



**EHESP**

---

**Elève Directeur d'hôpital**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

---

# **Les pôles inter-établissements : aboutissement de la réforme GHT ?**

**Etude à partir de l'exemple du GHT Paris Psychiatrie &  
Neurosciences**

---

**Cléa BLOCH**



---

## R e m e r c i e m e n t s

---

Je remercie Monsieur Jean-Luc Chassaniol, pour l'idée originelle de ce sujet de mémoire de fin de formation, pour m'avoir associé à des réunions stratégiques qui m'ont permis de nourrir cette réflexion, et pour son accueil chaleureux au sein de son établissement.

Je tiens à remercier Madame Céline Bez, maître de stage attentive et stimulante, pour le temps qu'elle m'a consacré, ses conseils, sa bienveillance, sa confiance et son appétence pour la stratégie !

Je remercie Dr. Alain Mercuel, chef du pôle et Président de CME du CH Sainte-Anne et Monsieur Raphaël Yven, directeur référent du pôle, de m'avoir associé à toutes les étapes de la démarche de création du pôle Psychiatrie-Précarité et pour leurs réflexions éclairantes à ce sujet.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Laëtizia Laude, enseignant-chercheur à l'EHESP, pour ses conseils avisés sur l'angle d'attaque à adopter pour ce mémoire, et Madame Catherine Keller, pour son éclairage juridique du sujet.

Je remercie enfin très vivement, sans les nommer ici, l'ensemble des acteurs rencontrés à l'occasion de ce travail, pour leur disponibilité, leur franchise et la richesse de nos échanges.



---

## S o m m a i r e

---

Introduction .....	1
1. Effort de définition : un outil inédit et en cours de déploiement, qui recouvre des réalités plurielles et contrastées. ....	8
1.1 Le pôle inter-établissement : un ovni juridique en décalage avec le cadre légal et réglementaire des GHT.....	8
1.2. Un dispositif qui paraît osciller entre la coopération et la fusion.....	11
1.3. La notion de pôle inter-établissements recouvre une palette diversifiée de projets, aux contours et à l'ingénierie variés. ....	13
1.4. Une tentative novatrice mais inaboutie de transposition de l'organisation polaire au niveau territorial.....	29
2. Une mise en œuvre freinée des blocages politiques et managériaux. ....	32
2.1. La mise en œuvre de pôles inter-établissements se heurte fréquemment à la crainte d'une hégémonie de l'établissement support. ....	32
2.2. La dimension très intégrative des pôles inter-établissements donne lieu à de multiples stratégies de contournement.....	33
2.3. Le pôle inter-établissements à la recherche de son identité. ....	35
3. Un puissant levier de structuration du parcours patient, dont les facteurs de succès clairement identifiables peuvent être exploités pour construire des filières de soins. ....	38
3.1. Un outil idéal pour créer des filières de soins et structurer le parcours patient. ....	38
3.2. Le pôle inter-établissements comme réponse aux problématiques de démographie médicale. ....	40
3.3. Surmonter les défis pour s'appuyer sur les facteurs de succès. ....	41
Conclusion : .....	46
Bibliographie .....	I
Liste des annexes .....	III



---

## Liste des sigles utilisés

---

ACT : Ateliers et chantiers thérapeutiques  
ANAP : Agence national de l'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux  
ARS : Agence régionale de santé  
CH : Centre hospitalier  
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire  
CHSCT : Comité de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail  
CHT : Communauté hospitalière de territoire  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CME : Commission médicale d'établissement  
CNEH : Centre nationale de l'expertise hospitalière  
CREA : Compte de résultat d'exploitation et d'activité  
CRPA G : Compte de résultat prévisionnel annexe G  
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques  
CTE : Comité technique d'établissement  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DIM : Département d'information médicale  
EHPAD : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes  
EMPP : Equipe mobile psychiatrie-précarité  
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses  
EPS : Etablissement public de santé  
ETP : Equivalent temps plein  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCS : Hôpitaux Champagne Sud  
IVG : Interruption volontaire de grossesse  
FMIH : Fédération médicale inter-hospitalière  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHAM : Groupe hospitalier de l'Aube-Marne  
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
GPS : Groupe public de santé  
PASS-Psy : Permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique  
PH : Praticien hospitalier  
PUI : Pharmacie à usage intérieur  
PU-PH : Professeur des universités – praticien hospitalier

RH : Ressources humaines

RPPP : Réseau Psychiatrie Précarité de Paris

SMES : Santé mentale et exclusion sociale

SMUR : Service médical d'urgence et de réanimation

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TIM : Technicien d'information médicale

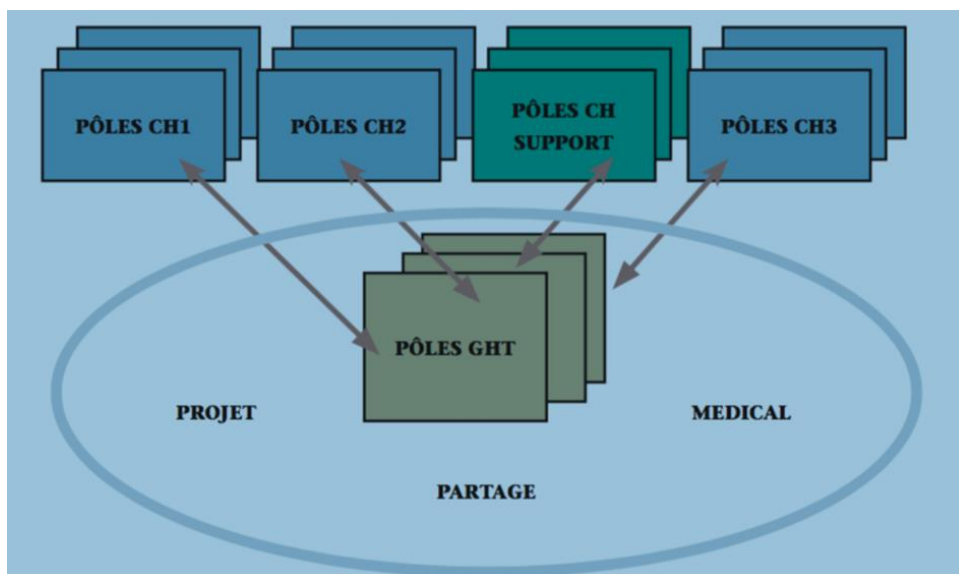
UCSA : Un chez-soi d'abord

USLD : Unité de soins de longue durée



## Introduction

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire dispose à son article 3 que « *les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique.* » En complément de cette disposition, l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise le rôle de l'établissement support du groupement, dont il est indiqué qu'il « *peut gérer pour le compte des établissements parties [...] la mise en place de pôles interétablissements* ». Tant l'utilisation du verbe « *pouvoir* », qui tranche avec le caractère obligatoire des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de leurs fonctions mutualisées, que le caractère très succinct de ces dispositions législatives et réglementaires, sont porteurs d'interrogations. Comme l'affirmait avec préscience un directeur d'hôpital : « *A travers ces dispositions sibyllines, prédomine bien l'espoir de voir les GHT s'organiser à terme en pôles cliniques, médico-techniques et administratifs* ». Toutefois, le « *champ des possibles en matière de gestion polaire inter-établissement* » reste ouvert.<sup>1</sup>



Il convient à ce titre de rappeler que les pôles inter-établissements constituaient une proposition que l'Assemblée nationale n'avait pas retenue dans le débat parlementaire sur la réforme GHT et que le Sénat a réintroduit à l'initiative de la mission Hubert et Martineau<sup>3</sup>. Néanmoins, si de nombreuses incertitudes persistent quant à

<sup>1</sup> AMRI, K., Le pilotage budgétaire des pôles en GHT, *Finances hospitalières*, n° 105- septembre 2016.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Mission Groupements hospitaliers de territoire, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau.

l'impact des GHT sur l'organisation polaire, le caractère profondément restructurant des pôles inter-établissements s'affirme de façon croissante. En effet, les démarches émergentes ont démontré que leur mise en place s'accompagne nécessairement d'une réorganisation de la ligne hiérarchique (regroupements de chefferies notamment), d'une modification des conditions de travail (recomposition des équipes, transformation du temps de travail dans certains cas) et du redéploiement de certaines activités<sup>4</sup>.

### **Du pôle au pôle de territoire**

Pour rappel, l'organisation polaire s'est imposée dans le paysage hospitalier entre 2000 et 2007. Elle a eu pour conséquence de modifier en profondeur la gouvernance de l'hôpital par la mise en œuvre du principe de subsidiarité, c'est-à-dire la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins, et la mise en place de délégations qui ont permis l'association des acteurs du terrain à la gestion médico-économique<sup>5</sup>. Si la « balkanisation » de l'hôpital prévu par les détracteurs de la réforme polaire n'a pas eu lieu, « *l'absence de ligne conductrice précise quant au schéma polaire pertinent et performant à retenir pour l'organisation interne d'un hôpital, a laissé toute latitude à des regroupements hétérogènes, de dimensions variables, sans toujours trouver la logique de constitution* »<sup>6</sup>.

En dépit d'une organisation polaire intra-établissement aux contours variables et dont la cohérence n'est pas toujours évidente, l'organisation polaire des établissements de santé n'est aujourd'hui plus remise en cause. En effet, la lisibilité et le *leadership* médical qu'elle permet, ainsi qu'une certaine acculturation des différents acteurs de l'hôpital à une logique gestionnaire et médico-économique, ont eu raison de la plupart des réticences. Comme le constate Sylvie Lavoisey : « *Les pôles ont atteint la phase de maturité ouvrant le champ du questionnement de l'avenir* »<sup>7</sup>.

Cet « avenir » de l'organisation polaire sera incontestablement inséparable de la dynamique des GHT, comme la littérature spécialisée l'a largement anticipé : « *Mais à peine sommes-nous en mesure d'en apprécier tous les impacts dans la gestion interne de nos établissements, que déjà les pôles sont à reconsidérer sous le prisme des enjeux* »

---

<sup>4</sup> DUMOND, J.-P., Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers, *Sciences sociales et santé*, 2006.

<sup>5</sup> LAGADEC, A.-M., Les pôles hospitaliers, une mutation en cours, Regards sur les pôles, *Soins cadres*, n° 98, mai 2016.

<sup>6</sup> LAVOISEY, S., Les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée, Regards sur les pôles, *Soins cadres*, n° 98, mai 2016.

<sup>7</sup> Ibid.

territoriaux de la nouvelle loi de santé<sup>8</sup>». Si « le pôle d'activité ne s'est pas imposé d'emblée à sa naissance comme un outil d'ouverture territoriale <sup>9</sup>», les Communautés hospitalières de territoire (CHT), créées par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ont ouvert la voie à un pôle à vocation territoriale. Cette même loi a permis le regroupement de pôles relevant de différents établissements en fédération médicale inter-hospitalière (FMIH). Comme le soulignent Dupont, Dewitte et Ménager, par-delà la question polaire, les frontières des établissements de santé tendent à perdre de leur pertinence : « équipes médicales de territoire, fédérations médicales inter-hospitalières, pôles hospitaliers de territoire... derrière la variété des appellations, il est permis d'observer une même volonté de mettre en commun, collaborer et partager, au-delà des frontières des établissements de santé <sup>10</sup>».

« La mise au point des organisations territoriales n'est donc pas une recherche neuve<sup>11</sup> ». Au contraire, la constitution de ces pôles transversaux aux établissements répondait pleinement à la logique « groupe » portée par les CHT<sup>12</sup>. Dès mai 2014, les conférences hospitalières<sup>13</sup> ont proposé dans un rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé<sup>14</sup> de renforcer la cohérence entre l'organisation en pôles et l'organisation territoriale. De la même manière, en mars 2015, C. Keller, Directeur d'hôpital et enseignant chercheur, et P. Jahan, Directeur du CH de Valenciennes, indiquent que la logique de groupe des CHT ne manquera pas de connaître de nouveaux développements, sur la base des futurs projets médicaux partagés à compter de la mise en place des GHT en 2016<sup>15</sup>.

### **La mise en place de deux pôles inter-établissements au sein du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences**

S'il est vrai que la réception de la réforme GHT a été très fraîchement accueillie au niveau national par la majorité des établissements spécialisés en santé mentale, le cas du

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> KELLER, C., JAHAN, P., Le management des pôles à l'hôpital : mise en application au CH de Valenciennes, *Les cahiers de la fonction publique*, n° 353, mars 2015.

<sup>13</sup> Directeurs généraux et présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers régionaux et universitaires, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

<sup>14</sup> *Les hospitaliers proposent 19 mesures pour améliorer le fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, Revue droit & Santé, n° 59, mai 2014.

<sup>15</sup> KELLER, C., JAHAN, P., Le management des pôles à l'hôpital : mise en application au CH de Valenciennes, *Les cahiers de la fonction publique*, n° 353, mars 2015.

GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences est atypique. En effet, le Centre hospitalier Sainte-Anne, l'Établissement public de santé Maison-Blanche et le Groupe public de santé Perray –Vaucluse étaient membres de la CHT pour la Psychiatrie parisienne depuis 2013. D'autre part, les trois établissements sont en Direction commune depuis le 6 janvier 2014. Dans ce contexte, la constitution d'un GHT psychiatrique à l'échelle de Paris entre ces trois membres s'est faite naturellement<sup>16</sup>.

Les relations entre les trois établissements étant particulièrement étroites, une réflexion commune sur certaines activités transversales a pu s'engager et il est apparu qu'une structure polaire transversale aux établissements sous la responsabilité d'un chef de pôle unique serait la plus adaptée.

C'est notamment le cas de l'activité de psychiatrie-précarité qui recouvre aussi bien les cinq équipes mobiles psychiatrie précarité, la permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique, le service santé mentale et exclusion sociale, les ateliers et chantiers thérapeutiques et le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». En effet, les soins et l'accompagnement des publics précaires constituent l'une des principales filières identifiées dans le précédent projet médical de l'ex-CHT et une filière du futur projet médical partagé du GHT, ainsi qu'un axe stratégique prioritaire identifié par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France. En outre, le public accueilli par ces différentes unités est relativement homogène en ce qu'il recouvre toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion et souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psychique engendrée par la situation d'exclusion. Dans ce cadre, la création du pôle Psychiatrie-Précarité dote d'un cadre réglementaire nouveau et d'une gouvernance consolidée un fonctionnement inter-établissements déjà existant.

De la même manière, l'activité de médecine somatique au service des patients de psychiatrie revêt également cette dimension transversale. Partant de constats largement connus sur la santé des patients de psychiatrie (tendance au décès prématuré, comorbidités, iatrogénie, etc.), les objectifs du pôle sont la promotion homogène sur l'ensemble du GHT d'une médecine de liaison pour dynamiser et faciliter la prise en charge somatique des patients psychiatriques, la réduction des inégalités d'accès aux soins somatiques pour tous les patients potentiels du GHT ainsi que la construction d'un véritable parcours de soins en lien avec la médecine de ville. Ici, la création du pôle a pour principal intérêt de mettre en commun des ressources et compétences en soins somatiques actuellement dispersées au niveau du GHT. Elle se heurte davantage à une

---

<sup>16</sup> Communiqué : La CHT pour la Psychiatrie Parisienne préfigure l'organisation en GHT de la future Loi de santé 2015.

résistance liée à des modes de fonctionnement différents en fonction des sites, que le pôle ne devra pas bouleverser.

Il est intéressant de noter que la formule du pôle inter-établissement a donc été proposée pour des activités transversales plutôt que sectorielles.

