



# LE PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL

## GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DE L'HOPITAL

### RAPPORT

Établi par

Monique CAVALIER	Présidente
Jean-Marie DOLLARD	Vice Président
Bernard DUPONT	Co-Rapporteur
François MAURY	Co-Rapporteur



---

## Remerciements

Les membres du groupe 3 remercient les personnes ci-dessous pour la qualité de leur intervention lors des auditions:

- Monsieur Patrick LECLERC, Maire de Landerneau, président du conseil de surveillance du centre hospitalier Ferdinand GRALL à Landerneau.
- Monsieur le Professeur Bertrand FENOLL, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Brest.
- Monsieur Franck LAUREYNS, Directeur du réseau « plateforme de santé du Douaisis » (Nord-Pas-de-Calais).
- Madame Solange MENIVAL, vice présidente de la région Aquitaine, vice présidente de la commission santé de l'association des régions de France.
- Madame Yasmine SAMMOUR, adjointe au chef du bureau « coopération et contractualisation » à la direction générale de l'offre de soins.
- Monsieur Philippe JAHAN, directeur du centre hospitalier de Valenciennes.
- Monsieur le docteur Jean Louis LAVAUD, chef de pôle de psychiatrie au centre hospitalier Paul Guiraud à Villejuif.

Les membres remercient tout particulièrement les personnels de la direction générale de l'offre de soins pour leur appui varié et, notamment pour la réalisation des comptes-rendus de séance :

- Monsieur Clément CORRIOL
- Madame Christine GARDEL
- Madame Michèle LENOIR-SALFATI
- Monsieur Raymond LE MOIGN
- Madame Agnès LORDIER BRAULT



# Sommaire

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1. AVANT-PROPOS SUR LE CONTEXTE DU RAPPORT.....	7
1.1. <i>Rappel de l'attente de la ministre</i> .....	7
1.2. <i>L'objectif de travail du groupe</i> .....	7
1.3. <i>La méthodologie de travail et le fonctionnement du groupe</i> .....	7
2. LE CONTEXTE DE L'HOPITAL : UNE ORGANISATION ET UN FONCTIONNEMENT POSITIONNES ENTRE AMBITIONS ET CONTRAINTES .....	8
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
1. IMPLIQUER LES HOSPITALIERS AUTOUR DE LA PLACE DE L'USAGER ET DES PARCOURS DE SOIN SUR LE TERRITOIRE .....	9
1.1. <i>Promouvoir une coopération ARS/collectivités territoriales /hôpital</i> .....	9
1.1.1. Pour améliorer la coordination des parcours de soins, quelques principes .....	9
1.1.2. Des propositions .....	10
1.2. <i>Inscrire l'hôpital dans ses territoires</i> .....	10
1.2.1. Les préconisations du groupe pour une politique territoriale et les obstacles à lever	11
1.2.2. La mise en œuvre d'une politique territoriale et l'association de tous les acteurs, notamment des personnels.....	12
2. ASSOCIER PLUS FORTEMENT LES PROFESSIONNELS DE L'HOPITAL ET LES PARTENAIRES EXTERNES AUX DECISIONS STRUCTURELLES CONCERNANT L'HOPITAL.....	13
2.1. <i>Élargir le champ de compétence des instances et du président de la CME</i> .....	14
2.1.1. Un fort consensus s'est dégagé du groupe de travail sur trois éléments importants :	14
2.1.2. L'élargissement des compétences communes des instances .....	14
2.1.3. La composition de la CME, ses compétences individuelles : le constat de désaccords, mais un consensus sur ses compétences collectives.....	15
2.1.4. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	17
2.1.5. Des points de rencontre entre les instances plutôt que des instances communes .....	17
2.2. <i>Permettre une participation effective des représentants des usagers aux orientations stratégiques de l'établissement et à son organisation</i> .....	18
2.2.1. Un consensus unanime : favoriser la représentation des usagers, leur expression, la prise en compte de leurs analyses dans l'hôpital. ....	18
2.2.2. Une réticence du groupe à créer une nouvelle instance ou introduire des usagers dans les instances actuelles.....	19
2.2.3. Renforcer la CRUQ PC, ses compétences.....	19
2.2.4. Permettre la création expérimentale d'un comité des usagers.....	19
2.3. <i>Mettre en œuvre une politique d'encadrement</i> .....	19
2.3.1. Les cadres : des acteurs dont le rôle est reconnu indispensable, mais la place mal définie, une lisibilité insuffisante.....	19
2.3.2. La création d'un comité de l'encadrement non retenue.....	19
2.3.3. Une politique d'encadrement affichée.....	20
2.4. <i>Accueillir le personnel médical au sein d'un CHS CT au rôle reprecisé</i> .....	20

2.5. Améliorer la transparence de la prise de décision et de son suivi .....	20
2.5.1. Une demande de transparence des décisions .....	20
2.5.2. Une clarification du processus de décision formalisée dans le règlement intérieur .....	20
2.6. Impliquer les professionnels dans les coopérations .....	21
2.6.1. Des commissions consultatives inter hospitalières de territoire .....	21
2.7. Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie. 21	
2.7.1. La gouvernance des CHU.....	21
2.7.2. Les ex-hôpitaux locaux.....	23
2.7.3. La psychiatrie .....	23
<b>3. RENDRE LES PROFESSIONNELS PLUS ACTEURS DANS LA MAITRISE DE LEUR FONCTIONNEMENT ET DE LEUR ORGANISATION AU TRAVAIL.....</b>	<b>25</b>
3.1. Relancer l'expression des personnels au sein des unités ou des pôles.....	26
3.2. Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles.....	27
3.2.1. Le pôle : d'abord un projet médical partagé.....	27
3.2.2. Le service : l'identification d'une discipline médicale au sein d'un pôle .....	27
3.2.3. La structuration interne : pas de schéma universel.....	28
3.3. Clarifier la prise de décision au sein ou au bénéfice des pôles.....	29
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>31</b>
<b>LISTE DES PROPOSITIONS .....</b>	<b>32</b>
1. IMPLIQUER LES HOSPITALIERS AUTOUR DE LA PLACE DE L'USAGER ET DES PARCOURS DE SOIN SUR LE TERRITOIRE .....	32
2. ASSOCIER PLUS FORTEMENT LES PROFESSIONNELS DE L'HOPITAL ET LES PARTENAIRES EXTERNES AUX DECISIONS STRUCTURELLES CONCERNANT L'HOPITAL .....	34
3. RENDRE LES PROFESSIONNELS PLUS ACTEURS DANS LA MAITRISE DE LEUR FONCTIONNEMENT ET DE LEUR ORGANISATION AU TRAVAIL.....	37
<b>LISTE DES MEMBRES DU GROUPE 3.....</b>	<b>39</b>
<b>LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES AU TITRE DU GROUPE 3 .....</b>	<b>43</b>

---

# Introduction

## 1. AVANT-PROPOS SUR LE CONTEXTE DU RAPPORT

### 1.1. *Rappel de l'attente de la ministre*

La mission confiée par madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, à Édouard Couty est de promouvoir un service public hospitalier moderne, à la hauteur des enjeux de santé du XXIème siècle. Dans un dialogue social renouvelé, tous les acteurs de l'hôpital public sont invités à apporter des solutions de fonctionnement et d'amélioration de la gestion des ressources humaines.

### 1.2. *L'objectif de travail du groupe*

Il s'agit, pour le groupe n°3, d'adapter et de mettre en forme les modalités concrètes d'organisation et de fonctionnement en fonction de ce nouveau contexte. Ses travaux se situent pour partie en aval des réflexions des groupes 1 et 2.

### 1.3. *La méthodologie de travail et le fonctionnement du groupe*

L'approche retenue pour assurer l'animation du groupe s'est appuyée sur quatre supports ;

- Recueil des attentes ;
- audition de témoignages d'organisations innovantes ;
- contributions écrites et réactions en séance ;
- questionnaire.

L'ambiance de fonctionnement du groupe a été respectueuse mais avec des oppositions fortes présentant des désaccords nets sur les modalités d'organisation et de fonctionnement. Dans ce contexte, le groupe n'a pas pu, systématiquement, travailler à l'élaboration de propositions détaillées.

