

# Les enjeux de la nouvelle gouvernance II

## *Des situations et des points de vue*

*Dans son numéro 57, Pluriels a soumis la mise en place actuelle de la nouvelle gouvernance à une série d'examens généralistes (4) qui tentaient de préciser les nouveaux rapports que cette réforme entraîne entre médecins et directions, et de mettre en évidence ses conséquences sur l'organisation de la psychiatrie.*

*Mais il va de soi que le mode d'implantation de cette dernière n'est pas le même dans les divers établissements de santé et que les différents acteurs du soin et de l'administration ne perçoivent ni ne mesurent les effets de la nouvelle gouvernance d'un seul et même point de vue. Ce sont ces différences*

*d'appréciation selon les situations d'implantation hospitalière de la psychiatrie et selon les fonctions des acteurs du soin et des équipes de direction que ce numéro 58 de Pluriels présente grâce à la collaboration de correspondants de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.*

*Au moment de la mise en place des dispositions de la nouvelle gouvernance, Pluriels recevra avec intérêt les réactions que suscitent, chez ses lecteurs, ces prises de positions, qui trouveront place sur son site internet.*

*Raymond Lepoutre*

## S O M M A I R E

### P2

Une expérience de deux ans d'une responsable de pôle  
Marie-Christine Cabié, Responsable de pôle de psychiatrie,  
Centre Hospitalier de Melun

Nouvelle gouvernance, et Tarification à l'activité en psychiatrie  
Dominique Peljak, Directeur-Adjoint du pôle psychiatrie,  
Centre Hospitalier de Melun

### P3

Le regroupement géographique des secteurs en pôles au  
Vinatier  
Jacques Houver, Cadre socio-éducatif, Coordinateur du service social,  
Centre Hospitalier Le Vinatier

### P4

Construire un pôle fonctionnel en tissant des pratiques  
Sophie Baron-Laforêt, Praticien Hospitalier, Secteur 75G01,  
Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

La nouvelle gouvernance dans l'attente d'une nouvelle organisation  
Martine Mandopoulos-Clemente, Directrice adjointe,  
Établissement Public de Santé de Ville-Évrard

### P5

La nouvelle gouvernance du le point de vue d'un directeur des soins  
Jean-Jacques Moitié, Coordinateur Général des Soins,  
Centre Hospitalier Paul Guiraud

### P6

À Niort : un seul pôle pour la psychiatrie ?  
Alain Rault, Chef de service, Secteur G03, Centre Hospitalier de Niort  
Vers une nouvelle gouvernance des "systèmes d'information" ?  
Eric Chomette, DIM, Centre Hospitalier Saint-Anne (Paris)

### P7

Nouvelle gouvernance et réflexions sur l'intersectorialité  
Dominique Provost, Chef de service, secteur 68I02,  
Centre Hospitalier de Rouffach

---

## Une expérience de deux ans d'une responsable de pôle.

Le centre hospitalier de Melun s'est porté volontaire pour la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance en 2004.

D'emblée, ont été mis en place huit pôles d'activité : médico-technique, urgences-SAMU/SMUR-réanimation, médecine, chirurgie-anesthésie, femme-enfant, psychiatrie, personnes âgées, administratif et logistique.

Les responsables de pôle ont été élus.

Bien que nous ayons tenté de faire valoir qu'un pôle pouvait être un secteur, notre discours n'a pas été entendu dans le contexte de l'hôpital général.

Les quatre secteurs de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ont donc été regroupés en un seul pôle. Il n'y a eu aucune discussion sur l'intérêt de rattacher la psychiatrie infanto-juvénile au pôle femme-enfant.

Les secteurs de psychiatrie générale sont pris dans un véritable double-lieu entre la mise en œuvre incomplète du précédent SROS qui prévoyait le passage de deux à quatre secteurs, et la mise en place de la nouvelle gouvernance qui va, il faut bien le dire, vers la disparition des services et des secteurs qui ne sont pas encore complètement créés. Sauf en psychiatrie, au centre hospitalier de Melun, il n'y a plus qu'un seul cadre supérieur de santé par pôle. Trois des cadres supérieurs de psychiatrie doivent prendre leur retraite dans l'année !

Mutualisation de moyens, projet de pôle, ces termes appartiennent à un langage extraterrestre pour certains qui se battent durement au quotidien pour obtenir l'équipement de base de leur secteur (lits, CMP, CATT, hôpital de jour).

C'est, sans doute, l'une des raisons pour lesquelles la psychiatrie s'est trouvée pendant plus d'un an sans responsable de pôle.

La mise en place du Conseil exécutif s'est faite dans un deuxième temps : il est composé de cinq membres de l'équipe de direction et de cinq praticiens hospitaliers dont le président de la CME et deux responsables de pôle.

Il apparaît comme une instance, certes consultative selon les textes, mais ayant une position hiérarchique fonctionnelle « supérieure » à la CME. Prenons l'exemple de l'élaboration du projet médical. Chaque pôle a travaillé à son projet. Puis son responsable est venu le présenter au conseil exécutif qui, en retour, a fait valoir un certain nombre de remarques. Le conseil exécutif a travaillé à rassembler les projets de chaque pôle en un projet médical concernant l'ensemble de l'établissement. Or, certains choix faits dans cette dernière élaboration ont une influence directe sur les projets de pôle et les projets transversaux. Une présentation en a été faite aux responsables de pôle avec pour mission d'en informer chaque pôle et de faire les remarques nécessaires.