La méthode envisagée a consisté, en premier lieu, à élaborer un projet de pôle avec les chefs de pôle « préfigureurs » et à le présenter aux instances des trois établissements (mars 2017) en veillant à véhiculer un message rassurant par l'affirmation de certains principes : maintien des personnels dans les pôles, maintien du niveau des effectifs, respect de certains fonctionnements « historiques », etc. Ensuite, les chefs de pôle ont été nommés (1<sup>er</sup> avril 2017) et les projets de pôle affinés en lien avec les équipes concernées. Les premières instances de concertation interne aux pôles se sont tenues à l'été 2017. Dans le même temps, le fichier structure a dû être modifié pour prendre en compte la création de ces nouveaux pôles.

### **Problématique**

Ce mémoire est avant tout porteur d'une interrogation sur l'adéquation entre le dispositif du pôle inter-établissements et celui des GHT. Il s'appuie sur plusieurs exemples, dont celui du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences.

On se demandera dès lors si mise en place des GHT a préparé les acteurs à une forme de coopération aussi poussée que le pôle inter-établissements. Autrement dit, le GHT offre-t-il un cadre suffisamment intégré pour le déploiement d'un pôle inter-établissements ?

Cette interrogation nous amènera à répondre, en outre, aux questions suivantes :

Dans un contexte de territorialisation des métiers hospitaliers, quels sont l'intérêt et la plus-value du pôle inter-établissements ?

Comment définir le rôle de l'établissement support de manière à garantir à la fois l'efficacité et l'acceptabilité du projet ?

Que nous apprennent les stratégies de contournement du cadre réglementaire applicable aux pôles inter-établissements constatées sur le terrain ?

Nous consacrerons la première partie de ce mémoire à un effort de définition des pôles inter-établissements, aussi bien en droit qu'en pratique et à l'aide de plusieurs exemples (1). La mise en œuvre d'un mode de coopération aussi poussé est freinée par des obstacles certes juridiques mais surtout stratégiques et managériaux (2). Cependant, le pôle inter-établissements peut constituer un levier de coopération très puissant à condition de s'appuyer sur quelques facteurs de succès que nous expliciterons (3).

## **Méthodologie**

Le Directeur de la direction commune<sup>17</sup> des établissements de Sainte-Anne, Maison-Blanche et Perray-Vaucluse m'a proposé dès le mois de janvier 2017 de travailler sur la création des deux pôles inter-établissements et avait suggéré qu'il s'agirait d'un bon thème de mémoire de fin de formation. L'idée de ce sujet est donc étroitement liée à un dossier sur lequel j'ai travaillé tout au long de mon stage, ma formation d'élève directeur d'hôpital m'ayant permis d'être présente de janvier à août 2017. Le premier temps de mon stage correspondait donc à la phase d'élaboration d'un projet de pôle à présenter aux instances en lien avec les chefs de pôle préfigurateurs. Le printemps 2017 a ensuite été consacré davantage à l'approfondissement des projets de pôle et l'été 2017 à en assurer le suivi (actualisation du fichier structure, concertation polaire interne, peaufinage des projets de pôle, réflexions autour des effectifs et des recrutements).

Ma présence dans l'établissement m'a permis de recueillir un matériel important en travaillant sur le dossier et en participant à diverses réunions sur le sujet. Néanmoins, la nouveauté du sujet a constitué une difficulté pour mes recherches. En effet, il n'existe pas réellement de bibliographie dédiée et l'expérience de mon établissement ne permet pas de disposer d'un recul suffisant sur le sujet. D'autre part, étant donné que les pôles inter-établissements sont le plus souvent utilisés comme réponse à une problématique de démographie médicale, il m'a semblé que les pôles inter-établissements du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences n'étaient pas assez représentatifs du recours général à ce dispositif pour constituer ma seule base de travail.

C'est pourquoi j'ai rapidement décidé d'élargir considérablement mon périmètre d'étude en étudiant les exemples de pôles inter-établissements ou leurs variantes (pôles inter-hospitaliers, pôles de territoire – ces variations étant davantage sémantiques que structurelles) dans d'autres établissements. Cette dimension comparative importante de ma recherche donnera par moments à mon mémoire une allure de « tour de France des pôles inter-établissements ». En effet, cette recherche m'a amenée à être en contact avec

---

<sup>17</sup> Monsieur Jean-Luc Chassaniol.

plusieurs GHT et établissements, d'où la place absolument centrale des entretiens dans ma recherche. Afin de les fiabiliser, j'ai élaboré une grille d'entretien pour objectiver le plus possible les résultats de ces échanges : une première partie de l'entretien était consacrée à la description du projet et de sa conduite par l'interlocuteur, mais dans la seconde partie de l'entretien je posais systématiquement les mêmes questions afin de disposer de comparaisons. J'ai également recherché l'équilibre entre Directeurs (notamment directeurs référents de ces pôles), médecins (notamment chefs de pôle) et entretiens plus institutionnels (ARS, Direction générale de l'offre de soins, Centre national de l'expertise hospitalière, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.).

J'ai eu la chance de participer, au mois de juin 2017, à un groupe de travail sur les pôles inter-établissements réuni à la DGOS à l'initiative de Madame Clémence Mainpin, chef de projet GHT. Ce groupe de travail a permis une mise en commun des problématiques et réflexions auxquelles sont confrontés aussi bien les établissements que les tutelles, et a constitué un apport théorique important pour mon travail. Il a également été très aidant pour conceptualiser davantage ce sujet que j'avais abordé avant tout sous un angle pratique.

Enfin, l'absence d'une bibliographie dédiée au thème des pôles inter-établissements ne m'a bien sûr pas conduit à écarter la bibliographie de mon travail. Ainsi, j'ai pris appui sur une bibliographie dédiée à l'organisation polaire et, lorsque cela était possible, aux relations entre organisation polaire et territoires. Une documentation institutionnelle relative aux GHT m'a également été très utile.

**1. Effort de définition : un outil inédit et en cours de déploiement, qui recouvre des réalités plurielles et contrastées.**

### **1.1 Le pôle inter-établissement : un ovni juridique en décalage avec le cadre légal et réglementaire des GHT.**

#### **Au niveau législatif et réglementaire : une page blanche**

L'article R. 6146-9-3 du code santé publique dispose que les établissements parties à un GHT peuvent créer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique. Tout comme le GHT, le pôle inter-établissements n'est pas doté de la personnalité morale. Sa création, *ad hoc*, vise à la mise en œuvre du projet médical partagé par la création d'un pôle transversal réunissant les ressources et les activités d'unités fonctionnelles ne relevant pas des mêmes établissements. Ni le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT, ni la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016, n'apportent de précisions complémentaires sur le régime applicable aux pôles inter-établissements.

Cette « page blanche » peut être entendue comme ayant vocation à préserver la capacité d'innovation des établissements ou encore être reliée à « *l'impossibilité pour les textes d'épuiser le sujet* <sup>18</sup> ». De la même manière, ce flou juridique peut être interprété comme un encouragement aux dispositifs très intégrés remontant du terrain, alors qu'il n'est pas à ce jour opportun d'afficher une attente explicite de GHT très intégrés. De fait, plusieurs établissements ont souligné que cette liberté avait constitué pour eux un atout en « *laissant libre cours à des initiatives locales* <sup>19</sup> ».

Cependant, il s'agit également d'un vide juridique qui peut s'avérer insécurisant. De nombreuses réticences à la mise en place de pôles inter-établissements paraissent ainsi liés à un cadrage juridique trop aléatoire.

#### **Une analogie nécessairement imparfaite avec les pôles intra-établissement**

En effet, si le principe d'une organisation analogue à celle des pôles intra-établissement paraît souhaitable, celui-ci laisse sans réponses plusieurs questions, comme l'ont souligné Dupont, Dewitte et Menager dès 2012, au point d'estimer que la question avait été jusqu'alors négligée : « *on peut imaginer des pôles de territoire ayant un mode opératoire proche des pôles médicaux décrits par l'article L. 6146 du code de*

<sup>18</sup> C. Keller, Directeur d'hôpital et enseignant-chercheur.

<sup>19</sup> Christian Villermet, Directeur des relations territoriales, CHU de Grenoble.



*santé publique avec des chefs de pôle disposant d'un même niveau d'autorité, de délégation [...]. Cette caractéristique est porteuse de fragilité fonctionnelle mais aussi juridique ; on perçoit aisément la complexité des relations croisées : régime de la décision, de la responsabilité, autorité sur les personnels... Nouvel outil de la coopération, le pôle de territoire n'a pas encore bénéficié de l'attention des juristes ou de la jurisprudence...<sup>20</sup>».*

De même, aucune précision sur les structures internes du pôle inter-établissements ne figure dans les textes. Peut-on dès lors envisager un service inter-établissements ? Une unité infra-pôle inter-établissements ? Catherine Keller rappelle à ce titre que la loi du 16 janvier 2016 a justement réhabilité les unités fonctionnelles, services et chefferies de service. L'hypothèse d'unités fonctionnelles ou services inter-établissements n'est pas prévue par les textes. Notamment, les textes ne prévoient pas les modalités de nomination d'un chef de service inter-établissements, alors qu'ils explicitent la procédure de nomination d'un chef de pôle inter-établissements. L'exemple du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences est à ce titre éclairant puisqu'il n'y pas de services au sein du pôle Psychiatrie-Précarité : il s'agit d'un pôle-service dont les personnels des différentes unités fonctionnelles continuent de relever de différents établissements.

### **Un décalage avec le cadre législatif et réglementaire applicable aux GHT**

La plupart des interlocuteurs interviewés soulignent ce qu'ils ressentent comme un décalage entre le cadre du GHT et le cadre du pôle inter-établissements. En effet, si le GHT impose la mutualisation de certaines fonctions, il ne paraît pas conçu pour porter une mutualisation d'activités cliniques par exemple, le principe du projet médical partagé étant de créer des filières de soins graduées entre établissements sans aller jusqu'à envisager une organisation polaire commune.

La Direction commune est en revanche désignée comme un cadre beaucoup plus adapté pour la mise en œuvre d'un pôle inter-établissements que le GHT, insuffisamment intégré. Pour rappel, sur délibération des conseils de surveillance, les établissements peuvent être gérés dans le cadre d'une convention de direction commune. Chaque établissement conserve alors sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances.

### **Le rattachement à l'établissement support**

---

<sup>20</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

Si la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 acte le principe d'une gestion de la mise en place des pôles inter-établissements par l'établissement support du GHT, la notion de « rattachement » à l'établissement support est également à privilégier sans faire l'unanimité parmi les personnes interrogées à ce sujet. Catherine Keller précise : « *juridiquement, la notion de rattachement à l'établissement support n'est pas ambiguë* ». Puisque le GHT ne dispose pas de personnalité juridique, il ne peut pas constituer le support d'un pôle inter-établissements, ce qui induit l'obligation de désigner un établissement de rattachement qui aura nécessairement des prérogatives particulières à l'égard de ce pôle. Ainsi, le décret du 27 avril 2016 prévoit clairement que le directeur de l'établissement support signe le contrat du pôle inter-établissements, ce dernier étant également revêtu du contreseing du Président de la Commission médicale du groupement. En l'état des textes, on peut donc considérer que l'hypothèse d'un rattachement à l'établissement support doit être fortement privilégiée, bien que le silence des textes laisse théoriquement ouverte l'option d'un rattachement à un établissement membre du GHT à condition que celui-ci soit prévu par le projet médical partagé et la convention constitutive du GHT approuvée par le Directeur général de l'ARS. L'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), à titre d'exemple, a été sollicitée par un établissement support qui aurait souhaité déléguer la gestion d'un pôle inter-établissements à un établissement membre<sup>21</sup>. Ce montage paraît néanmoins « *légalement fragile*<sup>22</sup> ». En ce sens, l'hypothèse d'une direction commune constitue la configuration idéale pour la mise en place d'un pôle inter-établissements puisqu'elle évite l'interrogation sur la légalité de la délégation au directeur de site.

Les conséquences emportées par le rattachement du pôle inter-établissements à l'établissement support restent à déterminer. Notamment, les avis concernant le rattachement des professionnels qui composent le pôle inter-établissements divergent. En effet, les textes confèrent au chef de pôle inter-établissements l'autorité fonctionnelle et non hiérarchique : dès lors, il ne paraît pas nécessaire qu'il y ait un lien organique entre le chef de pôle et personnels de ce même pôle. Néanmoins, il paraît difficile qu'un établissement délègue au chef de pôle un pouvoir sur des moyens dont il ne dispose pas. On peut en effet être dubitatifs sur la cohérence juridique entre la dérogation prévue à l'art L. 6143-7 du code de santé publique conférant au directeur général de l'établissement support l'exercice d'un pouvoir de nomination sur les personnels rattachés à un pôle inter-établissement – le pouvoir hiérarchique restant au directeur général de l'établissement partie- et la délégation de signature nécessaire dans un second temps ensuite au chef de

---

<sup>21</sup> Julia Baduel, Chargée de mission coopérations et contractualisation, ARS PACA.

<sup>22</sup> C. Keller.

pôle. C'est pourquoi Catherine Keller insiste sur l'importance des conventions de mise à disposition des personnels. Pour que le directeur général de l'établissement support puisse affecter des ressources humaines au PIE et les placer par délégation sous l'autorité du chef de pôle, a minima lesdits personnels doivent être nommés par lui auprès dudit pôle.

### **Choisir le bon outil juridique**

La plupart des interlocuteurs soulignent également la nécessité de choisir le bon outil en droit, l'idée étant qu'il ne sera pas efficace s'il est détourné de sa vocation. C'est pourquoi la plupart des institutions interrogées insistent sur la nécessité d'être « mûrs » pour un pôle inter-établissements. Si ce n'est pas le cas, il serait préférable de choisir un autre outil juridique de coopération plus adapté au niveau d'intégration.

Une fois le choix de l'outil juridique adapté à la nature de la coopération effectué, les établissements ont le souci de sécuriser juridiquement cette coopération. Le corpus de documents à mobiliser est cohérent avec l'organisation en GHT puisqu'il s'agit de la convention constitutive du GHT, dont le projet médical partagé et sa description des filières de soins fait partie, des conventions de mise à disposition de personnel précitées, de la délégation de signature au chef de pôle, et du contrat de pôle.

## **1.2. Un dispositif qui paraît osciller entre la coopération et la fusion.**

### **Démarche fédérative ou intégrative ?**

Les notions de fédération et d'intégration ne sont pas utilisées ici dans un sens strictement juridique mais davantage comme des notions institutionnelles et managériales. S'il est possible de considérer que le pôle inter-établissements demeure un outil fédératif puisque chaque établissement conserve son autonomie, au niveau managérial en revanche, il s'agit d'un outil plus intégratif. Le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) souligne le caractère profondément restructurant voire « *fusionnant*<sup>23</sup> » du dispositif qui suscite des questions pratiques importantes. Le CNEH affirme ainsi accompagner la création de pôles inter-établissements de la même manière qu'il accompagnerait une fusion, c'est-à-dire comme « *une démarche lourde soulevant de multiples questions juridiques*<sup>24</sup> », ou du moins « *la forme la plus aboutie de*

---

<sup>23</sup> Brigitte De Lard-Huchet, CNEH.

<sup>24</sup> Ibid.

*coopération*<sup>25</sup>». Ainsi, dans l'échelle des degrés d'intégration des outils de coopération, le pôle inter-établissements se situe quelque part entre le GHT et la fusion, cette dernière se définissant comme « *la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes*<sup>26</sup>».

En pratique, la prédominance de modèles de pôles inter-établissements plutôt fédératifs, proches de la FMIH, souligne qu'il s'agit d'un sujet immature encore en gestation. Par exemple, le fait de privilégier le *statu quo* pour les personnels concernés relève d'un arbitrage politique bien que juridiquement d'autres modèles de pôle plus intégrés soient possibles. En effet, la FMIH constitue un outil de coopération beaucoup moins intégratif du fait de la liberté conventionnelle totale qu'elle permet et de l'absence de délégation de signature. De fait, cette dernière est plus souvent proposée, notamment au niveau des ARS, pour porter des équipes médicales de territoire que le pôle inter-établissements en raison de la dimension très intégrée de ce dernier.