Ainsi des contributeurs ont pu avancer des adaptations précises et évolutives des dispositifs en cours sans pouvoir les débattre avec le groupe car d'autres envisageaient plutôt une suppression pure et simple de ces mêmes dispositifs, notamment ceux issus de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » dite « HPST » du 29 juillet 2009.

Les réponses au questionnaire (environ 30% de retour : 14 sur 44) montrent bien cet état de fait par une forte dispersion des choix en réaction aux questions concrètes posées, ne permettant pas l'émergence fréquente de tendances majoritaires.

Toutefois les animateurs du groupe ont pu identifier des attentes générales des participants portant sur :

- une plus forte **capacité d'expression** et de **prise en compte des avis** des personnels, des cadres et des médecins ;
- une meilleure **lisibilité et transparence** des processus de décision et des décisions elles-mêmes ;
- une **clarification** des missions et fonctions des différentes structures de l'hôpital permettant une meilleure cohérence du fonctionnement ;
- un **ajustement** des règles de fonctionnement à la diversité des situations des établissements (à leur taille notamment)

Sans s'autoriser à aller au-delà des travaux du groupe, ils ont concrétisé ces affirmations par des propositions plus précises lorsque cela était nécessaire et possible (parties 2 et 3).

En préambule de ces réflexions, les membres du groupe se sont attachés à inscrire la territorialisation, le parcours de soin du patient, voire son parcours de santé comme élément de fond de l'engagement de l'hôpital, de ses structures et de ses ressources humaines (partie 1).

Il est clair, pour tous, que l'hôpital s'inscrit dans une chaîne de partenariats avec son environnement et qu'il doit s'ouvrir à une plus grande association et concertation en son sein comme avec ses interlocuteurs externes. De ce point de vue, le groupe « Organisation et fonctionnement de l'hôpital » s'inscrit dans les mêmes valeurs et objectifs que les deux autres groupes du Pacte de Confiance.

## **2. LE CONTEXTE DE L'HOPITAL : UNE ORGANISATION ET UN FONCTIONNEMENT POSITIONNES ENTRE AMBITIONS ET CONTRAINTES**

Afin de poser un cadre concerté, les animateurs du groupe 3 ont proposé aux membres six concepts référents. Ces concepts synthétisent les orientations évoquées lors des premières réunions dans le groupe 3 mais également rapportées par le groupe 1 et 2. Ils constituent les éléments structurants des réflexions développées ci-après.

- Le parcours de soin voire de santé de l'usager, priorité du service public hospitalier.
- Une prise en charge multidisciplinaire, des équipes de territoire, de nouveaux métiers.
- La proximité, une exigence à mettre en rapport avec la qualité et la sécurité des soins.
- Une plus grande place des élus notamment pour mieux intégrer la logique territoriale.
- L'expression des personnels médicaux et non médicaux, un facteur de meilleure adaptation de la décision et d'anticipation des conflits.
- Des contraintes démographiques et économiques, qui justifient une organisation territoriale mieux structurée et une implication forte des professionnels.



# Rapport

## 1. IMPLIQUER LES HOSPITALIERS AUTOUR DE LA PLACE DE L'USAGER ET DES PARCOURS DE SOIN SUR LE TERRITOIRE

### 1.1. *Promouvoir une coopération ARS/collectivités territoriales /hôpital*

L'organisation du parcours de soins sur le territoire implique, au premier chef, l'agence régionale de santé (ARS), chargée de l'organisation de l'offre de soins, l'hôpital, qui est offreur de soins, mais également les différentes collectivités territoriales.

L'action des collectivités territoriales est déterminante pour permettre l'accès aux soins, l'organisation du maintien au domicile avec les différents services qui y concourent.

#### *Proposition 1 :*

- **La synchronisation des actions des collectivités territoriales, des agences régionales de santé, et de l'hôpital doit être facilitée par des convergences dans leur gouvernance.**

#### 1.1.1. Pour améliorer la coordination des parcours de soins, quelques principes

- Les principes d'une organisation territoriale pour améliorer la coordination des parcours de soins proposés sont :
  - Organiser dans l'hôpital une interface avec l'extérieur.

L'interface entre l'hôpital et l'extérieur ne saurait être spontanée. La formalisation d'une interface organisée, connue, est nécessaire à la liaison entre l'hôpital et l'extérieur.

Si des membres du groupe ont fait connaître leur préférence pour que l'hôpital assure son rôle d'interface relevant des missions de l'hôpital public, les échanges avec les témoins ont montré que des intervenants extérieurs pouvaient aussi jouer ce rôle.

- Promouvoir une interface de coordination hôpital / ville qui soit ou non offreur de soins.

Cette interface non hospitalière peut être le fait d'un offreur de soins, qui coordonne l'ensemble des intervenants dans le parcours du malade, hospitaliers, libéraux, prestataires concourant au maintien au domicile, ... Il faudrait ainsi inscrire dans l'organisation de l'hôpital des dispositifs de coordination : identification de référents pour les correspondants extérieurs, commission ville/hôpital, par exemple.

- Impliquer obligatoirement le médecin traitant dans la prise en charge des patients.

L'implication du médecin traitant dans la prise en charge des patients fait consensus, elle nécessite d'être facilitée par l'attitude de tous les intervenants, notamment hospitaliers.

- Développer un outil de coordination: le plan personnalisé de soins.

Le plan personnalisé de soins, déjà mis en œuvre dans des territoires, est un outil de coordination qui permet l'implication de tous les professionnels intervenant dans le parcours de soins du malade et l'indispensable partage d'informations.

- Utiliser un système d'information partagé, sans obligatoirement attendre le DMP  
L'attente prolongée du déploiement du DMP n'a pas permis le développement de systèmes d'information partagés, ne serait-ce que sur un plan local.

***Proposition 2 :***

- **Le développement de systèmes d'informations partagés est indispensable et urgent pour permettre l'organisation efficace des coordinations. Leur interfaçage effectif avec les systèmes d'informations hospitaliers doit être une priorité.**

**1.1.2. Des propositions**

- Mailler le territoire en termes de BESOINS de santé et non plus en terme d'OFFRE de soins

Les plans régionaux de santé, les projets médicaux de territoire sont fréquemment abordés sous l'angle de l'offre de soins, plus qu'en réponse à des besoins de santé territorialisés, tels qu'issus des travaux que réalisent les Observatoires Régionaux de la Santé<sup>1</sup>.

Le renversement de cette approche, en partant d'une territorialisation des besoins plutôt que d'un maillage de l'offre doit permettre un accès aux soins amélioré.

- Garantir l'accès aux soins, la continuité des soins et une prise en soins globale du patient  
L'organisation hospitalière doit être fondée sur la garantie pour les patients d'un accès effectif aux soins tenant compte des caractéristiques sociales, géographiques, économiques du territoire. Ces éléments doivent être privilégiés aux logiques d'institutions ou professionnelles.

- Lier réponses aux besoins de la population, offre de services publics, aménagement du territoire, rapprocher la gouvernance de l'ARS du Conseil Régional  
L'offre de santé participe de l'offre de services publics, comme l'éducation, les transports,....

Elle a place dans l'aménagement du territoire et doit être synchronisée et mise en concordance avec les politiques menées au plan territorial par les collectivités régionales et les collectivités locales.

***Proposition 3 :***

- **A ce titre, la gouvernance des agences régionales de santé doit intégrer plus qu'actuellement le conseil régional.**

**1.2. Inscrire l'hôpital dans ses territoires**

Comme indiqué plus haut, le groupe est unanime pour inscrire obligatoirement l'hôpital dans son environnement. Le territoire constitue le concept fédérateur de cette volonté. Toutefois, deux

---

<sup>1</sup> Le groupe est néanmoins tout à fait conscient de la difficulté de détermination des besoins de santé, en général, d'une population.

niveaux d'approche sont différenciés, d'une part, la mise en œuvre d'une politique territoriale, d'autre part, l'association de tous les acteurs et notamment des personnels des établissements.

