



# Dimension Médicale

n°2  
avril - mai 2006

... SROS ... MANAGEMENT ... T2A... RÉFORMES ... GOUVERNANCE ... PÔLES ...

## Les pôles, pour qui, pourquoi ?

Les pôles :  
pour quoi faire ?  
Comment faire ?

### DR FRANCIS FELLINGER

RÉDACTEUR EN CHEF

PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES CME DE CH

Le pôle d'activité médicale ou médico-technique constitue dorénavant le socle de l'organisation interne des établissements publics de santé. Il doit permettre de réunir, sur des objectifs médicaux ou médico-techniques et de gestion, les structures de prise en charge des patients. Les établissements doivent définir leurs pôles avant le 31 décembre 2006.

Cette modification de l'organisation interne est le troisième volet, avec la tarification à l'activité et la réorganisation territoriale définie par le SROS 3, du plan « Hôpital 2007 ».

Les objectifs de la polarisation sont pluriels : décloisonnement et mutualisation des moyens (humains, techniques, logistiques), meilleure implication des praticiens dans les arbitrages et la gestion, clarification des lignes hiérarchiques et de décision, gestion de proximité par les intervenants directement concernés, dialogue médico-administratif constructif et confiant, et délégation de gestion ou de management.

Tous les établissements réfléchissent à cette organisation polaire. Cela suscite chez les praticiens questions et inquiétude. Ce questionnement est légitime, plus que l'inquiétude qui relève de l'angoisse devant la feuille blanche. Le dossier présenté dans ce numéro vise à apporter quelques éléments d'aide à la réflexion en présentant des exemples, différents dans

leurs approches, mais déjà en ordre de marche. Contrairement à l'organisation actuelle, basée peu ou prou depuis 1943 sur le Service, le modèle polaire offrira en effet des visages différents d'un EPS à un autre ; il n'y a donc pas de recette miracle ou de décret divin à attendre pour agir.

Plusieurs préalables semblent nécessaires avant d'envisager le « découpage » en pôle. La performance d'un établissement ne se mesure pas en nombre ou taille de pôles, ou en découpage de structures internes, mais en réponse à sa mission hospitalière, au service des patients. La priorité est le service médical rendu et la qualité des soins. Les pôles ne constituent pas une fin en soi, mais visent à améliorer le fonctionnement et apporter une plus-value, et il faut veiller à leur cohérence médicale ou médico-technique.

Les praticiens ont à s'approprier l'autonomie nécessaire à cette réflexion, partagée avec les administratifs et les soignants, sous peine d'aboutir à des pôles « cosmétiques », inefficaces et décevants.

Délimiter les pôles d'activité nécessite par conséquent un projet médical et d'établissement précisant les objectifs de la communauté hospitalière, et une clarification du rôle de l'établissement dans le territoire.

Les gros établissements, en particuliers les CHUs, ont des gains plus immédiats lors de la mise en place des pôles, compte tenu de leurs tailles. Les exemples de Nantes, Lille ou Toulouse sont connus. Le concept a pro- >>>

### Dossier Les pôles

#### 2 Les pôles : ce que disent ou ne disent pas les textes

*Dr Francis Fellingier*

#### 3 L'expérience de la mise en œuvre du pôle gériatrie au CHU de Poitiers. Regard médical

*Dr Marie-Dominique Lussier*

#### 4 Retour d'expérience du Centre hospitalier de Mâcon

*Dr Bruno Mangola*

#### 6 Nouvelle gouvernance : contraintes ou opportunités ?

*Dr Jean-Pierre Bedos*

#### 7 Vision du futur pôle gériatrique de Limoges

*Pr Thierry Dantoine, Philippe Vigouroux*

#### 8 Mise en œuvre des pôles médicaux et médicaux techniques au CH Carcassonne

*Dr Bernard Balza*

#### 10 Un pôle de soins gériatriques au sein d'un CHU. Regard après huit ans d'expérience

*Pr Olivier Rodat*

### Tribune

#### 11 L'organisation par Pôle dans votre hôpital ? Quel responsable de pôle voulez-vous devenir ?

*Laurent Dugas*

#### 12 En bref

# Les pôles : ce que disent ou ne disent pas les textes

►►► bablement plus de limites ou moins de valeur ajoutée évidente dans les CH moyens ou petits, car les relations directes entre responsables y sont plus faciles. La mise en place des pôles est néanmoins pour tous une opportunité de réfléchir à nos organisations et les améliorer. L'accélération du renouvellement des connaissances obligera à des remises en cause plus fréquentes de ces organisations, moins pérennes et plus souples.

L'organisation polaire ne résume pas le fonctionnement de l'établissement. La nouvelle organisation hospitalière sera forcément matricielle; la réflexion sur les transversalités et l'équilibre interne reste fondamentale. Le risque d'anarchie, avec constitution de principautés, plus ou moins indépendantes, sur le modèle du Saint Empire Romain Germanique, existe. L'une des fonctions essentielles du Conseil exécutif sera de maintenir cette cohérence d'ensemble de l'établissement autour d'objectifs communs.

De nombreuses autres questions se posent, pôle et services, pôle et territoire, relations interpôles, logiques constitutives, place réelle et formation du responsable de pôle et des PH, rôle du conseil de pôle, contrat et évaluation etc. Seul le pragmatisme permettra d'y répondre efficacement, cohérence théorique ne rimant pas toujours avec pertinence. Il s'agit d'adapter l'hôpital aux besoins du patient, plutôt que l'inverse, et l'implication des praticiens est essentielle à la réussite de cette adaptation.

Bonne lecture.

**DR FRANCIS FELLINGER**

RÉDACTEUR EN CHEF - PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES CME DE CH

**Définition du pôle :** le pôle est le socle de l'organisation interne, mais il n'a pas de définition précise. L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 précise que l'organisation en pôles est définie par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif, conformément au projet médical. En psychiatrie, un secteur peut constituer un pôle.

Le pôle peut comporter des structures internes, services ou unités fonctionnelles; ces structures assurent la prise en charge, la mise au point des protocoles, l'évaluation des pratiques professionnelles et de soins et l'enseignement, **par délégation du pôle.**

Les logiques constitutives des pôles sont multiples (l'idéal est une synergie entre objectifs médicaux ou médico-techniques et nécessité gestionnaire, mais à l'idéal nul n'est tenu!).

**Le conseil de pôle :** lieu de la démocratie interne, institué par l'ordonnance du 2 mai 2005, sa composition et ses attributions sont fixées par un décret du 26 décembre 2005. comprend des membres médicaux et non médicaux de droits, et des membres élus pour 4 ans, par groupes professionnels; le conseil de pôle s'exprime sur le fonctionnement et participe à l'élaboration du projet.

**Le responsable de pôle** médical ou médico-technique : praticien hospitalier titulaire, nommé par arrêté conjoint du directeur et du président de CME (et doyen en CHU). Son mandat est de 3 à 5 ans, prévu par le règlement intérieur de l'établissement. Il élabore, avec le conseil de pôle, et met en œuvre le projet du pôle, dans le respect du projet d'établissement. Il signe,

avec le directeur et le président de CME, le contrat de pôle. Il est assisté d'un cadre soignant et administratif, et a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle. Il nomme les responsables d'unités fonctionnelles.

**Le contrat de pôle :** définit les missions et les objectifs du pôle, en référence au projet d'établissement. Précise les ressources, le champ de la délégation, les indicateurs de suivi, l'intéressement, et plus concrètement la marge de manœuvre du responsable de pôle. Une évaluation donc des indicateurs pertinents et un système d'information sont nécessaires au pilotage et à l'adaptation du contrat.

**La délégation de gestion :** porte sur la mise en œuvre et non sur les tâches courantes de gestion. Définie par le contrat de pôle, avec un champ variable selon les choix d'établissement et du directeur (**qui délègue**). Nécessite une courbe d'apprentissage des deux côtés (direction et praticien) et une évaluation bilatérale.

**Le service :** structure interne du pôle, assure, comme les unités fonctionnelles, et par délégation du pôle, la prise en charge des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et de soins et l'enseignement. Le service est dirigé par un praticien titulaire, nommé par le Ministre sur une liste nationale d'habilitation, puis affecté conjointement par le directeur et le président de CME (et le Doyen dans les CHU). Il siège de droit au conseil de pôle.

## TÉMOIGNAGE

# L'expérience de la mise en œuvre du pôle gériatrie au CHU de Poitiers

## Regard médical

**À** Poitiers, les instances de l'établissement avaient déjà opté pour débiter une expérimentation précoce des pôles dont le secteur gériatrique devait bénéficier. Le départ d'un chef de service, permettant l'installation d'un département unique de gériatrie précurseur du pôle, a constitué une première opportunité.

La nécessité pour l'établissement de repenser complètement l'adaptation des lieux d'hébergement aux exigences de sécurité et de qualité, associée à la demande de convention tripartite, s'est avérée être une seconde opportunité que les trois acteurs de l'hôpital, partie prenante pour la constitution des pôles, (direction administrative, équipe médicale et direction des soins) ont saisie.

Nous proposons de faire une analyse non exhaustive de l'installation en pôle: impact pour le secteur gériatrique lui-même, pour la place de la gériatrie dans l'établissement ainsi qu'au niveau régional compte tenu de la dimension universitaire du centre hospitalier.

