

Les pôles d'activité, vecteurs de progrès

Présenté en novembre 2002 par le ministre de la Santé, le projet « Hôpital 2007 » prévoyait un ensemble de mesures, prises depuis cette date dans le cadre de divers dispositifs législatifs*. Seule, l'organisation interne des hôpitaux publics a fait l'objet d'un relevé de conclusion, signé par la CFDT santé-sociaux le 20 janvier 2004. Un projet dont l'économie générale reposait sur l'organisation de base des établissements en « pôles d'activité », outre sur la rénovation des instances et des simplifications d'organisation et de procédure.

Le problème posé

Regroupement de services et/ou d'unités médicales ou médico-techniques, le « pôle d'activité » est fondé sur un projet médical partagé, doté d'une allocation de ressources communes. Ainsi défini, il vise notamment à favoriser une déclinaison plus cohérente du projet d'établissement.

Les pôles, dont la taille, la composition et le nombre sont laissés à l'appréciation des établissements – qui avaient jusqu'au 1^{er} janvier 2007 pour les créer –, sont placés **sous la responsabilité de chefs de pôle**, nommés conjointement par le président de la Commission médicale d'établissement (CME) et le directeur, après avis du conseil exécutif et de la CME, sur

proposition des praticiens du pôle. Une fois créé, le pôle contractualise avec la direction de l'établissement et le président de la CME.

Dès lors, **sur la base d'un projet de pôle** :

- les moyens dont l'entité disposera pour atteindre les objectifs fixés sont connus ;
- le développement de la contractualisation interne doit assurer un emploi plus

À SAVOIR

À l'instar des autres pays européens

Depuis le début des années quatre-vingt, ce qui souligne notre retard en la matière, tous les pays européens se sont engagés dans des réformes d'organisation interne de leurs établissements hospitaliers. Avec un même objectif : celui d'améliorer tout à la fois la réactivité, l'efficacité des prises en charge et la qualité des soins. Et partout, trois mêmes principes qu'en France pour guider ces réformes : décloisonnement de l'hôpital, extension de l'autonomie de gestion et de la responsabilité financière, regroupements des unités cliniques... en pôles d'activité.

* Pour mémoire, pêle-mêle : la simplification de l'organisation sanitaire, la tarification à l'activité, la loi de santé publique, la décentralisation des formations et l'organisation interne des hôpitaux publics.

À SAVOIR

Il y a 26 ans, déjà...

« Pour l'avenir, j'ai indiqué qu'une étude devrait être faite avec tous les intéressés, que les structures hospitalières devraient évoluer et qu'en particulier des départements à vocation beaucoup plus large devraient se substituer aux services très spécialisés qu'ils regroupaient pour partie. Ceci devrait permettre, à mon sens, une rationalisation des moyens disponibles ou envisagés, en évitant les doubles emplois et la concurrence entre services. Dès lors, la participation des responsables des départements à la préparation du budget général, voire de leurs budgets, ne peut qu'être sollicitée et renforcée: le budget de l'établissement pourra mieux traduire les besoins mieux connus des départements. De même, en liaison avec la direction, la gestion des crédits de chaque département peut impliquer davantage le corps médical. [...]

Le département est présenté comme « un ensemble de moyens en personnel et en équipements qui assure de façon coordonnée le diagnostic, le traitement et les soins des malades ». Il concourt à la formation des médecins, à l'enseignement du personnel hospitalier, à la recherche et à la prévention. [...]

suite page III

autonome de leurs moyens par les pôles, ainsi qu'**une déclinaison plus cohérente du projet d'établissement**;

- à l'intérieur des pôles, les services ont pour mission d'assurer une **cohérence d'organisation médicale**, dans le cadre du contrat de pôle;

- pour la psychiatrie, **le secteur peut constituer un pôle**.