Lorsque le projet médical a été présenté en CME, il a été voté très rapidement.

L'aspect très positif de ce fonctionnement est que le projet médical a enfin pu être élaboré après au moins six années d'essais infructueux.

Ne faisant pas partie du comité exécutif, il ne m'est pas possible de parler de son fonctionnement interne.

Mais force est de constater que la présidence est assurée par le directeur qui a voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Le principe de composition paritaire est donc purement théorique. Rappelons les

missions du conseil exécutif. Il prépare le projet d'établissement, le projet médical, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le plan de redressement financier le cas échéant, il donne un avis sur les nominations des responsables de pôle et des chefs de service.

N'avez-vous pas entendu parler d'une réforme en gestation du statut des praticiens hospitaliers et de leur nomination ?

Tout est affaire de personne et de style de management. Mais la désresponsabilisation des médecins devenus uniquement des exécutants ne sera t'elle pas l'effet pervers de cette réforme ?

Nous pouvons, également, nous inquiéter de la place des personnels paramédicaux. Il se trouve que la directrice des soins fait partie du conseil exécutif, mais cela n'est pas obligatoire. Ne faudrait-il pas d'autres représentants des personnels ?

Et les budgets ?

Les budgets de chaque pôle ont été mieux identifiés, ce qui nous a permis de constater que celui de la psychiatrie était, une fois de plus, en baisse. Je laisse au spécialiste le soin d'en expliquer les raisons dans le texte qui suit le mien. J'attends avec beaucoup d'inquiétude les budgets 2006.

Quant à la délégation de gestion, je vous donne rendez-vous prochainement, nous y serons bientôt.

**Marie-Christine Cabié**, responsable du pôle de psychiatrie, Centre hospitalier de Melun

---

## Nouvelle gouvernance et tarification à l'activité en psychiatrie.

Les farouches opposants au PMSI-Psychiatrie - et ils sont nombreux - font valoir que la santé mentale ne peut, en raison de ses caractéristiques, passer sous les fourches caudines d'un processus d'information médicale. Cette vision constitue un combat d'arrière-garde à court, moyen et long termes.

Il s'agit, tout d'abord, d'une vision intenable à long terme. Si les modalités de mise en œuvre des nouvelles règles de financement des établissements hospitaliers sont actuellement critiquées en raison des reports de charges de nombreuses structures et du caractère amphigourique de la procédure utilisée en 2005, la tarification à l'activité (T2A) est en soi un système plus efficient que celui de la dotation globale. Comment un contribuable peut-il, en effet, admettre qu'un établissement bénéficie des mêmes deniers publics quelle que soit son activité ? Comment *a contrario* un citoyen peut-il accepter qu'un établissement dont l'activité est croissante soit limité par un financement figé ?

Plus qu'ailleurs, on perçoit bien que la mise en œuvre de la T2A en psychiatrie n'est pas aisée, les travaux de mise en œuvre d'un programme spécifique de médicalisation des systèmes d'informations et de valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) étant en cours depuis 1989. Il n'est, évidemment, pas question de calquer le schéma de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) sur un secteur d'activité qui dispose de nombreuses spécificités : actes moins techniques, structures extra-hospitalières, travail important de réseau... Les activités médicales

actuellement financées hors T2A, notamment les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie, ne peuvent cependant pas demeurer à l'écart de ce mouvement initié en MCO.

Par ailleurs, toutes les expériences étrangères qui se sont engagées dans un système de financement à la pathologie montrent qu'à moyen terme la psychiatrie n'échappe pas à cette tendance de fond :

- aux États-Unis, le *balanced budget refinement act* a permis dès 1989 le développement d'un système de paiement prospectif à la journée pour les soins psychiatriques d'hospitalisation complète délivrés par des hôpitaux ou services spécialisés, le paiement fondé sur la classification DRG ayant effectivement été lancé en 2005 (avec une phase de montée en charge progressive jusqu'en 2008) ;

- en Suède, un projet national appelé SK-PSYK (« *secondary classification - psychiatry* ») a été lancé en 2003, la classification NordDRG ayant été adaptée aux spécificités du secteur psychiatrique ;

- les Pays-Bas ont adapté à partir de 2003 leur système de codage des actes *Dutch Behandelings Combinaties* (DBC) à la psychiatrie, un système de financement de la psychiatrie au casemix appelé DBCGGZ devant être lancé en 2006 ;

- le Royaume-Uni a développé une combinaison des données de deux systèmes de classification, les *healthcare resource groups* (HRG, équivalent des DRG américains), qui catégorisent les patients suivant les interventions subies et les *healthcare benefit groups* (HBG) qui catégorisent les patients selon leurs besoins actuels ou potentiels en soins, l'objectif étant de mettre en place, en 2008, un tarif national pour les services psychiatriques.

Enfin, à court terme, la T2A a d'ores et déjà une influence sur la psychiatrie, particulièrement dans les établissements généraux.