### **1.2.1. Les préconisations du groupe pour une politique territoriale et les obstacles à lever**

*Ce qu'en dit le groupe:*

- *La non prise en compte de cette vision territoriale par un certain nombre d'acteurs (directeurs, médecins ou élus) conduit à limiter la mutualisation l'activité avec d'autres structures publiques de santé et à maintenir des activités au détriment de la qualité et au prix d'une politique de recrutement médical coûteux. A l'inverse, des besoins de santé, dans quelques secteurs isolés, peuvent ne pas être convenablement pris en compte par le service public hospitalier<sup>2</sup>.*
- *Des outils juridiques multiples, dont la plupart sont extrêmement lourds à mettre en œuvre et qui se révèlent donc parfois dissuasifs voire peu facilitant pour certains projets (par exemple lorsqu'il s'agit de favoriser les coopérations entre des structures de statut différents) freinent plus qu'ils n'aident la dynamique territoriale.*

Le groupe constate qu'au-delà du concept, le territoire ne recouvre pas de réalité partagée. Il souligne que le territoire ne peut être unique, il y a, en fait, des territoires où la géographie évolue en fonction du type de réponse aux besoins de la population. Ainsi le territoire pour les urgences n'a pas les mêmes frontières que pour la chirurgie cardiaque. Il n'est donc pas unique, mais pluriel.

A l'inverse, les modes de coopération et d'intervention concertée qui devraient être limités dans leurs différents statuts sont trop nombreux, non chainés entre eux, ils présentent des contraintes peu compatibles avec une collaboration fluide. Ainsi, on connaît :

- des maisons de santé pluridisciplinaires (300) ;
- mais aussi des centres de santé (2000) ;
- des réseaux de santé (700) ;
- des GIP/GIE<sup>3</sup> ;
- des syndicats inter hospitaliers (nombreux dont l'existence a été prolongée) ;
- des établissements regroupés sous convention de direction commune ou fusionnés ;
- des GCS<sup>4</sup> de moyens, des GCS « établissement publics » (peu, environ 15) ;
- des CHT<sup>5</sup> (30 installées, 40 en projet).

Ce kaléidoscope est peu compréhensible pour les personnels hospitaliers et notamment les communautés médicales, d'autant que leur avis est assez rarement sollicité dans le cadre de la mise en place de ces structures ou des collaborations qu'elles induisent.

<sup>2</sup> Cf. : Emmanuel Vigneron « Les inégalités de santé sur les territoires français »

<sup>3</sup> Groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique

<sup>4</sup> Groupement de coopération sanitaire

<sup>5</sup> Communauté hospitalière de territoire

En outre, les ARS ne donnent pas suffisamment sens en référence à un projet de territoire aux coopérations qui leur paraissent souhaitables, certains membres du groupe voudraient les voir plus interventionnistes. Enfin, il est rappelé que le mode de financement à la T2A ne favorise pas les collaborations mais induit, par nécessité économique une concurrence d'activité entre les établissements et donc entre les équipes médicales de même spécialité sur un même territoire.

Par ailleurs, le maillage de l'offre de soins n'est pas suffisamment mis en rapport avec les besoins de la population, ses caractéristiques épidémiologiques (vieillesse, prééminence des maladies chroniques), les systèmes de communication et de transport et la taille ainsi que l'emplacement des hôpitaux.

***Proposition 4 :***

- **Les établissements doivent pouvoir agir dans une logique de construction de complémentarité, et non plus de concurrence.**
- **Ils ne pourront le faire que grâce à des dispositifs juridiques et financiers en nombre maîtrisé (4 à 6), simples et incitatifs à la collaboration, mais également ;**
  - **en revenant sur le principe d'une seule CHT par établissement, notamment pour les CHU<sup>6</sup> et les EPSM<sup>7</sup> ;**
  - **en instaurant un régime d'autorisations dans une logique de parcours plutôt que de site (voir conclusions du groupe 1).**
- **Il est nécessaire pour les ARS de développer une vision territoriale claire en termes de gradation de soins et de subsidiarité afin de donner de la lisibilité aux acteurs sur les différents périmètres des territoires selon les problématiques traitées: c'est l'enjeu du projet régional de santé (PRS).**
- **Les contrats locaux de santé<sup>8</sup> conclus entre les ARS, les collectivités territoriales et les opérateurs de santé représentent un très bon outil de coopération ciblée.**

**1.2.2. La mise en œuvre d'une politique territoriale et l'association de tous les acteurs, notamment des personnels**

***Ce que dit le groupe :***

***La politique de coopération manque aujourd'hui de lisibilité pour de nombreux acteurs et notamment pour les usagers et les personnels médicaux et non médicaux qui vivent les coopérations dans la crainte de perdre leurs repères. Accompagner la politique territoriale de santé est un véritable enjeu de démocratie sanitaire : informer, communiquer, débattre et dialoguer sur les enjeux là où les opérations de coopérations se font souvent dans une certaine opacité pour les acteurs de terrain.***

<sup>6</sup> Centre hospitalier universitaire

<sup>7</sup> Établissement de santé mentale

<sup>8</sup> Le groupe 1 utilise plutôt le terme de « contrats territoriaux »

Cette absence de lisibilité et de transparence favorise les freins au rapprochement et les dynamiques de mutualisation des moyens et des compétences. Le texte sur les CHT n'envisage, par exemple, aucune association institutionnelle de CME et des CTE. Des membres du groupe y voient une absence de droit social en termes de représentativité des personnels et de conditions de travail (cf. 1.2.2).

Le déficit de concertation (élus, communautés médicales et soignantes, représentants du personnel) à tous les niveaux que traduit le système réglementaire actuel sur les politiques et coopérations territoriales paraît le premier obstacle à lever. Enfin, l'absence d'objectivation claire à travers des projets de territoire, des projets d'établissements en conséquence et l'impossibilité d'évaluer les outils utilisés et leur impact qualitativement et quantitativement mesurée fragilise fortement la compréhension et l'adhésion des populations comme des acteurs du territoire.

***Proposition 5 :***

- **Les coopérations ne s'enracineront que dans le cadre de démarches basées sur des projets médicaux et d'établissement cohérents avec le projet régional de soin.**
- **Elles doivent impliquer tous les acteurs et tous les partenaires concernés, en amont des réflexions sur les restructurations au sein du territoire.**
- **Ces coopérations n'acquerront de la crédibilité qu'en systématisant une concertation institutionnelle des personnels des différentes institutions concernées (V 2.6, proposition) et des usagers et en leur permettant d'être des partenaires pour le choix des structures retenues en fonction des objectifs de soin.**
- **Seule une évaluation des outils à disposition des établissements et des ARS et de leur impact continu sur la politique territoriale de santé assurera une reconnaissance et une réelle efficacité de la politique sanitaire du territoire.**

## **2. ASSOCIER PLUS FORTEMENT LES PROFESSIONNELS DE L'HOPITAL ET LES PARTENAIRES EXTERNES AUX DECISIONS STRUCTURELLES CONCERNANT L'HOPITAL**

L'aspiration des professionnels de l'hôpital à être associés aux décisions structurelles concernant leur institution a été exprimée très fortement, soit en participant aux décisions au travers des instances représentatives, soit en contribuant à leur élaboration.

Si le consensus est unanime dans le groupe pour répondre positivement à cette revendication, celui-ci n'existe pas sur la forme de la représentation des professionnels, notamment médicaux, ni sur le degré de réponse et la place des différents acteurs dans le processus qui conduit à la prise de décision ou dans la participation à celle-ci.

Transposition à l'hôpital d'une évolution constatée dans d'autres services publics, le souhait des usagers d'être entendus en tant que tels, d'être impliqués dans le processus de décision et l'organisation du fonctionnement de l'hôpital a été entendu par le groupe, qui a unanimement acquiescé à cette demande.

Les déclinaisons pratiques de ce principe ont cependant pu susciter nuances et parfois réserves selon les modalités proposées.