En principe, **le conseil de pôle** constitue l'espace d'expression des professionnels du pôle, en même temps qu'un

Ce qui fait débat

L'instauration des pôles d'activité dans la nouvelle organisation de l'hôpital doit offrir un dimensionnement compatible avec la gestion, et mettre fin à un émiettement interne souvent excessif. La réussite et la performance du nouveau dispositif dépendront de l'implication et de la motivation du personnel.

C'est une constante: l'hôpital est – et restera – une activité de main-d'œuvre.

Les personnels y maintiennent une dimension humaine d'autant plus nécessaire qu'il y a une montée en puissance des technologies. L'efficacité de l'hôpital ne peut résulter que de la motivation et de l'implication de tous les professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets. C'est au travers de leur légitimité à agir – et de la place accordée aux pro-

lieu d'élaboration de la politique du pôle, et il est d'une taille volontairement limitée afin de le rendre plus opérationnel. Ses membres sont élus – et non plus tirés au sort comme dans les conseils de service – afin d'assurer tout à la fois la représentativité de l'ensemble des personnels et l'engagement de ses membres.

Fort de ces caractéristiques, **le conseil de pôle devrait être régulièrement consulté par le responsable de pôle**.

jets – que les professionnels hospitaliers pourront mesurer leur intégration dans la communauté hospitalière.

Souvent évoqué, difficile à mettre en œuvre, **le travail d'équipe pluridisciplinaire à l'hôpital est tirailé entre les logiques professionnelles et la volonté d'unifier l'hôpital** autour de la prise en charge globale de la personne. Cette pluridisciplinarité, si elle donne un sens collectif aux interventions des uns et des autres, ne peut à elle seule résoudre le problème.

Clarifications nécessaires

L'émergence de coopérations nouvelles au sein des équipes hospitalières remet en question la notion de service, ainsi que le périmètre d'autorité et de compétences du chef de service. Et donc les rapports de pouvoir. Or, dès lors que **les missions de l'hôpital sont clairement annoncées et que les attentes des diffé-**

rents interlocuteurs sont recensées, hiérarchisées et intégrées, il convient de mettre en œuvre une délégation contractualisée.

À tout cela s'ajoute **la nécessaire clarification des tâches et responsabilités respectives des professionnels** – histoire de mettre fin à une ambiguïté sur la légitimité

de chacun à agir, le positionnement des instances et des commissions fonctionnelles. **Sans oublier la nécessaire clarification des rôles et missions des cadres**, qui s'impose, tout comme s'impose la **nécessaire modernisation des relations sociales et la valorisation de la négociation.**

La position de la CFDT

Pour être pertinente, l'organisation autour de pôles d'activités médicales doit disposer d'un dimensionnement compatible avec la gestion, et mettre fin à un émiettement interne souvent excessif, souvent motivé par des stratégies de nomination des chefs de service. Surtout, les objectifs d'activités doivent prendre en compte les souhaits de l'équipe de soins concernée.

Au-delà de ces principes de base, la CFDT santé-sociaux considère que plusieurs écueils sont à éviter pour ne pas faire sombrer la mise en application des pôles d'activités. Pêle-mêle :

- **le découpage doit s'appuyer sur une logique médicale, et non pas économique** : partant du principe que les équipes médicales et soignantes constituées en pôle ont pour mission de favoriser la concertation entre les différents intervenants, de coordonner les activités et d'assurer le suivi et l'évaluation de leur activité, cette organisation doit être triplement cohérente – médicalement, socialement, financièrement ; c'est donc le parcours du patient qui doit s'imposer ;
- **l'équipe représentant le pôle d'activité doit bénéficier d'un certain nom-**

bre de garanties et de conditions préalables à la contractualisation : elle doit bénéficier d'une autonomie réelle d'action et disposer d'une marge de choix au

suite de la page II

[...] Unité de base pour la préparation, la gestion et l'évaluation du budget de l'établissement, le département doit se comprendre non comme une structure administrative, mais comme une équipe de médecine et de soins destinée à mieux répondre aux besoins et à la demande du malade et de sa famille, à donner à chaque acteur de santé une responsabilité, une liberté et une dignité nouvelle. » (Extraits)

François Mitterrand, écrivant au Président du SNCH, le 7 mai 1981.