### Les impacts du pôle gériatrique sur le secteur gériatrique lui-même

Ils sont au nombre de trois:

#### 1- Le contour du pôle

Au moment de la mise en œuvre des pôles, le secteur gériatrique était constitué d'une filière quasi complète incluant USLD et secteur médico-social. Il manquait une équipe mobile mais nous disposions de lits à vocation de court séjour, de soins de suite, d'un hôpital de jour et de consultations; en volume cela représentait 538 lits et places. Un réseau gérontologique ville- hôpital était déjà bien rodé. L'équipe médicale comptait 9 médecins avec un directeur référent, un cadre supérieur de santé, 12 cadres de santé et l'équivalent de 430 temps plein de soignants.

Nous n'avions pas de lien historique avec le service de Médecine Interne ni avec le service de

**Pour la gériatrie la réforme de l'organisation hospitalière instaurant les pôles et la nouvelle gouvernance est survenue peu de temps après la parution des deux circulaires définissant les missions et l'organisation de la discipline : circulaire sur la filière gériatrique de mars 2002 et circulaire sur la filière Alzheimer d'avril 2002. Dans le même temps, la reconnaissance officielle de la discipline était actée par le ministère de la Santé et de l'Education Nationale**

**DR MARIE-DOMINIQUE LUSSIER**  
COORDONNATRICE DU PÔLE GÉRIATRIE  
CHU POITIERS

Médecine Physique et Réadaptation. Il nous est apparu sans difficulté que le pôle devait être uniquement gériatrique incluant toute la filière; pour une fois nous avons l'opportunité d'une **cohérence d'action** entre notre organisation et les circulaires référentes.

Il n'y a pas eu d'opposition particulière à la Commission médicale d'établissement, ni au Conseil d'administration sur le contour du pôle.

#### 2- Le projet médical et soignant

*De facto* nous devenions porteur à part entière du projet que nous allions élaborer.

Nous avons pu inscrire, dans un schéma décliné sur 5 ans, l'évolution souhaitée de nos structures au regard des besoins de santé de la population tant dans le champ de la filière sanitaire gériatrique classique que dans le développement de la prise en charge des pathologies neuro-dégénératives.

Cette nouvelle visibilité a permis aux soignants de penser des organisations dans la durée, de les débattre puis de valider en conseil de pôle les grandes orientations.

Cela a également été une aide pour définir les

profils de poste des personnes à recruter et hiérarchiser nos besoins qui seront inscrits chaque année dans le contrat de pôle.

#### 3- La clarification financière

Trois budgets, une déconcentration de gestion et une T2A..., le pragmatisme et les objectifs modestes sont de rigueur dans ce domaine.

Le pôle a donc 3 budgets (H, B, K) puisqu'il gère un secteur d'hébergement sanitaire et un médico-social important (330 lits environ).

La signature de la convention tripartite a obligé à une transparence des comptes.

La T2A n'affecte que très modestement le pôle car elle ne s'applique que pour les 15 places de l'hôpital de jour et les 15 lits autorisés de court séjour.

Dans cette configuration financière particulière les orientations stratégiques du pôle vont se faire sur des organisations de soins et des requalifications de secteur de la filière gériatrique plus que sur une « rentabilité » supposée de la T2A!

Quant à la déconcentration de gestion, elle est débutante par insuffisance d'outils d'analyse (insuffisance nationale et non spécifique à Poitiers).

Un long travail d'analyse s'avère donc nécessaire entre le bureau du pôle, la direction des ressources humaines et la direction financière, travail « à petit pas ».

#### L'impact de l'organisation en pôle sur la place de la gériatrie dans l'institution

Pour une discipline jeune, méconnue, représentée le plus souvent par un seul médecin et/ou un seul soignant dans les différentes instances d'un établissement, le positionnement en pôle provoque une modification du regard porté à son endroit de part la diversité des structures qui le composent, de part sa taille en nombre de soignants, de lits, et de la hauteur de son budget même s'il est complexe!

La prise en charge des patients dans une

filrière gériatrique crée des liens avec d'autres disciplines et permet le développement d'une interface avec d'autres pôles (les urgences, la neurologie et la psychiatrie dans le cadre des centres mémoire ressources et recherche, l'oncogériatrie ...).

La démarche qualité imposée par la signature d'une convention tripartite associée à la deuxième démarche d'accréditation qui porte principalement sur l'évaluation des pratiques professionnelles a permis une valorisation de la spécificité de la discipline et une reconnaissance du travail accompli par les soignants.

### L'impact du pôle sur le positionnement extérieur du CHU

La prise en charge globale d'un sujet âgé ne se conçoit pas sans lien avec la médecine ambulatoire par l'intermédiaire des réseaux gérontologiques notamment. Les gériatres du pôle apportent leur expertise dans ces réseaux, participent au développement en amont et en aval de l'hospitalisation, d'alternatives, pour aider au maintien au domicile et favoriser anti-

icipation et programmation des prises en charge. L'effet structurant sur la filière gériatrique que constitue le pôle fait de celui-ci un référent pour des pathologies spécifiques de l'âge sur tout un territoire de santé. Cela passe par la possibilité d'offrir aux professionnels extérieurs (médecins généralistes, médecins des EHPAD, acteurs des réseaux) des consultations spécialisées, d'assurer la prise en charge des patients présentant des situations médico-sociales les plus complexes.

À l'échelon régional s'ajoute la vocation universitaire du pôle qui doit assurer la formation des professionnels, garante du développement des bonnes pratiques cliniques de la discipline.

### Conclusion : les limites de l'exercice

Nous avons pu montrer l'intérêt de constituer un pôle gériatrique au sein d'un CHU. Les mérites sont en effet immenses. Cependant quelques limites demeurent.

D'abord, de manière générale, l'insuffisance d'appropriation des enjeux de la nouvelle gouvernance hospitalière constitue la principale dif-

ficulté car elle rejaillit sur la création des pôles et leur contour. Il est en effet indispensable que le contour du pôle puisse permettre le développement de projets médicaux cohérents. Le projet médical est le fil rouge qui va permettre aux trois acteurs (médecins, directeurs, cadres) de tenir le cap.

Dans un contexte de difficultés financières et d'outils de déconcentration de gestion encore insuffisants, dans un contexte culturel où les incompréhensions du nouveau rôle de chacun sont grandes, il est nécessaire que des repères soient partagés.

L'incompréhension des bénéfices d'un « exécutif du pôle » à trois compétences et d'un conseil de pôle qui lui donne sa légitimité conduirait à réduire la réforme à une nouvelle balkanisation de l'hôpital et à une ambition unique de recherche de productivité.

Ensuite, en ce qui concerne la gériatrie, les limites sont celles de l'incompréhension par les acteurs non gériatriques de l'importance d'une filière dans les trajectoires de prise en charge des patients, et de l'impossibilité alors d'imposer un contour de pôle cohérent.

## TÉMOIGNAGE

# Retour d'expérience du centre hospitalier de Mâcon

Le centre hospitalier de Mâcon s'est inscrit très tôt dans cette ambition nationale. Dès le 10 février 2004, le Conseil d'administration a donné un avis favorable à l'entrée dans l'expérimentation et le 2 mars 2004, le Comité de suivi national de la réforme a donné son accord sur cette candidature.

Sur le terrain, une démarche participative a été mise en œuvre, animée conjointement par le directeur et le président de la CME, et initié par un séminaire le 28 juin 2004. Ce séminaire réunissant les directeurs, les médecins et les cadres supérieurs comprenait une présentation théorique et une illustration pratique à travers les Hôpitaux universitaires de Genève.

Par la suite, une rencontre individuelle par le binôme directeur/président de tous les prati-

**La Nouvelle Gouvernance est une réforme profonde de la gestion des hôpitaux annoncée dès 2002 par le gouvernement dans le cadre du plan Hôpital 2007.**

**Il s'agit de faire évoluer l'organisation interne de l'hôpital pour lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution et pour accompagner la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).**

**DR BRUNO MANGOLA**

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE  
D'ÉTABLISSEMENT DU CH DE MÂCON

ciens a permis une information, un échange et des avis sur les « mariages » possibles. Ces rencontres se sont poursuivies avec les cadres supérieurs, les cadres administratifs et les représentants syndicaux et conclue par une présentation en CME, CTE et conseil d'administration.

À ce jour le découpage de l'hôpital dans son entier en 6 pôles de responsabilités et la désignation des responsables de pôles est une réalité.

Il se décline en pôle ambulatoire, pôle de la permanence des soins, pôle de l'hospitalisation de courte durée, pôle de la psychiatrie et de l'accueil de moyenne et de longue durée, pôle de la logistique clinique et pôle de soutien aux activités. Le conseil exécutif

est également en place et compte 10 membres, 5 directeurs dont le directeur général, le président de CME, 3 responsables de pôles, un praticien élu par la CME.

Le pôle est un regroupement cohérent d'activités et de moyens d'une taille suffisante pour une approche budgétaire efficace. Il doit faciliter une gestion plus proche des préoccupations des professionnels médicaux et soignants. Il s'agit là encore d'améliorer la qualité du service rendu au patient et l'efficacité de l'établissement en décloisonnant les organisations et en développant une gestion de proximité sur la base de contrats (entre le directeur et le pôle, entre pôles différents sur telle ou telle activité...) et de tableaux de bord.