La place réservée aux élus des collectivités territoriales dans des instances de l'établissement aux compétences élargies a paru devoir être confortée, de manière à mieux associer les décisions relatives au service public hospitalier avec celles concernant l'aménagement du territoire, et les autres services publics.

## **2.1. Élargir le champ de compétence des instances et du président de la CME**

### **2.1.1. Un fort consensus s'est dégagé du groupe de travail sur trois éléments importants :**

- l'élargissement des compétences des instances ;
- la nécessité de favoriser la transversalité des réflexions ;
- l'adaptation des instances à la taille des établissements.

Il s'agit de permettre aux professionnels de l'hôpital, au travers de leurs représentants, de contribuer de manière efficace à la définition des orientations fortes de leur établissement.

Le constat d'une insuffisance de débat sur les questions relatives à l'évolution des structures de l'établissement, ses relations avec les autres partenaires et établissements du territoire et sur son projet de parcours de soin est globalement partagé par l'ensemble du groupe.

Donner aux instances la possibilité d'une intervention plus significative qu'aujourd'hui sur le fonctionnement, l'organisation, les moyens et les questions budgétaires recueille l'assentiment du groupe de travail.

Ouvrir les instances, favoriser leur transversalité semble nécessaire au groupe, par l'organisation de points de rencontre (cf.2.1.5, 2.6).

L'uniformité législative et réglementaire, qui amène une organisation quasi identique dans les plus grands établissements comme dans ceux dont la taille est beaucoup réduite, a fait l'objet de critiques constantes, conduisant à proposer des principes de fonctionnement différenciés afin de permettre la déclinaison locale, adaptée, des principes généraux.

### **2.1.2. L'élargissement des compétences communes des instances**

#### **2.1.2.1. Un quasi-consensus : ouvrir les champs de compétence**

Le rétablissement des instances préexistantes à la loi du 29 juillet 2009 dite « HPST »<sup>9</sup> : « conseil d'administration », « conseil exécutif », demandé par plusieurs organisations, n'a pas recueilli l'adhésion significative du groupe. Toutefois, les intitulés des instances issues de cette loi, à la connotation trop proche de la gouvernance des entreprises du secteur industriel et commercial (directoire, conseil de surveillance), sans en avoir toujours pour autant les mêmes prérogatives réelles, a été fréquemment regretté, sans toutefois qu'un consensus puisse être atteint sur de nouvelles dénominations acceptées par tous.

Le consensus a été approché sur l'élargissement des compétences des instances, indépendamment des thèmes qui leurs sont spécifiques (voir *infra*).

Il s'agit en particulier des compétences d'avis de la commission médicale d'établissement (CME), de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et du comité technique d'établissement (CTE).

<sup>9</sup> « Hôpital, patients, santé, territoires »

S'agissant de ce dernier, plusieurs organisations ont regretté l'appauvrissement de son rôle, au bénéfice des pôles et du comité d'hygiène et de sécurité (CHS-CT).

Le consensus porte également sur l'élargissement des compétences de la Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS).

#### 2.1.2.2. Les compétences communes

##### **Proposition 6 :**

**Les instances, y compris le conseil de surveillance, doivent être consultées sur :**

- **le projet d'établissement qui contient notamment un projet de prise en charge qui associe le volet médical et le volet soignant (délibération au conseil de surveillance).**
- **le CPOM<sup>10</sup>.**
- **Les documents budgétaires : EPRD<sup>11</sup>, PGFP<sup>12</sup>, compte financier.**
- **Les projets de coopération (GCS, CHT), fusion,...**
- **Le programme d'investissement (travaux, équipements lourds).**
- **L'organisation interne de l'établissement (dont l'organisation en pôles), le règlement intérieur, le bilan social.**

Ces points viennent en sus des compétences spécifiques actuelles de chaque commission, le point des CHU sera vu en particulier.

**Remarque : les dénominations : « conseil de surveillance », « directoire » sont inappropriées et doivent être changées.**

#### **2.1.3. La composition de la CME, ses compétences individuelles : le constat de désaccords, mais un consensus sur ses compétences collectives.**

Expression démocratique de la communauté médicale, constituée sur une base essentiellement électorale, la commission médicale d'établissement conserve une légitimité dont témoigne l'importance qu'ont prise dans les débats les questions autour de sa composition, de ses compétences, du rôle de son président.

##### 2.1.3.1. La composition de la CME, des analyses et des propositions divergentes

L'introduction d'une composition syndicale, portée notamment par certaines des organisations syndicales, au sein de la commission médicale d'établissement n'a pas recueilli d'assentiment majoritaire au sein du groupe.

La participation des chefs de pôles, au sein de la commission médicale d'établissement, en qualité de membres de droit, a été l'objet de débats compte tenu de leur mode de nomination non électif, renvoyant à une interrogation quant à leur lien fonctionnel avec le Président de la commission médicale d'établissement.

##### **Proposition 7 :**

- **Afin de tenir compte de la diversité des situations, il est proposé que le règlement intérieur de l'établissement fixe la composition de la Commission Médicale**

<sup>10</sup> Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

<sup>11</sup> État prévisionnel des dépenses et des recettes

<sup>12</sup> Plan global de financement pluriannuel

**d'Établissement, à partir d'un cadre socle, tenant compte de la typologie de l'établissement, de sa taille, et des disciplines représentées.**

#### 2.1.3.2. Des compétences renforcées pour la CME

Lieu d'élaboration de la politique de qualité et de gestion des risques, la commission médicale d'établissement doit, pour la majorité des organisations, être saisie, pour avis, sur les éléments qui concernent la vie de l'ensemble de l'établissement (orientations stratégiques et budgétaires, attributions financières, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

L'avis de la CME sur les nominations de praticiens a pu exister dans le passé, et a fait l'objet de débat sans que puisse être déterminée une position consensuelle du groupe.

#### **Proposition 8 ;**

- **Par contre, tout recrutement doit pouvoir s'intégrer dans une logique institutionnelle, sous un indispensable éclairage médical. Il est proposé de renforcer et formaliser le rôle du Président de la commission médicale d'établissement, à cet égard.**
- **Le président de la commission médicale d'établissement, obligatoirement consulté sur les recrutements médicaux, assure cette mission en lien avec les chefs de pôle, ou à défaut, les responsables de service ou de structure interne.**

#### 2.1.3.3. La place, le rôle, les compétences du président de la commission médicale d'établissement

Il est proposé que le président de la commission médicale d'établissement puisse réunir autour de lui les chefs de pôle.

- Responsabilité conjointe, avec le directeur général et le doyen, de la révision des effectifs hospitalo-universitaires.

#### **Proposition 9 :**

- **La responsabilité conjointe du directeur Général, du doyen, du président de la commission médicale d'établissement dans la révision annuelle des effectifs médicaux hospitalo-universitaires doit être réaffirmée et précisée.**

Des décisions nécessitent le visa, sous forme d'un avis écrit, du président de la commission médicale d'établissement :

#### **Proposition 10 :**

**Avis écrit, du président de la commission médicale d'établissement :**

- **CPOM ;**
- **contrats de pôle ;**
- **conventions inter établissements dès lors qu'elles concernent une coopération médicale ;**
- **nomination des chefs de pôle.**



Le groupe n'a pas trouvé d'accord sur la conformité ou non des visas du président de la CME, dont certaines organisations souhaiteraient qu'ils soient au-delà du président, de la compétence de l'instance CME elle-même. D'autres indiquent que pour éviter une paralysie du système, le directeur doit conserver la décision finale.

Le président, pour l'exercice de son mandat, dispose de la collaboration de la direction de l'établissement et des directions fonctionnelles.

Les moyens nécessaires au fonctionnement de la Présidence de la CME sont adaptés à la dimension de l'établissement.

#### **2.1.4. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

La commission de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT), lieu de représentation et d'association des professionnels soignants non médicaux, a vocation à être un lieu actif d'élaboration du projet de soin de l'établissement. A ce titre, son association étroite avec la CME doit être favorisée.

Fondée sur une logique métier, la composition de la CSIRMT doit être fixée par le règlement intérieur de l'établissement, sur la base d'éléments socles dans un objectif de représentation professionnelle, et de fonctionnalité concrète.

