

Les médico techniques : spécificité de la gouvernance en pôle

Dr Alain LE HYARIC

Responsable de pôle

CH MONTEREAU (77)

69èmes journées du GERHNU

Depuis 2007, les pôles une nouvelle organisation interne de l'hôpital

- *La mise en place des pôles est née de l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2007 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.*
- **Résumé** : La réforme de la Gouvernance a pour objectifs de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Elle introduit donc **une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité**. Elle généralise par ailleurs la **contractualisation** interne et développe la **délégation de gestion**, ces deux éléments étant les garants d'un nécessaire équilibre financier devenu l'élément majeur lors des prises de décisions

L'équilibre financier devenu un objectif majeur « de santé publique »

- *La circulaire DHOS/F2 n° 2008-233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de santé est explicite :*
- **Résumé** : l'équilibre financier des établissements de santé constitue un objectif majeur au service duquel **les responsables d'établissement et les ARH doivent mobiliser l'ensemble des moyens à leur disposition.**

La fin des illusions et le début de la sagesse

Ces trois dernières années les établissements se sont **réformés pour permettre aux directions via un conseil exécutif un pilotage institutionnel avec des pôles de responsabilités qui permettraient :**

- De mieux gérer et utiliser le personnel ?
- De diminuer les coûts des prestations ?
- De développer l'efficacité dans la durabilité !

Est ce vrai ? est ce possible ? notamment avec un regroupement de structures médico techniques ?

Le Centre hospitalier de Montereau (77)

- **A une heure de Paris** (Gare de Lyon) :
- **193 lits MCO** : Médecine, chirurgie, réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, néonatal,...
- **30 lits SSR,**
- **30 places HAD,**
- **120 places USLD**
- **Un plateau médico technique**
- **1 pôle administratif, 6 pôles cliniques, 1 pôle médico technique ou médico économique**

Le pôle médico technique (ou médico économique) du C.H.M.

- **Responsable de pôle** désigné en janvier 2007, pour 3 ans, en **théorie directeur médical** assurant la gestion du pôle avec un cadre administratif et un cadre de santé,
 - « Pôle – Entreprise » avoisinant 100 salariés (entre 80 et 83 ETP)
 - Nombreux corps et catégories professionnelles (15 à 20 catégories), grades et statuts divers
 - Regroupe **5 centres de responsabilités** : DIM et archives médicales – Blocs opératoires (l'ensemble des personnels étant en fait répartis sur deux pôles) – Imagerie médicale – Laboratoire de biologie – Pharmacie et stérilisation,
 - Total **charges directes** pour un mois donné : entre 350 000 et + 400 000 euros (10% établissement),
 - Total **recettes** : selon la méthode de calcul et les moyens comptables de l'établissement,
 - Compte de résultat : «dit ou écrit» déficitaire.

Rôle du responsable de pôle selon l'Ordonnance

- *« Le responsable de pôle élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité, les actions relatives à la qualité et à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles (L 6145-6) »*

Rôles du responsable de pôle prévus à l'annexe 1 du contrat de pôle

- 1 / Il **signe le contrat de pôle** avec le Directeur et le Président de CME (*fait et prend fin au 31/12/2009*)
- 2 / Il **assure la coordination des différents services** du pôle (*non fait*)
- 3 / Il a un **rôle général d'impulsion des projets** à court et moyen terme (*oui au décours des réunions de bureau*)
- 4 / Il **s'efforce de régler les conflits** (*éventuel*)
- 5 / Il **favorise la circulation des informations** (*surajoute des informations spécifiques*)
- 6 / Il **permet l'expression et la coopération des personnels** (*lieu supplémentaire d'expression, la mutualisation interservice est inenvisageable*)

Précisions de la DHOS

(Octobre 2006 : présentation de la réforme de la gouvernance)

L'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'insère dans l'organigramme hiérarchique global de l'établissement :

- **Sous l'autorité hiérarchique du directeur (L. 6143-7)**
- **Sur l'ensemble des personnels du pôle y compris l'encadrement du pôle et *les responsables de ses structures internes qui disposent eux-mêmes du pouvoir hiérarchique nécessaire à leurs attributions respectives.***
- **Conformément aux dispositions de l'article L. 6146-6, les décisions prises par le responsable de pôle dans l'exercice de son autorité fonctionnelle ne peuvent aller jusqu'à remettre en cause les missions et les responsabilités confiées aux structures internes du pôle.**

Un triumvirat au service du pôle

Le responsable du pôle est assisté par un cadre de santé (pharmacie) et un cadre administratif (TSH du DIM) nommés par le Directeur.

L'objectif du trio était de faire se rencontrer, discuter et collaborer les différents personnels des services médico techniques (*sans remise en cause des responsabilités et missions des structures internes !*).