Le fil conducteur de la réflexion a été les besoins du patient, dans deux logiques complémentaires, le temps et l'espace, ou l'horloge et la boussole. Par exemple les objectifs du pôle ambulatoire sont : **pour le patient**, de limiter son temps de présence à l'hôpital ; **pour l'institution** d'orienter au mieux pour optimiser les moyens, et **pour les professionnels** de prendre en charge rapidement le patient au meilleur endroit. On retrouvera donc dans ce pôle les consultations externes, la médecine et la chirurgie ambulatoire mais aussi les activités psychiatriques de secteur.

Pour le pôle permanence des soins, **l'objectif des patients** est qu'ils soient pris en charge rapidement, **pour l'institution** la bonne gestion des flux et **pour les personnels** de garantir l'accueil 24 heures sur 24. On y retrouve logiquement les urgences générales, l'USIC, la réanimation et la maternité (80 % des accouchements se font en urgence).

Pour le pôle de l'hospitalisation de courte durée, **l'objectif des patients** est d'être accueillis au sein du service adéquat dans un délai optimal, **pour l'institution** une gestion optimale des lits avec une DMS qui doit encore diminuer et **pour le personnel** un accueil et une gestion du programme dans le cadre de ses compétences et dans des locaux adaptés. L'aval doit être prévu. On retrouvera toutes les unités d'hospitalisation du MCO.

Le même raisonnement a été pris pour les trois autres pôles. La place du bloc opératoire a fait l'objet de nombreuses discussions. Il se situe dans le pôle de la logistique clinique, qui regroupe les services prestataires soignants, dirigé par un biologiste. Cela nous a permis de résoudre bien des problèmes d'organisation.

Finalement les principes de fonctionnement que nous avons retenus sont les suivants.

Les services de spécialité demeurent, les pôles ayant une double vocation : stratégique car on

ne fédérera durablement les médecins et les équipes que sur un projet commun, en leur donnant la parole sur la politique globale de l'établissement et de coordination, de gestion d'une catégorie de patients ou d'activités. Les pôles mènent des actions et ont des objectifs dans les domaines suivants :

- définir des orientations d'activités : quelles spécialités ? quel type d'accueil ;
- développer la qualité et l'évaluation des soins ;
- évaluer les pratiques professionnelles ;
- mettre au point des protocoles médicaux.

Pour avoir plus de fluidité pour les patients et de lisibilité pour les personnels, nous devons connaître notre activité, connaître nos ressources, connaître notre performance, connaître nos points faibles et nos points forts pour optimiser. Cela revient à terme à initier l'EPRD au niveau du pôle avec une synthèse en conseil exécutif et une approbation par le directeur et le conseil d'administration.

Les missions des responsables de pôles étaient de définir la manière dont sont fédérées les grandes spécialités médicales et techniques concernées, de construire un projet de pôle avec une mise en œuvre de la gouvernance au

sein des structures « polaires » en organisant le conseil de pôle et en écrivant le règlement intérieur ; en faisant par ailleurs l'analyse d'au moins une pathologie au regard des bonnes pratiques. Ce qui a été fait a participé de la construction du nouveau système de pilotage des pôles et de l'établissement.

Enfin, mais nous n'en sommes pas encore là, l'objectif était d'établir un contrat avec la direction comprenant les engagements réciproques.

On l'aura compris. Cette évolution (révolution ?) qu'est la gestion par pôle n'est pas une fin en soi mais un moyen pour réaliser un projet global. Il s'agit d'un outil au service du projet médical et des projets d'établissement et de territoire. Par conséquent, la réorganisation en pôles ne doit pas substituer un cloisonnement à un autre. Le but est au contraire de renforcer la cohésion et la coopération au sein de l'établissement.

Et comme toute démarche innovante, l'évaluation, prévue en décembre 2006 à l'issue de la phase d'expérimentation, est nécessaire pour adapter ou corriger.

En attendant, l'aventure continue et les pionniers vont laisser la place aux bâtisseurs.

### Avis d'un directeur des ressources humaines membre du trinôme du pôle hospitalisation de courte durée (médecine et chirurgie).

La nouvelle gouvernance est une méthode de travail, avant tout autre chose, et de gestion des établissements qui ouvre pour la direction des perspectives très intéressantes : l'élaboration rapprochée au sein des trinômes des projets de tous ordres et le règlement, étudiée systématiquement sous les trois facettes, médicale, soignante et administrative, des problèmes concrets et quotidiens apportent une richesse inédite de solutions, une qualité d'écoute réciproque et une cohésion dans la démarche sans égales. Elle rompt l'immobilisme parfois imposé, ou trop facilement accepté, du fait des désaccords de communautés (médecins ou cadres *versus* direction, équipes *versus* direction ou médecins...) et refuse l'évitement collectif. Il y a toujours l'un des trois membres du trinôme dont l'envie d'avancer entraîne posi-

vement les deux autres.

Le risque le plus grave réside sans doute là : ne pouvoir trouver dans un établissement quel qu'il soit des professionnels suffisamment déterminés, désintéressés et « concernés » pour œuvrer collectivement à l'amélioration des prestations servies par l'hôpital en faisant fi des oppositions, des résistances, de l'usure, de l'incompréhension, voire de la réprobation lorsqu'il faudra faire des choix et des priorités.

La chance à saisir au travers de la gouvernance, au moment où l'individualisme de notre société, de plus en plus patent chez les professionnels, s'attaque avec force aux valeurs hospitalières, est celle d'un pilotage collectif et partagé s'éloignant des corporatismes. Le dire ainsi peut paraître naïf, tenter l'expérience est une belle aventure.

## TÉMOIGNAGE

# Nouvelle gouvernance : contraintes ou opportunités ?

**N**ous nous rapprochons d'une logique d'entreprise à la nuance près que « *la pratique de la médecine est un art, non un marché, une vocation, non une entreprise, une vocation dans laquelle votre cœur sera impliqué au même titre que votre tête* », phrase prononcée par Sir William Osler en 1896, qui à mon sens est en grande partie encore d'actualité...

Le Centre Hospitalier de Versailles s'est lancé récemment dans cette aventure contrainte avec un mélange bien humain d'enthousiasme de certains et de réticences d'autres, dans un contexte particulier « de sortie de crise » : reconnaissance du caractère référent de notre hôpital dans de nombreuses activités, signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier signé avec l'ARH, équilibre budgétaire, projet d'établissement élaboré avec une réelle culture participative approuvé récemment par l'ARH.

Ces succès ont été obtenus avant toute mise d'une nouvelle gouvernance .... Ainsi, l'interrogation majeure à la fois partagée par les médecins et l'équipe de direction est de savoir si l'on peut faire mieux, encore mieux, toujours mieux, sans perdre notre âme ....? Y a-t-il un intérêt et avons-nous la capacité de rajouter un nouveau niveau de décisions? Faut-il risquer de bouleverser l'équilibre toujours fragile d'un hôpital dans un environnement où l'incertitude est reine et où la maîtrise comptable semble malgré la réforme de la tarification vouloir reprendre le pas sur la maîtrise médicalisée...?

En pratique, comment s'est déroulée notre démarche « nouvelle gouvernance »? Un Comité de pilotage a été constitué en octobre 2005 comprenant 22 membres: 9 membres médecins (bureau de CME, président de Commission des effectifs, président de la Commission d'organisation de la permanence des soins ainsi que leurs suppléants, médecin responsable du DIM), 6 membres paramédicaux et leurs suppléants et 7 membres de la direction. D'octobre à décembre, 3 réunions de ce Comité de pilotage ont eu lieu. Leurs objectifs étaient: le découpage en pôles, l'installation du Comité

**De façon « lissée » la « nouvelle gouvernance » n'est qu'une nouvelle approche de management ayant comme objectif principal de moderniser la gestion interne des hôpitaux publics La logique est celle d'une rénovation des instances des établissements et surtout du décloisonnement des organisations médicales et administratives permettant le rapprochement des différents intervenants de l'hôpital.**

**En fait, il s'agit d'une profonde « révolution culturelle » cherchant à mettre en place une gestion de proximité, simultanée et transparente entre les différents acteurs de l'hôpital, parfois éloignés dans leur conception de leurs missions. Ce nouvel « art de vivre » au sein de l'hôpital doit conduire à une responsabilisation commune médicale et administrative sur l'ensemble des décisions fondamentales prises pour le fonctionnement de l'hôpital.**

**Ce management « partagé des contraintes » doit permettre une maîtrise de l'ensemble des processus pour une meilleure qualité de prise en charge des « séjours patients » amenant indirectement à une meilleure maîtrise des coûts.**

## DR JEAN-PIERRE BEDOS

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE  
D'ÉTABLISSEMENT  
DU CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

exécutif, l'élaboration d'une démarche de contractualisation et de délégation de gestion ainsi que la mise en place de groupes techniques de réflexions autour de ces différents thèmes. Les discussions menées au cours de ces 3 réunions ont mis en lumière 2 difficultés majeures: une

absence de culture, de connaissance des objectifs réels de cette « nouvelle gouvernance » tant parmi les praticiens que parmi les cadres ou la direction, ainsi que le manque de vision des bénéfices attendus des pôles avec d'ailleurs une divergence entre médecins et administratifs dans le cahier des charges et la logique de découpage de ces pôles. De façon simpliste, la logique principale « privilégiée » par la direction était plutôt tournée vers la possibilité de mutualisation des personnels amenant une souplesse de gestion des effectifs au sein d'un pôle, la logique « privilégiée » par les médecins étant plutôt celle d'un pôle-filière de prise en charge des patients visant à augmenter la qualité médicale. En fait, plusieurs logiques peuvent se combiner et être d'ailleurs différentes selon les objectifs d'un pôle sans qu'il y ait forcément d'opposition entre une logique purement médico-économique et une logique purement de qualité médicale... Quelques réflexions sur les principes de construction des pôles doivent être mises en avant: le pôle doit être conçu comme un outil fonctionnel permettant la déclinaison/réalisation partagée d'une stratégie, celle du projet d'établissement coordonnée par le Comité exécutif garant du maintien d'un équilibre global. Les pôles peuvent permettre l'affichage à l'extérieur des thématiques fortes du projet d'établissement, l'organisation polaire signifie le partage avec les autres (médecins et direction) nécessitant à l'évidence la transparence du discours de chacun. Les pôles doivent permettre une cohérence des décisions entre les différents métiers permettant une optimisation de la prise en charge. Pour ce faire il doit exister dans leur construction, un sens commun, une logique médicale ou médico-technique, de travailler « ensemble » qui seul peut être source d'efficacité de l'ensemble. Il n'y a bien sûr pas de pôle idéal et la nécessité « de jouer le jeu » de chacun est indispensable à la réussite.