Son rôle doit être dynamisé par son inscription dans les réflexions d'organisation de soins, au sein des pôles, pour lesquels elle peut avoir une mission d'homogénéisation à l'échelle de l'établissement afin d'éviter les phénomènes de balkanisation décrits par certaines organisation du fait de la structuration en pôle.

#### **2.1.5. Des points de rencontre entre les instances plutôt que des instances communes**

Le comité technique d'établissement a compétence sur le projet social, la commission médicale d'établissement sur le projet médical, la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sur le projet soignant qui ont des points de convergence forts.

La nécessité d'une réflexion transversale, pour dépasser la spécialisation des instances par catégorie professionnelle et ainsi épouser la réalité du parcours du malade, apparait également souhaitable.

A la création d'instances communes ; entre commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, entre commission médicale d'établissement et commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,... qui a été débattue, a été préféré un recours élargi à une disposition existante du code de la santé publique, qui permet de réunir conjointement CME et CTE.

Permettre des réflexions transversales, mener de concert les travaux qui sont de nature pluri-professionnelle, a fait consensus au sein du groupe.

Malgré des propositions en ce sens, la constitution d'instances mixtes permanentes, expérimentées dans certains établissements, n'a pas été retenue.

L'encouragement à la mise en œuvre des dispositions déjà incluses dans le code de la santé publique permettant des mises en commun ponctuelles entre CTE et CME, et leur élargissement à d'autres instances (CME/CSIR MT, CME/CHS-CT/CTE, CRUQ-PC/CME/CTE, COPS/CHS-CT/CTE,...) a été privilégiée.

Le foisonnement de réunions, dont la répétition nuit à la visibilité, a été regretté par plusieurs organisations, et personnalités membres du groupe.

**Proposition 11 :**

- **mettre en place des incitations à des rencontres transversales des différentes instances de l'établissement sur des thèmes communs, en limitant le foisonnement des réunions redondantes.**

## 2.1.5.1. Les compétences du comité technique d'établissement (CTE)

De surcroît des compétences communes aux instances, le comité technique d'établissement dispose de compétences spécifiques

Le comité technique d'établissement est consulté sur la politique générale de formation du personnel, et notamment sur le plan de formation.

Le lien fort entre les conditions de travail du personnel non médical et l'organisation médicale peut justifier des travaux communs entre la CME et le CTE, sur des thèmes ou dossiers spécifiques.

Des organisations ont proposé de donner au CTE un « droit de veto ». Cette proposition n'a pas recueilli l'assentiment du groupe.

Le constat d'une perte d'influence du CTE, notamment par transfert au CHS CT, ou par le déplacement du lieu de décision au sein des pôles a été regretté par plusieurs membres du groupe.

**Proposition 12 :**

- **Le CTE reste l'instance compétente pour les questions relatives à l'organisation collective du travail, et notamment des méthodes et techniques de travail des personnels non médicaux. Une précision réglementaire apporte une clarification des missions respectives du CHS CT et du CTE.**

## **2.2. Permettre une participation effective des représentants des usagers aux orientations stratégiques de l'établissement et à son organisation.**

La part prise par les usagers dans le fonctionnement et les finalités des services publics est une constante dans toutes les organisations publiques.

Le renforcement suggéré par les représentants des usagers de leur rôle dans la définition des objectifs de l'hôpital public, dans son organisation et son fonctionnement a fait l'objet de débats, plutôt favorables, même si sur les modalités pratiques des réserves ont pu être exprimées et des prudenances observées.

### **2.2.1. Un consensus unanime : favoriser la représentation des usagers, leur expression, la prise en compte de leurs analyses dans l'hôpital.**

Le consensus a été unanime pour favoriser cette évolution dans les hôpitaux publics, comme porteuse d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, comme support à une meilleure réponse aux besoins, souhaits, des personnes malades et leurs familles.

Les débats du groupe, et le questionnaire ont montré un intérêt fort des organisations et personnalités participantes sur la nécessité de favoriser cette représentation.

### **2.2.2. Une réticence du groupe à créer une nouvelle instance ou introduire des usagers dans les instances actuelles**

La déclinaison de ce principe admis par tous a montré cependant des réserves suscitées d'abord par des contraintes dues à la diversité des acteurs dans les établissements et parfois à la difficulté locale de mobiliser des représentants des usagers, mais aussi par des interrogations sur leur rôle effectif dans des instances internes, ou sur la capacité des établissements à organiser une instance spécifique représentative des usagers..

### **2.2.3. Renforcer la CRUQ PC, ses compétences**

Le groupe a plutôt privilégié une extension du rôle de la CRUQ-PC

- Étendre ses compétences aux avis formulés sur l'organisation de l'établissement et des unités qui touchent à la prise en charge du patient
- Étendre les compétences de la CRUQ PC sur les orientations stratégiques de l'établissement
- Ouvrir un droit de questionnement de la CRUQ PC auprès des instances (CME, CTE, CSIR MT) sur les questions de sa compétence.

### **2.2.4. Permettre la création expérimentale d'un comité des usagers**

L'évolution de la CRUQ PC vers un comité des usagers aux compétences semblables à celles d'instances comme la CME ou le CTE n'a pas été retenue comme socle par le groupe, compte tenu des réalités de la représentation des usagers et des difficultés rencontrées dans les établissements. Toutefois, la mise en place d'expérimentations, sur la base d'un volontariat local, à prévoir dans le règlement intérieur, n'a pas suscité d'oppositions.

## **2.3. *Mettre en œuvre une politique d'encadrement***

L'encadrement a dans le fonctionnement de l'hôpital un rôle central, qui n'est cependant pas clairement affirmé par le Code de la Santé Publique, que ce soit au sein des structures internes – pôles, services, ... ou que ce soit au niveau de l'institution.

Formellement objet d'un consensus complet, le rôle des cadres nécessite une lisibilité qui n'existe pas aujourd'hui, adaptée à des situations et des fonctions variées.

### **2.3.1. Les cadres : des acteurs dont le rôle est reconnu indispensable, mais la place mal définie, une lisibilité insuffisante**

Dans les pôles, dans les services, comme dans de nombreuses activités logistiques ou administratives hospitalières, les cadres ont un rôle reconnu indispensable, mais dont la diversité n'a pas permis la traduction réglementaire.

Cela a conduit à une lisibilité insuffisante des cadres, malgré une sollicitation forte en termes de management des équipes, de gestion des moyens, d'organisation générale des activités.

### **2.3.2. La création d'un comité de l'encadrement non retenue**

La proposition de créer un comité de l'encadrement a été débattu par le groupe, mais n'a pas été retenue.

### 2.3.3. Une politique d'encadrement affichée

#### *Proposition 13 :*

- **Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement qui précise les missions qui lui sont confiées et structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en œuvre des objectifs de l'établissement. Cette politique de l'encadrement, par son importance dans le fonctionnement de l'hôpital, est intégrée au Projet d'Établissement.**

L'évaluation de la réalité de la politique d'encadrement fait partie des critères de certification.

La place des cadres dans le pilotage des structures internes (pôles, services,...) doit être prévue et définie formellement dans le projet d'établissement et dans le règlement intérieur.

### 2.4. *Accueillir le personnel médical au sein d'un CHS CT au rôle reprecisé*

Bien que prévue en droit, la prise en compte de l'exercice médical est aujourd'hui en réalité le plus souvent absente des préoccupations du CHS CT.

Le groupe est clairement favorable à une meilleure prise en compte des conditions de travail et de la sécurité des personnels médicaux.

Le CHS CT de l'établissement doit donc s'ouvrir aux médecins, pour y voir traiter tout ce qui a trait spécifiquement à leur mode d'exercice. Une commission spécifique de la CME pourrait être destinée à cette mission, ou une sous commission du CHS CT spécialisée, ou, enfin l'intégration de représentants médecins, élus/désignés sur liste syndicale, dans le CHS CT actuel. Les avis pratiques sont très partagés.