*Primo*, la mécanique comptable de la T2A a eu, en 2004 et 2005, des répercussions sur le budget de la psychiatrie. En effet, l'enveloppe budgétaire de la psychiatrie des établissements concernés n'a pas durant ces deux exercices budgétaires évolué en fonction d'un taux directeur, mais sur la base du pourcentage de dépenses des enveloppes hors T2A au sein du budget total constaté l'année (N-2). Autrement dit, à dépenses de psychiatrie constantes, si leur part relative dans le budget général a baissé en 2003 (par exemple du fait de l'augmentation des dépenses MCO), les crédits attribués pour la psychiatrie en 2005 ont baissé de manière automatique (et *vice versa*).

*Secundo*, la nouvelle gouvernance se met progressivement en place dans les établissements, ce qui signifie à terme un contrat entre l'établissement et chaque pôle. Dans ce cadre, des objectifs et des moyens sont déterminés : comment imaginer alors que les ressources et les coûts d'un pôle de psychiatrie ne soient pas examinés alors que ceux d'un pôle de soins somatiques le sont nécessairement ? Le retour à l'équilibre d'un établissement en déficit impliquera nécessairement une analyse approfondie des équilibres budgétaires de pôle, dont celui de la psychiatrie pourtant non financée par la T2A.

Le financement de la psychiatrie est, en définitive, intimement lié au développement de la T2A en MCO.

**Dominique Peljak**, directeur-adjoint référent du pôle « psychiatrie » du Centre hospitalier de Melun, auteur de *L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)* (LEH, mars 2006).

## Le regroupement géographique des secteurs en pôles au Vinatier.

Pour l'instant, la nouvelle gouvernance se concrétise par la mise en place de trois pôles, chaque pôle regroupant plusieurs secteurs de psychiatrie générale : pôle Est 4 secteurs (dont les deux hospitalo-universitaires), pôle Centre 4 secteurs et pôle Ouest 3 secteurs. « *La constitution de pôles se fait sur la base d'un rapprochement des services en vue de générer des économies dans une logique géographique* », « *elle s'appuie sur les enquêtes ayant révélé des inadéquations de l'hospitalisation de certains patient et nécessite un travail sur l'aval de l'hospitalisation.* »

Normalement, chaque pôle devrait se réorganiser pour mutualiser des moyens afin de fermer 25 lits chacun et générer 650 000 euros d'économie (donc 3 x 25 lits et 3 x 650 000 euros).

La création de structures médico-sociales alternatives à l'hospitalisation complète ne suscite pas vraiment un élan général, et les rares projets connaissent une lenteur terrible dans leur évolution, aucun véritable leader en la matière ne s'étant dégagé, autant du côté médical que du côté de la direction. C'est dommage car, dans le Rhône, il y a actuellement des opportunités, mais les divergences de point de vue, les divisions, le manque de solidarité, les conflits intra-pôle, les lenteurs organisées, l'absence d'une politique volontariste affichée, les difficultés de communication en la matière freinent considérablement cette évolution.

Dans un premier temps, les personnels autres que médicaux et d'encadrement supérieur infirmier n'ont pas été associés à cette évolution à quelques exceptions près, d'où des disparités d'évolution très importantes entre les trois pôles, tant sur le plan de l'information générale que de l'adhésion des personnels à cette évolution.

Un chef de secteur a démissionné, et un autre est parti à la retraite, plus vite que prévu, dans un pôle où les vues des chefs manquaient d'unité. Il n'est pas facile de faire s'allier ensemble des personnes qui n'ont pas manifesté collectivement une communauté de points de vue, jusqu'à présent et ceci depuis des années. En revanche, dans deux pôles, deux secteurs ont déjà des habitudes anciennes de collaboration.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, un groupe de travail a été constitué, mais n'a rien conclu pour l'instant, chaque secteur considérant qu'il devrait constituer un pôle à lui tout seul.

En ce qui concerne les départements, (gérontopsychothérapie, psychotiques déficients et autistes, adolescents, réadaptation socio-professionnelle), ils auraient vocation à devenir des pôles, mais là encore rien n'est tranché. Des groupes de travail réfléchissent aux évolutions à encourager : réorganisation du personnel administratif de la direction, rapprochement de la DS et de la DRH, évolution du bureau des entrées, audit à venir du service social, etc.

Le 13 octobre 2005 a été installé un Conseil constituant composé de médecins (pas forcément chefs de service) et des président et vice-président de la CME, et de directeurs dont le directeur général, qui est chargé d'accompagner et valider les différentes évolutions en cours. Il ne me semble pas qu'une convergence des points de vue règne réellement au sein de ce Conseil constituant.

**Jacques Houver**, Cadre socio-éducatif, coordonnateur du service social, Centre hospitalier Le Vinatier

---

## Construire un pôle fonctionnel en tissant des pratiques.

Les secteurs 75G01 et 75G02 de Paris se sont investis sur un projet Paris-Centre depuis 2001. Initialement, trois secteurs rattachés à trois hôpitaux différents, sont devenus deux secteurs rattachés au même hôpital. Aujourd'hui, deux secteurs fonctionnent avec des structures territorialisées et différenciées, unités temps plein et des CMP, et des structures communes : CAPP (Centre d'accueil permanent Paris centre), centre de jour, intersecteur précarité, SPAD, soins psychiatriques à domicile.