Le découpage initial réalisé par ce Comité de pilotage et proposé à la réflexion de l'hôpital a été la constitution de 12 pôles, à l'évidence trop nombreux pour être opérationnels et

## NOUVELLE GOUVERNANCE : CONTRAINTES OU OPPORTUNITÉS ?

pour être par ailleurs pourvus d'une tripléte (coordonnateur médical de pôle – coordonnateur cadre infirmier – référent de la direction), compte tenu du manque évident de disponibilité de temps de chacun... Plusieurs médecins du Comité de pilotage ont souligné la difficulté de finaliser un découpage en pôle sans qu'un guide préalable sur l'ensemble des concepts opérationnels autour des pôles, des modifications engendrées au sein des établissements, de la clarté de fonctionnement d'un pôle, du contenu de délégation de gestion ne soit bien défini et compris par les différents intervenants

hospitaliers. À partir de ce constat, une formation commune de l'ensemble des membres du Comité de pilotage a été faite sur une journée complète où chacun a pu faire part de sa vision, de ses souhaits et de ses craintes concernant l'organisation pôlaire. Au terme de 6 mois de réflexions, il apparaît clairement qu'un long travail d'apprentissage, de maturation, de compréhension des objectifs, des volontés des uns et des autres est nécessaire pour ne pas compromettre l'acquis et au contraire améliorer la prise en charge globale de nos patients. Un pôle doit être conçu comme une unité stratégi-

que opérationnelle de qualité médicale. Il doit à l'évidence avoir une masse critique suffisante pour que la contractualisation et la délégation de gestion aient un réel intérêt. Pour un centre hospitalier général comme le nôtre, il semble qu'un nombre restreint de pôles innovants (5 à 7 pôles) pourrait être attractif motivant et utile. Trouver le bon équilibre entre nécessité médico-économique de regroupement et taille humaine des équipes médicales et soignantes est l'enjeu principal de même que le partage et la transparence entre les différents métiers qui font vivre l'hôpital.

## TÉMOIGNAGE

# Vision du futur pôle gériatrique

**P**ermettant d'abord de sortir d'une filière gériatrique divisée en multiples services plus ou moins bien coordonnés, un pôle gériatrique hospitalo-universitaire a pour premier avantage de permettre une organisation homogène de la prise en charge de toutes les personnes âgées d'un même établissement. Ce pôle unique permettra en effet de définir une politique gérontologique claire et des objectifs prioritaires en respectant l'accès de tous à une filière dont les missions des différents secteurs seront parfaitement définies.

## Pour une harmonisation gérontologique interne

La création d'un pôle gériatrique spécifique permettra d'harmoniser et de fluidifier la prise en charge du patient en augmentant l'efficacité des intervenants. Il ne sera plus utile d'avoir, par exemple, plusieurs médecins de même spécialité. Ainsi, les compétences médicales pourront être plus variées, améliorant la qualité de la prise en charge sur tout l'établissement. L'optimisation de la formation des médecins (réunion de consensus) et des personnels (réunion d'information-formation) améliorera considérablement, d'une part la prise en charge du patient, d'autre part la cohérence thérapeutique et du suivi tant médical que paramédical. La recherche dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie pourra également être rendue

**Nos CHU sont aujourd'hui confrontés au problème démographique du vieillissement de la population, aggravé ces dernières années par les modifications des pratiques médicales de ville : le nombre d'hospitalisations des personnes âgées aux urgences ne cesse de croître (avec près de 60 % des plus de 75 ans admis par passage initial aux urgences). La création des pôles gériatriques constitue donc un véritable défi pour l'optimisation de la prise en charge gérontologique de nos hôpitaux.**

**PROFESSEUR THIERRY DANTOINE**  
PROFESSEUR DE MÉDECINE INTERNE GÉRIATRIQUE  
**PHILIPPE VIGOUROUX**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE LIMOGES

plus cohérente par une mise en commun tant des patients que des objectifs de recherche. Cette plus grande transparence devrait déboucher à moyen terme sur des publications innovantes avec la qualité du sérieux universitaire. Enfin, l'unification de la filière gériatrique au sein du même pôle permettra une meilleure coopération entre différents secteurs et donc un décloisonnement des personnels médicaux et paramédicaux et par là même une dynamisation globale.

## Pour une harmonisation gérontologique externe A l'intérieur du CHU

L'entité pôle de gériatrie en tant qu'interlocuteur de tous les services hospitaliers permettra une optimisation des réponses à apporter à tous les services qui sont amenés à prendre en charge des patients âgés ; que ce soit les services de chirurgie comme l'orthopédie par exemple, qui a régulièrement besoin d'un avis gériatrique pour l'harmonisation de la prise en charge des patients âgés ou les services de médecine qui, eux aussi, ont besoin d'une « vision globale » propre à la médecine interne gériatrique. Il en est de même pour la prise en charge sociale. Les assistantes sociales des différents services de gériatrie optimiseront le devenir des patients âgés, ceci quel que soit le service où ils se trouvent. Un important travail pédagogique sera possible sur la prise en charge du patient âgé et sur la iatrogénie concernant cette tranche d'âge. Un second point essentiel de l'intérêt du pôle gériatrique concerne l'ouverture des secteurs de courts séjours gériatriques (post-urgence gériatrique (PUG), médecine interne gériatrique, hôpital de jour gériatrique diagnostique, unité mobile gériatrique (UMG) aux secteurs des urgences de nos établissements. Premier lieu de recrutement des personnes âgées, les urgences nécessitent

## TÉMOIGNAGE

# Mise en œuvre des pôles médicaux et médicaux techniques au CH Carcassonne

## Comment et depuis quand ?

Depuis l'automne 2003, nous étions confrontés à une triple problématique : la nécessaire reconstruction de notre établissement, le projet médical de territoire et la nouvelle logique qu'impliquait l'arrivée de la « T2A ».

Fin janvier 2004, la CME approuve un programme de travail, un cadre méthodologique et un calendrier. Nous constituons alors un bureau élargi de la CME, chargé de définir notre méthodologie d'association des services afin de garantir une cohérence médicale et organisationnelle tout en ménageant les différentes personnalités.

Ainsi, nous avons travaillé autour de 6 logiques :

- 3 logiques constituantes (logiques médicales, de taille et de ressources) et
- 3 logiques accessoires (logiques d'image, géographique et d'affinités).

En cas de litige, nous décidons d'arbitrer en regard du principe de réalité c'est-à-dire que le pragmatisme doit prévaloir et le résultat doit toujours être au moins égal à ce que nous avions auparavant en qualité de prise en charge, jamais moins bien.

Le résultat est voté le 17 mai 2004, en CME à 80 % par les praticiens hospitaliers (cf. cartographie des pôles).

Cette nouvelle « carte » de l'hôpital n'est bien évidemment pas parfaite, mais elle existe, elle sera améliorée par touches successives. Les principales interfaces à organiser entre les pôles sont identifiées à l'occasion même de ce nouveau « découpage ».

Les cadres de santé se sont joints à cette réflexion, en revanche, l'équipe de direction n'est intervenue que ponctuellement, pour donner de l'information et accompagner la démarche.

## DR BERNARD BALZA

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE  
D'ÉTABLISSEMENT DU CH DE CARACASSONNE

## Pourquoi ce choix ?

Parmi les obstacles et les sujets difficiles à arbitrer on peut citer à titre d'exemple :

- L'anesthésie : à rapprocher du bloc et des chirurgies, ou de la réanimation et des urgences ou encore à laisser pôle à part entière ?

La réponse a finalement été avec les chirurgies le bloc et la gastro-entérologie. En effet, si elle restait isolée sa taille aurait été insuffisante, et son activité éclatée en tant que prestataire à l'attention de plusieurs pôles différents.

En revanche, l'associer à l'ensemble SAMU-SMUR-Réanimation créait une entité trop grosse difficile à gérer.

- Logique de filière médico-chirurgicale ou de filières chirurgicales et médicales séparées ?

Ce point faisait notamment débat pour la filière digestive. Nous avons décidé de ne pas fragiliser nos chirurgies en les éclatant sur différents pôles. Toutefois pour préserver le « moteur » puissant de la filière digestive nous avons convenu de l'intégrer dans le pôle chirurgies – anesthésie – bloc.