À SAVOIR

Le 10 mai 2005, les responsables de pôle d'activité prennent corps...

Le Premier ministre, sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille, vu le Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6143-6-1 et L. 6146-3, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, décrète :

● Article 1

« Composition des conseils exécutifs

« Art. D. 714-10. - Lorsqu'ils fixent la composition du conseil exécutif de leur établissement, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6143-6-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ne [...] »

▷ [...] peuvent retenir un nombre de membres supérieur à :

« a) Douze, dans les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires ;

« b) Seize, dans les centres hospitaliers universitaires. » [...]

● Article 2

« Les responsables de pôle d'activité
« Art. D. 714-21. - La durée du mandat des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et, le cas échéant, celle du mandat des responsables des structures internes à ces pôles, ainsi que les conditions de leur renouvellement, sont définies par le règlement intérieur prévu au 14° de l'article L. 6143-1. « La durée des mandats mentionnés à l'alinéa précédent ne peut être inférieure à trois ans, ni supérieure à cinq ans. »

● Article 3

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel de la République française*.

quotidien – choix de son organisation de travail (dans la limite du cadre légal et contractuel), possibilité de droit de tirage sur une enveloppe (le contrat d'activité doit être respecté quantitativement et qualitativement) ;

● **le conseil de pôle doit devenir la structure de base du fonctionnement institutionnel interne de l'hôpital** : c'est le seul lieu de confrontation entre professionnels médicaux, non médicaux et cadres intermédiaires ; c'est aussi la structure qui se situe au plus près des malades ;

● **le conseil de pôle doit permettre à chacun de mieux se situer** dans la complémentarité et la coordination nécessaires, en associant les représentants de l'ensemble des professionnels qui concourent aux soins de la même unité de travail.

La CFDT santé-sociaux avait proposé une consultation obligatoire, avant passage en CTE, CHS-CT et CA, sur le projet et le contrat d'objectifs et de moyens du pôle, l'organisation du travail et du temps de travail, le rapport d'activité du pôle.

Vers de nouvelles coordinations

L'approche par métiers peut garder tout son sens et sa pertinence, à condition d'en faciliter les évolutions : plutôt que de les subir, il conviendra de maîtriser les changements, sachant que la nature de l'activité et ses mutations prévisibles demanderont toujours plus de compétences, toujours plus de qualifications. Dans le même temps, l'évolution des

méthodes de soins, associée à l'émergence de technologies nouvelles, ainsi qu'à l'exigence d'une prise en charge globale du malade, rendent indispensables de nouvelles cohérences, de nouvelles coopérations et surtout, de nouvelles coordinations.

La mise en œuvre de pôles d'activité et, progressivement, d'une tarification à l'activité (T2A) pourrait constituer l'opportunité de mettre en place des modalités de groupes projets par pôles et d'explorer de nouveaux modes d'organisation, **en prenant appui sur le projet social et la réorganisation des relations sociales**.

La réussite et la performance dépendront de l'implication et de la motivation du personnel ; or, cette réforme est basée sur une logique économique, dénuée de la totalité des axes de régulation sociale.

Pour avancer dans ce sens, **quatre pistes de travail** sont à explorer :

- L'approche participative et responsable du fonctionnement hospitalier ;
- La nouvelle dimension de la gestion des ressources humaines ;
- La redéfinition des rôles et missions des cadres ;

● Les relations sociales et la négociation. Une véritable politique de relations sociales, associée à une véritable gestion des ressources humaines au sein de l'hôpital sont, les **deux conditions complémentaires pour une réforme plus cohérente et coordonnée**. Une réforme susceptible de recueillir une plus grande adhésion de l'ensemble des professionnels.