Les éléments cités en introduction (réorganisation de la ligne hiérarchique, modification des conditions de travail, redéploiement de certaines activités) font donc du pôle inter-établissements un outil qui peut porter des restructurations lourdes, bien que nombre d'établissements aient pour l'instant choisi un modèle plus fédératif.

### **Un outil à réserver aux coopérations les plus poussées**

La plupart des interlocuteurs institutionnels rencontrés ont, sans proposer un modèle unique de pôle inter-établissements, exprimé le souhait que les pôles inter-établissements soient réservés aux coopérations les plus poussées et mûres. Il convient notamment de rappeler que, contrairement aux GHT, le dispositif des pôles inter-établissements reste totalement facultatif : il s'agit donc d'un outil à réserver aux établissements qui souhaitent s'inscrire dans une démarche très intégrative car il implique un accord des parties pour construire une coopération aussi étroite. En effet, la DGOS notamment a exprimé le souhait de ne pas encourager un « *détournement contre-intégratif*<sup>27</sup> » du modèle par sa multiplication dans des établissements où la coopération n'a pas atteint le niveau de maturité nécessaire.

Pour les coopérations moins avancées, d'autres outils de coopération existent, notamment les FMIH. Ces dernières semblent souffrir depuis la création du pôle inter-

---

<sup>25</sup> Kévin Marcombe, chef de projet, ARS IDF.

<sup>26</sup> IGAS.

<sup>27</sup> Clémence Mainpin, Chef de projet GHT, DGOS.

établissements d'une « *idée d'obsolescence*<sup>28</sup> ». Pourtant, il s'agit d'un mode de coopération très facilitant pour les établissements qui ne sont pas encore mûrs pour un pôle inter-établissements et très adapté, par exemple, à la mise en place d'équipes médicales de territoire.

### **Quel fonctionnement comptable et financier ?**

Au niveau comptable et financier, il est ressorti des échanges au sein du groupe de travail de la DGOS qu'il pouvait être souhaitable d'adopter un fonctionnement comptable et financier qui rende lisible la profondeur de l'intégration. A cette fin, le compte de résultat prévisionnel annexe G (CRPA G) créé par le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT paraît tout indiqué en ce qu'il a été justement créé pour porter toutes les charges communes des fonctions mutualisées. Le décret prévoit notamment que le CRPA G retrace les opérations relatives à « *la gestion par l'établissement support de la mise en place des pôles inter-établissements* ». Cependant, ce montage pose plusieurs difficultés. En premier lieu, les textes indiquent que le CRPA G n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités mais seulement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties. Dès lors, certaines fonctions peuvent voir leurs opérations fractionnées entre plusieurs supports, les coûts de « pilotage » (notion qui n'est par ailleurs pas définie par les textes et dont l'expérience nationale de mise en place des CRPA G courant 2017 montre qu'elle a donné lieu à des interprétations très variées) figurant au CRPA G et les autres coûts étant supportés par les budgets des établissements. La seconde difficulté importante concerne l'application obligatoire au CRPA G d'une clé de répartition nationale fixée par l'arrêté du 10 novembre 2016. Cela pose un problème majeur pour les pôles inter-établissements qui ne recouvrent pas tous les établissements du GHT. Ainsi, à titre d'exemple, le pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences regroupe des unités fonctionnelles relevant du CH Sainte-Anne et de l'EPS Maison-Blanche, mais pas du GPS Perray-Vaucluse. Or, si les opérations relatives à ce pôle étaient positionnées sur le CRPA G, le GPS Perray-Vaucluse se trouverait dans l'obligation d'y contribuer à hauteur de la clé de répartition. Le même problème se pose pour le pôle Gynécologie-obstétrique du GHT du Hainaut-Cambrésis, qui concerne trois établissements sur les douze que comporte le GHT !

#### **1.3. La notion de pôle inter-établissements recouvre une palette diversifiée de projets, aux contours et à l'ingénierie variés.**

---

<sup>28</sup> Stéphanie Saulnier, cellule GHT, DGOS.

La notion de pôle inter-établissements recouvre actuellement différentes coopérations, inégales dans leur objet, leur périmètre, leurs objectifs, leur fonctionnement et leur degré d'intégration. Si certains pôles inter-établissements sont organisés de façon très analogue aux pôles intra-établissement, d'autres n'ont mis en commun que des ressources médicales et aucune ressource soignante. Si certains ont pour priorité de structurer une filière de soins, d'autres constituent avant tout une réponse à un problème de démographie médicale aigu. Les dénominations varient (pôles territoriaux, pôles inter-hospitaliers, pôles inter-établissements), tout comme le support choisi pour porter la coopération (contrat de pôle, convention de coopération). Le panorama suivant (le « *tour de France des pôles inter-établissements* » évoqué en introduction), nécessairement descriptif, a donc objectif de rendre compte de la variété de projets que recouvre la notion de pôle inter-établissements. On constatera que s'il s'agit d'une notion qui est appréhendée de façon hétérogène par les différents établissements, il s'agit également d'un dispositif très riche qui permet de doter toute une palette de projets d'un leadership médical fort et d'une structuration cohérente sur un territoire.

### **L'expérience du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences**

Le contexte dans lequel deux pôles inter-établissements (l'un pour l'activité de Psychiatrie-Précarité, l'autre pour l'activité de Soins somatiques) ont été créés au sein du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences en 2017 ayant déjà été détaillé en introduction, nous aborderons ici davantage la conduite de la mise en place des pôles inter-établissements et le détail des projets de pôle. Pour rappel, la méthode envisagée a consisté, en premier lieu, à élaborer un projet de pôle avec les chefs de pôle « préfigurateurs » et à le présenter aux instances des trois établissements (mars 2017) en veillant à véhiculer un message rassurant par l'affirmation de certains principes : maintien des personnels dans les pôles, maintien du niveau des effectifs, respect de certains fonctionnements « historiques », etc. Ensuite, les chefs de pôle ont été nommés (1<sup>er</sup> avril 2017) et les projets de pôles affinés en lien avec les équipes concernées. Les premières instances de concertation interne aux pôles se sont tenues à l'été 2017.

Au niveau du GHT, l'acceptabilité du projet de création de deux pôles inter-établissements a été étroitement liée à la recherche d'un équilibre entre le CH Sainte-Anne et l'EPS Maison-Blanche. Ainsi, il a rapidement été décidé que le Pôle Psychiatrie-Précarité serait dirigé par un chef de pôle de Sainte-Anne et rattaché à Sainte-Anne, tandis que le pôle Somatique serait placé sous l'autorité d'un chef de pôle de Maison-Blanche et rattaché à cet établissement. Ce partage des chefferies de pôle a été tout à fait déterminant dans la réussite du projet, qui aurait pu être vécu par Maison-Blanche

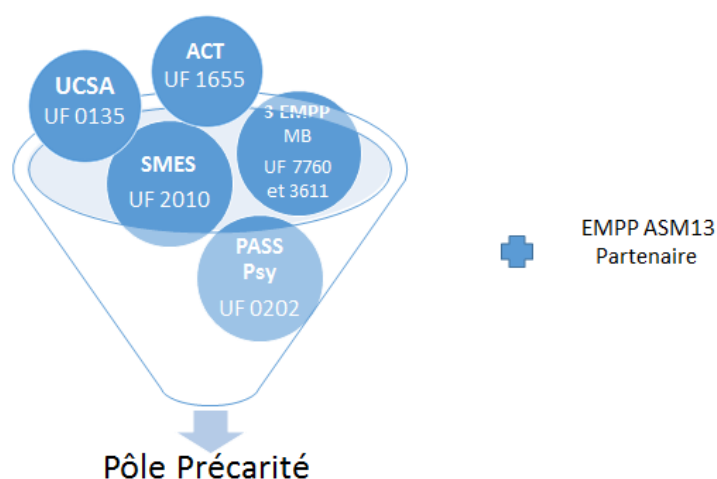
comme un transfert de compétences à Sainte-Anne si les deux pôles avaient été rattachés à l'établissement support du GHT, auquel cas le dispositif aurait été plutôt peu attractif pour Maison-Blanche. On peut cependant se demander s'il ne s'agit pas là d'une distorsion du modèle : nous aurons l'occasion de développer ce point plus loin lorsque nous aborderons les stratégies de contournement.

Un deuxième facteur important pour l'acceptabilité du projet a été l'affirmation d'un certain *statu quo* pour les équipes concernées. En effet, dès la présentation du projet aux instances de mars 2017, un message rassurant a été mis en exergue concernant à la fois le niveau des effectifs, inchangé, et l'affectation des personnels, c'est-à-dire leur maintien auprès de leur employeur d'origine. Dès lors, le projet a pu être perçu comme une mise en commun de ressources et de pratiques professionnelles au service d'un projet partagé plutôt que comme le cheval de Troie d'une opération de restructuration ayant pour objectif de revoir les moyens à la baisse.

#### ➤ **Le pôle Psychiatrie – Précarité.**

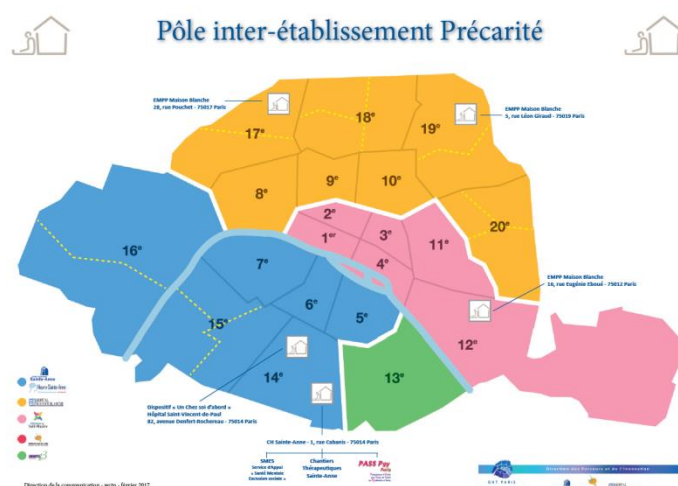
L'activité de psychiatrie-précarité recouvre aussi bien les cinq équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), la permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique (PASS-Psy), le service santé mentale et exclusion sociale (SMES), les ateliers et chantiers thérapeutiques (ACT) et le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » (UCSA).

### Pôle Précarité : Composition



Pour rappel, les soins et l'accompagnement des publics précaires constituent l'une des principales filières identifiées dans le projet médical de l'ex-CHT et une filière du futur projet médical partagé du GHT, ainsi qu'un axe stratégique prioritaire identifié par l'ARS Ile-de-France. Or, la création du pôle Psychiatrie-Précarité permet le maillage de

l'ensemble de Paris par une activité de psychiatrie-précarité regroupée au sein d'un seul pôle (cf. carte ci-dessous).



La création du pôle Psychiatrie-Précarité s'inscrit dans la continuité d'un fonctionnement en réseau. Les formes de collaboration entre les EMPP et les secteurs de psychiatrie s'étaient concrétisées dans le cadre d'un réseau de santé spécialisé, le Réseau Psychiatrie Précarité de Paris (RPPP) dès 2003, puis d'une FMIH en 2008. La réponse à un appel à projets en 2011 a permis la mise en place d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique (PASS Psy) au sein de l'EPS Maison-Blanche et son rattachement au RPPP. Par ailleurs, ce dernier s'est engagé à partir de 2011 dans le projet expérimental d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez Soi d'Abord » (UCSA), puis dans le dispositif pérennisé. Enfin, depuis 2015, le RPPP a intégré les Ateliers et Chantiers Thérapeutiques (ACT), dirigés par le service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » (SMES) au CH Sainte-Anne. Dans ce cadre, la création du pôle Psychiatrie-Précarité dote d'un cadre réglementaire nouveau et d'une gouvernance consolidée un fonctionnement inter-établissements déjà existant.

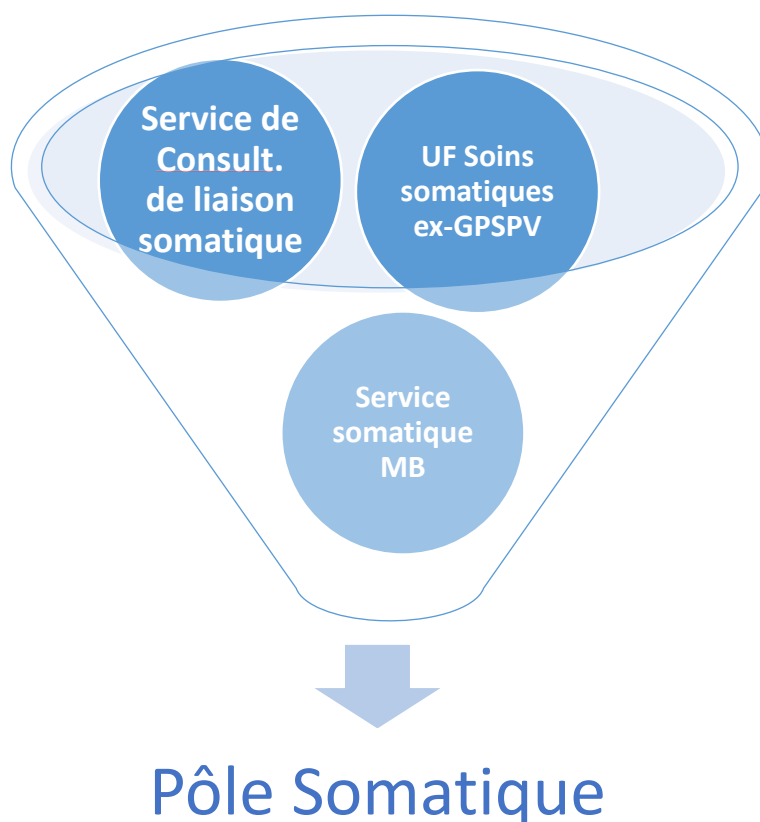
Auparavant, ces différentes unités fonctionnelles étaient rattachées à divers pôles d'une manière parfois un peu artificielle, leur fonctionnement en réseau prenant le dessus sur leur rattachement polaire. Ainsi, si l'organisation polaire a parfois été dénoncée par ses détracteurs comme une « balkanisation » de l'hôpital, force est de constater que c'est exactement l'inverse qui s'est produit pour le pôle Psychiatrie-Précarité puisque la constitution de ce pôle a permis de doter d'une unité polaire, d'un chef de pôle et d'un cadre de pôle des équipes qui travaillaient ensemble mais dont l'absence de cadre commun était parfois un obstacle à une bonne collaboration.

### ➤ **Le pôle Somatique**

De la même manière, l'activité de médecine somatique au service des patients de psychiatrie revêt la même dimension transversale. Partant de constats largement connus



sur la santé des patients de psychiatrie (tendance au décès prématuré, comorbidités, iatrogénie, etc.), les objectifs du pôle sont : la promotion homogène sur l'ensemble du GHT d'une médecine de liaison pour dynamiser et faciliter la prise en charge somatique des patients psychiatriques et la réduction des inégalités d'accès aux soins somatiques pour tous les patients potentiels du GHT ainsi que la construction d'un véritable parcours de soins en lien avec la médecine de ville. Ici, la création du pôle a pour principal intérêt de mettre en commun des ressources et compétences en soins somatiques actuellement dispersées afin d'en garantir l'accès pour tous les patients du GHT. Elle se heurte davantage à une résistance liée à des modes de fonctionnement différents, que le pôle ne devra pas bouleverser.



