

# Gouvernance hospitalière : le retour du Chef de Service



P. FOUCAUD

Pierre FOUCAUD, Service de pédiatrie,  
CH de Versailles, Ex président de la conférence  
des PCME de CH d'Ile de France

Pour les professionnels de santé, comme pour les usagers, le service constitue la pierre angulaire de l'organisation hospitalière, en centre hospitalier comme en CHU. Cette lapalissade rend compte de la prégnance de la logique de discipline et d'équipe : on n'organise pas, ne pilote pas un service de cardiologie comme un service de néonatalogie.

## Le Service hospitalier questionné

Pour autant, l'évolution de la réglementation en matière de gouvernance a questionné par deux fois le concept même du Service :

- En premier lieu par la mise en place des pôles d'activité en 2003, suscitant un sentiment diffus d'inquiétude, avec la menace d'une dissolution de ces structures.

- Dans un second temps par la disparition du terme « Service » du texte de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009.

Pour mémoire, c'est le volet gouvernance du plan hôpital 2007, publié en septembre 2003, qui a mis en place les « pôles d'activité » ou « pôles de soin », outils de décloisonnement et de réorganisations. Ces pôles devaient permettre une meilleure synergie entre les services, offrir des opportunités de mutualisation et

susciter quelques économies d'échelle. Il était inscrit que les pôles seraient dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif. Le Chef de Pôle disposerait d'une délégation de décision et de gestion exercée dans le cadre d'un contrat d'objectif. Le texte ne précisait pas le niveau d'autorité hiérarchique ou fonctionnelle du chef de pôle sur « ses » Chefs de Service.

Dans la majorité des cas, les interactions entre Chefs de Pôle et Chefs de Service se sont mises en place progressivement, naturellement, sur un principe de respect mutuel, avec un bon niveau de concertation et un dialogue de gestion. Plus rarement, l'autorité a pris le pas sur le leadership, avec les effets contre-productifs que l'on peut imaginer.

- Quatre ans plus tard, la loi HPST a imposé sa « nouvelle gouvernance hospitalière, avec un directeur aux pouvoirs renforcés, notamment en matière de nomination de médecins, les Chefs de Pôle en premier lieu. Le président de CME se voyait crédité d'un titre de vice-président du directoire, plus ronflant que fonctionnel. Surtout, le mot Service disparaissait d'un corpus de texte pourtant conséquent, remplacé par le terme « structure interne ».

Au chef de service succédait donc le responsable de structure interne (sic), terminologie qui n'aura pas le succès escompté dans la bouche des usagers, très attachés à la notion de service et de chef de service. Les courriers de remerciements et de réclamations en demeurent l'illustration. L'université continuait elle aussi à ne reconnaître, comme interlocuteurs, que les services et les chefs de service, qu'il s'agisse de l'affectation des internes ou les appels d'offre en matière de recherche clinique. Cependant, le législateur dans sa sagesse avait prévu dans le volet gouvernance de la loi HPST de renforcer la portée du règlement intérieur. Les hôpitaux s'en sont rapidement emparés, tant il paraissait risqué de s'engager dans un mode de gouvernance qui s'appuyait sur un cercle restreint de prise de décision, excluant de fait les chefs de service et hiérarchisant les chefs de pôle.

Ainsi, dans un certain nombre d'hôpitaux, le règlement intérieur mis à jour maintenant les services comme sous-ensembles des pôles ; tous les chefs de service qui le souhaitaient étaient représentés en CME, même si leur mode de désignation était par nécessité électif ; l'ensemble des chefs de pôle siégeaient en directoire, les uns en tant que membres, les autres en qualité d'invités

permanents, sans que cette distinction soit préjudiciable, dans une logique de recherche de consensus.