Cette organisation n'a pu se mettre en place qu'avec l'implication et la participation des équipes par des réunions en amont pour faire face aux remaniements par les déménagements, renforcer l'adhésion au projet et l'échange sur les pratiques pour s'adapter à la nouvelle configuration et à son évolution.

Les nouvelles dispositions légales sur la constitution de pôles d'activité sont intervenues au décours du changement.

Comment cette obligation de pôle peut-elle orienter le projet ? Le servir ou le desservir ? Comment ce projet initial peut-il coexister avec celui d'un pôle ?

Le pôle peut venir cadrer réglementairement ce regroupement, différent d'un secteur ou d'un intersecteur. À un réveil de la crainte de la fusion, s'ajoute la crainte des suppressions de postes.

Si l'intersectorialité basée sur la convergence des pratiques semble une évidence pour Paris Centre, la constitution d'un pôle vient naturellement. Comment ne pas se tenir à une logique comptable et asseoir le pôle sur une communauté de pratiques face à des équipes déjà bousculées par les derniers remaniements, entraînant parfois des mobilisations positives et également des résistances ?

Les deux secteurs se sont réunis en assemblée générale pour valider le projet du pôle. Cette assemblée générale a mis en place trois groupes de réflexion et un comité de pilotage pour construire ce pôle avec les équipes. Les groupes ont pour thème : le recueil de l'activité, les modes d'accès aux soins, les pratiques à temps plein.

Chaque groupe est animé par deux membres du comité de pilotage. Y participent tout professionnel intéressé des deux secteurs. Les groupes se sont réunis tous les quinze jours, régulièrement depuis plus de trois mois. Ils sont le lieu de rencontres, d'échanges informels, sur les pratiques, le quotidien, le vécu parfois douloureux, et les attentes. La parole a été d'emblée assez libre n'épargnant pas les critiques, témoignant de la possibilité d'être ensemble et de se faire confiance.

Le compte-rendu de chaque groupe a donné lieu à une nouvelle assemblée générale validant les démarches proposées et constatant une communauté d'état des lieux et de questionnement.

Réussissons-nous à construire une identité de pôle respectueuse des pratiques différenciées ? C'est la gageure de cette démarche.

**Sophie Baron-Larorêt**, praticien hospitalier, secteur 75G01, Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

---

## La nouvelle gouvernance dans l'attente d'une nouvelle organisation.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé constitue, avec la réforme de la tarification et de l'investissement, l'un des trois volets du plan Hôpital 2007. Tout hôpital est tenu d'appliquer les textes et, notamment, de constituer des pôles d'activités qui sont le pivot de la nouvelle organisation hospitalière. Une nouvelle instance est créée : le conseil exécutif, dont le but, fixé par le législateur, est de mieux associer les médecins à la gestion et à la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement.

L'Établissement public de santé de Ville-Évrard est un établissement spécialisé en psychiatrie desservant dix-huit secteurs (quinze de psychiatrie adulte et trois de psychiatrie infanto juvénile) sur quatre sites d'hospitalisation et quatre-vingt-dix lieux de soins ambulatoires dans trente-cinq communes de la Seine-Saint-Denis.

Un conseil exécutif provisoire a été constitué, fin novembre 2005, dans l'attente de la constitution des pôles prévus par l'ordonnance.

Il est constitué de six médecins, cinq chefs de service, dont le président de la CME et un praticien hospitalier, et de six directeurs dont le chef d'établissement, la directrice des ressources humaines, le directeur des services économiques, la directrice des soins, le directeur des affaires financières et la directrice des affaires générales. Le directeur adjoint chargé des travaux et du patrimoine reste en dehors de l'instance.

Parallèlement à ce nouveau dispositif, les médecins ont réorganisé leurs lieux de discussion, notamment le bureau de la CME se réunit avant chaque conseil exécutif.

La première réunion a été consacrée à fixer les modalités pratiques de fonctionnement, tous les quinze jours, sauf vacances scolaires, de 16 à 18 heures. Les dates sont fixées à l'avance, à chaque réunion un relevé de décisions est rédigé par un directeur adjoint et un médecin.

L'ordre du jour est fixé en fin de réunion ou, à défaut, par concertation entre le chef d'établissement et le président de la CME.

Il n'y a pas de règlement intérieur écrit, le relevé de décisions de la première réunion en tenant lieu. La diffusion de ce document se fait par e-mail auprès des membres du conseil exécutif, puis sur intranet pour l'ensemble de la communauté hospitalière.

Les sujets abordés ont été des sujets d'actualité générale et des sujets relatifs à la vie de l'hôpital :

- les nominations de praticiens hospitaliers ;
- le plan pluri-annuel d'investissement (PPI) devenu le plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- des points d'actualité comme le contrat d'objectifs et de moyens et le SROS 3 ;
- les mesures de sécurité envisagées pour les différents sites ;
- l'information sur les nouvelles modalités budgétaires : EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses), et les décisions modificatives budgétaires ;

- le choix du programmiste pour la restructuration du site hospitalier de Neuilly-sur-Marne ;
- l'affectation de crédits attribués à la pédopsychiatrie ;
- la présentation par le service qualité de la version 2 de l'accréditation.