Les compétences du CHS CT, dont l'introduction dans le droit hospitalier, au travers du code du travail, fait partiellement référence à l'entreprise, dont le contexte et les instances (comité d'entreprise par exemple) sont différents, a suscité des remarques par la redondance que certains perçoivent avec celles du comité technique d'établissement. Un toilettage législatif, faisant mieux correspondre les compétences du CHS CT et celles des instances du service public hospitalier semble nécessaire.

### 2.5. *Améliorer la transparence de la prise de décision et de son suivi*

#### 2.5.1. Une demande de transparence des décisions

##### *Ce qu'en dit le groupe :*

- **Les règles spécifiant « qui participe? », « à quelle décision? » à l'hôpital et le partage de la connaissance de cette décision restent floues. La première attente des personnels médicaux et non médicaux est la transparence.**

#### 2.5.2. Une clarification du processus de décision formalisée dans le règlement intérieur

##### *Proposition 14 :*

- **Le règlement intérieur des établissements sera systématiquement revu. Il spécifiera notamment les règles d'élaboration de la décision et de sa mise en œuvre dans l'établissement. Il fera l'objet d'une concertation avec la CME, la CSIR MT, le CTE, le CHS CT et le comité des usagers (quand il existe). Il est validé par le conseil de surveillance.**

**Remarque : la fonction spécifique du règlement intérieur à l'hôpital doit être formellement précisée**

## **2.6. *Impliquer les professionnels dans les coopérations***

Malgré le souhait fortement exprimé par des organisations représentées au sein du groupe d'un moratoire sur les coopérations et/ou restructurations hospitalières, la nécessaire association des professionnels dès les prémices des coopérations et des organisations qui y contribuent, a fait consensus.

Il a été ainsi exprimé :

- la nécessité d'impliquer dans une phase préparatoire tous les acteurs : directions, professionnels, usagers, élus et partenaires sociaux ;
- l'intérêt de mettre en place le plus tôt possible des instances territoriales de concertation et de gestion.

### **2.6.1. Des commissions consultatives inter hospitalières de territoire**

**Proposition 15 :**

- **Celles-ci pourraient s'inspirer des instances internes, mais avec une composition territoriale, sur une base électorale consolidée :**
  - **Un comité technique de communauté ;**
  - **Une commission médicale de communauté ;**
  - **Une commission des soins ;**

La représentation des élus serait formalisée au sein d'un conseil de communauté, intégrant les représentants des usagers.

## **2.7. *Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie.***

Sur un socle de règles communes d'organisation et de fonctionnement, les établissements hospitaliers présentent des spécificités qui justifient des adaptations.

C'est le cas des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers « ex- hôpitaux locaux », et des établissements assurant des activités de psychiatrie.

### **2.7.1. La gouvernance des CHU**

La présence universitaire n'est, *de facto*, pas l'apanage exclusif des CHU.

C'est notamment le cas des coopérations pouvant impliquer des praticiens libéraux, des établissements de statuts divers acceptant des étudiants et des internes, ou assurant des activités de recherche ou d'expertise. De plus, des postes de maîtres de conférence des universités, pour des praticiens libéraux, ont été créés, dans le cadre du soutien à la médecine générale de proximité.

### 2.7.1.1. Recherche, expertise, enseignement

La recherche et l'expertise, l'enseignement, sont des missions spécifiques majeures des CHU malgré des évolutions, elles correspondent à l'esprit des ordonnances initiales de 1958.

Dans le cadre de ces évolutions, figure un partage de fait, des fonctions hospitalo-universitaires entre les différents acteurs du monde hospitalier et libéral, mais qui doit conserver un pilotage CHU pour éviter une dispersion stérile des activités de recherche et d'enseignement.

### 2.7.1.2. Un rôle territorial, dans les trois missions

Dans les trois missions ; soins, enseignement, recherche, le CHU a un rôle particulièrement éminent, bien que ces missions puissent être ponctuellement partagées avec d'autres institutions.

Les missions du CHU s'exercent sur un territoire. Pour exercer ces missions, le CHU dispose d'un rôle propre et de prérogatives d'organisation sur le territoire qu'il exerce conjointement avec la faculté de médecine.

### 2.7.1.3. Une gouvernance particulière

- Le lien avec l'université et la faculté de médecine

Par leur définition même, les CHU sont en lien étroit avec les facultés de médecine, mais aussi de pharmacie ou d'odontologie.

La place du doyen de la faculté de médecine est, de ce fait, tout à fait spécifique dans la gouvernance du CHU, ainsi que sur le territoire où le CHU a également une mission propre.

L'association étroite du doyen à la gouvernance du CHU est apparue indispensable et doit être confirmée, en particulier pour ce qui concerne l'enseignement et la recherche. Sa légitimité sur ces matières partagée avec le président de la CME et le directeur général doit être réaffirmée.

Le groupe a semblé consensuel sur cette définition.

En contrepoint, il n'est pas apparu que le rôle récent du « vice président-recherche » apparaisse au groupe comme absolument nécessaire. L'affirmation selon laquelle cette fonction devait être supprimée n'a pas suscité de réserves.

- Le lien avec le conseil régional

Les responsabilités du CHU sur son territoire, son rôle de service public territorial et régional, justifient un lien particulier avec l'institution régionale.

#### ***Proposition 16:***

- **Une représentation accrue du conseil régional au sein de l'instance délibérative du CHU faciliterait le renforcement de leurs responsabilités territoriales et régionales respectives.**

### 2.7.1.4. Un corps médical partagé entre des fonctions dissociées, mais parfois communes et des procédures de recrutement distinctes,

Les professionnels hospitalo-universitaires sont minoritaires dans les CHU. De ce fait de nombreuses fonctions, tant soignantes que d'enseignement et de recherche sont assurées par des praticiens de statut non universitaire.

Outre qu'elle ne facilite pas une clarification des moyens consacrés à chacune des missions et des coûts afférents, pour tous, cette pluralité de fonctions peut parfois engendrer des positionnements compliqués, des écartèlements entre des logiques non nécessairement convergentes, des priorités sous-tendues par des problématiques différentes.

**Proposition 17 :**

- **Confirmer et organiser le co-pilotage de la recherche à l'hôpital sous l'autorité conjointe du directeur général, du doyen et du président de la commission médicale d'établissement.**
- **Réinterroger l'existence et le rôle d'un vice président « recherche ».**
- **Confirmer la responsabilité partagée du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement, et du doyen dans le recrutement des personnels hospitalo-universitaires.**
- **Prendre en compte la situation particulière des praticiens hospitaliers de CHU qui participent plus qu'ailleurs à la formation et à la recherche, doit être reconnue.**
- **Organiser des parcours professionnels sur le territoire ; chefs de clinique et assistants spécialistes « partagés », implication dans la médecine générale.**
- **Organiser des activités hospitalo-universitaires dans les centres hospitaliers, les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les centres de lutte contre le cancer, dans un cadre dans un cadre structurant intégrant les CHU.**

**2.7.2. Les ex-hôpitaux locaux**

Placés sous le même statut que les centres hospitaliers généraux depuis la loi HPST, les ex « hôpitaux locaux » ont des particularités tenant à leur taille, à la présence quasi-exclusive de médecins libéraux, et à des activités de proximité, avec le plus souvent une forte orientation gériatrique.

**Proposition 18 :**

- **Les caractéristiques des anciens hôpitaux locaux justifient une simplification des règles s'y appliquant, tant en ce qui concerne certaines contraintes formelles budgétaires, leur gouvernance, leur fonctionnement, que les procédures de certification « HAS »<sup>13</sup> excessivement exigeantes et inadaptées.**
- **Par contre, leur statut de centre hospitalier doit être confirmé, en renforçant leur rôle spécifique dans les missions de soins primaires, ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux.**

**Remarque : cette prise en compte pourrait être étendue aux centres hospitaliers de petite taille, au-delà des « ex hôpitaux locaux ».**

**2.7.3. La psychiatrie**

La psychiatrie est une activité médicale dont les spécificités sont très fortes.

