

Profession : Praticien hospitalier de gynécologie obstétrique

Mission temporaire : chef de pôle dans un CH

Ma demande de mise en disponibilité du CHU est acceptée. Cette période démarre le 2 novembre pour une durée de six mois. S'en suit une période de découverte de l'intérim médical et me voilà mercenaire pour les CH. L'exercice médical isolé hors équipe ne me satisfait pas, c'est décidé : ma demande de mutation pour un CH voisin (ce centre hospitalier est le centre hospitalier de recours du département où il est situé) sera effective le 2 avril (malgré les tracasseries administratives engendrées par le choix de cette date, le 1er avril reste totalement inenvisageable).

Un mois après mon arrivée dans l'établissement, le Docteur S. me propose d'être chef de pôle. Je découvre à cette occasion que la CME vient d'être élue et les pôles refondus. Après quelques réticences de ma part, le directeur de l'établissement m'explique assez clairement que c'est maintenant ou dans quatre ans. Un collègue bienveillant me remet des documents fondamentaux : la loi HPST (brochure résumé pour les nuls).

J'accepte car au final je pense que les bonnes pratiques médicales sont la base de tout et que donc cela devrait rouler.

Je pénètre donc dans l'arène sans armure. Les combattants ne sont pas tous bienveillants mais mon savoir-faire médical s'avère une arme redoutable et la bienveillance du directeur et de son équipe un atout maître.

Je prends contact avec l'ancien chef de pôle : celui-ci refuse de me recevoir. J'apprends par les bruits de couloir que ma nomination est en fait un moyen de l'évincer : bon début ...

Je découvre et j'apprends à marche forcée le périmètre du pôle (gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine interne, néphrologie, gériatrie aiguë, diabétologie), l'organigramme de direction, le dialogue de gestion, les

réunions de bureau de pôle, la fonction du cadre supérieur Et un tas d'acronymes incroyables : Crea, swot, EPRD, CPOM, SAE, CoDir, etc. Il serait mesquin d'oublier les titres 1,2,3 et l'IPDMS ainsi que les bornes basses et hautes du PMSI (heureusement pour moi je fais quand même la différence entre cotations et codage) : des cours du soir et un petit tour au CNEH

La fonction de chef de pôle n'est pas du tout efficace car le périmètre du pôle est totalement irréaliste et cela nécessite des compétences théoriques dont je ne dispose pas à ce moment-là. Une collègue bienveillante m'accompagne en acceptant le poste de chef de pôle adjoint afin d'avoir un regard technique sur le périmètre hors gynécologie obstétrique et pédiatrique du pôle. Le pilotage du pôle se fait donc de manière « automatique » (merci au cadre supérieur) et le fonctionnement effectif est au niveau des entités services.

Regards : Il ne faut pas nommer un chef de pole pour le simple argument d'avoir un chef de pole. Il ne faut pas accepter cette mission sans se renseigner auparavant (erreur de débutante)

Arrive la demande de projet de pôle : Je suis totalement inapte à la rédaction d'un tel document avec un tel périmètre et un établissement que je connais très peu. Ce document sera donc relativement une coquille vide ce qui à première vue ne semble pas être un problème.

Regards

Etre propulsée chef de pole n'a aucun sens, les choses devraient être progressives : responsable d'uf puis chef de service puis chef de pole. Les différentes étapes étant bien sûr à adapter en fonction de la dimension de l'établissement.

Débarquer dans un établissement la fleur au fusil était une vision puérile et idéaliste. Après plusieurs dizaines d'années au CHU difficile d'imaginer qu'un CH de cette taille possède 2 problèmes majeurs : la notion de pertinence des soins n'est pas universelle et des services entiers ne codent pas.

Mon quotidien s'articule in fine sur la mise en place de bonnes pratiques médicales et d'organisations ainsi que le développement d'activité au sein du service de gynécologie-obstétrique dont la Restructuration de l'UF d'orthogénie.