En effet, les soins somatiques dans les trois établissements du GHT s'étaient organisés différemment, notamment en raison de différences architecturales (monosite à Sainte Anne, multi-sites à Maison-Blanche, par exemple). Le regroupement au sein d'un même pôle a donc pu susciter certaines craintes chez les équipes concernées mais également chez les équipes de psychiatrie de secteur. Ces craintes ont dans l'ensemble été maîtrisées grâce à l'affirmation de certains principes devant guider la mise en place du pôle inter-établissements : affirmation que la médecine somatique continuera de s'adapter aux demandes des psychiatres et à interagir avec eux dans la prise en charge des patients, rappel que la création du pôle n'a pas vocation à remettre en cause les fonctionnements existants, promotion du développement de la médecine de liaison

comme une ressource et un appui pour les psychiatres dans la prise en charge somatique des patients, en fonction des pratiques de chacun et sans uniformisation de celles-ci, etc.

De la même manière, le choix a été fait de mettre en valeur les avancées que permettrait le passage en pôle inter-établissements : accès facilité aux spécialités existant dans le pôle, y compris celles relevant d'un autre établissement, orientation vers une spécialité extérieure simplifiée en l'absence de ressource interne grâce à la visibilité du pôle sur le territoire, ouverture sur le monde de la recherche grâce à la constitution de cohortes de dimension significative, etc.

Néanmoins, et si la volonté de rassurer a conduit à avancer une version assez « conservatrice » de ce nouveau pôle, ce dernier a également une portée réformatrice, comme en témoigne l'annonce d'une réflexion autour de l'extension au GHT de l'astreinte de sécurité des médecins somaticiens, déjà mise en œuvre au sein de l'EPS Maison-Blanche.

### **Le GHT de l'Aube et du Sézannais**

Le 11 juillet 2016, un communiqué de presse diffusé par les Hôpitaux Champagne Sud (HCS) indiquait la création de « 2 pôles territoriaux inter-établissements : Pôle Information médicale – Evaluation – Performance et Pôle Evaluation, Sécurité-Qualité des soins ». Le communiqué indique qu'ils sont « rattachés à l'établissement support du GHT de l'Aube et du Sézannais, le CH de Troyes ».

Interrogée sur les conditions dans lesquelles ces pôles inter-établissements ont pu être mis en place, Marie-Cécile Poncet, Directeur des affaires médicales et de l'offre de soins, indique que la Direction commune entre les établissements concernés a été très facilitante, et souligne qu'il s'agit là d'un projet qui nécessite d'aller beaucoup plus loin dans la coopération que le GHT. Elle indique que la démarche de rédaction du projet médical partagé a été tout à fait déterminante pour la mise en place de ces deux pôles, puisque les Présidents de Commission médicale d'établissement (CME) se sont réunis dès novembre 2015 pour discuter des bases du futur projet médical partagé. C'est au cours de cette réflexion que l'hypothèse de pôles transversaux a été évoquée.

Contrairement au cas susmentionné du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences, le rattachement de ces pôles à l'établissement support s'est fait naturellement et sans soulever beaucoup d'interrogations. En effet, le CH de Troyes est l'établissement central du GHT et dispose d'une place incontestée dans la région. En outre, les établissements

de Troyes, Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine n'avaient pas souhaité attendre que l'ARS puisse leur imposer un GHT aux contours non souhaités et avaient donc proposé spontanément au Directeur général de l'ARS un passage en Direction commune. Il s'agit donc d'établissements très habitués à travailler étroitement ensemble, ce qui a créé un terreau favorable à la constitution de pôles inter-établissements.

➤ **Le pôle Evaluation, Sécurité-Qualité des soins**

Philippe Blua, Directeur des HCS, explique que « *la création d'un pôle qualité commun est très vite apparue indispensable, pour assurer une cohérence des prises en charge et préparer la future certification commune. Au-delà du projet médical et de soins partagé, le besoin se fait sentir d'un projet commun plus vaste, finalement proche d'un projet d'établissement* ». Malgré cette volonté de la direction de travailler sur un projet qualité commun, Dr. Lejeune-Fremont, chef du pôle, précise que la qualité avait des contours très hétérogènes selon les établissements, allant d'une direction autonome à un rattachement à la Direction des soins. Dans ce contexte, Philippe Blua a demandé au Dr. Lejeune-Fremont de proposer un projet qualité commun et transversal aux cinq établissements du GHT, dont trois sont en direction commune. Celle-ci a d'abord eu l'idée d'un service qualité commun, puis celle d'un pôle « *médico-administratif* ». Le choix d'un pôle inter-établissements consacré à la qualité émane d'une volonté de permettre une forte adhésion de la communauté médicale (une Direction de la Qualité étant perçue comme « *trop administrative* »). Un pôle dirigé par un médecin, avec pour adjoints un cadre supérieur de santé et un ingénieur qualité, permet de conserver une forte valence médicale tout en constituant une équipe pluridisciplinaire. D'autre part, l'intégration de la qualité dans un pôle existant aurait pu conduire à une certaine dilution. Enfin, la volonté de conduire une démarche qualité commune sur le territoire en vue de la certification commune par la Haute Autorité de Santé (HAS) faisait du pôle inter-établissements l'outil qui semblait le plus adapté à ce projet. Ce dernier paraît en outre en adéquation avec la V2014 de la certification en vertu de laquelle la certification est désormais obligatoirement envisagée et investiguée au niveau du groupement.

Une fois le pôle en place, l'organisation retenue a consisté à garder des référents sur site mais à adopter un pilotage stratégique commun. Une réflexion est également en cours sur la possibilité de constituer une équipe opérationnelle d'hygiène transversale. Le bilan d'ensemble du pôle semble très positif : Dr. Lejeune-Fremont souligne que le pôle a été tout à fait déterminant pour impulser une démarche qualité commune. Progressivement, tous les outils ont été repensés au niveau du pôle : fiche d'évènement indésirable commune, tableau de suivi commun, pilotes de processus thématiques désignés au niveau du groupement, etc. La mise en place du pôle a surtout permis de

mener à bien la première certification HAS commune aux établissements en 2016. Comme pour le GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences, l'affirmation du maintien des personnels dans leur établissement d'origine est parvenue à surmonter la plupart des réticences à la création de ce pôle.

➤ **Le pôle Information médicale, évaluation, performance**

Le pôle Information médicale, évaluation, performance, a pour objectif de centraliser la production, l'évaluation et l'analyse de l'information hospitalière au niveau du GHT. Ici, il convient de remarquer que le GHT de l'Aube et du Sézannais a anticipé la réforme du DIM de territoire prévu par la réforme GHT !

La démarche de mise en place du pôle a commencé par l'animation de réunions territoriales ayant pour objectif d'harmoniser les pratiques professionnelles tout en envisageant le déploiement d'un outil de codage commun. En effet, les cinq établissements concernés avaient chacun un outil de codage distinct ! La mise en place du pôle inter-établissements est venue accélérer la démarche. Aujourd'hui, les équipes sont encadrées par trois médecins DIM transversaux. Un nombre croissant de postes est partagé entre plusieurs établissements. C'est notamment le cas des TIM-coordinatrices : l'une exerce sur Troyes, Bar-sur-Seine et Bar-sur-Aube, l'autre sur le Groupement hospitalier Aube-Marne (GHAM). Le fonctionnement comptable et financier retenu permet une lisibilité de la démarche d'intégration puisque le CRPA G supporte les charges de deux médecins DIM, de deux TIM-coordinatrices et d'un *data-manager*.

Tout comme Dr. Lejeune-Fremont, Dr. Laplanche, chef du pôle, dresse un bilan positif du passage en pôle inter-établissements et souligne que l'existence du pôle a été déterminante pour impulser une dynamique territoriale commune, lisser les pratiques professionnelles et surtout mettre en place un outil de codage unique. En l'occurrence, ce pôle permet également une pré-structuration du « DIM de territoire » rendu obligatoire par la réforme GHT. En ce sens, Dr. Laplanche estime qu'il s'agit d'une « *démarche intégrative préalable à une fusion des DIM* ».

➤ **D'autres projets en cours**

Jusqu'alors, la formule du pôle inter-établissements n'a été retenue au sein du GHT de l'Aube et du Sézannais que pour des fonctions supports. Cependant, plusieurs projets supplémentaires sont en cours de déploiement et aboutiront à la création d'autres pôles inter-établissements, cette fois-ci sur des activités aussi bien cliniques que médico-techniques.

Au niveau médico-technique, un chef de pôle inter-établissements a été nommé pour l'activité de radiologie, ce qui a permis un travail de mise en commun d'astreintes ainsi que le développement de la plage horaire 18H-22H. Pour l'activité de laboratoire, un pôle inter-établissements se substitue au Groupement de coopération sanitaire (GCS) créé entre les HCS et le CH de Romilly-sur-Seine en 2013. Pour l'activité de pharmacie, le passage en pôle inter-établissements s'avèrera plus restructurant puisque le projet en cours de discussion consisterait à substituer une pharmacie à usage intérieur (PUI) territoriale unique et tri-site aux cinq pharmacies autonomes qui existent actuellement. Ce projet implique donc la fermeture des deux plus petites PUI, les sites conservant toutefois une activité de pharmacie clinique.

Au niveau clinique, le principal projet concerne l'activité de gynécologie-obstétrique. Le CH de Romilly-sur-Seine réalise environ 600 accouchements annuels, tandis que le CH de Troyes en réalise 2500 et ne peut pas, dans sa configuration actuelle, aller au-delà. Une coopération est déjà en place avec une chefferie partiellement mutualisée puisque le chef de pôle du CH de Troyes est devenu chef de service à hauteur de 0.4 ETP au CH de Romilly-sur-Seine (GHAM). Du temps de gynécologue et de pédiatre a également pu être mutualisé. L'idée derrière le projet est que cette coopération, déjà forte, pourrait devenir un pôle pour structurer davantage la filière de gynécologie-obstétrique sur le territoire. En effet, la maternité de Romilly-sur-Seine est une maternité de niveau 1, mais neuve avec un excellent niveau de confort, tandis que celle de Troyes est de niveau 3 mais moins récente. La constitution du pôle inter-établissements doit permettre un transfert plus rapide des grossesses à risques vers Troyes, un retour plus rapide sur la maternité de niveau 1 lorsque l'état de la mère le permet, et une sécurisation des pratiques professionnelles, par exemple par le renforcement de la formation césarienne/bloc opératoire des praticiens de Romilly à Troyes.

### **Le GHT du Hainaut-Cambrésis : le pôle inter-hospitalier de gynécologie-obstétrique**

Le GHT du Hainaut-Cambrésis, situé en région Hauts-de-France et structuré autour du CH de Valenciennes, a été l'un des premiers à se doter d'une organisation polaire inter-hospitalière, cette dernière étant permise par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, sous la forme du pôle inter-hospitalier. Le contexte a indéniablement précipité ce projet. En effet, la maternité de Fourmies, qui réalise environ 700 accouchements annuels, présentait une fragilité médicale importante liée à une équipe de petite dimension touchée par une vague de départs en retraite (3 départs à la retraite sur 4 ETP). La permanence des soins ne pouvait être assurée sans recourir à de l'intérim médical. Dans le même temps, la fermeture de la maternité d'Hirson, dans l'Aine, laissait

peu d'autres options aux parturientes du territoire qui risquaient de voir leurs délais de route considérablement augmentés en cas de fermeture de la maternité de Fourmies. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS a souhaité fin 2014 impulser une politique territoriale de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales (GPEC). La gynécologie-obstétrique a été identifiée comme une filière prioritaire et le pilotage du dispositif a été confié au CH de Valenciennes.

Le premier objectif du pôle inter-hospitalier entre le CH de Valenciennes, le CH de Sambre-Avesnois (Maubeuge) et de CH de Fourmies est incontestablement de permettre un maintien de la maternité de Fourmies, justifié par son rôle de proximité et l'enclavement géographique de la zone. Ainsi, le pôle permet le renforcement médical du service de gynécologie-obstétrique de Fourmies par une équipe médicale de territoire. Il en résulte également une forte diminution du recours à l'intérim médical.

La chefferie du pôle est assurée par un coordinateur médical du CH de Valenciennes, assisté d'un adjoint du CH de Sambre-Avesnois. Le coordinateur consacre environ 0.2 ETP au travail de communication entre les différentes équipes médicales et à la gouvernance du dispositif. Un assistant à temps partagé, financé par l'ARS, participe à la continuité des soins et à la permanence des soins. Un praticien hospitalier (PH) du CH de Sambre-Avesnois est mis à disposition du CH de Fourmies un jour par semaine et un week-end par mois. Ce dispositif de permanence des soins est également renforcé par les praticiens du CH de Valenciennes à hauteur d'un à deux week-ends par mois. De manière à sécuriser les recrutements médicaux, ces derniers sont réalisés par l'établissement support qui met ensuite du temps médical à disposition de la maternité de Fourmies.

Ce projet a impliqué la création de nouveaux outils, tels que la définition de principes de travail multi-sites, la création d'un projet pédagogique pour accueillir un interne de territoire, l'élaboration d'une fiche de poste territoriale pour l'assistant à temps partagé, la rédaction d'une procédure de recrutement des praticiens du CH de Fourmies et d'un projet managérial fixant le rôle et les missions de chacun. D'autres outils ont dû être retravaillés afin de proposer une rémunération homogène et attractive pour les praticiens entre les trois établissements, le remboursement des frais de déplacement et le remboursement du temps médical mis à disposition d'un établissement par un autre.

Les résultats du passage en pôle inter-hospitalier de l'activité de gynécologie-obstétrique du territoire sont très positifs. En premier lieu, ce pôle a permis le maintien de la maternité de Fourmies avec une couverture médicale conforme aux exigences

réglementaires, en intégrant la maternité du CH de Sambre-Avesnois dans l'équipe territoriale. Le renforcement de l'équipe médicale du CH de Fourmies a également permis le développement d'une activité d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale qui avait disparue du CH de Fourmies, puisque le CH de Sambre-Avesnois met à disposition un praticien réalisant cette activité un jour par semaine. Des consultations pré-anesthésiques délocalisées (réalisation en proximité des consultations indépendamment du lieu de l'intervention chirurgicale) ont aussi pu être créées au bénéfice de la patientèle.

Le pôle inter-établissements a également été l'occasion de travailler sur la notion de filière de gynécologie-obstétrique du territoire, l'idée étant de faire bénéficier les parturientes de prises en charge adaptées au niveau des soins délivrés par chaque maternité. De fait, les transferts entre maternités ont été facilités (transferts vers maternité de niveau 2 et 2B, mais aussi retours plus fréquents vers la maternité de niveau 1). Dans ce contexte, l'équipe médicale a rédigé un projet médical commun qui deviendra l'un des sous-axes du projet médical partagé du GHT. Un autre objectif a été d'imposer aux trois maternités un standard commun en termes de qualité-sécurité des soins. A moyen terme, l'objectif est celui d'un rapprochement des maternités de Maubeuge et Fourmies avec une réelle équipe bi-site placée sous le « haut-patronage » du CH de Valenciennes. Comme le souligne Julie Zimmermann, Directrice de la stratégie et du marketing au CH de Valenciennes : *« Au terme d'un travail pluridisciplinaire de longue haleine, la structuration de ce pôle inter hospitalier est un projet extrêmement riche et en devenir. L'accès à une offre de soins de qualité reste notre objectif pour notre territoire car « là où il y a une volonté, il y a un chemin » ».*

En dépit de ses résultats indéniablement très positifs, ce pôle inter-hospitalier, tout comme ceux du GHT de l'Aube et du Sézannais, ne s'est pas organisé en parfaite analogie avec un pôle intra-établissement. En effet, le pôle ne fait pas l'objet d'un contrat de pôle mais d'une convention et s'il est certain que les CH de Valenciennes et Maubeuge se mobilisent pour le CH de Fourmies, l'essentiel du temps médical demeure intra-établissement. En outre, le GHT du Hainaut-Cambrésis compte douze établissements dont six maternités mais seules trois sont concernées par ce pôle : le périmètre de ce pôle ne recouvre donc pas l'ensemble des établissements qui contribuent à cette activité. Il est en revanche tout à fait typique des organisations polaires inter-établissements que l'on peut s'attendre à voir émerger dans les territoires ruraux peu attractifs confrontés à des difficultés de démographie médicale.