De plus la gastro-entérologie avait également besoin du plateau technique bloc – salle de réveil et d'une prestation d'anesthésie.

Parmi les problèmes qui subsistent encore aujourd'hui, je citerai la médecine polyvalente et gériatrique.

La filière gériatrique avec toutes ses composantes était difficile à construire à la fois pour des raisons historiques tenant à la structure de l'ancien service de médecine qu'il était nécessaire de redistribuer en le spécialisant, et aux conventions EHPAD maladroïtement signées qui nous avaient privés de lits d'USLD.

Cette question est donc restée en suspens. Elle sera résolue prochainement par redistribution de lits EHPAD et constitution d'un pôle médecine générale et gériatrique complet et cohérent.

## En terme de fonctionnement où en est-on ?

Les responsables de pôles sont nommés depuis le printemps 2005, les cadres co-gestionnaires (soignants) depuis début 2006 ainsi que les cadres administratifs.

La définition des contours exacts et des espaces de responsabilité correspondants aux structures internes n'est pas terminée, ici ou là quelques ajustements restent à authentifier de sorte que chaque structure interne soit sous l'autorité fonctionnelle d'un responsable chef de service ou non. Des fiches de « poste » ont été élaborées pour les différents responsables afin que les prérogatives, responsabilités et interfaces soient clairement définies. Les conseils de pôles terminent leur mise en place du fait de la parution récente des textes correspondants.

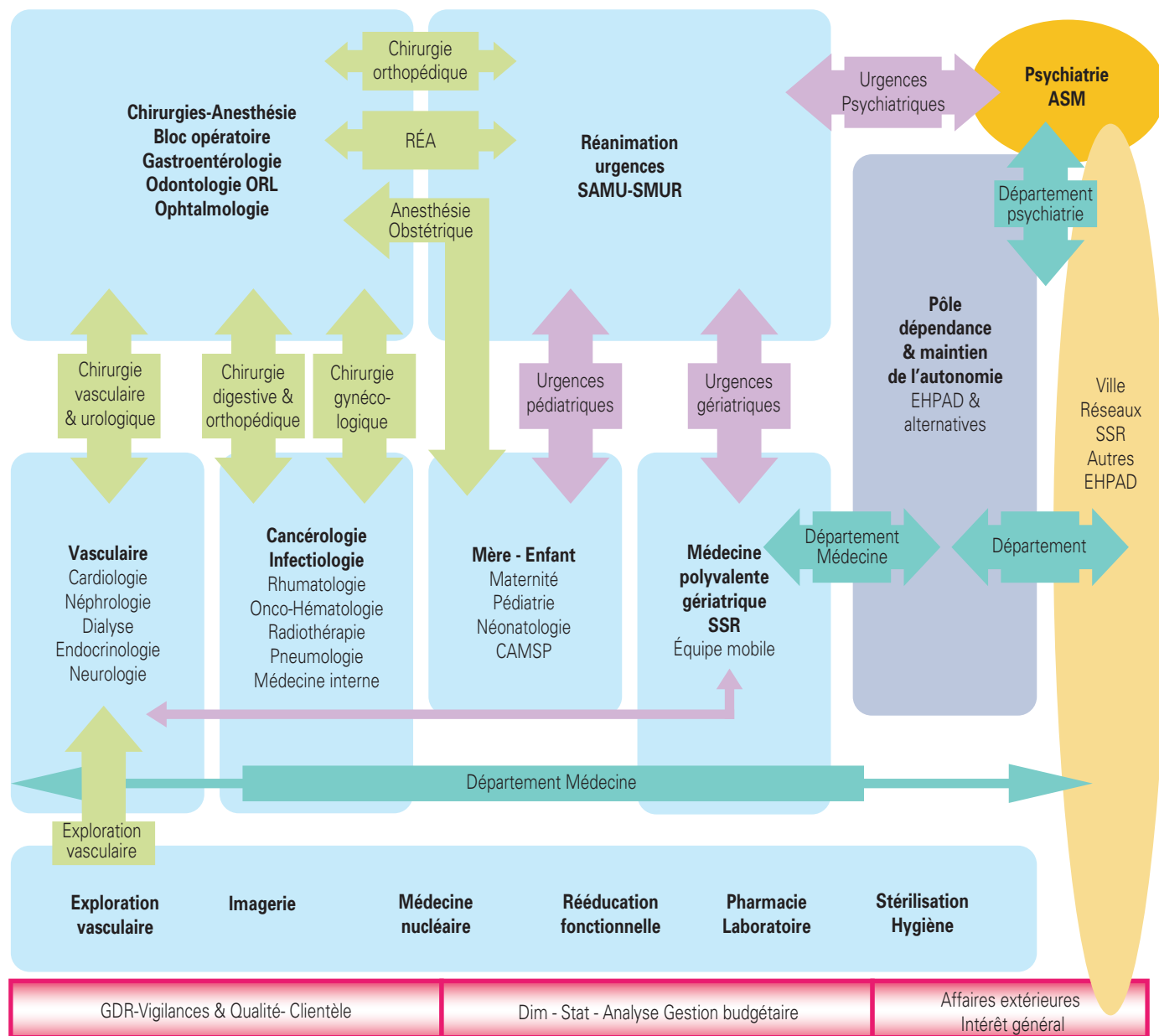
Enfin les contrats de pôles et interpoles sont en préparation ils doivent être signés dans la deuxième moitié de 2006.

Le conseil exécutif (CE), est nommé à titre provisoire depuis novembre 2004. Il a été qualifié de provisoire et constituant car au moment de sa composition les textes le définissant n'étaient pas sortis et les responsables de pôles pas encore nommés.

Sa mission est de valider le fonctionnement interne dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de préparer notre base de règlement intérieur nécessaire au bon fonctionnement de l'ensemble. Cela lui confère son caractère constituant. Sa composition est classique et conforme aux textes actuels pour un établissement comme le nôtre.



## MISE EN ŒUVRE DES PÔLES MÉDICAUX ET MÉDICAUX TECHNIQUES AU CH CARCASSONNE



## Cartographie de pôles d'activité médicale et médico-technique

**En conclusion**

Je dirais que la réorganisation en pôles est une étape initiale délicate et importante à réussir. Néanmoins sur des principes simples, pragmatiques, privilégiant clairement l'intérêt général et l'avenir on y parvient dans un délai raisonnable. En revanche la mise en fonctionnement de ce nouvel ensemble est plus complexe qu'il n'y paraît. Les points réglementaires internes, structurels, relationnels et de circuit de communication sont nombreux à résoudre.

La mise en œuvre des contrats internes ne peut s'envisager que lorsque le fonctionnement interne nouveau est « calé » et compris. De plus les prérequis en comptabilité analytique demandent beaucoup de travail et ne sont pas simples, il faut donc du temps et de la détermination.

Pour autant, le nouvel ensemble ouvre d'ores et déjà des perspectives ambitieuses, qui n'étaient pas réalisables à l'échelle des services.

Ainsi, outre la reconstruction de notre hôpital qui

constitue notre plus gros projet, l'hospitalisation de jour ou de semaine (commune à des patients d'un même pôle), avec une prise en charge pluridisciplinaire (consultations, examens...) est aujourd'hui en voie de réalisation.

Des réunions (*staffs*) multidisciplinaires sur des sujets thérapeutiques communs sont organisées par pôle: ex « ordonnance du coronarien pour le pôle vasculaire et métabolique ».

Enfin, des mutualisations de personnels sont désormais envisagées.

## TÉMOIGNAGE

# Un pôle de soins gériatriques au sein d'un CHU

## Regard après huit ans d'expérience

L'expérience et le recul sur 3 ans de direction de pôle autorisent à un certain nombre de remarques :

- D'une part il semble que l'organisation en pôle doit être la convergence d'une volonté de l'administration qui puisse convaincre la communauté médicale d'adhérer sans contrainte à ce projet. En ce qui concerne la gériatrie, tout comme pour la discipline de pédiatrie ou de gynécologie-obstétrique, l'organisation s'adresse à un groupe de population et permet d'organiser une prise en charge continue en filière, qui est directement opérationnelle.

- Il ne peut pas y avoir d'organisation en pôle sans qu'au préalable les médecins qui ont décidé de se regrouper écrivent en commun un projet médical, qui doit servir de colonne vertébrale à l'organisation à la vie du pôle. Ce projet, en matière de gériatrie, inclut bien évidemment les équipes de soins pour donner un sens à des projets de vie et à la prise en charge d'une population vulnérable et fragile. Ce travail d'écriture est indispensable et définit les axes que l'ensemble des médecins veulent défendre pour développer des prises en charge, améliorer des filières. Dans un CHU, ce projet doit s'articuler sur l'enseignement, et la demande est très forte pour les médecins généralistes qui souhaitent se former dans la Capacité et qui permettent ainsi de créer et d'articuler un vrai réseau extra-hospitalier. Il s'appuie aussi sur la recherche, qui est bien sûr une donnée incontournable.