Restructuration et création de l'UF d'orthogénie :

État des lieux :

- Tous les praticiens du service ont une clause de conscience sauf moi et l'un d'entre eux refuse même de prendre en charge en cas d'urgence les suites immédiates hémorragiques post IVG
- Une secrétaire mi-temps, une infirmière 80%, un praticien contractuel médecin généraliste 50 % qui réalise les IVG dont les aspirations mais uniquement sous anesthésie locale car pas d'accès au bloc opératoire
- Possibilité donc de réaliser les IVG médicamenteuse et chirurgicale mais < 12 SA et sans anesthésie générale. Toutes les autres situations sont adressées au CHU le plus proche c'est-à-dire 70 km
- La facturation des IVG est effectuée au forfait, l'aspect financier n'est pas un sujet, la mission de santé publique l'est.
- La loi est très claire : lorsque l'organisation des IVG n'est pas effective celle-ci revient directement au directeur de l'établissement

Objectifs

- Cet hôpital de recours du département doit être en capacité de gérer toutes les demandes d'IVG en respectant les termes de la loi inhérente à cette activité tout au long de l'année
- Développer la réalisation des IVG médicamenteuse par les sage-femme de ville

Moyens nécessaires

- Accès à l'anesthésie générale pour les patientes qui le souhaitent et donc accès au bloc opératoire du praticien contractuel non chirurgien
- Réalisation par moi-même des IVG 12-14
- Recrutement à 40% d'une sage-femme, diplômée de contraception, est autorisée depuis la loi de juillet 2016 à prendre en charge seule les IVG

médicamenteuses permettant ainsi au praticien contractuel de se concentrer sur les IVG chirurgicales

- Rédaction d'un protocole institutionnel précisant la prise en charge des urgences hémorragiques post IVG
- Formation et convention avec les sage-femme de ville qui le souhaitent
- Convention avec le CHU de référence pour prise en charge des IVG chirurgicale en l'absence du praticien contractuel et des IVG 12-14 en cas d'absence me concernant
- Des locaux tout neufs sont également envisagés

Mise en œuvre

- Le praticien contractuel effectue quelques vacations avec moi au bloc opératoire afin que le département d'anesthésie accepte secondairement sa présence autonome
- Rédaction et validation des protocoles des IVG détaillant chaque situation permettant ainsi à l'équipe de l'UF d'orthogénie de travailler en totale autonomie sous protocole
- Mise en place de session de formation théorique à l'IVG médicamenteuse pour les sage-femme de ville avec l'appui du réseau régional de périnatalité
- Signature d'une convention avec le CHU de référence pour la prise en charge des IVG 12 14 et des IVG chirurgicale en l'absence du praticien contractuel ou de moi-même
- Le cadre sup récupère (je ne me souviens plus du tout comment) l'équivalent d'un ETP 40% sage-femme au sein du pôle. La sage-femme est recrutée de façon pérenne sur cette fiche de poste
- La responsabilité de cette UF est confiée au chef de service gynécologue obstétricien
- Rédaction d'un protocole hiérarchisant les appels en cas d'urgence hémorragique post IVG et ou de complication chirurgicale : En premier lieu moi si je suis présente, en 2e intention les autres praticiens qui déclarent une clause de conscience mais acceptent cette situation d'urgence, en dernier recours le praticien qui refuse toute prise en charge inhérente à la pratique des IVG : ce protocole est accepté et signé par tous les praticiens

- Pas d'étude médico-économique : Mission de santé publique pure incontournable
- Des locaux tout neufs sont aménagés au sein de la toute nouvelle unité de chirurgie ambulatoire

Au total

- Ce CH hôpital de recours est en capacité d'assurer sa mission de service public et de santé publique dans la pratique des IVG en respectant la totalité la loi
- Le plus récalcitrant des praticiens n'a pas empêcher le projet
- Ce projet a été rapidement présenté en CME puis au directoire et rapidement opérationnel et pérenne
- Il est également adressé au réseau régional de périnatalité ayant pour mission la supervision des IVG.