Les professionnels de la psychiatrie, au sein du groupe, ont unanimement souligné les difficultés créées par la disparition législative du secteur dans la loi HPST d'une part, et par la loi du 5 juillet 2011 d'autre part

**Proposition 19 :**


---

<sup>13</sup> Haute autorité en santé

- **L'organisation en secteur représente un acquis essentiel de l'organisation psychiatrique même si celui-ci ne recouvre pas la totalité de la psychiatrie, et peut laisser place à d'autres structurations. La nécessité de sa reconnaissance par le code de la santé publique a fait l'objet d'un consensus.**
- **Au-delà, la nécessité d'une loi d'organisation des activités de psychiatrie est apparue comme faisant consensus parmi les organisations représentant des professionnels de la psychiatrie, l'urgence étant d'adapter les modalités pratiques de la loi du 5 juillet 2011.**



### 3. RENDRE LES PROFESSIONNELS PLUS ACTEURS DANS LA MAÎTRISE DE LEUR FONCTIONNEMENT ET DE LEUR ORGANISATION AU TRAVAIL

Le fonctionnement interne de l'hôpital apparaît à tous comme complexe. A l'échelle des agents de terrain, la perception des modes de prises de décision au niveau de l'établissement et même parfois au niveau de l'unité semble floue. La position des cadres de proximité est considérée par les personnels soignants comme plus éloignée qu'auparavant.

Le groupe de travail s'est fortement discriminé sur la structuration interne de l'hôpital. La notion de pôle, mise en place par les ordonnances de 2005, à partir d'expériences menées auparavant par une centaine d'hôpitaux, fait débat. Sa réaffirmation par la Loi HPST qui a introduit, en sus, le contrat de pôle a divisé les participants.

Certains stigmatisent des fonctionnements trop bureaucratiques et le nombre excessif des réunions. Ils rejettent la participation des soignants, personnels médicaux et paramédicaux, à la maîtrise des dépenses notamment à travers les délégations de gestion. Ils revendiquent une organisation autour de structures soignantes de taille réduite, dans lesquelles les praticiens conserveraient une forte autonomie professionnelle personnelle, libérés des contraintes de gestion totalement reprises par le directeur.

D'autres, soulignent, au contraire, l'intérêt du regroupement des activités médicales par l'abaissement des frontières anciennes, de plus grandes marges de manœuvre de fonctionnement au titre du principe de subsidiarité et une meilleure adaptation des choix par une meilleure coopération de gestion de l'encadrement médical et soignant.

Néanmoins, l'opportunité potentielle des établissements à rassembler leurs unités de soins et leurs disciplines médicales dans des structures plus larges n'est pas remis en cause systématiquement. Un fort consensus s'exprime sur la priorité à donner à l'initiative des professionnels et à la dynamique médicale comme base de la création de ces structures regroupées.

Elles pourraient prendre des dénominations plus variées à tonalité plus médicales (fédérations, départements, ...) selon certains membres du groupe. Toutefois, le fait qu'elles conserveraient ou non des missions de gestion médico-économiques a été fortement discuté sans aboutir à un accord.

Au-delà des avis sur les structures internes, le groupe semble unanime sur la nécessaire **transparence** des informations et décisions et sur la capacité des professionnels à s'exprimer et à formuler des avis sur l'organisation de leur travail ainsi que sur les objectifs de leur unité et/ou de leur pôle (3.1).

De même, il peut être recherché, à travers les remarques des membres du groupe, une plus grande **cohérence** des pôles et de leurs structures internes (3.2) portant sur :

- les conditions nécessaires de mise en place d'un pôle (projet médical concerté des équipes et volontariat) ;
- la clarification, au sein d'un pôle, du terme « service », très utilisé à l'hôpital mais recouvrant des acceptations diverses ;
- l'adaptation de la structuration interne à la taille et à la spécificité de mission de l'établissement.

Enfin et souvent, le processus de décision à l'intérieur ou au bénéfice d'un pôle n'apparaît pas d'une grande **lisibilité** pour les équipes au-delà des responsables officiels (chef de pôle, cadre supérieur soignant et parfois cadre gestionnaire ou directeur délégué).

Dans les pôles: comment s'élabore la décision ? Qui tranche ? Comment l'information est-elle partagée ? Sans formuler de réponses consensuelles, le groupe a laissé une certaine liberté d'organisation aux établissements à condition que les solutions retenues localement soient claires et affichées (3.3).

### **3.1. Relancer l'expression des personnels au sein des unités ou des pôles**

L'Ordonnance « n° 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé » spécifiait :

*« Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire. Art. L. 6146-2. »* La loi HPST a supprimé cette obligation, laissant les établissements libres de choisir les modes d'expression des personnels dans ces structures. Il semble, dans la pratique, que les conseils de pôle s'essoufflent, dans de nombreux cas ils ont disparu.

Le pôle constitue le lieu où s'agrège les deux hiérarchies de l'hôpital (soignante et gestionnaire). C'est également un espace d'échange entre paramédicaux et médicaux. Pourtant, cet échange interne manque souvent entre les équipes, les disciplines médicales et les responsables du pôle.

Cette question semble aussi se poser au niveau des unités de soins où les anciens conseils de service ou d'unités n'ont pas été systématiquement maintenus.

Cette absence d'information et de concertation de terrain, lorsqu'elle est constatée, est soulignée comme un facteur de désintéressement des personnels à la vie du pôle, voire à son rejet, même par ceux qui considèrent le pôle comme un progrès.

**Ce qu'en dit le groupe :**

- *L'expression du personnel à l'échelle de l'unité ou du pôle doit être organisée. Des observations et des propositions doivent pouvoir être formulées sur l'organisation du travail, notamment, au profit de la prise en charge médicale et soignante du patient.*
- *Les instances ad hoc d'expression du personnel pour les unités/services ou pôles ne doivent pas être constituées par des représentants élus sur liste syndicale.*

**Proposition 20 :**

- **Les conseils d'unité et/ou de pôle constituent un lieu d'expression et de concertation obligatoire et nécessaire à la régulation des organisations et à l'anticipation des conflits. Leur mise en place est systématique. Leur composition, hors listes syndicales, et leur fonctionnement sont adaptés à chaque établissement à l'appui d'un référentiel national.**

Plusieurs intervenants ont rappelé que les décisions et organisations adoptées dans les pôles doivent d'une part, respecter la réglementation et d'autre part, pour les aspects qui relèvent de sa compétence, faire l'objet d'un avis du CTE (composition et effectif des équipes, plannings, ...).

### 3.2. *Redonner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles*

#### 3.2.1. **Le pôle : d'abord un projet médical partagé**

**Il n'y a pas consensus sur l'opportunité et l'intérêt d'organiser les hôpitaux en pôles, mais pas non plus sur leur suppression...**

Sont stigmatisés par les membres du groupe, les pôles sans cohérence ni finalité clinique ou universitaire, le cas échéant. Toutefois, il est rappelé que le projet de pôle envisage globalement la prise en charge médicale et paramédicale du patient et reste conforme aux orientations du projet d'établissement et donc du projet médical. Le terme « pôle » faisant polémique, des appellations alternatives ont été évoquées (départements, fédérations) mais sans redéfinition partagée de leurs périmètres et de leurs missions, le groupe ne les a pas agréés.

La notion de pôles de territoires a été proposée à plusieurs reprises par des membres du groupe. L'introduction de cette notion n'a pas fait débat, mais n'a pas non plus été formellement reprise.

*Ce qu'en dit le groupe :*

- *Le pôle n'est fonctionnel que s'il répond à un projet et intègre les différentes dimensions qui le structurent (médicales, soignantes, gestionnaires, territoriales, universitaires le cas échéant).*

*Proposition 21 :*

- **Le projet structurel du pôle, notamment sous ses aspects médicaux, de prise en charge des patients et de gestion, en précède et motive la création. Son périmètre est adapté aux objectifs cliniques, universitaires et gestionnaires qu'il s'est fixés.**

#### 3.2.2. **Le service : l'identification d'une discipline médicale au sein d'un pôle**

Les ordonnances de 2005 avaient volontairement retiré le terme « service » du mode d'organisation interne des établissements hospitaliers. La loi « HPST » laisse à chaque hôpital la faculté de dénommer les structures internes au pôle comme il le souhaite et ne l'exclut pas. De nombreux participants soulignent que le concept de « service », conservé institutionnellement ou non dans un établissement hospitalier, constitue à la fois une référence culturelle ancienne et une évidence à l'hôpital pour qualifier une spécialité médicale ou chirurgicale.