## **Le GHT Alpes-Dauphiné**

Ce GHT de neuf établissements dispose de deux projets de pôles de territoire entre le CHU de Grenoble, le CH de Voiron et CH de La Mure, pour les activités d'urgences et de cardiologie. Il convient de préciser que le CHU de Grenoble et le CH de La Mure sont en direction commune. Un projet supplémentaire concerne le DIM de territoire, pour l'instant rattaché au pôle Santé Publique du CHU de Grenoble, mais qui pourrait, lui aussi, prendre la forme d'un pôle de territoire.

### **➤ *Le projet de pôle de territoire « Urgences »***

Ici comme pour le CH de Fourmies susmentionné, le contexte du CH de La Mure motive la réflexion sur une organisation territoriale nouvelle. Si le CH de Voiron compte environ 40 000 passages annuels aux urgences, celui de La Mure reçoit moins de 10 000 passages. Cependant, le maintien de l'activité d'urgences à La Mure est justifié par le caractère isolé du territoire. Le CH de La Mure doit donc faire face à un double-enjeu de qualité des soins et de démographie médicale. Outre ce contexte de démographie médicale difficile pour La Mure, le CHU de Grenoble a mis en place un consultanat de deux ans de PUPH sur la question du GHT. Or, il s'agit de l'ancien responsable des urgences du CHU de Grenoble, ce qui contribue à créer un écosystème très favorable à la réussite de ce projet, d'autant que le projet est relativement consensuel au sein des services concernés.

Il est rapidement apparu que l'attractivité médicale serait mieux assurée par l'existence d'un pôle territorial avec le CHU de Grenoble, qui porterait une équipe médicale unique (comme pour le GHT du Hainaut-Cambrésis, le projet de pôle territorial n'a pas encore été étendu aux équipes soignantes) et organiserait une répartition des patients en fonction des caractéristiques et plateaux techniques de chaque établissement. L'organisation logistique est également envisagée en commun (véhicules SMUR achetés en commun, par exemple).

Bien que le pôle territorial ne soit pas encore en place, une douzaine de médecins du CHU de Grenoble interviennent aux urgences de La Mure depuis juin 2017. Ils en représentent environ un tiers du temps médical, l'objectif étant d'arriver à deux tiers d'ici la fin de l'année 2017. Une rémunération attractive est assurée par le biais de l'octroi de primes spécifiques. Un poste partagé avec le CH de Voiron a également été créé. En outre, le chef des urgences de Voiron partant en retraite, le GHT a choisi de saisir cette opportunité afin de positionner son successeur dans une franche dynamique territoriale.



➤ **Le projet de pôle de territoire « Cardiologie »**

Il s'agit ici d'un véritable projet « filière » qui vise à créer une équipe médicale commune pour la cardiologie et à structurer un parcours patient cohérent entre les établissements. La création de ce pôle permettrait de pérenniser au CH de Voiron une activité de cardiologie en déclin grâce au développement des consultations, à la mise en place d'une activité de rythmologie et à la mise en place d'une activité de rééducation cardiaque trois jours par semaine. Pour le CH de La Mure, il s'agit de mettre en place des consultations avancées pour éviter les transferts sur Grenoble. *In fine*, tant le CH de Voiron que celui de La Mure devraient voir leur activité de cardiologie augmenter, tandis que le CHU de Grenoble augmenterait son activité de recours.

La coopération a déjà commencé avec cinq praticiens en exercice multi-sites qui forment une équipe solide. Celle-ci constituera le socle du nouveau pôle. Comme pour le pôle « Urgences », l'attractivité est assurée via la rémunération et l'octroi de primes. Ici aussi, il s'agira d'un pôle inter-établissements imparfait dans son analogie avec l'organisation polaire traditionnelle puisque l'extension aux équipes soignantes n'est pas envisagée.

➤ **A l'avenir**

Un projet complémentaire de pôle inter-établissements au sein du GHT Alpes-Dauphiné concerne la gériatrie. Ce projet, en lien notamment avec l'idée de développer des filières de télémédecine en gériatrie, sera largement facilité par la préexistence d'une filière gériatrique bien structurée qui associe le sanitaire et le médico-social. En revanche, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en direction commune avec certains membres du GHT ne sont pas eux-mêmes membres du GHT, ce qui soulève une difficulté juridique qu'il faudra surmonter puisque le cadre du pôle inter-établissements est théoriquement celui du GHT.

**Le GHT de Bretagne Sud : le pôle inter-établissements dans le cadre d'une préparation à la fusion**

L'exemple du GHT de Bretagne Sud, structuré autour du CH de Lorient, établissement support, est très intéressant en ce qu'il donne à voir un exemple de pôle inter-établissements dans un contexte de reconfiguration polaire préalable à une opération de fusion. Les établissements de ce GHT ont un historique de coopération important, coopération qui s'était organisée sous la forme de CHT, avec une distribution cohérente des rôles sur le territoire. Lors de l'entrée en vigueur de la réforme GHT, les établissements ont rapidement eu l'idée d'aller le plus loin possible dans l'intégration afin

de faciliter le fonctionnement de la coopération dans une perspective de fusion au premier janvier 2018 entre le CH de Quimperlé, le CH de Port-Louis-Riantec, le CH de Faouët et le CH de Lorient<sup>29</sup>.

C'est dans ce contexte de restructuration que l'idée d'une recomposition polaire globale s'est imposée. Il est apparu au cours de cette réflexion que certains pôles avaient du sens à une échelle inter-établissements en ce qu'ils pouvaient permettre de consolider des coopérations préexistantes avec l'assurance d'un pilotage médical. Ainsi, de façon concomitante à la signature de la convention constitutive du GHT, plusieurs pôles inter-établissements ont été créés pour les urgences (entre Quimperlé et Lorient), la gériatrie (entre Quimperlé, Lorient, Faouët et Port-Louis) et des activités médico-techniques : l'imagerie (qui était une FMIH), la biologie (qui était un GCS) et la pharmacie. Ces pôles inter-établissements n'ont cependant pas donné lieu à une démarche de contractualisation en raison de la fusion imminente.

Gildas Leborgne, Directeur d'hôpital qui a travaillé à la constitution de ces pôles au CH de Lorient, souligne qu'il s'agit d'un puissant levier de structuration d'une filière. En effet, la notion de filière, promue par les projets médicaux partagés, peut être porteuse de sens pour une organisation polaire parfois protéiforme et hétérogène. Ainsi, pour l'activité de gériatrie, il a initialement été question de créer deux pôles inter-établissements (l'un pour l'activité sanitaire et de Soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'autre pour l'Unité de soins de longue durée (USLD) et l'EHPAD). *In fine*, c'est pour conserver l'unité de la filière gériatrique du territoire que le choix d'un seul pôle territorial a été fait.

Concernant les défis et les facteurs de succès de ce projet, il est à noter que le rattachement à l'établissement support n'a pas été vécu comme une tentative d'hégémonie de celui-ci. En effet, le projet de pôle inter-établissements visait avant tout à sécuriser le temps médical et l'activité des petits établissements. La relation de confiance préexistante a permis de faire en sorte que « *chacun sache que le pôle n'est pas un prétexte pour siphonner son activité* »<sup>30</sup>. Un autre défi consiste à créer une équipe légitime sur les différents sites, d'où l'importance du chef de pôle et de l'encadrement soignant, qui doivent témoigner d'une appétence pour la coopération et le travail d'équipe. Enfin, il convient de garder à l'esprit que la création d'un pôle inter-établissements peut impliquer une reconfiguration polaire plus large : en effet, les unités qui rejoignent le

---

<sup>29</sup> TRIBALLEAU, C., Le GHT au prisme de la fusion : Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne, *Mémoire de fin de formation EHESP*, 2016.

<sup>30</sup> Gildas Leborgne.

nouveau pôle quittent leur pôle d'origine. Ce dernier peut donc se retrouver déséquilibré par le départ de certaines unités.

### **Le GHT de Bretagne occidentale : le pôle inter-établissements « chirurgie digestive »**

Le CHRU de Brest a fait de la constitution d'équipes médicales de territoire une priorité institutionnelle. C'est pour porter ces équipes médicales de territoire qu'il a engagé une réflexion sur une organisation polaire inter-établissements pour l'activité de chirurgie digestive<sup>31</sup>. Le pôle inter-établissements de chirurgie digestive s'est construit autour de quatre sites : Brest, Landerneau, Morlaix, et Carhaix. Les directions et Présidents de CME se sont accordés sur le nécessaire maintien de ces quatre sites malgré la constitution d'une équipe médicale de territoire. L'objectif poursuivi par le pôle inter-établissements était certes de soulager de site brestois de référence, mais aussi d'amorcer l'universitarisation du CH de Morlaix, de répondre à une demande croissante sur le site de Landerneau et de maintenir une chirurgie de proximité sur le site de Carhaix avec de meilleures garanties de qualité-sécurité des soins.

Ce pôle, constitué dès 2011, est l'un des seuls étudiés qui nous permet de bénéficier d'un réel recul afin d'en apprécier le bilan. Ce dernier s'avère extrêmement positif. En effet, ce pôle a profondément transformé le profil de l'activité sur le territoire. Il a ouvert la possibilité de réaliser une chirurgie de recours de haut niveau à Morlaix, a largement contribué à accroître l'attractivité de Landerneau (plusieurs retours de praticiens en activité libérale), est parvenu à sécuriser de l'activité de Carhaix et à augmenter l'activité de recours à Brest. Cet exemple est donc emblématique du fait que le pôle inter-établissements est capable de porter des transformations importantes, notamment en renforçant l'attractivité de l'exercice multi-sites et l'intérêt des professionnels pour un exercice « *alliant proximité et recours, soins et recherche* »<sup>32</sup>.

### **Le GHT de la Vienne : fixer des objectifs territoriaux aux pôles**

Le CHU de Poitiers a promu le principe d'une ouverture des pôles sur les territoires dès ses premiers contrats de pôle. Cet exemple souligne que les pôles inter-établissements sont à inscrire dans un mouvement plus large d'ouverture des pôles sur les territoires, comme en témoigne la création au CHU de Poitiers d'une Direction

---

<sup>31</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>32</sup> Ibid.

«*Stratégies et territoires* ». Une section « *Objectifs territoriaux* » a été insérée dans les contrats de pôle dès 2011-2012, afin de porter des objectifs tels que : la constitution d'une unité interrégionale râchis, la création d'une fédération interrégionale de greffe hépatique, la mise en place d'une unité mobile régionale d'assistance circulatoire, l'élaboration d'une organisation médicale permettant que dans chaque spécialité un senior soit joignable jour et nuit pour répondre aux appels des confrères de la région, etc.<sup>33</sup> Des équipes médicales de territoire présidées par des chefs de pôle du CHU (chirurgie viscérale, orthopédie, urgences et pathologies cardio-vasculaires) ont d'abord été constituées sous la forme de FMIH, comme préfiguration des pôles de territoire. Un tableau de suivi des conventions de coopération pour chaque pôle a été créé dans l'objectif de disposer d'une visibilité sur l'état des lieux du maillage régional animé par les équipes médicales. A titre d'exemple, la FMIH pour la périnatalité entre le CHU de Poitiers et le CH de Châtellerauld a mis en place un tableau de bord dès 2009 pour suivre l'évolution des parts de marché de l'obstétrique publique dans le territoire et le niveau de complexité des séjours sur les deux sites (évaluation de la gradation des soins).

Aujourd'hui, ces équipes médicales trouvent progressivement à se consolider sous la forme d'une organisation polaire transversale au GHT qui n'aurait pas été possible sans cette dynamique d'ouverture territoriale préalable. C'est notamment le cas des urgences, pour lesquelles le projet médical partagé du GHT prévoit qu'elles « *pourront prendre la forme d'un pôle inter-établissements* ». Le département de la Vienne est confronté à des enjeux importants relatifs au coût du maintien de la permanence des soins sur les quatre sites d'urgences (Poitiers, Montmorillon, Châtellerauld, et Loudun) et à la démographie médicale, localement fragilisée, qui entraîne des difficultés pour certains établissements à recruter des médecins urgentistes. L'enjeu de maintien de l'offre de soins et d'attractivité du recrutement médical a conduit le GHT à créer une équipe d'urgentistes de territoire unique, fonctionnant à partir d'un tableau de service commun, le 1<sup>er</sup> janvier 2017. En outre, les véhicules, matériels et protocoles de prise en charge sont identiques sur les quatre sites. Chaque praticien assure la permanence des soins sur deux sites. Ici comme dans plusieurs exemples susmentionnés, cette organisation permet la structuration d'une filière graduée pour les urgences sur le territoire : les sites de Loudun et Montmorillon sont les sites de proximité, le site de Châtellerauld est un service d'urgences polyvalentes de niveau intermédiaire, et le CHU constitue le site de recours.

Des facteurs de réussite communs sont à souligner pour le GHT de la Vienne et le GHT de Bretagne occidentale<sup>34</sup>, ainsi que dans la majorité des exemples mobilisés : une

---

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Ibid.

implication forte des directions et des Présidents de CME, et, concomitamment, une responsabilisation accrue des chefs de pôle, appuyée sur l'idée que la concrétisation des filières ne peut relever que de leur leadership médical. Ainsi, « *les expériences menées par le CHRU de Brest et le CHU de Poitiers soulignent la nécessité de conduire l'ouverture territoriale à partir et dans l'intérêt des pôles. [...] Cette ouverture nécessite chaque fois une stratégie institutionnelle forte, appuyée sur un leadership médical affirmé*<sup>35</sup> ».

#### **1.4. Une tentative novatrice mais inaboutie de transposition de l'organisation polaire au niveau territorial.**

##### **Le principe : une organisation polaire analogue à celle des établissements**

Nous avons eu plusieurs occasions dans la partie précédente de souligner en quoi l'analogie entre le pôle inter-établissements et le pôle intra-établissement est une force. Dr. Lejeune-Fremond, chef du pôle Evaluation, Sécurité-Qualité des soins du GHT de l'Aube et du Sézannais, indique qu'il s'agit d'une structure très lisible dont la simplicité – celle d'une transposition au niveau du territoire d'une organisation connue des établissements – constitue un atout. De la même manière, le rapport Hubert et Martineau de la mission GHT indique le pôle inter-établissements doit constituer l'outil privilégié pour organiser en commun des activités car il met en place une responsabilité médicale de territoire, habilitée à définir les modalités de structuration des activités et concernant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Il recommande succinctement de « *transposer aux pôles inter-établissements le régime existant des pôles*<sup>36</sup> ». Il indique en effet que le cadre juridique du pôle inter-établissements doit être créé « *par transposition du cadre défini pour les pôles internes à un établissement*<sup>37</sup> ». L'idée est donc que le pôle inter-établissements voit son fonctionnement totalement « calqué » sur le régime existant des pôles. De même, un interlocuteur de l'ANAP<sup>38</sup> recommande d'organiser au maximum les pôles inter-établissements « *par analogie aux pôles intra-établissement*<sup>39</sup> ».

---

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> HUBERT, J. et MARTINEAU, F. Rapport de la mission Groupements hospitaliers de territoire, *Orientation n°5*, février 2016.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Alain Arnaud, ANAP.

<sup>39</sup> Ibid.