Regards

- *La maîtrise théorique et médicale du dossier facilite sa mise en œuvre : le point de départ reste bien la notion de compétence et connaissance*
- *L'encadrement législatif facilite également grandement*
- *Quand le périmètre d'un projet n'est pas trop large, c'est plus facile au début*
- *La rédaction d'un protocole hiérarchisant les appels d'urgence au praticien a permis d'obtenir l'assentiment de tous y compris le plus récalcitrant en cas d'extrême urgence*
- *Accompagnée par une équipe de direction c'est encore plus simple : Se rencontrer, travailler ensemble et avoir un projet abouti permet la mise en place d'un respect mutuel*
- *Les forces de ce projet, le rendant pérenne, sont son indépendance vis-à-vis des praticiens titulaires et son ouverture vers la ville mais sa grande faiblesse est qu'il repose en partie sur un seul praticien*

-

Retour au pôle

La rédaction du projet d'établissement se finalise en parallèle : un des éléments me concernant directement est **le retour au niveau 2B du service de néonatalogie de l'établissement**

État des lieux

- Service de néonatalogie 2 A, ne nécessitant donc pas de pédiatre en garde sur place. La permanence de soins en pédiatrie pour le service et les urgences est assurée par une demie garde jusqu'à minuit et ensuite une astreinte
- Structure type 2B régit par les décrets de périnatalité 1998 : cadre législatif strict
- Compétence en néonatalogie délivrée par attestation nominative de la société Française de néonatalogie ou bien attestée par une formation spécifique également nominative
- Dossier type à l'ARS avec fenêtre de tir pour dépôt de la demande de création d'activité

Objectif

- Autorisation ARS pour maternité de type IIB avec garde de pédiatre sur place

Déroulé

- Collaboration avec l'assistante de gestion du pôle, le cadre sup et moi-même pour préparer un document type ARS avec les données théoriques
- Demande de collaboration faite aux médecins pédiatres : je prends le temps de les rencontrer individuellement et ensemble hormis un
- L'ancien chef de pôle, pédiatre de son état, refuse toute collaboration
- Ses collègues m'expliquent qu'il n'est pas souhaitable d'envenimer les choses et qu'ils vont donc se charger de ce dossier entre eux
- Après quelques rencontres nous convenons que je les laisse mener ce projet de leur côté mais que ma signature en tant que chef de pôle étant requise je souhaite une lecture du document avant sa validation et son envoi à ARS : tout va bien

La chute en maillot de bain dans un champ de cactus

- Le document final m'est remis le jour de la réunion avec l'équipe de direction pour validation du projet avant l'envoi à l'ARS
- Je le parcours et remarque que la case « titulaire d'une compétence en néonatalogie » n'est pas remplie.
- La réunion va tourner court car mes collègues s'engouffrent dans la brèche « pour qui te prends tu à mettre en doute nos compétences », « nous sommes dans l'établissement depuis plus de 10 ans »
- La directrice des affaires médicales vient à mon secours en expliquant qu'elle va se renseigner sur les différentes méthodes permettant l'obtention d'une attestation de qualification
- Un pédiatre s'inscrit dans 1 cycle de formation par la simulation permettant ainsi de finaliser le dossier
- L'autorisation de 2B est donnée par l'ARS

Regards

- *J'aurai dû exiger le document avant la réunion afin de ne pas mettre en difficulté mes collègues en public. Mais qui imagine développer une activité sans en avoir les compétences ...c'est quand même un peu la base*
- *J'ai mis de l'eau au moulin de l'ancien chef de pôle qui ne va pas se priver et le PCME ne joue pas son rôle d'apaisement car cela donne également du grain à moudre dans son conflit personnel avec le directeur*
- *Belle performance de ma part ...*
- *Heureusement les bonnes pratiques médicales et les actions menées au sein du service entraînent un soutien et un accompagnement chaleureux : cela me renforce dans ma position de « l'essentiel est quand même la pertinence des soins »*

Retour dans le service

Dans l'établissement, les pôles techniques ont le projet de la mise en place d'un logiciel permettant l'enregistrement des actes de consultations externes au fil de l'eau par les praticiens.

