fonction de leur taille et de leurs spécificités.

La gouvernance n'est pas seulement affaire de pouvoir et de prérogatives mais surtout de responsabilité. Cette règle vaut pour tous les établissements publics et obéit aux principes généraux du droit et à la logique de gestion d'un établissement public, qui prévoit précisément les responsabilités légales y compris sur le plan médico-légal, juridique, budgétaire, voire pénal du Chef d'Établissement.

Pour autant, une association, le plus en amont possible, du Président de la CME est indispensable à la confiance dans le processus de décision de nomination des chefs de pôle, **assortie de son visa et ainsi de son engagement conjoint avec le chef d'établissement, sans**

**remettre en cause ses responsabilités légales**, par nature exclusives. Le visa attesterait de la reconnaissance, de **l'autorité et de l'engagement des instances médicales**.

De la même façon, la **décision de mettre fin aux fonctions** d'un chef de pôle sans attendre la fin réglementaire de son mandat devrait faire l'objet du visa du Président de la CME, témoignant ainsi de la **solidarité de la gouvernance dans une décision de nature institutionnelle**.

✓ **Proposition n°15 : favoriser la cohérence institutionnelle et l'association des chefs de pôle à la Gouvernance de l'hôpital**

Sur ce point, il n'apparaît pas souhaitable d'envisager des dispositions réglementaires.

L'autonomie d'organisation des établissements doit en la matière être mise en avant, afin de tenir compte là-aussi des spécificités d'organisation et des contextes particuliers...

Cela n'empêche pas néanmoins que des recommandations puissent être faites (association des directeurs référents, élaboration de l'ordre du jour, fréquence, animation des réunions,...) permettant d'orienter les pratiques vers ce qui pourrait apparaître comme un équilibre s'inscrivant dans l'esprit de la loi et de la gouvernance imaginée dans les établissements.

Ainsi, la mission recommande la tenue de réunions régulières des Chefs de Pôle présidées par le Directeur Général et le Président de la CME pouvant se traduire sous plusieurs formes (réunions spécifiques, Conseil des Chefs de pôle, Directoire élargi, etc.). Les modalités de mise en œuvre seront intégrées dans la charte de fonctionnements des pôles.

✓ **Proposition n°16 : actualiser le contenu des programmes de formation aux fonctions de Chef de Pôle**

En premier lieu, la mission recommande de rappeler que la formation des chefs de pôles est obligatoire. Elle préconise que cette formation ait lieu avant la nomination du praticien comme chef de pôle ou, à défaut, soit réalisée durant la première année d'exercice.

Les dispositions législatives et réglementaires afférentes à l'organisation au sein des établissements publics de santé ont évolué depuis 2010.

La mission recommande l'abrogation de l'arrêté du 11 juin 2010. Les modalités et le volume horaire des formations dispensées aux chefs de pôles doivent être laissées à l'appréciation des établissements et définies dans leur règlement intérieur.

En tout état de cause, il semble nécessaire de compléter ces formations par trois thématiques nouvelles :

**1. L'organisation du système de santé et de l'hôpital public :**

- les Chefs de Pôle doivent connaître l'ONDAM, la LFSS, le rôle et la place des ARS, le CPOM et le projet d'établissement ;
- l'organisation de l'hôpital public doit aussi être rappelée : nomination du Directeur, des Chefs de Pôle, des Responsables de structure interne, élection de la CME et de son Président, des représentants du CTE, du CHSCT, de la CSSI, composition du Directoire, du Conseil de Surveillance et rôle respectif de chaque acteur ;
- le règlement intérieur de l'hôpital.

**2. Le développement professionnel continu :** le DPC constitue aujourd'hui un levier de mise en application du projet d'établissement et du projet de pôle. Les Chefs de Pôle doivent en comprendre l'importance, mais également les modalités de déploiement au sein de leur pôle d'activité.

**3. La formation des chefs de pôle au management participatif et aux enjeux de dialogue social.** Les chefs de pôle doivent être formés à l'importance de l'organisation du dialogue interne au sein des pôles et aux méthodes de management participatif

En outre, le praticien qui participe à une formation aux fonctions de Chef de Pôle doit, pour la valider, disposer d'une formation pratique dans son établissement qui complète le module théorique. Chaque hôpital a en effet une organisation interne qui lui est propre, et il n'est pas possible de généraliser les formations intégralement.