On comprend aisément la volonté derrière ce *desiderata*. L'idée est, avant tout, de ne pas permettre un détournement trop important du modèle en le réservant aux situations les plus intégrées. En d'autres termes, le pôle inter-établissements ne doit pas devenir un « sous-pôle » : pour cette raison, il doit disposer des mêmes moyens que les pôles intra-établissement (par exemple, la délégation de signature et la représentation du chef de pôle en CME).

### **La pratique : de multiples questions sans réponses**

Dans la pratique cependant, il est relativement difficile de calquer l'organisation du pôle inter-établissements sur celle des pôles existants. En effet, ces derniers ont été conçus pour relever d'une seule et même entité juridique alors que le GHT n'a pas la personnalité morale. Or, « *le pôle de territoire traduit [...] un changement de paradigme important dans l'approche des responsabilités territoriales en santé. Extension géographique du pôle d'activité interne, il légitime l'idée que le pilotage des missions territoriales relève en premier lieu des responsables médicaux [...]*<sup>40</sup> ». Un tel changement a nécessairement des implications juridiques que les établissements ne savent pas nécessairement, pour l'instant, comment aborder. Ainsi, un praticien d'un établissement A voit-il sa responsabilité médicale couverte lorsqu'il intervient dans l'établissement B dans le cadre d'une organisation polaire inter-établissements ? Cette même interrogation se décline pour les questions budgétaires et les achats. Par exemple, si le chef du pôle inter-établissements émarge sur cinq budgets différents, qui peut lui déléguer cette possibilité (notamment pour les dépenses de titre 3 des établissements membres dont l'établissement support n'est pas l'ordonnateur) ? Ces questions peuvent paraître relever du détail, mais mobilisent des efforts importants lorsqu'il s'agit de transformer l'essai. Les incertitudes qu'elles soulèvent conduisent certains établissements à « *sécuriser* » le fonctionnement des pôles par des conventions de coopération qui ne sont théoriquement pas nécessaires puisque le décret du 27 avril 2016 n'évoque qu'un contrat de pôle.

Au niveau économique également, « *une ingénierie de l'équilibre économique des structures de coopération est encore à mettre en place*<sup>41</sup> ». En effet, faire du pôle inter-établissement une coopération équilibrée est parfois malaisé. Ainsi, nous avons évoqué le fait que le recours au CRPA G ne constituait pas une solution pour les pôles inter-établissements qui ne recouvrent pas l'ensemble des établissements du GHT, en raison de l'application automatique de la clé de répartition nationale. De plus, si une répartition

---

<sup>40</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>41</sup> Ibid.

des charges paraît possible avec le CRPA G pour les pôles communs à l'ensemble du GHT, la répartition des produits s'avère quant à elle plus difficile.

## **2. Une mise en œuvre freinée des blocages politiques et managériaux.**

Aux incertitudes juridiques évoquées en première partie, dont on constate que de nombreux établissements parviennent à s'accommoder, s'ajoutent des blocages stratégiques de nature politique et managériale.

### **2.1. La mise en œuvre de pôles inter-établissements se heurte fréquemment à la crainte d'une hégémonie de l'établissement support.**

#### **Le pôle inter-établissement : une démarche centralisatrice...**

Nous avons eu l'occasion dans la partie précédente d'évoquer l'ambivalence juridique du GHT, qui n'a pas la personnalité morale. Cette absence de personnalité morale induit des prérogatives très fortes pour l'établissement support lorsque le modèle prévu par le décret est respecté (rattachement à l'établissement support), ce qui peut crisper les établissements membres et parfois manquer de légitimité. Ainsi, Dupont, Dewitte et Ménager constataient dès 2012 : « *Le pôle de territoire : un démembrement des établissements, une stratégie de grignotage ? [...] Cette question constitue un frein évident à leur multiplication*<sup>42</sup> ». Pour ne citer qu'un seul exemple, quelle est la légitimité d'un directeur d'établissement support pour nommer un chef de pôle issu d'un autre établissement ? Dans ces conditions, la mise en place du pôle inter-établissements peut être vécue comme une forme d'ingérence de l'établissement support. Sur le terrain, cette situation donne lieu à des stratégies de contournement du cadre réglementaire qui paraissent inévitables pour ne pas tomber dans des blocages insurmontables. Cela est particulièrement prégnant dans le cas des GHT dont les membres sont d'une taille comparable : lorsqu'un établissement membre n'est pas confronté à un enjeu de maintien d'une activité ou à une problématique aigue de démographie médicale, l'hypothèse d'un pôle inter-établissements rattaché à l'établissement support s'apparente à un transfert de compétences vers l'établissement support, soit une perspective peu incitative.

#### **...Qu'il convient de rééquilibrer**

Dr. Lejeune-Fremont souligne très justement la nécessité de compenser cette centralisation induite par le pôle inter-établissements au niveau managérial. Ainsi, la centralisation du pilotage et des choix stratégiques relatifs à la Qualité pour le GHT de l'Aube et du Sézannais au CH de Troyes est pleinement assumée. Les arbitrages stratégiques ont en effet lieu au sein d'un comité de pilotage stratégique et la chef de pôle

---

<sup>42</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012



est originaire de l'établissement support. Cela a initialement suscité des appréhensions très fortes, le CH de Troyes étant perçu comme un établissement souhaitant « *absorber*<sup>43</sup> » les autres. Cependant, cette centralisation est équilibrée par un mode de management participatif savamment dosé : réunion mensuelle présidée à tour de rôle par chaque établissement, habitude de la discussion collégiale et de la concertation. Aujourd'hui, la place de Troyes comme établissement moteur n'est pas contestée mais une réelle place est faite aux autres établissements, qui font preuve d'une « *hyper-implication*<sup>44</sup> » dans la démarche.

Cette recherche de l'équilibre entre établissements est une constante lorsqu'un projet de pôle inter-établissements est élaboré. Cela peut prendre la forme d'un rattachement *de facto* des pôles à différents établissements du GHT, comme c'est le cas au sein du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences avec le partage des chefferies de pôles évoqué en première partie. Souvent, une autre option retenue est celle d'un chef de pôle issu de l'établissement support et d'un adjoint d'un établissement membre (par exemple, pour le GHT de l'Aube et du Sézannais). Au-delà de ces montages destinés à préserver un équilibre entre établissements au sein de la gouvernance du nouveau pôle, le rattachement à l'établissement support est globalement accepté dès lors que chaque établissement est en mesure de retirer une plus-value de la nouvelle coopération. Comme souligné par un interlocuteur de l'ARS PACA, « *tout le monde doit y trouver son compte*<sup>45</sup> ». Ainsi, pour le GHT Alpes Dauphiné, les projets de pôles de territoire ont été vécus comme une sécurité et non comme une menace, le dispositif étant perçu comme la condition de la pérennisation de certaines activités sur tous les sites sur le long terme (cardiologie notamment)<sup>46</sup>.

## **2.2. La dimension très intégrative des pôles inter-établissements donne lieu à de multiples stratégies de contournement.**

### **Un cadre réglementaire très intégré à l'origine de stratégies de contournement**

Nous avons eu l'occasion d'évoquer au détour des réflexions précédentes l'émergence de stratégies de contournement du cadre réglementaire des pôles inter-établissements de la part des établissements. La logique de partage des chefferies de pôle et des rattachements administratifs des pôles pour les deux pôles inter-

---

<sup>43</sup> Dr. Lejeune-Fremond, chef du pôle « Evaluation, Sécurité-Qualité des soins », GHT de l'Aube et du Sézannais.

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> Julia BADUEL, chargée de mission coopération et contractualisation, ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

<sup>46</sup> Christian Villermet, Directeur des relations territoriales, CHU Grenoble.

établissements du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences en est emblématique. Elle a consisté à contourner le principe de gestion des pôles inter-établissements par l'établissement support du GHT en rattachant l'un des deux pôles à l'EPS Maison-Blanche et en y nommant un chef de pôle de Maison-Blanche qui ne fait pas l'objet d'une mise à disposition auprès du CH Sainte-Anne.

### **Des solutions intermédiaires pour permettre la poursuite des projets**

Un interlocuteur de l'ANAP ayant travaillé sur le sujet a admis n'avoir connaissance « *d'aucun pôle inter-établissements au sens de la loi*<sup>47</sup> », mais plutôt d'équipes médicales de territoire ayant ouvert une réflexion sur l'opportunité d'adopter un format polaire. Il souligne que le pôle inter-établissements constitue à ses yeux « *la forme la plus intégrée de coopération*<sup>48</sup> ». En effet, de nombreux pôles inter-établissements mobilisés à titre d'exemples en première partie ne recouvrent pas le même périmètre qu'un pôle intra-établissement classique : certains de ces pôles ne mutualisent que le personnel médical et non pas le personnel soignant, comme c'est le cas pour le GHT Alpes Dauphiné et le GHT du Hainaut-Cambrésis. Nombre d'entre eux ne se sont pas inscrits dans une démarche de contractualisation, « *rouage essentiel de la gouvernance*<sup>49</sup> », pour des raisons variées : fusion imminente (GHT de Bretagne Sud), choix d'une convention constitutive plutôt que d'un contrat de pôle (GHT du Hainaut-Cambrésis), souhait de ne pas pousser si loin l'analogie avec l'organisation polaire intra-établissement, etc. De la même manière, le pôle inter-hospitalier gynécologie –obstétrique du GHT du Hainaut-Cambrésis n'est « *pas un vrai pôle inter-établissements*<sup>50</sup> » : Julie Zimmermann, Directrice de la stratégie et du marketing et CH de Valenciennes, indique qu'il s'agit en réalité d'une organisation « *plus proche de la fédération*<sup>51</sup> », imaginée avant la réforme GHT dans le contexte des travaux inter-pôles dont les CHT avaient ouvert la possibilité. Julie Zimmermann élargit le propos : « *Le pôle inter-établissements tel qu'il est décrit dans la loi ne fonctionne pas, on bute sur un certain nombre de mécanismes de gestion*<sup>52</sup> ».

Face à ces « *mécanismes de gestion* » qui font obstacle à la mise en œuvre de pôles inter-établissements, de nombreux établissements font face à l'interrogation suivante : lorsque le dispositif du pôle inter-établissements touche aux limites de la logique déployée

---

<sup>47</sup> Alain Arnaud, ANAP.

<sup>48</sup> Ibid.

<sup>49</sup> Jean-Paul Domin, La nouvelle gouvernance hospitalière a-t-elle tenu ses promesses ? Regards sur les pôles, *Soins cadres*, n° 98, mai 2016.

<sup>50</sup> Julie Zimmermann, Directrice de la stratégie et du marketing, CH de Valenciennes.

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Ibid.

par les GHT, quelles solutions palliatives peuvent permettre la poursuite du projet ? Dès lors, les établissements sont amenés adopter des solutions pragmatiques aux blocages rencontrés sur le terrain, au prix d'une certaine distorsion d'un modèle pur et parfait de pôle inter-établissements : rattachement *de facto* à un établissement membre plutôt qu'à l'établissement support dans un souci d'équilibre entre établissements, projet de pôle médical mais non soignant dans un souci de *statu quo* pour le personnel, renoncement à la contractualisation... Ce sont ces adaptations qui expliquent la grande variété de coopérations que l'on retrouve derrière la notion de pôle inter-établissements, avec ses variations sémantiques (pôle de territoire, pôle inter-hospitalier, pôle GHT, etc.).

### **2.3. Le pôle inter-établissements à la recherche de son identité.**

#### **Le pôle inter-établissements : des identités professionnelles variées**

« Pour complexe qu'elle soit sur les plans juridique, comptable, budgétaire, organisationnel, la fusion est chose simple et aisée, comparée à la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des logiques médicales et soignantes<sup>53</sup> ». Ce constat fait par un Directeur d'hôpital au sujet des lourdes restructurations hospitalières des années 1990 soutient l'hypothèse qu'il est dangereux de « décréter<sup>54</sup> » un pôle inter-établissements lorsque les équipes ne sont pas mûres pour travailler ensemble. Il met en lumière un enjeu central dans la conduite de projet en matière de pôles inter-établissements : l'appropriation de la nouvelle structure par les équipes. A ce titre, Pascal Forciolli, qui a piloté la fusion entre les établissements de Montmorency et d'Eaubonne, remarquait : « Il n'y a pas deux établissements identiques. Chaque hôpital a sa culture, son histoire, son territoire... ses professionnels le façonnent chacun à leur manière<sup>55</sup> ». En outre, dès lors que l'opération de restructuration est confirmée, « les personnels s'imaginent des différences considérables avec l'établissement avec lequel le rapprochement est programmé. L'autre apparaît aux antipodes<sup>56</sup> ». En ajoutant à cela qu'il existe le risque d'un sentiment d'absorption des établissements non support, la cohésion d'équipe au sein du nouveau pôle paraît difficile à créer.

---

<sup>53</sup> BARATTA N., Les fusions entre établissements : un évènement culturel, *Décision santé* n° 95, 30 avril 1996.

<sup>54</sup> Brigitte de Lard Huchet, CNEH.

<sup>55</sup> FORCIOLLI, P., Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux, *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2003, n° 427, p. 468.

<sup>56</sup> DUMOND, J.-P. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et des services hospitaliers, *Sciences sociales et santé*, 2006.

Dans ce contexte, il convient en effet de s'interroger sur les conditions dans lesquelles il devient possible construire une culture professionnelle propre au nouveau pôle et transversale à plusieurs établissements.

### **Capitaliser sur les attentes positives de la réorganisation pour créer une identité de pôle**

Il paraît tout d'abord essentiel d'avoir conscience de la « *valeur traumatique de ces opérations*<sup>57</sup> », « *souvent associées à une séparation et à une perte, en particulier d'identité, qui a valeur d'un deuil*<sup>58</sup> ». Ce faisant, on peut capitaliser sur l'ambivalence des sentiments associés à la création d'une structure inter-établissements, notamment les « *attentes de reconstruction*<sup>59</sup> » que génère la réorganisation qui « *entremêle des attentes de nature positive et des craintes, des espoirs d'amélioration et des risques de déstabilisation*<sup>60</sup> ». Il est possible d'exploiter les attentes de nature positive des équipes, par exemple en les associant à la construction du projet. La création et l'animation d'espaces formels ou informels, facilitant les échanges et la délibération collective autour des projets, permettra au pôle de « faire corps ». Au sein du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences, plusieurs réunions ont permis d'associer des équipes de l'EPS Maison-Blanche et du CH Sainte-Anne à l'élaboration du projet de pôle Précarité. Une version intermédiaire du projet a été diffusée aux équipes pour recueillir leurs remarques et aboutir à un projet de pôle avec lequel ils se sentaient à l'aise et dans lequel ils estimaient être fidèlement représentés.

D'autre part, l'accent peut être placé sur l'identité professionnelle des personnels concernés plutôt que sur leur établissement d'origine : infirmière en cardiologie, sage-femme en maternité, technicien d'information médicale, psychiatre en équipe mobile, etc. « *En effet, une infirmière ne voit pas son identité professionnelle mise en cause si son équipe fusionne avec celle d'un autre établissement. [...]*<sup>61</sup> ». L'exemple du pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences est éclairant à cet égard. En effet, le mode d'exercice très spécifique des professionnels des unités concernées (équipes mobiles, travail à l'intersection du soin et du travail social, connaissance du public sans domicile fixe, connaissance des problématiques d'addiction, etc.) crée une base commune très importante qui donne beaucoup de sens à la création d'un pôle commun. De la même manière, la pratique des soins somatiques auprès des patients de psychiatrie et au contact d'équipes spécialisées en santé mentale constitue également

---

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> Ibid.

une particularité qui unit les somaticiens du GHT et qui devra servir de « socle culturel » au pôle de Soins somatiques.