- Le directeur de pôle, désigné par l'ensemble des médecins, doit être l'interlocuteur privilégié

**C'est en 1996 que la direction générale du CHU de Nantes a proposé à la communauté médicale une réorganisation de l'ensemble des services, regroupés en pôles d'activités. En 1998, la gériatrie a été invitée à s'organiser, ce qui a permis petit à petit de tisser, dans un cadre élargi d'une fédération médicale inter-hospitalière, une filière complète comprenant du court séjour, du soin de suite, du soin de longue durée, un hôpital de jour, une équipe mobile et une activité externe sur le CLIC.**

**PROFESSEUR OLIVIER RODAT**

DIRECTEUR DU PÔLE GÉRIATRIQUE  
CHU DE NANTES

de la direction générale pour défendre et suivre l'évolution et l'avancée du projet médical. Il doit de ce fait participer aux instances et avoir des liens de confiance avec son correspondant au niveau de l'administration générale et au niveau de l'administration des soins infirmiers. Le retour régulier d'informations à l'ensemble des médecins du pôle est fondamental ; cela implique bien évidemment un certain recul et un certain effacement avec les fonctions de chef de service.

- Il n'y a pas d'organisation en pôle qui vaille s'il n'y a pas, en échange, des mesures d'inté-

ressement qui doivent être ressenties directement par l'ensemble des personnels, et ceci est facilement perceptible en matière de gériatrie concernant les aides techniques aux soins, le soutien aux procédures d'animation et l'engagement dans des travaux d'humanisation de l'ensemble des locaux.

Cependant le directeur de pôle ne doit pas se faire d'illusion car il ne peut pas être le gestionnaire d'une allocation budgétaire pour laquelle il ne contrôle pas les dépenses. Son rôle est d'expliquer auprès des services financiers les dérives qui peuvent se produire, de les justifier, voire parfois même de les corriger. Il ne doit surtout pas se couper de ses fonctions de médecin pendant son mandat, faute de quoi le réveil peut être un peu douloureux s'il s'est tenu à distance du fonctionnement quotidien du service.

L'expérience aussi a montré que les directions fonctionnelles d'un centre hospitalier avaient beaucoup de difficultés à perdre leurs prérogatives, surtout vis-à-vis de la direction du personnel et des ressources humaines.

Néanmoins, il est vrai qu'avec un recul de huit ans, on peut dire qu'au CHU de Nantes le pôle de soins gériatriques a acquis un espace, une reconnaissance institutionnelle, une justification de la communauté médicale, par l'ensemble des services rendus à toutes les autres disciplines confrontées au vieillissement de la population. Les autres pôles se sont aperçus qu'il s'agissait d'une importante structure de 700 lits, de plus de 400 personnes, et c'est en cela qu'une organisation en pôle permet à une discipline ou à un ensemble de disciplines, de se rapprocher, d'harmoniser leurs pratiques et de développer leurs projets.

**Recevez**

**Dimension  
Médicale**

**en newsletter  
en vous inscrivant  
sur *fhf.fr***

# L'organisation par Pôle dans votre hôpital ?

## Quel responsable de pôle voulez-vous devenir ?

**N**otre accompagnement de plusieurs hôpitaux dans leur mise en place des pôles nous a permis de rencontrer plus de 60 médecins impliqués dans cette mise en œuvre: présidents de CME, chefs de service, PU-PH, ... autant d'acteurs qui abordent le sujet de façon très différente.

La posture des médecins est assez ambivalente. Comme le montre l'étude publiée dans le numéro précédent, les médecins sont vraiment volontaires pour s'impliquer dans les décisions de l'hôpital. Ils sont clairement conscients que c'est par eux que le système hospitalier pourra évoluer et faire face à ses enjeux: mieux soigner un patient de plus en plus exigeant, motiver et fidéliser des personnels soignants souvent oubliés, gérer les contraintes économiques et la « pénurie » tant appréhendée.

Cependant les médecins ne sont pas toujours prêts à payer le prix de cette implication: temps passé, investissement sur les sciences de gestion, mise en place de nouveaux processus. Ils espèrent passer outre, ou faire différemment.

**La nouvelle gouvernance - organisation par pôle, conseil exécutif – est un concept neuf. Ce qui permet de créer des réponses adaptées à chaque hôpital, mais donne aujourd'hui peu de visibilité sur les conséquences des décisions.**

**LAURENT DUGAS**

ASSOCIÉ DE P-VAL CONSEIL, PROFESSEUR À HEC  
ENTREPRENEUR ET SCIENCES-PO PARIS

La posture de chef de pôle rend perplexe de nombreux candidats potentiels. Certains y voient un aboutissement de carrière et le moyen de poursuivre un management plus ou moins autocratique, d'autres incarnent un consensus rassurant sur le *statu quo* « *je ne ferai rien que vous n'ayez avalisé* », d'autres enfin deviennent au contraire le médecin manager dont le législateur devait rêver.

Leader visionnaire de la stratégie médicale du

pôle à 5 ans? Gestionnaire prudent des ressources et pilote de la T2A? Diplomate garant des équilibres en services? Interlocuteur de poids face à la direction de l'hôpital? Tous ces rôles sont à tenir. À vous de construire votre profil idéal.

Une fois votre posture choisie, vous devez préciser le sens que vous allez donner à votre pôle. Quelques dizaines de séminaires avec médecins et personnels non médicaux et administratifs sur le sujet m'amènent à n'avoir qu'un avis: concentrez-vous sur la réussite interne de votre pôle, c'est-à-dire apporter des solutions concrètes aux attentes des patients et des personnes qui y soignent, enseignent et cherchent. La vraie bataille est dans la concertation pour l'amélioration de l'efficacité des soins, l'organisation de la prise en charge du patient, l'amélioration des parcours professionnels des personnels – en court, faire ce qu'il n'est pas possible de faire à l'échelle du service. C'est à cette condition que la nouvelle gouvernance sera vraiment un succès.

**Recevez**



# Dimension Médicale

**en newsletter  
en vous inscrivant  
sur [fhf.fr](http://fhf.fr)**

## Projets de décrets sur la cardiologie interventionnelle: un nouveau chantier stratégique

Le groupe de pilotage Dhos sur ce thème s'est déjà réuni à plusieurs reprises; les axes de travail visent à déterminer dans le cadre d'un décret les conditions d'organisation de cette activité tant au niveau de la définition du champ des activités soumises à autorisation que des conditions techniques de fonctionnement. De même, l'organisation territoriale des activités sera envisagée compte tenu des inégalités en termes d'accessibilité, notamment dans le cadre de l'urgence cardiologique. La FHF a constitué un « groupe pluridisciplinaire de veille et de contact » sur ce sujet, afin d'échanger et de préparer des propositions pour les différents représentants à ce groupe de pilotage. Les décrets devraient être publiés en juin ou en septembre. Dans le cadre des Sros 3, dans ce domaine d'activité comme dans d'autres (urgences, neurologie interventionnelle, neurochirurgie, etc.), la logique des seuils d'activité va poser la question de l'organisation rapide de filières coordonnées de prise en charge efficaces par les établissements publics: une collaboration très étroite est indispensable à la sécurité des patients comme aux transferts impliqués par la démarche de filière, dans le cadre d'une stratégie de groupe rassemblant les établissements publics et permettant aussi de garantir la viabilité budgétaire de ces activités de soins dans le cadre du service public. Sur ces sujets, nous sommes preneurs de toutes les propositions ou remontées d'informations.

• Contacts: a.barreateau@fhf.fr et mf.wittmann@fhf.fr, contact@cmech.fr

## Activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein/redevance

Le décret 2006-274 du 7 mars 2006 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers temps plein exerçant une activité libérale a été publié au Journal officiel du 10 mars 2006.

• Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Textes, à la date du 10 mars 2006.

## Nouvelle gouvernance : les textes, où en sommes-nous ? Textes parus

- **Ordonnance n° 2005-406** du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé publiée au JO du 03 mai 2005;
- **Ordonnance n° 2005-1112** du 1<sup>er</sup> septembre portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière publiée au JO du 06 septembre 2005 et rectifiée au JO du 10 septembre 2005;
- **Décret n° 2005-421** du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé publié au JO du 05 mai 2005;
- **Décret n° 2005-444** du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux

mandats des responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique publié au JO du 11 mai 2005;

- **Décret n° 2005-767** du 07 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux conseils techniques des établissements publics de santé publié au JO du 09 juillet 2005;

- **Décret n° 2005-1656** du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé publié au JO du 28 décembre 2005 et rectifié au JO du 18 mars 2006.