Il est possible - suivant les sujets abordés - d'inviter des personnes de l'établissement et des personnalités extérieures. C'est ainsi que le directeur des travaux, les responsables qualité, l'attachée faisant fonction de directrice des affaires médicales et les programmistes chargés d'élaborer la restructuration du site historique ont été invités.

Les remarques que l'on peut faire au stade actuel de fonctionnement sont les suivantes :

- L'application stricte du texte, six médecins et six directeurs maximum, conduit à écarter un directeur adjoint de l'instance, même s'il peut être amené à y participer en tant qu'invité. Quelle latitude ont les directeurs adjoints si ce n'est apporter leurs compétences techniques ? l'instance n'est elle pas actuellement qu'un face à face chef d'établissement/président de la CME ?
- La « nouvelle gouvernance » doit permettre le dialogue entre l'administration et les médecins, mais les soignants et les cadres ne participent pas à la nouvelle instance, même si le directeur des soins fait partie de l'équipe de direction, il peut d'ailleurs ne pas être membre du conseil exécutif limité à six directeurs maximum. D'où l'idée d'instituer régulièrement des réunions de l'encadrement supérieur (administratifs et techniques) pour les informer de la mise en place de la « nouvelle gouvernance » et les associer à la réflexion et la prise de décision sur les sujets stratégiques.
- La multiplication des instances a été dénoncée dans maints rapports sur le fonctionnement des hôpitaux : l'ordonnance suggère le regroupement des CME/CTE sous forme d'expérience, suggestion pertinente quand on sait que ces instances examinent souvent les mêmes dossiers : budget, bilan social... Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la CME et du CTE, de constituer à titre expérimental pour une durée de quatre ans un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération soumis au CA. Cette possibilité n'a pas été abordée jusque-là.

Des interprétations différentes peuvent être faites sur le texte de l'ordonnance qui est assez court, notamment :

- sur la possibilité ou non de recourir au vote pour donner un avis. Le texte dit qu'en cas de partage des voix celle du directeur est prépondérante, ce qui suppose la possibilité de vote ;
- sur le rôle consultatif plutôt que décisionnel de l'instance dont les domaines de compétences sont encadrés par l'article L 6143-6-1 du code de la santé.

La constitution des pôles d'activités et la délégation de gestion sont le socle de la réforme et ce sujet s'avère plus délicat puisque les médecins suivent les consignes syndicales : « un secteur = un pôle ». Alors même que dans les faits l'EPS a éclaté en quatre sites hospitaliers (Neuilly-sur-Marne, Saint-Denis, Bondy et Aubervilliers) et à l'horizon 2010 en cinq avec une localisation à Bobigny. La psychiatrie infanto-juvénile est incluse dans ces localisations géographiques.

Ces re-localisations se sont réalisées sans réflexion sur l'organisation administrative qui est centralisée sur le site historique de Neuilly-sur-Marne. Ceci entraîne des organisations parallèles et des dysfonctionnements :

la création de petites féodalités indépendantes qui gomment au maximum la référence de la structure à l'EPS de Ville-Évrard, (un livre récent sur la psychiatrie publique parle de la clinique du Bois de Bondy par exemple).

La « nouvelle gouvernance » est l'occasion de repenser cette organisation, c'est d'ailleurs une des remarques faites par les visiteurs de l'HAS en janvier 2005, qui soulignaient que l'établissement n'avait pas tiré les leçons des re-localisations : c'est une remise à plat complète de l'organisation et du fonctionnement et pas seulement des secteurs d'hospitalisation, mais aussi des directions fonctionnelles qui devront se décroiser et organiser les délégations de gestion sur les pôles.

Pour réfléchir sur cette réorganisation, le dernier conseil exécutif a retenu le principe de recourir à un consultant extérieur qui piloterait la réflexion dans le cadre d'un séminaire.

**Martine Mandopoulos-Clemente**, directrice adjointe,  
Établissement public de santé de Ville-Évrard

## La nouvelle gouvernance, du point de vue d'un directeur de soins.

La réforme de la gouvernance s'inscrit dans le cadre du plan Hôpital 2007. Sa cohérence ne peut être contestée :

- *la planification* réalisée à travers un outil unique le SROS ;
- *le financement* mis en œuvre par la tarification à l'activité ;
- *la modernisation* matérialisée par une réforme et une relance de l'investissement hospitalier ;
- *la gestion maîtrisée* au moyen d'une nouvelle gouvernance.

### Une rénovation des instances et une nouvelle répartition des pouvoirs

Le Conseil exécutif est, sans aucun doute, la nouveauté emblématique de la nouvelle gouvernance. Est-ce une instance décisionnaire ? Le débat n'est pas tranché, mais sa place dans le code de la santé publique nous incite à le considérer comme tel.

L'analyse de ses missions lui donne un rôle essentiel au niveau stratégique et dans le quotidien des établissements.

Sa composition paritaire laisse-t-elle augurer d'un fonctionnement « ouvert » ? Il n'est pas déraisonnable d'espérer des directeurs et des praticiens hospitaliers rassemblés dans cette instance une capacité à échanger, débattre et décider ensemble.