Au-delà du contexte d'un regroupement de services relevant d'établissements différents, c'est également la question plus large de l'identification au pôle qui est posée par celle de l'identité du pôle inter-établissements. Anne-Marie Lagadec se demandait de façon très optimiste en mai 2016 : « *Alors, le pôle, nouveau point d'ancrage de la culture et de l'identité des hospitaliers ?*<sup>62</sup> ». Néanmoins, l'analyse de Sylvie Lavoisey est plus mesurée en ce qu'elle estime que l'identité des personnels hospitaliers reste rattachée avant tout au service et non au pôle : « *pour les professionnels des services, l'identification au pôle ne va pas de soi, l'appartenance à un service restant l'ancrage spontané [...]. Conçu comme un moyen de décloisonnement interne et de mutualisation au service de l'efficience des parcours de prise en charge, le pôle n'en demeure pas moins structuré autour de services ou d'unités fonctionnelles [...]. Dans ce contexte, la question de la finalisation de l'action collective est exacerbée par la coexistence de cultures de services souvent très marquées. Or le succès des pôles relève de leur capacité à s'affirmer comme des entités à part entière, reposant sur des communautés de pratiques déferées par des objectifs cliniques communs*<sup>63</sup> ». Le projet de pôle, plus que le contrat, doit servir à donner corps à cette « communauté de pratiques » qu'évoque Sylvie Lavoisey : en effet, la description des activités du pôle constitue l'occasion de constater les liens existants entre celles-ci et d'en créer de nouveaux. De la même manière, la formulation d'objectifs permet d'imaginer un avenir commun auquel chaque unité contribuera.

---

<sup>62</sup> LAGADEC, Anne-Marie, Les pôles hospitaliers, une mutation en cours, Regards sur les pôles, *Soins cadres*, n° 98, mai 2016.

<sup>63</sup> LAVOISEY, S., Les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée, *Soins cadres*, n° 98, Regards sur les pôles, mai 2016.

### **3. Un puissant levier de structuration du parcours patient, dont les facteurs de succès clairement identifiables peuvent être exploités pour construire des filières de soins.**

#### **3.1. Un outil idéal pour créer des filières de soins et structurer le parcours patient.**

##### **Donner corps aux filières identifiées par le projet médical partagé**

Plusieurs exemples mobilisés en première partie démontrent que la structuration d'une réelle filière de soins permettant la mise en œuvre d'un parcours patient efficace est l'une des principales forces du pôle inter-établissements. Si le rapport des conférences hospitalières précité<sup>64</sup> recommande, dans sa proposition n°5, de « *renforcer la cohérence entre l'organisation en pôles et l'organisation territoriale afin d'optimiser la lisibilité du parcours du patient et prendre en compte les coopérations et complémentarités* », il demeure très frileux sur la notion de pôle inter-établissements, sans que cette réticence ne soit expliquée. En effet, le rapport se contente d'un lapidaire « *il est apparu à la mission nécessaire de réaffirmer que la notion de pôle doit de manière privilégiée être réservée à l'organisation interne des établissements [...]* », après avoir pourtant admis que « *les enquêtes et auditions menées par la mission ont conforté la nécessité de prendre en compte cette dimension [territoriale] dans l'organisation en pôles afin que les enjeux territoriaux d'optimisation du parcours de soins soient pleinement intégrés dans les projets et contrats de pôle* »...

Pourtant, les pôles inter-établissements possèdent un potentiel indéniable pour la mise en œuvre du projet médical partagé. Le rapport intermédiaire de la mission Hubert et Martineau constatait déjà que « *le territoire de GHT est un territoire de projet. Il ne peut être déterminé par les frontières administratives [...]. Le périmètre du GHT correspond davantage à un bassin de vie, aux flux des patients [...]. La taille du GHT doit ainsi permettre la mise en œuvre du projet médical partagé* ». Le Pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences répond aux exigences formulées par ce rapport puisque sa création permet l'avènement d'une filière unique, transversale et lisible pour l'activité de psychiatrie-précarité sur le territoire parisien.

##### **Permettre la mise en œuvre d'une filière graduée**

---

<sup>64</sup> Rapport des conférences hospitalières, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, 2015.

De la même manière, le pôle inter-établissements s'avère être un puissant levier pour structurer une filière de soins graduée en s'assurant de la présence du patient « *au bon endroit au bon moment*<sup>65</sup> ». Dupont, Dewitte et Ménager avaient à ce titre dès 2012 des réflexions très éclairantes : « *se priver d'une analyse du besoin et des offres existantes lorsque des arbitrages internes sont faits au sein du pôle, c'est laisser hors du champ de la réflexion la notion de filières de soins. Organiser une filière n'est pas un sujet extérieur au pôle. Il s'agit du cœur même de sa stratégie : quelles prises en charge doivent être privilégiées en proximité, lesquelles exclusivement ont vocation à être réalisées sur le site de recours, sous quelles conditions de retour en proximité [...] ? Il revient ainsi au chef de pôle et à ses collaborateurs d'organiser la prise en charge du patient au sein du pôle, avec un regard d'ensemble sur la filière territoriale. L'amont et l'aval du parcours du patient au sein du pôle deviennent les conditions mêmes de son développement interne*<sup>66</sup> ». L'activité de gynécologie-obstétrique en est un excellent exemple puisque le pôle inter-établissements peut servir de support à une filière graduée articulant les relations entre les différents niveaux de maternité. L'exemple du GHT du Hainaut-Cambrésis démontre en effet que la création du pôle inter-hospitalier de gynécologie-obstétrique a permis d'accélérer et de fluidifier les transferts de parturientes entre maternités de différents niveaux. Ainsi, dès mars 2015, C. Keller, L. Lyda-Truffier et P. Jahan estiment que « *tout laisse à penser que la coopération entre pôles d'établissements publics de santé, distincts, tous parties prenantes d'un même GHT, tendra à se développer afin de fluidifier le « parcours patient »*<sup>67</sup> ». Cette nécessité de lier stratégie polaire et stratégie territoriale conduit à penser que le pôle inter-établissements « *pourrait devenir l'ultime étape d'une filière bien structurée*<sup>68</sup> ».

En effet, le modèle polaire apporte à la filière sa rationalité médicale et son sens du leadership. L'analogie du pôle inter-établissements avec l'organisation polaire intra-établissement est très structurante. En outre, au-delà de ses impacts sur la fluidité du parcours patient, le pôle inter-établissements peut aussi contribuer à la performance économique et financière du parcours de soins à l'échelle du GHT. C'est à ce titre que Karim Amri propose d'utiliser les CREA des pôles inter-établissements comme base d'élaboration d'un EPRD prévisionnel consolidé du GHT<sup>69</sup>.

---

<sup>65</sup> C. Villermet, Directeur des relations territoriales, CHU de Grenoble.

<sup>66</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>67</sup> KELLER, C., LYDA-TRUFFIER, A., JAHAN, P., Le management de pôles à l'hôpital : mise en application au CH de Valenciennes, Les cahiers de la fonction publique, n° 353, mars 2015.

<sup>68</sup> Julia Baduel, chargée de mission coopération et contractualisation, ARS PACA.

<sup>69</sup> AMRI, K., Le pilotage budgétaire des pôles en GHT, *Finances hospitalières*, n° 105- septembre 2016.

### **3.2. Le pôle inter-établissements comme réponse aux problématiques de démographie médicale.**

#### **Un support à la mise en place d'équipes médicales de territoire**

Les pôles inter-établissements ont été particulièrement mobilisés dans des zones qui connaissent un problème de démographie médicale. Dupont, Dewitte et Ménager analysaient avec justesse que *« les impulsions pour une extension territoriale des missions des chefs de pôle ne manquent pas. Les dispositions législatives et réglementaires déclinées par la loi HPST rejoignent l'impératif de la réalité de nos territoires : ici une démographie médicale fragile, là une offre de soins à réorganiser, ici encore des difficultés d'accès aux soins<sup>70</sup>»*. Dans ce contexte, les établissements confrontés à un déficit d'attractivité ont tout intérêt à se saisir de cet outil pour anticiper notamment les difficultés en matière de recrutement et conserver une filière publique attractive : *« occulter la difficile tâche de la gestion prévisionnelle des ressources au sein du territoire, c'est prendre le risque demain de surseoir aux hôpitaux du territoire, en urgence, à la défaveur même de l'activité du pôle. Parfois même, cela revient à favoriser l'émergence de filières privées, le lien entre la médecine de ville et les hôpitaux public de référence n'étant plus assuré par un maillage de proximité<sup>71</sup>»*.

Le pôle inter-établissements sert alors de support à la mise en place d'équipes médicales partagées et devient un facteur d'attractivité pour les recrutements médicaux. Cela est très nettement le cas pour le GHT du Hainaut-Cambrésis et pour le GHT Alpes-Dauphiné. Sylvie Lavoisey explique ainsi qu'il *« [...] est apparu essentiel de mettre en avant l'idée d'équipes médicales de territoire assurant l'offre graduée dans leur spécialité. Si l'on retient cette nécessité, s'impose alors la notion de pôle territorial entre établissements. [...] En résumé, les GHT doivent permettre, dans un contexte médico-économique et de démographie médicale critiques, de pérenniser une offre de soins territoriale de qualité. Les clés de la réussite passent par une réelle collaboration entre établissements au travers d'un projet médical partagé, des pôles territoriaux inter-établissements et des outils innovants<sup>72</sup>»*.

#### **Un facteur d'attractivité médicale**

---

<sup>70</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> LAVOISEY, S., Les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée, Regards sur les pôles, Soins cadres, n° 98, mai 2016.



En effet, la coopération de petits établissements périphériques avec l'établissement support, parfois un CHU ou du moins un établissement disposant d'un plateau technique important et de nombreuses spécialités, améliore l'attractivité des postes et facilite donc le recrutement. Philippe Jahan constatait à ce titre : « *ce regroupement va permettre de renforcer les services des petits établissements de santé du territoire qui ont du mal à recruter, comme cela est déjà fait pour les urgences à Denain soutenues par celles de Valenciennes, ou à la maternité de Fourmies qui travaillera davantage avec celle de Maubeuge.* »

Bien entendu, l'attractivité du pôle inter-établissements pour les recrutements médicaux n'est pas assurée exclusivement par la perspective de collaboration avec un établissement de taille plus critique. Eric Favereau se demandait à juste titre le 30 juin 2016 : « *Comment faire travailler ainsi les trois maternités ensemble, les trois hôpitaux importants, celui de Valenciennes, de Maubeuge et de Denain, avec trois autres établissements plus petits, comme celui de Fourmies ?*<sup>73</sup> ». La plupart des GHT étudiés en première partie ont mis en place une rémunération plus attractive par l'attribution de primes comme élément des conditions d'intervention multi-sites. Ces incitations financières à l'exercice territorial ont été citées comme facteurs de succès des pôles inter-établissements du GHT du Hainaut-Cambrésis et du GHT Alpes Dauphiné.

### **3.3. Surmonter les défis pour s'appuyer sur les facteurs de succès.**

#### **Vaincre la résistance au changement**

Nous avons eu l'occasion d'évoquer le fait qu'il paraît maladroit voire inopportun de « décréter » un pôle inter-établissements lorsque les équipes ne sont pas mûres pour un tel degré de coopération. De la même manière, l'élaboration du projet du pôle inter-établissements ne suffit pas à rendre effectif l'avènement d'une communauté de valeurs et d'intérêts disposée à travailler en chœur. Jacques Chevallier a été prolifique dans ses écrits sur cet écart entre politique publique (ici, le projet de pôle inter-établissements) et action sociale (ici, l'effectivité de la coopération). Il constatait en 2005 : « *les politiques publiques ne suffiraient pas, en tant que telles, à produire le changement social [...]. La relation entre politiques publiques et changement social est donc une relation complexe, marquée par l'ambivalence. Alors même qu'elles sont conçues comme le fer de lance du changement, les politiques publiques subissent le poids des déterminismes [...]*<sup>74</sup> ». Ses

---

<sup>73</sup> FAVEREAU, E., Les hôpitaux en fusion, *Libération*, 30 juin 2016.

<sup>74</sup> CHEVALLIER, J., Politiques publiques et changement social, *Revue française d'administration publique*, n° 115, 2005.

réflexions s'étendent à la difficulté de créer un écosystème dans lequel une organisation innovante peut se mettre en place du fait d'une certaine inertie : « *Ce n'est pas parce qu'une politique est intrinsèquement porteuse d'innovation qu'elle est pour autant nécessairement productrice de changement : encore faut-il qu'elle fasse l'objet d'une application effective [...]*<sup>75</sup> ». Cette résistance au changement a été évoquée par le GHT du Hainaut-Cambrésis comme l'un des défis à surmonter pour mettre en place le pôle inter-hospitalier de gynécologie-obstétrique. Dès lors, obtenir l'adhésion des parties prenantes à la démarche constitue un prérequis indispensable : « *les facteurs clés du succès tiennent pour l'essentiel à la capacité des responsables d'obtenir l'adhésion et l'implication des parties prenantes*<sup>76</sup> ».

### **Rassurer les personnels**

Lors de la création d'un pôle inter-établissements, le « chantier » des ressources humaines est souvent le plus important au regard des risques et des volumes concernés. En effet, il paraît très difficile de réaliser une cartographie complète de tous les processus RH pour ensuite organiser une harmonisation de toutes les règles. De plus, la création d'un pôle inter-établissements suscite des craintes qu'il convient d'apaiser, comme l'explique Philippe Blua, Directeur des HCS : « *Rassurer les personnels hospitaliers, quels que soient leur grade et leur fonction, leur faire prendre conscience qu'ils appartiennent à une même communauté d'intérêt, les associer à l'écriture d'un projet commun, tout cela est capital* ». L'une des principales craintes concerne les mouvements de personnels entre établissements. Or, les exemples abordés démontrent que dans la plupart des cas, les établissements ont fait le choix de limiter ces mouvements au maximum. Philippe Blua explique en effet qu'il est apparu impératif, lors de la création des deux pôles inter-établissements du GHT de l'Aube et du Sézannais, d'apporter la garantie aux personnels en place qu'aucune mobilité ne serait imposée. Au-delà de l'absence de mutation « forcée » entre établissements, on constate également que la plupart des établissements n'ont pas mis en place les conventions de mise à disposition vers l'établissement de rattachement du pôle : la sécurité juridique est ici pour partie sacrifiée au profit du facteur humain, « *l'élément clef de la réussite ou de l'échec d'un regroupement hospitalier, quelle que soit sa forme juridique*<sup>77</sup> ». De la même manière, plusieurs GHT ont largement contourné la question RH, perçue comme trop complexe et un peu sulfureuse, en créant des pôles inter-établissements uniquement médicaux plutôt que médico-soignants (GHT du Hainaut-Cambrésis, GHT Alpes Dauphiné).

---

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> CHEVALLIER, L.

<sup>77</sup> BLUA, P., Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT, Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud, *Réflexions hospitalières*, n° 569, Mars-Avril 2016.

## **La direction commune : la configuration idéale pour la mise en place de pôles inter-établissements**

Le « tour de France des pôles inter-établissements » a permis de constater que la direction commune constitue une configuration très facilitante pour la mise en place de pôles inter-établissements. Philippe Blua l'exprime clairement : « *Une direction commune facilite les arbitrages et les mutualisations* », « *la conscience d'être embarqués sur le même navire fait disparaître beaucoup de freins psychologiques aux coopérations*<sup>78</sup> ». Au sein du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences, l'existence d'une direction commune a également permis de réaliser des arbitrages en commun et a facilité la prise en charge de ce projet transversal par les directions fonctionnelles. Le même constat s'applique au GHT de l'Aube et du Sézannais et au GHT Alpes Dauphiné.