L'établissement doit, par conséquent, compléter la formation théorique de présentations concernant :

- son CPOM et son projet d'établissement ;
- son règlement intérieur ;
- les contrats de pôle et les délégations de gestion qu'il propose ;
- le circuit de présentation des dossiers et projets devant les instances ;
- les acteurs de l'établissement dans la gouvernance et leurs rôles respectifs.

✓ **Proposition n°17 : un programme de formation aux fonctions de Chef de Pôle doit permettre au praticien qui y participe de valider son obligation annuelle de Développement Professionnel Continu**

Le DPC est aujourd'hui principalement orienté sur la gestion du management de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques.

Une formation aux fonctions de Chef de Pôle ne permet pas à elle-seule de valider une obligation de DPC pour l'heure. Il serait essentiel :

- soit de l'intégrer pour l'avenir parmi les orientations nationales afin de permettre de la valider officiellement ;
- soit de l'intégrer, à l'image des professionnels de santé ambulatoires, parmi les méthodes HAS validant le DPC relatives à « l'approche intégrée à l'exercice pluri-professionnel ».

**La seconde hypothèse paraîtrait la plus cohérente**, dans la mesure où le pôle constitue un mode d'organisation précisément destiné à fédérer différentes professions médicales et paramédicales autour du chemin clinique du patient. L'ensemble relierait par ailleurs entre elles les démarches hospitalière et ambulatoire.

En tout état de cause, il apparaît important que ces processus de formation des chefs de pôles s'intègre, a minima, harmonieusement à la dynamique du plan de formation des personnels médicaux arrêté après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

✓ **Proposition n°18 : valoriser les programmes de DPC au sein d'un territoire de santé**

Les établissements de santé se constituent aujourd'hui en communautés hospitalières de territoire (CHT), avec notamment la mise en place de pôles d'activité de territoire.

Les Pôles d'activité médicale hospitalière de territoire ne peuvent avoir de réalité que lorsque les professionnels de santé se connaissent, coopèrent et partagent leurs expériences et pratiques médicales. Le DPC peut constituer un moyen de les rassembler autour de programmes de formation communs auxquels ils pourraient s'inscrire.

A l'image de ce qui était indiqué précédemment (Proposition n° 3), il peut être envisagé :

- d'intégrer pour l'avenir, parmi les orientations nationales, le fait que les programmes de DPC fédérant des équipes médicales et paramédicales de plusieurs établissements sont à encourager, en particulier au sein des pôles d'activité de territoire ;
- d'intégrer parmi les méthodes HAS validant le DPC relatives à «l'approche intégrée à l'exercice pluri professionnel».

A terme des programmes de territoire hospitalier et ambulatoire communs pourraient également voir le jour. Il est indispensable de les encourager.

✓ **Proposition n°19 : former les responsables d'unité, de service et de département**

A l'initiative des établissements hospitaliers et à l'image des Chefs de Pôles, il paraît essentiel que les responsables d'unité, de service et de département disposent d'une **formation minimale leur permettant d'appréhender leur rôle, les moyens et les**

**délégations dont ils disposent pour agir.** Celles-ci sont rendues indispensables par l'importance des fonctions de management qu'ils assurent.

A cet effet, ils pourraient participer aux modules de formation internes à leur établissement initialement dédiés aux chefs de Pôles. Cela leur permettrait d'appréhender les éléments suivants :

- le CPOM et le projet d'établissement, dont le projet de son pôle ;
- le règlement intérieur ;
- les contrats de pôle, les délégations de gestion, les missions du Chef de Pôle et du Responsable de structure interne ;
- le circuit de présentation des dossiers et projets devant les instances ;
- les acteurs de l'établissement dans la gouvernance et leurs rôles respectifs.

Cette mesure, à l'entière initiative et sous l'autorité des établissements qui les recrutent, pourrait faire l'objet d'une généralisation au moment de la titularisation des praticiens, hospitaliers et hospitalo-universitaires.

\*  
\*       \*  
\*