### Le découpage des Établissements publics de santé en pôles d'activité

« Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle » - Article L 6146-1 - CSP - ordonnance du 2 mai 2005. Cette exception est qualifiée de ringarde voire d'archaïque par de nombreux observateurs. Dans une optique de regroupement de secteurs, quels seraient les objectifs prioritaires ?

- améliorer la prise en charge du patient et de l'usager ;
- préserver les aspects positifs de la politique de sectorisation psychiatrique en intégrant une logique de territoire ;
- décloisonner - mutualiser certaines ressources ;
- éviter que se reconstituent d'autres féodalités.

Il me semble que deux ou trois secteurs de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspondant pourrait être la solution majoritairement retenue en psychiatrie.

### Le fonctionnement des pôles

L'article L 6146-6 du Code de la santé publique précise que le *praticien responsable* d'un pôle d'activité « *organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle [...]* ».

Selon ce même article L 6146-6 du Code de la santé publique, *deux cadres assistent le responsable de pôle* : un cadre administratif et un cadre de santé. Selon nous, la persistance de l'utilisation du verbe *assister* démontre que nous sommes très éloignés d'une direction de pôle collégiale et démocratique. L'introduction d'un cadre administratif (de quel niveau ?) participant à la gestion du pôle est une (petite) révolution dans notre culture hospitalière.

Il serait utile que soient précisées, par écrit, les missions respectives des trois « responsables » du pôle.

Un document tenant lieu de cahier des charges et de plan de management du pôle est indispensable.

### Quelques propositions complémentaires

1. Constituer systématiquement, à titre expérimental, un collège cadres dans chaque établissement regroupant les représentants élus des cadres de santé, cadres socio-éducatifs, cadres ouvriers et techniques, cadres administratifs. Avis consultatif et vecteur de communication avec l'ensemble des cadres.
2. Le cadre de santé assistant le responsable de pôle doit, en psychiatrie, être cadre supérieur de santé. Il doit bénéficier d'une délégation du directeur pour la gestion de l'ensemble des personnels non médicaux affectés au pôle. Au niveau de chaque secteur constituant le pôle, maintien d'un poste de cadre supérieur de santé.
3. Mise en place de formations communes aux responsables médicaux administratifs et soignants des pôles.

Jean-Jacques Moitié, coordonnateur général des soins,  
Centre hospitalier Paul Guiraud (Villejuif).

## À Niort : un seul pôle pour la psychiatrie ?

Concernant la situation niortaise, les services de psychiatrie (trois services de psychiatrie adulte, un service de psychiatrie de l'enfant, un service intersectoriel de psychogériatrie et un service de lutte contre la toxicomanie), soit au total 470 membres du personnel, une trentaine de praticiens hospitaliers et autant de cadres, avec une masse budgétaire supérieure à

30 millions d'euros, sont rattachés à un centre hospitalier général. L'idée initiale de la direction était globalement : « peu de pôles », et donc un seul pôle pour la psychiatrie adulte au moins, ce qui apparaît en réalité difficilement gérable.

Dans ce contexte, l'ensemble des collègues psychiatres serait plutôt favorable à « un secteur = un pôle », puisque nous n'avons pas trouvé d'autre redécoupage possible et pertinent, mais nous n'avons pas, à ce jour, pris de décision réelle à ce sujet.

Notre réflexion est évidemment très liée à la dynamique du reste de l'hôpital général, à savoir les services MCO, pour lesquels une série de regroupement de services est envisagée quand cela sera possible.

Actuellement, trois pôles expérimentateurs sont mis en place :

- urgences ;
- médecine interne ;
- appareil locomoteur.

Ma position est que cette réforme n'apportera sans doute pas grand-chose à la psychiatrie niortaise, et qu'elle risque même de poser plus de problèmes qu'elle n'en résoudra, dans une dynamique que nous nous efforçons de construire en psychiatrie dans un registre intersectoriel.

La contrepartie en est précisément « le miroir », à savoir qu'elle pourrait accélérer ce travail intersectoriel parfois un peu laborieux.

En réalité, j'aurais préféré que les choses puissent se construire avec un peu plus de temps et une échéance moins rapprochée que la fin 2006.

Alain Rault, chef de service, secteur G03,  
Centre hospitalier de Niort.

## Vers une nouvelle gouvernance des « systèmes d'information » ?

L'organisation de l'hôpital en pôles d'activité cliniques ou médico-techniques est accompagnée par une procédure de contractualisation interne (1) entre le directeur de l'établissement et le président de CME d'une part, et chaque responsable de pôle d'autre part.

Ce contrat (2) définit :

- les objectifs d'activité, de qualité et financiers ;
- les moyens ;
- les indicateurs de suivi des pôles d'activité ;
- les modalités de leur intéressement aux résultats ;
- les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

C'est le conseil d'administration (CA) qui définit la politique de contractualisation interne. On rappellera ici que le CA, sur avis de la commission médicale d'établissement (CME) et du comité technique d'établissement (CTE), délibère aussi sur le projet d'établissement, qualifié « *d'exercice stratégique majeur* » et que celui-ci intègre obligatoirement la dimension Système d'information.

Le conseil exécutif (3), entre autre, donne un avis sur les modalités d'évaluation annuelle des conditions d'exécution du contrat de pôle.