### La loi de modernisation du système de santé de 2016

La loi de modernisation du système de santé, promulguée en janvier 2016, réinstaura le service sans ambiguïté. On pourrait dire que le service réapparaît, mais avait-il vraiment disparu ? L'article 195 de la loi portant sur la gouvernance, précisé par un décret du 11 mars 2016, fait du service l'unité de base du pôle. Pour la première fois, le nouveau texte stipule que la CME doit se prononcer sur la cohérence et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles et de leurs périmètres.

Les chefs de pôle sont désormais nommés par le directeur, sur proposition du président de CME, et non plus sur avis à partir d'une liste de 3 noms comme précédemment. Les chefs de service sont, eux, nommés par le directeur sur proposition du président de CME, après avis du chef de pôle. Les responsables de services, départements, structures internes, unités fonctionnelles sont nommés pour un mandat de 4 ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leur fonction.

### Le service et son chef en 2017, au-delà de cette valse-hésitation 2003-2016

Force est de constater qu'au cours des 15 années écoulées a progressivement émergé un chef de service 2.0, dont les missions et les outils ont quelque peu évolué. Encore minoritaires, les femmes chef de service sont de plus en plus nombreuses.

En dehors de la participation active à la vie du pôle, les missions clés du chef de service demeurent : recrutement médical, animation et gestion de l'équipe, coordination de la recherche et de l'enseignement, organisation des soins avec les cadres de santé, gestion des risques (démarche qualité) et à chaque fois que possible, engagement institutionnel dans la vie de l'hôpital et dans celle de la discipline (collèges, société savante, ...).

• A chaque fois que la structuration en pôle est efficiente, il s'avère qu'il n'y a pas d'antinomie entre pôle et service, contrairement aux craintes initiales. Les conditions à réunir sont un périmètre du pôle cohérent avec le projet médical, une taille du pôle adaptée (micro-pôles et méga-pôles ne font que générer une strate administrative inutile), un choix du chef de pôle qui ait fait l'objet d'un certain consensus. Dans ce nouveau format, les services doivent s'engager de façon loyale, sans arrières pensées, avec la bonne compréhension de l'intérêt à agir. Cela suppose d'en finir avec la culture du jardin secret. La pratique a montré dans nombre d'établissements que des problèmes enkystés dans le périmètre d'un service pouvaient trouver solution au sein du pôle. Pour le chef de service, cela requiert une bonne connaissance des attributions du chef de pôle, une participation active aux bureaux et conseils de pôle, un engagement dans l'élaboration de projets inter services, la mise en place de mutualisations utiles, particulièrement en matière de fonctions support. L'intégration au pôle peut aller jusqu'aux services pour partie architecturalement dématérialisés. En la matière, les services

de chirurgie ont ouvert la voie, en particulier par la constitution d'unités ambulatoires pluridisciplinaires et par des expériences convaincantes d'unités de courts séjours chirurgicaux. La polyvalence soignante réclame un travail de formation et de préparation rigoureux et anticipé, et peut compliquer la comptabilité analytique des services par le caractère bien souvent arbitraire des clés de répartition.

• La mission de recrutement des collaborateurs revêt aujourd'hui une toute particulière importance. Le déséquilibre de l'offre et de la demande rend l'exercice particulièrement complexe, avec des spécialités plus durement touchées : anesthésie, imagerie, urgences, pédiatrie, psychiatrie (pédopsychiatrie). Sont particulièrement fragiles les établissements éloignés des grandes villes, les services dont l'activité est inférieure au seuil critique, les spécialités à garde où l'effectif médical devient insuffisant pour faire face à la permanence des soins. Chacun doit se convaincre que l'intérim peut vite s'avérer de la non qualité à un coût prohibitif. Les CME peuvent se doter d'une commission ad hoc type Commission des Effectifs, avec la possibilité de rendre plus institutionnel le recrutement pour les postes sensibles. Surtout, le changement de paradigme est la stratégie de groupe au sein d'un GHT, avec plusieurs scénarios possibles, telle la constitution d'une équipe de territoire ou le regroupement de deux équipes sur un seul site. Parmi les facteurs clés de succès, on peut compter l'accueil et la formation des externes (de plus en plus nombreux sont les centres hospitaliers qui y participent), et des internes, sources de potentiels recrutements futurs.