## Textes à paraître dans les suites de l'ordonnance du 2 mai 2005 sur la nouvelle gouvernance

| Article du CSP                       | Objet du texte d'application  | État d'avancement  |
|--------------------------------------|---|--|
| L. 6141-7-1                          | Conseillers généraux des hôpitaux (statut d'emploi)   | Selon toute vraisemblance, le texte pourrait être publié au cours du mois de mai et les premières nominations intervenir en juin   |
| L. 6114-3<br>L. 6142-3<br>L. 6142-13 | Modalités d'évaluation du volet recherche du projet d'établissement Conventions hospitalo-universitaires<br>Attributions et composition du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique | Le projet de décret examiné par le comité de suivi de la réforme de la gouvernance a été adressé au ministère chargé de l'enseignement supérieur   |
| L. 6143-3                            | Critères de dégradation financière justifiant la prescription d'un plan de redressement   | Le projet de décret est soumis le 31 mars au Conseil supérieur des chambres régionales des comptes. Il devrait être publié au cours du mois d'avril  |
| L. 6143-4<br>L. 6145-2               | Motifs pour lesquels le DARH peut s'opposer au projet d'établissement<br>Date à laquelle le DARH peut arrêter les comptes et l'affectation des résultats en cas de carence du CA                              | Le décret sera soumis dans les prochaines semaines au Conseil d'Etat   |
| L. 6144-1, II                        | Sous-commissions de la CME : modification des textes COMEDIMS, CLIN, etc ...  | Le décret sera examiné par le Conseil d'Etat le 11/04/2006.  |
| L. 6146-3                            | Conditions d'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité, recours  | Ces textes sont en cours d'élaboration, mais la priorité est la révision du décret du 24 février 1984 à laquelle le ministère est en train de travailler avec les organisations représentatives des praticiens |
| L. 6146-4                            | Conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service, procédure d'affectation des chefs de service, conditions de recours  |  |
| L. 6146-4-1                          | Régime dérogatoire applicable aux chefs de service dans la spécialité de psychiatrie  |  |

## Les Sros 3 et la reconstitution hospitalière et médico-sociale ! le « tour de France » de la délégation nationale de la FHF

Après le Nord-Pas-de-Calais le 20 janvier, le Poitou-Charentes le 28 février et l'Auvergne le 14 mars, la délégation nationale de la FHF a fixé avec les délégations régionales les étapes suivantes: Champagne-Ardenne le 14 avril, Midi-Pyrénées le 4 mai. Les prochaines régions programmées sont le Languedoc-Roussillon et la Normandie (Haute et Basse réunies). Les cartes et simulations stratégiques élaborées en collaboration avec le Groupe Montaigne, cabinet conseil (à ne pas confondre avec l'Institut Montaigne!), au titre de ces travaux dans chacune des régions citées, sont disponibles sur le site de la FHF, avec un accès réservé aux adhérents concernés: [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr), Dossiers d'actualité/offre de soins/planification, Coopération et réseaux.

Une synthèse « intermédiaire » des enseignements comparatifs apportés par les différentes situations régionales sera proposée à tous les adhérents avant l'été, une fois toutes ces éta-

pes accomplies. Dans le même calendrier, des maquettes graphiques mettant en valeur les données de la BDHF à des fins stratégiques, pour chacun des établissements et le cas échéant, sur demande conjointe, de manière regroupée pour plusieurs établissements publics, seront mises à la disposition de tous les adhérents. Elles ont été élaborées pour pouvoir concevoir des stratégies de groupe des établissements publics au niveau des territoires de santé et de la région: cet outil a vocation notamment à permettre aux établissements publics de négocier leurs contrats d'objectifs et de moyens, et notamment leurs parts respectives d'objectifs quantifiés, de manière concertée. Rappelons ici que le projet de décret sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévoit explicitement que certaines dispositions puissent être communes à plusieurs établissements, ce qui est de nature à favoriser les stratégies de groupe indispensables à la survie du service public pour de nombreuses activités de soins, et sur de nombreux territoires. Sur ces sujets et cette démarche nouvelle de la FHF, nous sommes preneurs de tous les souhaits, propositions ou remontées d'informations.

☛ Contacts: [d.causse@fhf.fr](mailto:d.causse@fhf.fr) et [a.barreteau@fhf.fr](mailto:a.barreteau@fhf.fr)

## Soins sans consentement: un rapport Igas-IGSJ remarquable en tous points, sauf...

L'Igas et l'Inspection générale des services judiciaires ont rendu public leur rapport sur l'évolution attendue des soins sous contrainte: ouverture aux soins ambulatoires, identification d'une procédure faute de pouvoir identifier un tiers dans une configuration d'HDT, etc. Le rapport fourmille de bonnes idées, il est complet tout en demeurant concis. À lire. Un regret toutefois, partagé par la Fnap-psy, l'Unafam, la conférence des présidents de CME de CHS et l'Adesm: l'hypothèse avancée d'une ouverture aux établissements privés lucratifs des modalités de soins sous contrainte en hospitalisation complète, avec laquelle toutes les organisations précitées sont en opposition formelle.

☛ Contacts: [d.causse@fhf.fr](mailto:d.causse@fhf.fr) et [bernard.cazenave@wanadoo.fr](mailto:bernard.cazenave@wanadoo.fr) ☛ Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Psychiatrie & Santé mentale, à la date du 16 mars 2006.

## Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison en addictologie

Ce guide rédigé en 2003 par un groupe de pilotage mis en place par la Dhos se présente sous forme de fiches techniques concernant le travail aux urgences, le partenariat intra et extrahospitalier, le sevrage, les thérapeutiques de substitution, les populations spécifiques, les femmes enceintes et la formation. Il propose une fiche patient type comportant des items communs aux équipes de liaison, centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CCST). Ce guide définit aussi un rapport d'activités standardisé, un moyen pour les équipes de confronter leurs profils et leurs types d'activité à l'échelon local, régional et national.

☛ Les premiers rapports sont attendus cette année ([www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication), rubrique Publications de la Dhos).

## La redéfinition des soins de longue durée: l'avis de la FHF, du CNRPA et du SNGC

Un projet d'arrêté a été mis à la concertation des fédérations d'établissements, énonçant le choix du référentiel Pathos et la mise en avant de critères d'appréciation. La FHF a pris soin d'associer dans sa lecture le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et en a retenu plusieurs indications: la nécessité de mettre en avant les dimensions géronto-psychiatriques des besoins de soins, tels que Pathos le permet; l'intérêt d'une approche du recrutement géographique des USLD (codes postaux); l'importance d'un accès aux résultats de la coupe au plan régional et national; enfin, la mise en avant d'un principe de neutralité financière pour les usagers des modifications de répartition de crédits soins à l'occasion des réorganisations des USLD redéfinies d'une part, et des transferts dans le médico-social d'autre part, de même qu'un principe de proximité (pas plus d'une demi-heure d'accès pour les familles, pour ce lieu de soin qui est aussi un lieu de vie et de fin de vie).

Au titre du principe de « neutralité financière », FHF, CNRPA et SNGC rappellent, avec le cuisant souvenir pour les pouvoirs publics du passage de la PSD à l'APA, la nécessité d'avoir à l'esprit « l'effet mikado » de la tarification ternaire (chaque mouvement d'une section tarifaire amenant des impacts collatéraux sur les deux autres et, partant, sur le « reste à charge » des résidents).

☛ Contacts: [d.causse@fhf.fr](mailto:d.causse@fhf.fr) et [m.jamot@fhf.fr](mailto:m.jamot@fhf.fr)

☛ Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Soins de longue durée à la date du 15 mars 2006.

## Tableau de bord psychiatrie

Le module Tableau de bord psychiatrie 2004 réservé aux CHS a été publié le 20 février 2006 sur le site de la BDHF. Les sources sont la SAE 2004, données de population Insee et compte de gestion DGCF 2004.

☛ Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Production de modules, à la date du 20 février 2006.

## SSR: le chantier tarifaire exhumé en 2006?

Le 9 mars, la Dhos a annoncé la finalisation des projets de décret réglementant l'activité de soins de SSR pour l'été prochain. Par ailleurs, elle a demandé que la mission T2A veille à une bonne cohérence entre les projets de structuration juridique et qualitative de SSR et une tarification à l'activité adaptée au SSR.

Ont été avancé quelques hypothèses sur le projet de réévaluation de l'allocation des ressources en SSR, avec une modélisation en 2006, une expérimentation en 2007 et une mise en place en 2008. Si cette perspective est encourageante, car la situation actuelle montre son essoufflement (problème des transferts de plus en plus rapide du MCO, pour des séjours plus « chauds » et mal financés, financement introuvable des médicaments coûteux et des coûts d'appareillage personnalisé), la FHF s'est montrée déçue de la stratégie technique annoncée – « perfectionnement » de la classification, « amélioration » de l'ENC par élimination des « outliers » notamment –, options qui ne lui apparaissent pas à la

mesure, à la hauteur des enjeux et des difficultés techniques connues et reconnues du sujet (cf. Lettre FHF-conférences et ANHL-SNGC et Syfmer du 15 juin 2005 au Dhos sur la nécessité d'une « tarification à l'autorisation », accrochée à la segmentation qualitative de l'offre et à ses conditions techniques de fonctionnement, bonnes prédictrices de coûts).

Ce sont les raisons pour lesquelles la FHF et ses partenaires ont avancé la proposition pragmatique d'appuyer la modélisation tarifaire sur un groupe d'établissements expérimentateurs qui pourraient avancer sur la base d'une « tarification à blanc » adossée à une budgétisation de droit commun pendant cette phase intermédiaire. L'évaluation micro-économique de ces situations, confortée par une expérimentation régionale dans un second temps, devrait permettre d'élaborer une tarification adaptée aux activités de SSR, prenant en compte les objectifs qualitatifs de structuration d'une offre de SSR qui ne peut s'inscrire dans la logique de reproduction (ou de moyennisation) d'une situation actuelle très hétérogène, mal répartie et mal définie qualitativement.