Il est clair que la définition des objectifs d'activité et le choix des indicateurs de suivi peuvent avoir une réelle dimension stratégique, mais auront certainement une dimension budgétaire majeure. Mis en perspective avec la (r)évolution du financement hospitalier qu'est la Tarification

à l'activité (T2A et VAP pour la psychiatrie), ces indicateurs seront sans aucun doute, pour une bonne part, ceux qui permettront de définir les États prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) (4), auxquels les établissements de psychiatrie sont aussi soumis.

À ce stade, plusieurs questions se posent :

- Quelle est la capacité des établissements à recueillir ces indicateurs ? La situation informatique et l'organisation des informations standardisées dans les établissements psychiatriques permet-elle d'assurer la fiabilité, la reproductibilité des données et de ne pas « biaiser » la réflexion ?
- Le choix de ces indicateurs, fortement corrélés à la réflexion de gestion hospitalière, ne risque-t-il pas de donner une vision hospitalo-centrée ?
- Quel est le rôle et le positionnement des Départements d'Information Médicale (DIM) ?

S'il est une activité ou le dossier patient informatisé prends tout son sens et son utilité, c'est bien en psychiatrie et notamment en psychiatrie de secteur. La multiplicité des intervenants, des sites géographiques de prise en charge complexifient naturellement les échanges d'informations fiables et rapides. L'informatisation, en intégrant les nécessaires contraintes de sécurité d'accès et de confidentialité, serait utile. Or, nous ne sommes pas en avance par rapport aux établissements somatiques ou les disciplines techniques sont souvent moteurs et ou l'utilisation d'informations médicalisées à des fins de gestion est courante (5). Nous connaissons tous, ici ou ailleurs, des structures « extra hospitalières » mal voir non connectées au réseau informatique, des doublons d'identités de patients trop nombreux sur les bases de données, des interfaces incomplètes ou trop complexes entre l'informatique dite administrative et informatique médicale, chacun gardant sa logique... pour le moment.

Les contrats internes reposeront pourtant sur des indicateurs qui pourraient être issus de tels systèmes. Avant de déterminer des objectifs ambitieux et des indicateurs de suivis complexes, peut être faut-il s'interroger sur la fiabilité des informations que nous « produisons » plus ou moins en routine ?

La logique budgétaire et gestionnaire (au sens noble du terme) n'est pas éloignée de celle de la nouvelle gouvernance. Il nous appartient de ne pas tomber dans le piège du contrat d'objectifs uniquement centré sur des critères économiques (qui au demeurant ont une place légitime (6)) mais d'y introduire aussi des éléments identifiant les principaux aspects du projet médical du pôle, permettant d'ouvrir la réflexion au-delà de la seule logique hospitalière. Sera-t-il aisé, par exemple, aux secteurs, au sein d'établissements généraux, de faire reconnaître cette spécificité ?

La nouvelle gouvernance, du fait de la problématique de la contractualisation interne, repose donc dans la question du positionnement du département d'information médicale (DIM) : quel rôle ? Quel pôle ?

Au sein des établissements généraux qui eux n'ont pas le choix, les situations sont variables : les DIM prennent place soit avec des services médico-techniques, soit avec des services cliniques, soit au sein d'un pôle « Santé publique ».

On voit, également, des établissements souhaitant la constitution d'un pôle comprenant le DIM, la direction des finances (ou le contrôle de gestion) et la direction informatique. Certes, fonctionnellement, le DIM travaille au quotidien avec ces services administratifs (7), mais aussi avec les services cliniques et médico-techniques. L'orientation du DIM, son intérêt et sa participation à la réflexion de la gestion hospitalière est souvent clairement identifiée par chacun. Mais doit-elle être la seule orientation du département ? Son investissement sur les questions en

liens avec le dossier du patient mais aussi sur les thèmes épidémiologiques (et d'aide aux protocoles de recherche clinique) est parfois souhaité par les services cliniques. Cette double assise favorisant la confiance avec l'ensemble des acteurs peut être un élément de stabilité.

Le DIM participera, certainement, à la mise en place des contrats de pôles, aux choix des objectifs et des indicateurs de suivis. Il sera même souvent amené à recueillir ces derniers et les analyser. Peut-il réaliser cette mission dans un climat de confiance avec l'ensemble des contractants si son indépendance n'est pas clairement affichée ?

**Éric Chomette, DIM,**  
Centre hospitalier Sainte-Anne (Paris)

### Bibliographie

- (1) Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.
- (2) La nouvelle organisation de l'hôpital public, les pôles d'activité, la contractualisation interne, la délégation de gestion. Jurisanté n°51, octobre 2005, C. Esper.
- (3) Le conseil exécutif, nouveau maillon du processus décisionnel dans les établissements publics de santé. Jurisanté n°51, octobre 2005, S. Marzoug.
- (4) Les nouveaux fondamentaux de la procédure et de l'organisation budgétaire. Jurisanté n°51, octobre 2005, F. Madelm.
- (5) Indicateurs de performances dans les établissements hospitaliers. Journal d'Économie Médicale n°7-8, vol 22, novembre-décembre 2004 - A. Bounekkar, M. Lamure.
- (6) Exploring psychiatric hospital performance, using data envelopment analysis and cluster analysis. Journal d'Économie Médicale n°3-4, vol 20, mai-juillet 2002 - D. Ferrier, G. Valdmanis.
- (7) Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne. Quelques réflexions sur les modèles en hospitalisation de court séjour. Gestions hospitalières n°443, février 2005 - F. Kohler, E. Toussaint.