Etat des lieux

- Les consultant(e)s prennent une feuille de circulation sur laquelle le praticien note les codes de ngap et/ou ccam
- Ses feuilles, généralement mal remplies, sont ensuite gérées par le bureau des entrées qui en assure la saisie informatique
- Pertes de cotations, perte de temps

Projet de l'établissement

- Mise en place d'un logiciel permettant les cotations au fil de l'eau avec formation et accompagnement des médecins, favoris pour les cotations pour optimisation et facilitation de la cotation
- Recherche d'un service pilote
- Je porte volontaire le service de GO en tant que chef de pole car je connais le logiciel, je l'ai déjà utilisé au quotidien et j'argumente auprès de mes collègues qu'en étant pilote l'accompagnement sera d'autant plus présent : tout le monde est partant

Déroulé

- Mise en place du logiciel
- Formation des praticiens : ils disent que c'est assez simple et efficace
- Accompagnement au quotidien pendant quelques semaines par les services compétents
- Le bureau des entrées prévoit une période d'évaluation de 3 mois avant l'abandon de l'ancien système

Évaluation à 3 mois

Cela fonctionne et seule la saisie au fil de l'eau est effective pour le service

La chute

- Le bureau des entrées m'alerte sur la baisse notable d'activité dans le secteur des consultations
- Je découvre que 2 praticiens ont décidé de manière unilatérale de cesser d'enregistrer dans le logiciel leurs actes

- Aucune justification n'est fournie hormis le « c'était mieux avant », et le fait que d'autres services refusent de le mettre en place
- Il est finalement décidé au sein de l'établissement de maintenir les deux systèmes en parallèle au décours d'une CME (le PCME étant lui-même le médecin effectuant le minimum de cotation et de codage au sein de l'établissement...)

Regards

- *L'accompagnement au changement doit-il être sur tous les fronts ??? pour un simple logiciel censé vous faciliter la vie*
- *Ne voyant pas de piste, j'ai lâché l'affaire sur ce coup-là : trop d'énergie à déployer pour peu d'effet*
- *Le PCME est décidément un personnage central dans un établissement : le volume d'un CHU et sa hiérarchie masque cela aux PH « standards »*

Retour au pôle

- Les relations avec le PCME s'enveniment très régulièrement et notamment au sujet du recrutement d'une assistante partagée dans ma discipline
- Notre cadre sup postule sur un autre poste constituant pour elle une belle opportunité d'évolution
- Le directeur délégué qui est également le DRH quitte ses fonctions
- La directrice des affaires médicales est promue sur la direction d'un EPHAD
- Reste l'assistante de gestion, le chef de pôle adjoint, la cadre sage-femme et moi
- Une dernière altercation avec le PCME et je démissionne de mes fonctions de chef de pôle
- Un nouveau-né décède à la naissance suite à de mauvaises pratiques médicales : il est temps de quitter cet établissement après 3 années

**Sans bonnes pratiques médicales,
Sans pertinences des soins, point de salut**

Épilogue

Le bruit court que je vais probablement quitter le CH

Mes anciens collègues me sollicitent pour un retour au CHU puisque les raisons de mon départ ne sont plus là.

Ma demande de mutation est acceptée pour le 1^{er} janvier 2018

Le poste de chef de service est évoqué

Je connais le chef de pôle de longue date ainsi que le PCME.

Lors de ma rencontre avec le DAM, nous évoquons la possibilité d'une formation au management via HUGO : ce sera l'EHESP

Profession : Praticien hospitalier de gynécologie obstétrique

Mission temporaire : chef de service dans un CHU

PS : Toutes les situations et personnages sont vrais et les faits parfois édulcorés