Prise de fonction du responsable du pôle

Des bureaux de pôle et conseils de pôle ont été régulièrement organisés. 4 structures sur les 5 étant toujours représentées, .

Dès le départ les médico techniques ont revendiqués leurs compétences techniques spécifiques et leur forte appartenance à leur structures respectives au service des unités de soins.

La spécialisation est en effet l'éléments moteur et fédérateur quand à la qualité au travail et considérée indispensable pour la résolution de dysfonctionnements éventuels. **L'exercice de la pharmacie est réglementée et la responsabilité ne se délègue pas.**

Aucune formalisation de délégation de gestion entre les chefs de service et le responsable du pôle n'a été organisée ou souhaitée.

Une polyvalence de métiers, de compétences et de responsabilités permettant la gestion fonctionnelle de l'ensemble des services DIM, laboratoire de biologie, imagerie, pharmacie – stérilisation n'étant pas réglementairement envisagée pour le responsable du pôle (médecin DIM) (art. L. 6146-6).

Les arbitrages de la communauté médicale

Interrogée à ce sujet la CME a par ailleurs conclu de façon identique et souhaité pour l'ensemble des services de l'établissement que les chefferies (éléments prétendument attractifs) puissent persister.

Le Directeur de l'établissement à cette époque partageait également le souhait de pérenniser les chefferies de services même si elles n'étaient plus publiées par la DHOS.

Répartition de quelques attributions période 2007 - 2009

| Quelques domaines de gestion interne | Par le trio | Autre |
|--|-------------|-------|
| Projet de pôle | X | |
| Contrat de pôle | X | X |
| Organisation technique | | X |
| Arbitrage | | X |
| Délégation de gestion | | X |
| Décision de recrutement | | X |
| Validation des profils de poste | | X |
| Renouvellement des contrats | | X |
| Organisation des gardes et astreintes | | X |
| Création et suivi des conseils de pôle | X | X |
| Mise en place et analyse d'indicateurs | X | X |
| Projets amélioration des structures | X | X |

Au total : un pilotage limité du responsable de pôle

Des réunions **trimestrielles du trio avec la Direction sur les effectifs du pôle et la situation financière du pôle** (recettes et dépenses prévisionnelles) se sont tenues avec l'ancien Directeur avant sa récente mutation. Reprendront elles ?

Les Directeurs Adjointes ont communiqué au trio des informations ciblées sur les finances et listes de personnels, mais n'ont pas demandé d'avis notamment dans les secteurs de la formation du personnel ou sur les plans d'équipement des diverses structures.

les membres de la Direction se coordonnent avec les actuels chefs de service. La **mise en place d'une consultation de mammographie**, les projets d'IRM et d'ostéodensitométrie **ne pouvant être** par exemple « délégué » à un médecin DIM aussi performant soit il !

Chaque service gère sa dynamique de certification et la mise en œuvre de ses **propres référentiels « qualité » généralement spécifiques** pour les laboratoires de biologie, pharmacies, et services d'imagerie..). Le trio du pôle rassemble et actualise certains projets.

Particularités lors du regroupement de services médico techniques (1)

1 / Une spécialisation des personnels médico techniques et des process ne favorisant pas leurs regroupement.

En conséquence : la mutualisation du personnel n'est pas envisageable. Chaque responsable de structure gère avec les directions de l'établissement ses clients et ses fournisseurs. La permanence des soins ne s'organise que par structure et avec ses propres ressources.

2 / Des recettes difficilement évaluables

Une partie (souvent trop importante) du dialogue porte sur les recettes ou la valorisation de l'activité : il n'y a pas de comptabilité analytique ni de facturation même « virtuelle » des prestations interservices fournies aux services cliniques. Le PMSI utilisé dans le suivi des unités et pôles cliniques n'est pas utilisables.

En conséquence : les tableaux recettes / dépenses du pôle établis sont contestables.

Particularités lors du regroupement de services médico techniques (2)

3 / Pas d'indice de performance pour le pôle

Pour les pôles cliniques le nombre de séjours, la durée de séjour sont des indicateurs principaux facteurs de recettes et coût du séjour et donc indicateur commun d'adaptation des prestations rendues dans les unités et services. Les services médico techniques ne participent à aucun recueil commun de leur activité.

En conséquence : Chaque services médico techniques possède et entretient souvent depuis des années sa banque propre d'indicateurs d'activité et de performance. Ils sont spécifiques et généralement complexes et nombreux !