L'équilibre entre assistants, qui oxygènent l'équipe médicale, et praticiens hospitaliers doit être préservé. La titularisation d'un praticien hospitalier est un enjeu tout particulier. Un recrutement réussi implique d'avoir à proposer un profil de poste clair, décrivant l'équilibre attendu entre polyvalence et spécialisation, de ne pas sous-estimer la capacité à s'intégrer dans une équipe et donc de ne pas méconnaître un profil de personnalité complexe, tout en préservant, autant que faire se peut, une pyramide des âges équilibrée. Le chef de pôle doit être tenu informé des calendriers de recrutement et des critères de choix. La création d'un nouveau poste médical réclame la participation active du chef de pôle. Cette création peut être sous-tendue par la nécessité d'améliorer la réponse à un besoin de santé dans le territoire, voire de développer une activité nouvelle. Au format T2A, l'analyse recettes/dépenses illustre l'importance de la fonction du cadre administratif de pôle afin d'obtenir une modélisation fiable (sans par exemple sous-estimer les impacts para médicaux ou les retombées sur le plateau technique, la pharmacie). Le développement progressif, grâce aux Fonds d'Intervention Régionaux aux mains des ARS de postes d'assistants partagés CH-CHU, ou CH-CH, constitue une réelle opportunité pour la gradation des soins d'un territoire, particulièrement avec la mise en place des GHT.

- L'animation de l'équipe médicale passe nécessairement par la valorisation de ses membres. Leur implication requiert la désignation de référents dans des domaines aussi divers que le codage PMSI, la gestion des risques, l'hygiène, l'organisation des staffs, les

listes de gardes et astreintes, etc. Les outils de gestion mis à disposition du chef de service doivent être adaptés et ergonomiques : tableaux de service incluant les affectations par secteur ; suivi du compte épargne temps et du temps additionnel, tableaux de bord d'activité mensuels, incluant nombre de séjours, durée moyenne des séjours et IPDMS, effectif médical et paramédical réel et théorique, fermeture de lits, poids moyen du cas traité, principaux GHS, pourcentage d'hospitalisation via les urgences ou le SAMU, etc... Les liens avec cadres administratifs de pôle et DIM doivent être réguliers et structurés. La bonne valorisation de toutes les activités suppose de former et sensibiliser l'équipe aux dimensions médico-économiques, d'avoir le souci de la juste dépense, de la bonne valorisation des activités et d'un codage exhaustif. En matière d'effectif, il faut apprendre à raisonner à la fois en équivalents temps plein et en masse salariale. Les situations pathologiques les plus courantes et potentiellement les plus à risque ou les plus graves doivent faire l'objet de protocoles pratiques et adaptés à partir des recommandations (inter)nationales, adaptés aux conditions d'exercice locales. Le projet médical et soignant du service se conçoit aujourd'hui au format territorial, ce qui suppose une bonne connaissance de l'offre de soins complémentaire et concurrentielle. Surtout, il s'agit de passer du modèle « patientèle » (meilleur service rendu au patient) au modèle « populationnel » prenant en compte les besoins de santé du territoire, avec par exemple un suivi annuel des taux de fuite. Les liens avec la médecine de ville doivent être travaillés, avec le déploiement des messageries sécurisées,

une modalité de contact facilité des médecins de ville avec l'équipe, l'organisation d'enseignements post universitaires.