## USLD et coupe Pathos: quelle méthode? quel calendrier? comment s'y prendre?

La Dhos a organisé le 27 février une journée d'étude destinée aux DARH, Drass et Cram, qui a permis la présentation des principes de la coupe Pathos et la méthode à suivre. Un guide sur Pathos a été présenté et peut être téléchargé sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr). Une circulaire devrait paraître prochainement pour définir une ligne commune aux services de l'État, de l'assurance maladie et des établissements. Par ailleurs, le Dr Jean-Marie Vetel, chargé de mission à la Dhos, a eu le courage (NDR) de faire connaître un courriel où toutes les questions techniques sur Pathos et son utilisation pourront lui être posées ([geriatrejm@yahoo.fr](mailto:geriatrejm@yahoo.fr)). Enfin, des gériatres référents régionaux que vous pouvez contacter vont mettre en œuvre des actions de formation régionale à Pathos. Le calendrier est serré et l'objectif

de disposer de tous les résultats des coupes pour le mois de juin 2006 se pose. Cela est indispensable pour une prise de position judicieuse de vos conseils d'administration avant le 15 septembre 2006. Pour cela, la Dhos et la Cnam prévoient que des coupes commencent et soient validées au fur et à mesure par les médecins conseils, dès avril. Il est évidemment souhaitable que se tiennent des réunions départementales entre établissements publics concernés pour partager les informations mais aussi définir une stratégie de groupe cohérente, afin de préparer des propositions conjointes quant aux schémas de répartition des capacités et des volumes d'activité (objectifs quantifiés par territoires de santé). Enfin, vous pouvez noter sur votre agenda une conférence d'Hôpital Expo sur le thème: « Le devenir de votre USLD: J - 120 » qui se tiendra le vendredi 19 mai après-midi.

➤ Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Soins de longue durée, à la date du 15 mars 2006.

## Décret sur les urgences: J - ?

Le décret sur les urgences est à la signature après quelques modifications du Conseil d'État qui a demandé la définition d'un seuil minimal d'activités en nombre de passages. Il devrait être fixé à un niveau assez modéré selon nos informations. Au-delà des textes réglementaires, une étape importante porte sur la rédaction de la circulaire d'application qui doit déterminer, entre autres, les conditions d'organisation des réseaux urgences qui seront obligatoires pour que ces structures soient autorisées à fonctionner. Par ailleurs et dans le cadre de la permanence des soins, Claude Évin a alerté Xavier Bertrand sur les difficultés ressenties par les établissements pour mettre en œuvre cette permanence des soins avec les acteurs libéraux.

➤ Contacts: [d.causse@fhf.fr](mailto:d.causse@fhf.fr) et [bernard.cazenave@wanadoo.fr](mailto:bernard.cazenave@wanadoo.fr). ➤ Retrouvez l'article complet sur le site Internet, à la date du 15 mars 2006.

## L'hôpital malade de sa violence? Diagnostic et traitement

### 66<sup>es</sup> Journées du GERHNU 9 et 10 juin 2006, Haguenau

La violence dans les rapports entre les patients et les hospitaliers a fait irruption au grand jour depuis quelques années. Dans l'hôpital où maladies et traitements génèrent une charge émotionnelle forte, il semble que la violence existe aussi entre les professionnels sous forme d'agressions physiques ou plus souvent de harcèlement insidieux. Les violences dans les relations au travail, indissociables et inséparables de l'environnement sanitaire et sociétal, comment s'en prémunir et les dépister, comment traiter et prendre soin des agresseurs et des victimes? La violence... Et si on en parlait calmement?

**Dr Françoise Jungfrer**

➤ Le bulletin d'inscription 2006 est sur le site: <http://gerhnu.free.fr/>

Les adhérents aux GERHNU bénéficieront pour 2006 d'une réduction des droits pour les journées.

## Erratum.

À la page 5 du numéro précédent, il fallait lire [www.reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com) et non [www.reformes.hospitalieres.com](http://www.reformes.hospitalieres.com).

## Organisation des activités de greffes: un nouveau décret en préparation

Sur ce thème, la Dhos réunit un groupe de pilotage pour réfléchir à la révision du cadre réglementaire de l'activité de greffes, en particulier sur les conditions d'implantation ainsi que sur les conditions techniques de fonctionnement. La FHF a constitué un « groupe pluridisciplinaire de veille et de contact » sur ce sujet, afin de préparer les différents débats à venir sur une nécessaire amélioration de la qualité de l'activité des greffes et le maintien, voire le développement de l'activité de prélèvement des greffons. Sur ces sujets, nous sommes preneurs de toutes les propositions ou remontées d'informations.

► Contacts: a.barreteau@fhf.fr et mf.wittmann@fhf.fr

## Le Livre Blanc des CHU

Ce Livre Blanc témoigne – dans un souci de transparence et à partir d'exemples – de la gestion rigoureuse et performante des CHU. Il confirme aussi notre volonté de poursuivre en ce sens. Forts de leur expérience et de leur expertise, nos établissements se réorganisent en permanence, se restructurent, mutualisent leurs ressources, améliorent leur efficacité afin d'assurer avec efficacité leurs missions de soins, de référence, de recherche, d'enseignement et d'innovation.

Afin de cibler notre propos sur certains secteurs-clefs du management de nos établissements, huit thèmes principaux ont été identifiés et constituent l'architecture de ce Livre Blanc:

- Le CHU stratège
- Recherche et innovation au bénéfice du patient
- Finances et activité: la modernisation des outils de gestion
- Un nouveau concept de l'architecture hospitalière
- La politique des ressources humaines au service de la stratégie
- Logistique-achats: rendre du temps aux soignants
- Systèmes d'information: priorité à la production des soins
- Management qualité: les CHU à la pointe du progrès.

**Paul Castel** - Président de la Conférence des Directeurs Généraux des CHU de France

**Pierre Fuentes** - Président de la Conférence des Présidents de la Commission Médicale d'Établissement des CHU de France

## Le plan Cancer: les décrets en vue...

La cancérologie fait partie des dix-huit activités de soins devant être autorisées dans le cadre du Sros et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Cependant, les critères d'examen des demandes d'autorisation seront définis par deux décrets et deux arrêtés qui ne seront publiés qu'en juin, après avoir recueilli les avis nécessaires (Cnos, Conseil d'État). Comme les urgences et sans doute d'autres activités, la cancérologie fera l'objet d'avenants aux Sros adoptés au 31 mars 2006. Les conditions d'autorisation visent à assurer à tous un égal accès à des soins de qualité. Celle-ci est appréciée au regard de différents critères présentés aux fédérations hospitalières, le vendredi 10 mars, par l'Inca et la Dhos. Les déci-

sions prises dans le cadre des Sros et des décrets à paraître entraîneront des regroupements et des transferts d'activité. Des réflexions doivent donc être engagées entre les hôpitaux d'un même territoire pour définir dès à présent les mesures de coopération à engager entre eux. L'objectif est que chaque hôpital puisse continuer à assurer des soins conformes aux critères de qualité, sur la partie du parcours de soins des malades qui relève de son domaine de compétence, qu'il fasse partie des établissements « autorisés » (notamment parce qu'atteignant les seuils qui seront fixés), ou des établissements « associés ». Ces questions seront largement développées le 18 mai après-midi, lors d'une table ronde d'Hôpital Expo: Plan Cancer et Sros 3.

► Contacts: jf.desgrange@fhf.fr et a.barreteau@fhf.fr

## Financement des postes liés à la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des médecins à diplômes hors UE

Un certain nombre d'établissements s'interrogent sur les modalités de financement des postes dédiés à l'accueil des praticiens issus de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice. Par courrier adressé le 13 mars 2006 aux ARH et Drass, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a précisé: « La prise en charge de leur rémunération s'effectuera donc selon les nouvelles modalités de financement des établissements de santé. Pour les activités MCO, ce financement sera assuré dans le cadre de la tarification à l'activité par le tarif et la dotation annuelle complémentaire en fonction de la part respective de chaque mode de financement. Pour les activités de SSR et la psychiatrie, ce financement sera intégré dans la dotation annuelle de financement. Les dotations spécifiques correspondantes (DAC et DAF) seront déléguées à compter du 1er janvier 2006. Toutefois, pour les établissements qui auraient procédé au recrutement d'un candidat avant cette date, une allocation complémentaire non reconductible pourra leur être attribuée afin de couvrir la dépense effectuée au titre de 2005. »

► Retrouvez l'article complet sur le site Internet, rubrique Professions médicales, à la date du 13 mars 2006.

## En librairie

« *Le Traité de Médecine Hospitalière* » qui vient d'être publié par Flammarion, a été conçu et coordonné par J-P. Grünfeld, M-G. Bousser, M. Aubier, J. Carlet, P. Renou, G. Steg et B. Varet. Ce livre est destiné aux médecins hospitaliers pour les aider dans l'exercice de la médecine hospitalière. Ce Traité comporte trois parties: l'hôpital au sein du système de soins, une vue transversale des activités de l'hôpital (les soins aux personnes âgées, les infections nosocomiales et bien d'autres thèmes), enfin la présentation des différentes situations, dans les diverses spécialités, pour lesquelles le médecin hospitalier est sollicité.

## Dimension Médicale

**Directeur de la publication** : Claude Evin

**Rédacteur en chef** : Francis Fellinger

**Comité de rédaction** : Gérard Vincent, Pierre Lesteven, Nicolas Péju, François Moreau

**Comité scientifique** : Jean Marty, Michel

Pichan, Guy Frija, Bernard Garrigues,

Yann Bubien, Pascal Triboulet,

Jacques Kopferschmitt, Pierre Loulgerue

**Contact** : Rebecca Mercier – dimension@fhf.fr

33 avenue d'Italie – 75013 Paris

**Tél.** : 01 44 06 84 44 – **Fax** : 01 44 06 84 45

**Site internet** : www.fhf.fr