## Nouvelle gouvernance et réflexions sur l'intersectorialité.

L'hôpital de Rouffach comporte six secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Agréablement niché au cœur du vignoble, il n'en dessert pas moins les deux grandes agglomérations du Haut-Rhin : Colmar et Mulhouse. Les autres secteurs du département dépendent des centres hospitaliers généraux de Colmar et Mulhouse.

Les bassins de population sont très divers : ruraux, montagnards, urbains avec l'agglomération de Colmar au Nord et, au Sud, le bassin de Mulhouse, le plus peuplé, marqué par des difficultés économiques et sociales. Ces deux villes sont universitaires.

Il existe également deux SAU. Celui de Colmar fonctionne avec une permanence infirmière ancienne et une astreinte médicale, celui de Mulhouse fait appel à une garde senior.

Les caractéristiques des secteurs sont différentes, en fonction de la population desservie et des intérêts de l'équipe médicale. C'est ainsi que des secteurs ont développé des systèmes de soins où l'extra-hospitalier peut avoir une place très différente, l'usage voulant que chaque service détermine sa politique en toute indépendance. Ainsi se sont développés certains modes d'exercice, dans certains services et non dans les autres.

Le fonctionnement ancien de l'hôpital était de type pyramidal, renforcé par les traditions et l'histoire locales. Nous avons noté avec le temps une

progression de la transversalité, d'abord en lien avec la démarche qualité, ancienne dans l'établissement, plus récemment rejointe par la communauté médicale, l'organisation de projets intersectoriels (personnes âgées, hospitalisations contraignantes, autistes, unité d'adolescents...). Ces projets sont toujours portés par un seul secteur, l'hôpital n'ayant jamais recouru à des départements ou fédérations.

Avec l'augmentation du taux d'occupation des lits, les patients se voyaient de plus en plus souvent admis dans les lits disponibles à l'hôpital puis orientés vers leur secteur d'origine quant c'était possible. Ce fonctionnement n'étant satisfaisant ni pour les patients déplacés ni pour les équipes, un projet d'unité d'admission centrale a vu le jour, unité qui permettra de recentrer en un même endroit les patients, mais aussi les services d'admission et la garde médicale. Ce projet, d'accueil de courte durée, ne remet pas en cause la possibilité d'admissions réglées dans les services. Il offre la possibilité d'y adosser des lits pour l'accueil des mineurs en urgence.

Il est permis de penser que cette réflexion transversale, qui met en jeu l'ensemble des services adultes bénéficie aussi des réflexions entreprises pendant les nombreuses visites d'expérimentation V1, V2, d'accréditation et de certification.

L'arrivée de la nouvelle gouvernance relance cette transversalité : la CME a désigné six représentants au conseil exécutif (CE) transitoire non sur le mode de l'élection des acteurs, comme c'était

l'usage en CME, mais en fonction de leurs choix professionnels.

Ce choix est intervenu alors que l'hôpital est encore le lieu de discussions entre les tenants de l'option un secteur égal un pôle et ceux qui voudraient une autre répartition. Dans cette optique, les possibilités évoquées sont principalement géographiques, en suivant les territoires de santé, en respectant la spécificité des vallées vosgiennes, etc.

La désignation des membres du conseil exécutif n'a pas précédé la décision de la communauté médicale mais a respecté les différentes sensibilités des acteurs. Ceci ne s'est pas fait sans certaines inquiétudes face à cette nouveauté.

La constitution des pôles interviendra dans le courant de l'année, après que la réflexion en cours aura abouti.

La mise en place du conseil exécutif et des pôles accentue la transversalité. En effet, elle ne se limite plus à la détermination d'objectifs communs (qualité, populations desservies), mais elle pose des questions plus profondes, qui passent par la prise en considération de la spécificité, de la particularité de chaque service, et de sa place dans le pôle, dans l'optique d'une cohérence interne. Ceci permet que soient, à nouveau, évoqués et reliés entre eux les choix théoriques, thérapeutiques et les options de santé publique de chacun.

**Dominique Provost**, chef de service, secteur 68102, Centre hospitalier de Rouffach.

# PLURIELS

**Vos expériences et réactions nous intéressent :**

**[mission@mnam.com](mailto:mission@mnam.com)**

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :  
**[www.mnam.com](http://www.mnam.com)**

La lettre  
de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**

Gérard Massé

**Rédacteur en chef :**

Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**

Sophie Baron-Lafarêt  
Marie-Christine Cabié  
Eric Chomette  
Carole Festa  
Jacques Houver  
Martine Mandapoulos-Clemente  
Jean-Jacques Moitié  
Dominique Peljak  
Dominique Provost  
Alain Rault

PLURIELS, 5 avenue d'Italie, 75013 Paris

Téléphone 01.53.94.56.90 - télécopie 01.53.94.56.99.

E-mail : [mission@mnam.com](mailto:mission@mnam.com)