- L'accompagnement des changements organisationnels suppose une articulation régulière et structurée avec les cadres de santé. Il importe que le chef de service ait acquis les rudiments de la conduite de projet et que l'équipe médico-soignante s'approprie les objectifs fixés. S'organiser différemment ne veut pas dire que le service était mal organisé auparavant. Parmi ces évolutions organisationnelles, on peut citer le virage ambulatoire avec la réduction des durées moyennes de séjour, une politique de sortie accélérée, un recours plus fréquent à l'hospitalisation à domicile. Le virage numérique automatise un certain nombre de tâches, sécurise les soignants et peut leur redonner du temps pour soigner si les outils sont ergonomiques. La facturation des chambres individuelles ne concerne que des indications de confort pour des assurés sociaux disposant d'une mutuelle complémentaire. Ces évolutions supposent une bonne concertation, un bon niveau de communication entre médecins et soignants, d'où l'importance de réunions de service trimestrielles. Quelles que soient les réorganisations engagées, le juste équilibre entre les évolutions technologiques et les « sourires qui soignent » doit être préservé, la qualité de la relation étant un élément essentiel du soin.

- La gestion des risques est la meilleure modalité d'adhésion à la démarche qualité, de l'aide-soignante au médecin. Les événements indésirables graves (EIG) étant souvent précédés de succession d'incidents, il im-

porte d'inculquer la culture des fiches d'évènement indésirable et des comités de retour d'expérience (CREX). Les revues de morbi-mortalité peuvent être anonymisées pour concrétiser le « no shame, no blame » et protéger les équipes. Les déclarations des EIG critiques aux ARS sont remontées sans délai, les agences devant intervenir en appui. La préparation des certifications est menée de manière collégiale.

- La fonction de chef de service expose par nature aux conflits et situations d'épuisement professionnel. Les qualités d'écoute et de dialogue sont importantes pour les prévenir. En situation avérée, le binôme chef de service-chef de pôle, le recours éventuel au président de CME, à la médecine du travail, au bureau des affaires médicales permettent d'activer différents leviers, de l'arbitrage à la médiation.

- La culture d'équipe s'inscrit nécessairement dans les supports écrits (procédures, protocoles). Elle passe beaucoup par le chef de service qui doit veiller à la qualité de l'outil de travail en matière d'accès au plateau technique, de monitoring patient, d'équipement

du secrétariat, d'hôtellerie. La convivialité elle aussi se travaille tout au long de l'année. Au format 2.0, certains chefs de service cultivent une fibre entrepreneuriale avec en particulier la recherche de financements extrahospitaliers. Ceux-ci peuvent relever d'appels d'offres institutionnels, d'associations de patients, de généreux donateurs, de fondations... Les collaborations avec l'industrie pharmaceutique doivent être menées avec prudence, éthique, et rigueur comptable.

On comprend aisément que le chef de service soit conduit à réduire ses activités cliniques pour se consacrer à sa fonction avec la disponibilité requise. Faut-il considérer que la « visite hebdomadaire du patron » est toujours d'actualité ? A l'évidence le chef de service est plus attendu face aux situations complexes et aux patients difficiles. Ses qualités humaines lui confèrent une bonne part de sa légitimité, avec une présence terrain et un souci de l'exemplarité. Parmi les qualités attendues, et bien sûr sans prétendre à pouvoir les réunir, l'équipe attend disponibilité, proximité du terrain, courage (savoir dire non),

équité, loyauté, et surtout... connaissance de ses limites. Il faut également de la conviction et de la ténacité pour faire face à des demandes compétitives comme par exemple répondre à une meilleure valorisation des activités tout en développant l'éducation thérapeutique, voire gérer les injonctions contradictoires comme par exemple le virage ambulatoire sans volant tarifaire.

### En conclusion

Si la fonction de chef de service est passionnante, elle est aussi de plus en plus exigeante et technique et son profil, sensiblement différent depuis la mise en place des pôles, va encore être amené à évoluer. La nécessité d'une formation initiale, désormais inscrite dans les textes, est aujourd'hui indispensable. Le temps consacré aux tâches administratives ayant beaucoup progressé, on doit craindre, à l'occasion d'une succession par exemple, que le siège reste vide. Quelques expériences de chefferie de service alternante se font jour, fondées sur une vision partagée des projets. Elles pourraient être amenées à se développer.