Particularités lors du regroupement de services médico techniques (3)

4 / Un territoire de marché variable selon les structures du pôle et en évolution

On observe dans chacun des services médico techniques des particularités de dépenses et de recettes liées à la spécificité des prestations médico assurées et aux accords éventuels avec d'autres structures externes :

- La pharmacie assure depuis peu les prestations de pharmacie d'une maison de retraite voisine
- Un GIE rassemble radiologues privés et publics
- Tous les actes de biologie des patients hospitalisés ne sont pas réalisés en interne
- Les actes chirurgicaux d'urgence de nuit d'un centre hospitalier voisin, peuvent être orientés vers le bloc opératoire de Montereau.
- Le service DIM gère depuis septembre 2008 un troisième recueil d'activité depuis la création d'une structure HAD

En conséquence : la stratégie et la politique du pôle se décline structure par structure.

Particularités à prendre en compte lors du regroupement de services (4)

5 / Une contractualisation de la Direction avec le pôle nécessairement service par service

Les structures interviennent pour divers champs à facturations diverses (MCO, SSR, HAD, extérieur,..) et dans des territoires de populations non communs. Pour les pôles cliniques la contractualisation a été basée principalement sur l'activité interne codée avec PMSI et sur l'activité des soins internes. La contractualisation des objectifs au niveau du trio de pôle est impossible sans participation des responsables des structures disposant et gérant leurs indicateurs.

En conséquence : Les indicateurs de contractualisation d'un pôle médico économiques doivent être travaillés structure par structure selon leurs prestations spécifiques (stérilisation, bloc opératoire,...) .

Des aspects positifs et des frustrations pour les parties prenantes

A - Pour le trio : une certaine valorisation de mettre en place cette réforme. Avec une certaine frustration quand à l'excessive et non conciliable diversité des compétences et des découpages.

Une frustration quand à la place assez faible des membres du trio dans les processus de décisions de la Direction avec les structures.

B - Pour la Direction : la direction a réussi à créer un pôle médico technique tout en gardant les coutumes de l'avant ordonnance.

C - Pour la CME : un premier découpage de l'établissement qui n'a pas créé de contestations.

D - Pour les structures du pôle : un respect continu des autres et une maintenance de l'intérêt de son poste par chaque responsable de structure. Il n'y a pas eu au cours de ces trois ans de conflits d'intérêts vis à vis de la Direction, ni mauvaise interprétation des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles. Il existe une certaine inquiétude pour l'avenir du pôle, une mission externe a conseillé à notre établissement de diminuer son nombre de pôles !

Ce qui est encore imprécis en novembre 2009

Les débats préparatoires au vote de la Loi HPST en juillet 2009 ont montrés des avis divergents sur le rôle des médecins et administratifs et sur les prérogatives nouvelles des « anciennes instances ». Il faut encore attendre la publication de décrets :

1 / Nouveau **statut des praticiens hospitaliers**

2 / En cours de discussion et de rédaction un arrêté concernant la nouvelle organisation des établissements, les « services » sont rayés du statut et chacune de leur mention est systématiquement remplacée par celle des « **pôles** » et plus nébuleuses de « **structures** ». Les chefferies de service qui n'étaient plus validées comme telles par la DHOS, ni publiées, disparaissent véritablement. Les départements et fédérations créés il y a quelques décennies ont eux aussi aujourd'hui complètement disparus !

3 / Un autre décret en cours doit confirmer que le pouvoir de la **CME** devient extrêmement limité, notamment en ce qui concernent le recrutement des médecins.

Humbles conseils !

La création de pôle a été confortée et la place du chef de pôle deviendra éventuellement un véritable enjeu de pouvoir et de décision vis à vis de la Direction.

Les services médico techniques ne peuvent être gérés que par leurs responsables, les chefs de service actuels. J'espère que les initiateurs des décrets le reconnaîtront, les spécialités médico techniques ne peuvent être gérées qu'avec des **professionnels responsables parce qu'« de terrain »**. Il me paraît impossible d'avoir pour le futur chef de pôle (renouvellement des mandats en 2010) l'ensemble des compétences médicales et des responsabilités permettant d'assurer une bonne gestion de l'ensemble des structures. Il faut des **délégations précises vers d'autres collègues responsabilisés.**

Humbles souhaits !

Pourquoi supprimer ce qui fonctionnaient « généralement » bien ?

Je ne suis pas opposé à la disparition de certaines chefferies de services médicaux et chirurgicaux qui sont parfois plus honorifiques qu'utilitaires pour l'ensemble de l'hôpital,

Par contre **lors de regroupement des services médico techniques**, très spécifiques, spécialisés, il est à mon avis **nécessaire de ne pas remettre en cause les responsabilités et missions des services médico techniques en conservant un chef de service ou un responsable dans chaque structure**, permettant au trio de pôle de réunir et de s'appuyer sur des membres du bureau de pôles reconnus et responsabilisés.

**Merci pour votre écoute et
pour votre attention à ce sujet**

Bonne journée