### **Rechercher une coopération équilibrée**

Nous avons eu l'occasion d'aborder au cours de ce mémoire les différentes manières dont les GHT étudiés ont cherché à équilibrer la coopération sous-tendue par le pôle inter-établissements. En effet, il semble évident que l'équilibre de la coopération est l'une des conditions *sine qua non* de sa réussite.

Cela implique, dans les cas où les pôles inter-établissements sont créés dans un objectif de venir en aide à un petit établissement dont l'une des activités est menacée, de veiller à organiser la coopération de façon à assurer le maintien de l'activité concernée sans pour autant déstabiliser l'établissement pourvoyeur de temps médical. Ce risque de dispersion des ressources disponibles a été identifié par Dupont, Dewitte et Ménager : « *Le temps et les ressources de chacun des pôles étant limités, l'extension territoriale du champ d'action peut apparaître en première intention à beaucoup comme une source de dispersion, voire de limitation accrue des moyens de développement interne*<sup>79</sup> ». Autrement dit et comme l'a constaté le GHT du Hainaut-Cambrésis : « *le principe même d'un dispositif de renfort d'un « petit » établissement ne peut être mis en œuvre durablement s'il venait à déstabiliser les établissements « préteurs » de ressources médicales. Il convient donc de mettre en place des dispositifs permettant de garantir en tout lieu la permanence des soins avec un haut niveau de compétences*<sup>80</sup> ». Julie Zimmermann souligne également la nécessité de « *définir une « cohérence financière »*

---

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>80</sup> Monographie pôle inter-hospitalier de GO, ANAP.

*du dispositif, sans site « financièrement » privilégié... »*, rejoignant la remarque de Julia Baduel sur le fait que *« tout le monde doit y trouver son compte <sup>81</sup>»*.

Au-delà de cet équilibre stratégique qui concerne les ressources du pôle inter-établissements, l'équilibre à trouver est aussi managérial. Cette réflexion rejoint la remarque précitée du Dr. Lejeune-Fremond, chef du pôle « Evaluation, Qualité-Sécurité des risques » du GHT de l'Aube et du Sézannais, qui insistait sur la nécessité de compenser la centralisation sur l'établissement support par mode de management participatif (réunion mensuelle présidée à tour de rôle par chaque établissement, culture de discussion collégiale, habitude de la concertation, etc.). La même question s'est posée pour le pôle Psychiatrie-Précarité du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences, qui a accueilli une majorité de personnels de l'EPS Maison-Blanche sous l'autorité d'un chef de pôle saint-annien. Cette situation a été largement gérée par une forte culture de la discussion collective et de la transparence au sein du pôle, ainsi que par la mise en place d'instances de concertation interne (Conseil de pôle notamment) très participatifs.

### **Portage stratégique**

Le portage stratégique du projet de pôles inter-établissements effectué par les directions, les présidents de CME et les chefs de pôle paraît également déterminant. A titre d'exemple, la monographie sur le pôle inter-hospitalier de gynécologie-obstétrique du GHT du Hainaut-Cambrésis cite ce facteur de succès : *« les acteurs rencontrés soulignent l'importance d'une implication forte des directions, des présidences de CME et des chefs de pôle »*. De la même manière, l'exemple du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences démontre que la mise en place d'un pôle inter-établissements ne peut être qu'un travail collectif porté au niveau stratégique. A cette fin, le sujet a été discuté plusieurs fois en comité de direction afin de faire le point sur ce qui était attendu des différentes directions fonctionnelles afin de garantir la réussite du projet. Le sujet a également été débattu en Directoire, en CME, en CTE, en CHSCT et en CSIRMT. Le sujet était enfin piloté par le Président de la Commission médicale du groupement en lien avec le Directeur de la direction commune.

### **Réflexion prospective**

Les exemples mobilisés dans ce mémoire ainsi que les avis recueillis auprès des différents interlocuteurs convergent pour indiquer les pôles inter-établissements ont vocation à se développer en dépit des difficultés qu'ils soulèvent. Ce développement

---

<sup>81</sup> Julia Baduel, chargée de mission coopérations et contractualisation, ARS PACA.

pourrait toucher en priorité les activités médico-techniques telles que la pharmacie, la radiologie ou le DIM, mais également les activités cliniques confrontées à des difficultés en termes de démographie médicale, notamment celles pour lesquelles la graduation de la filière de soins est la plus claire (gynécologie-obstétrique ou encore cardiologie).

Au-delà du changement majeur que portent les pôles inter-établissements pour l'organisation territoriale des filières de soins graduées et la mise en œuvre d'un parcours patient efficace et réfléchi, ce dispositif est également à l'origine d'un renforcement du rôle des chefs et cadres de pôle. Pour rappel, les conférences hospitalières recommandaient en mai 2014 de renforcer la liberté d'organisation des pôles et de conforter la logique médicale qui fonde l'organisation polaire<sup>82</sup>. Or, la mise en place des pôles inter-établissements, pourtant boudée par les auteurs de ce rapport, va précisément en ce sens en positionnant un chef de pôle comme chef de file territorial d'une activité. Le chef du pôle inter-établissements doit avoir toute latitude pour organiser une filière de soins sur un territoire. Le pôle inter-établissements va donc dans le sens d'une responsabilité accrue des chefs de pôle dont le rôle stratégique se verrait conforté et devrait être accompagné : « *Cette nouvelle étape de responsabilisation des pôles nécessite donc un management interne attentif de la question, avec un accompagnement rapproché des chefs de pôle, nouveaux « chefs de file » des territoires*<sup>83</sup> ». De la même manière, l'émergence d'un rôle nouveau pour le cadre de pôle, qui coordonne l'activité soignante de la filière sur le territoire couvert par le pôle, est déjà anticipé par la littérature spécialisée : « *L'arrivée des GHT, mais plus largement, le mouvement de fond engagé depuis plusieurs années au travers du développement des trajectoires et parcours de soins, dessinent de nouvelles missions pour les cadres de pôles au-delà des frontières traditionnelles des établissements*<sup>84</sup> ».

---

<sup>82</sup> Les hospitaliers proposent 19 mesures pour améliorer le fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, *Revue droit & santé*, n° 59, mai 2014.

<sup>83</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, *Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis*, DUNOD, 2012.

<sup>84</sup> Christophe Pascal, *Le management des pôles face au défi de la formation, Regards sur pôles, Soins cadres n° 98*, mai 2016.

## Conclusion :

« *Pôles et territoires : le jeu reste encore ouvert*<sup>85</sup> ». En guise de conclusion, ce constat peut paraître décevant. Ce mémoire n'avait en effet pas vocation à livrer un modèle de pôle inter-établissements applicable en toutes circonstances. Néanmoins, les interrogations qu'il soulève signent aussi la grande liberté que le dispositif des pôles inter-établissements offre aux établissements qui ont toute latitude pour créer des organisations polaires transversales, aux périmètres hétérogènes et aux formes juridiques variées, pour relever des défis et mettre en mouvement des décisions stratégiques. Les stratégies de contournement évoquées constituent donc peut-être une force cachée du modèle, qui est suffisamment plastique et malléable pour répondre avec souplesse à une variété de situations. Ainsi, si l'on ne connaît « *aucun pôle inter-établissements au sens de la loi*<sup>86</sup> », on connaît en revanche une multitude d'expériences polaires inter-établissements qui constituent des réussites.

C'est pourquoi ce mémoire peut nous amener à penser que l'idée de pôle inter-établissements importe plus que sa forme et ses modalités exactes. Il va dans le sens d'une autonomie accrue des établissements à qui il est permis d'imaginer des organisations polaires nouvelles pour mettre en œuvre leur projet médical partagé. Cette indépendance accrue qui s'offre aux directions d'établissements pour travailler ensemble à des projets de coopération sous une forme novatrice telle que celle du pôle inter-établissements constitue également un travail managérial d'une dimension nouvelle pour les directeurs d'hôpital. En effet, l'émergence des pôles inter-établissements va dans le sens d'une territorialisation du métier de directeur d'hôpital qui est cohérente avec la réforme des GHT. Le travail du directeur d'hôpital s'enrichit en outre d'une dimension créative consistant certes à travailler sur le plan juridique, mais surtout et en priorité à mettre en musique un projet avec une exigence de performance et de réussite. Le constat d'une autonomie accrue vaut surtout pour les chefs de pôle concernés, qui peuvent se retrouver propulsés dans une fonction de chef de file territorial d'une filière de soins.

A la question posée en introduction, nous pouvons répondre que le GHT n'offre pas, en lui-même, un cadre suffisamment intégré pour envisager le déploiement d'un pôle inter-établissements, comme le démontrent les multiples difficultés pratiques soulevées par la création d'un pôle inter-établissements. L'existence d'une direction commune, ou du moins d'une coopération très étroite, a été soulignée comme une configuration

---

<sup>85</sup> DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

<sup>86</sup> Alain Arnaud, ANAP.

infiniment plus adaptée à la mise en place d'une organisation polaire transversale. Toutefois, il ressort des recherches effectuées que l'ensemble de la démarche GHT crée un terreau favorable à l'émergence de projets de pôles inter-établissements. Notamment, la rédaction du projet médical partagé par les membres du GHT constitue l'occasion d'une réflexion approfondie sur la notion de filières de soins, réflexion qui peut déboucher sur l'idée d'une recombinaison polaire si celle-ci permet de mieux incarner le parcours de soins sur le territoire.

Si le caractère facultatif des pôles inter-établissements ainsi que la dimension balbutiante de certains GHT sur le territoire constitueront des limites évidentes à la multiplication de ce type de pôles, il paraît néanmoins possible et souhaitable que les pôles inter-établissements continuent de se développer afin de porter des équipes médico-soignantes partagées, tant leur pertinence pour structurer une filière de soins graduée et organiser un parcours patient est établie.





---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire ;
- Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire ;

### Ouvrages

- Dir. NOBRE, T., et LAMBERT, P., *Le management des pôles à l'hôpital : Regards croisés, enjeux et défis*, DUNOD, 2012.
- PELJAK, D., *La gestion de pôle à l'hôpital, Vade-mecum, Les Etudes Hospitalières*, Essentiel, 2010.

### Rapports institutionnels

- Rapport des conférences hospitalières, Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé, 2015.
- HUBERT, J., et MARTINEAU, F., *Mission Groupements hospitaliers de territoire*, 2015.
- Guide méthodologique des coopérations territoriales, ANAP, 2015.

### Revue, presse

- AMRI, K., *Le pilotage budgétaire des pôles en GHT*, Finances hospitalières, n° 105- septembre 2016.
- BARATTA N., *Les fusions entre établissements : un évènement culturel*, Décision santé n° 95, 30 avril 1996.
- BLUA, P., *Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT, Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud*, Réflexions hospitalières, n° 569, Mars-Avril 2016.
- CHEVALLIER, J., *Politiques publiques et changement social*, Revue française d'administration publique, n° 115, 2005
- DOMIN, J.-P., *La nouvelle gouvernance hospitalière a-t-elle tenu ses promesses ? Regards sur les pôles*, Soins cadres, n° 98, mai 2016.
- DUMOND, J.-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*, Sciences sociales et santé, 2006.

- DUPONT, B., DEWITTE, J-P., MENAGER, C., *L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable*, Le management de pôles à l'hôpital, Regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.
- FAVEREAU, E., Les hôpitaux en fusion, Libération, 30 juin 2016.
- FORCIOLLI, P., Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux, Gestions hospitalières, juin-juillet 2003, n° 427, p. 468.
- LAGADEC, A-M., *Les pôles hospitaliers, une mutation en cours*, Regards sur les pôles, Soins cadres, n° 98, mai 2016.
- LAVOISEY, S., *Les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée*, Regards sur les pôles, Soins cadres, n° 98, mai 2016.
- KELLER, C., JAHAN, P., *Le management des pôles à l'hôpital : mise en application au CH de Valenciennes*, Les cahiers de la fonction publique, n° 353, mars 2015.
- PASCAL, C., *Le management des pôles face au défi de la formation*, Regards sur les pôles, Soins cadres n° 98, mai 2016.
- *Les hospitaliers proposent 19 mesures pour améliorer le fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, Revue droit & Santé, n° 59, mai 2014.

### **Documents du GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences**

- Communiqué : La CHT pour la Psychiatrie Parisienne préfigure l'organisation en GHT de la future Loi de santé 2015.
- Projet médical partagé, 2017.
- Projet de pôle, Pôle GHT Psychiatrie-Précarité, 2017.

### **Mémoires**

- TRIBALLEAU, C., *Le GHT au prisme de la fusion : Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne*, Mémoire de fin de formation, EHESP, 2016.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés .....III

ARNAUD, Alain, Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux.
BADUEL, Julia, Chargée de mission coopérations et contractualisation, ARS PACA.
DE LARD – HUCHET, Brigitte, Centre national de l'expertise hospitalière.
KELLER, Catherine, Directeur d'hôpital, Enseignant-chercheur à l'EHESP.
Dr. LAPLANCHE, chef du pôle Information médicale, évaluation, performance, GHT de l'Aube et du Sézannais.
LAUDE, Laëtitia, Professeur à l'EHESP.
LE BORGNE, Gildas, Directeur d'hôpital.
Dr. LEJEUNE-FREMOND, chef du pôle Evaluation – Sécurité-Qualité des soins, GHT de l'Aube et du Sézannais.
MAINPIN, Clémence, chef de projet GHT, Direction générale de l'offre de soins.
MARCOMBE, Kévin, ARS Ile-de-France.
MASUREL, Mélissa, Attachée d'administration hospitalière, Direction de la stratégie et du marketing, CH de Valenciennes.
PONCET, Marie-Cécile, Directeur des affaires médicales et de l'offre de soins, Hôpitaux Champagne Sud
SAULNIER, Stéphanie, cellule GHT, Direction générale de l'offre de soins.
VILLERMET, Christian, Directeur des relations territoriales, CHU de Grenoble.
ZIMMERMANN, Julie, Directrice de la stratégie et du marketing, CH de Valenciennes.



BLOCH	Cléa	Octobre 2017
<b>Elève Directeur d'hôpital</b> Promotion 2016-2017		
<b>Les pôles inter-établissements : aboutissement de la réforme GHT ?</b> <i>Etude à partir de l'exemple du GHT Paris Psychiatrie &amp; Neurosciences</i>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p><b>Résumé</b> : Les textes législatifs et réglementaires relatifs aux GHT ont ouvert la possibilité de créer des pôles inter-établissements, ovni juridique qui oscille entre coopération et intégration. L'analogie souhaitée entre les pôles inter-établissements et les pôles infra-établissement se heurte dans la pratique au caractère insuffisamment intégré des GHT pour déployer des coopérations aussi poussées. Le décalage entre le cadre réglementaire applicable aux pôles inter-établissements et celui applicable aux GHT est à l'origine de multiples stratégies de contournement qui font des pôles inter-établissements un ensemble hétérogène. La plasticité de l'outil est dès lors utilisée pour porter des coopérations aux contours très variés.</p> <p>Au-delà des incertitudes juridiques, des blocages stratégiques et managériaux de plusieurs natures font obstacle à la multiplication des pôles inter-établissements : crainte d'une tentative d'hégémonie de l'établissement support, difficile identification à une structure transversale, etc.</p> <p>Néanmoins, les expériences observées sur le terrain révèlent le grand potentiel du dispositif pour répondre à des problématiques d'une actualité aiguë (démographie médicale notamment) et structurer le paysage hospitalier à venir. En effet, le pôle inter-établissements peut constituer un levier puissant de structuration de filières de soins graduées et de rationalisation du parcours patient</p>		
<p><b>Mots clés</b> : pôle, coopération, GHT, filière, parcours patient, projet médical partagé, établissement support, intégration.</p>		
<p><b><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b></p>		