Au choix des instances de l'établissement et sans revenir à un émiettement d'organisations internes indépendantes, le groupe propose que le terme « service » puisse être utilisé pour identifier une discipline médicale et positionner l'équipe médicale qui l'anime sous la coordination d'un responsable de service<sup>14</sup>. Dans ce cas, l'activité du service se développe dans les différentes unités de soins du pôle sous la responsabilité d'organisation et de gestion du chef de pôle.

*Ce qu'en dit le groupe :*

- *La notion de « service » et de « responsable de service » garde du sens et caractérise l'animation d'une discipline médicale et de l'équipe médicale qui la compose, hors référence aux moyens mis en œuvre dans les unités de soins où se réalise l'activité de cette discipline.*

*Proposition 22 :*

- **Les établissements peuvent créer, au sein de chaque pôle, des structures dénommées « service » (ou « unités », « discipline » ...) autour de chaque spécialité médicale ou médico-technique qui le compose.**
- **Elles regroupent les personnels médicaux qui relèvent de cette discipline.**
- **Dans le cadre du projet médical, elles assurent la poursuite des objectifs cliniques et universitaires de la spécialité, en utilisant les moyens techniques et d'hébergement convenus avec les responsables du pôle.**

### 3.2.3. La structuration interne : pas de schéma universel

Le groupe a partagé la nécessité d'adapter le choix de structuration interne de l'établissement à sa taille et à sa spécificité. Plus de souplesse d'adaptation est unanimement demandée pour ces établissements, par contre la possibilité d'une correspondance : un secteur de psychiatrie= un service=un pôle n'est pas consensuelle.

*Ce qu'en dit le groupe:*

- *Il faut laisser de la souplesse aux hôpitaux, surtout ceux de petite taille, dans leur choix d'organisation interne en pôle.*

*Proposition 23 :*

- **Les hôpitaux de petite taille doivent pouvoir adapter le découpage en pôle de leurs structures, par exemple en ne constituant qu'un pôle sanitaire.**

---

<sup>14</sup> Pour la très grande majorité du groupe, il ne s'agit pas, pour autant, de reprendre la définition du service dans son acception originelle de 1941 (loi hospitalière du 21 décembre 1941).

### 3.3. *Clarifier la prise de décision au sein ou au bénéfice des pôles*

Multidisciplinarité ; prises en charge cadrées par des référentiels, des normes, des bonnes pratiques, chaînées entre elles dans une vision globale du patient ; modalités d'accueil intra et extra hospitalier très diverses, obligation d'information du patient ; lutte contre les infections nosocomiales ; contraintes de gestion managériales ; contraintes économiques et démographiques ; mise en œuvre d'accord avec des partenaires externes ; utilisation partagée des plateaux techniques ... Tous ces objectifs et ces contraintes interagissent entre eux et nécessitent une régulation pour poser l'organisation la plus adaptée possible dans les unités et services, tout en préservant les objectifs médicaux des disciplines médicales.

Si cette complexité est bien identifiée par le groupe, il n'y a pas de consensus sur les modalités de cette régulation. Le schéma d'opposition se constate sur le choix d'une approche gestionnaire centralisée ou sur une décentralisation de certaines décisions au plus près des lieux de réalisation de l'activité. En outre, certains au travers de la « reconnaissance de l'autonomie professionnelle » (R.A.P.) revendiquent une autonomie renforcée des personnels, notamment médicaux qui transcende le débat centralisation/décentralisation.

Ainsi, le principe de subsidiarité qui accompagne la notion de décentralisation partielle de certaines décisions renvoie à la délégation de gestion. De même, cette approche vise également une optimisation des moyens et la recherche d'une meilleure « performance » de l'utilisation des ressources qui sont rejetées par certains participants. Ils n'avalisent pas non plus les concepts de « délégation de gestion » et de « subsidiarité ». Il y a également désaccord sur l'utilité des contrats de pôle et des responsabilités assumées, en conséquence par le chef de pôle et ses collaborateurs au nom des équipes qu'ils gèrent.

Mais quel que soit le processus d'organisation de la complexité hospitalière, le groupe souhaite qu'il soit beaucoup plus clair pour les personnels de terrain, y compris, pour les praticiens hospitaliers travaillant au sein d'une unité de soins et un service. Leur connaissance de ce processus semble, dans tous les cas, insuffisante.

Remarque : La notion de délégation de gestion par le directeur à des soignants ne fait pas consensus. En conséquence les avis sont opposés sur la pertinence des contrats de pôles.

#### *Ce qu'en dit le groupe:*

- *Le processus de décision au sein du pôle n'est pas clair. Les conditions de mise en œuvre des contrats de pôle ne sont pas transparentes.*

#### *Proposition 24 :*

- **A partir d'un cadre national et dans chaque établissement, une charte et un règlement intérieur définissent les modalités de fonctionnement des structures internes et d'élaboration, de validation et de mise en œuvre des contrats de pôle.**



---

## Conclusion

L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital résumés sous l'appellation « gouvernance » depuis quelques années constitue un thème de débats parfois passionnés. Les ordonnances de 2005, puis, surtout la loi du 29 juillet 2009 (dite loi « HPST ») ont suscité l'expression d'avis divergents sur l'implication des personnels, médicaux et non médicaux dans la vie de l'hôpital et sur l'évolution de sa structuration interne. La prise en compte de la contrainte économique dans l'organisation de l'activité professionnelle de chacun fait notamment polémique.

Le groupe 3 du Pacte de confiance n'a pas échappé à l'expression, parfois forte de ces désaccords. Dans ce contexte, la recherche de consensus et sa conséquence, l'affinement des orientations partagées par des nouvelles propositions fonctionnelles élaborées, n'a pas été aussi systématique qu'espéré.

Le fruit du travail du groupe apparaît, pour autant, loin d'être stérile.

Tout d'abord, le consensus est net, à l'exemple des deux autres groupes pour placer l'enjeu de la réponse aux besoins de soins de la population, non plus dans l'hôpital seul mais dans un territoire et autour d'un parcours de soin. Il est clair, pour tous, que l'organisation des établissements doit en tenir compte.

Le groupe promeut, en conséquence, une plus grande association des partenaires internes et externes de l'hôpital pour faire évoluer des conceptions qui, chez certains directeurs, médecins, élus et personnels, restent trop classiques et fermées aux nouvelles réalités.

Enfin s'il constate des désaccords, en son sein, sur l'organisation type à retenir pour l'hôpital, il promeut, de toute façon, d'une part, une clarification du « qui fait quoi et comment ? » et d'autre part, un nécessaire espace d'adaptation des références du cadre national jugé trop linéaire par rapport aux réalités du terrain.

Transparence, lisibilité, ouverture, expression, concertation, adaptation et cohérence constituent le fil rouge des orientations retenues, dans ce cas, à une forte majorité par les membres du groupe pourtant issus de cultures professionnelles et de doctrines très diverses.

---

## LISTE DES PROPOSITIONS

### 1. IMPLIQUER LES HOSPITALIERS AUTOUR DE LA PLACE DE L'USAGER ET DES PARCOURS DE SOIN SUR LE TERRITOIRE

#### *Proposition 1 :*

- **La synchronisation des actions des collectivités territoriales, des agences régionales de santé, et de l'hôpital doit être facilitée par des convergences dans leur gouvernance.**

#### *Proposition 2 :*

- **Le développement de systèmes d'informations partagés est indispensable et urgent pour permettre l'organisation efficace des coordinations. Leur interfaçage effectif avec les systèmes d'informations hospitaliers doit être une priorité.**

#### *Proposition 3 :*

- **La gouvernance des agences régionales de santé doit intégrer plus qu'actuellement le conseil régional.**

#### *Proposition 4 :*

- **Les établissements doivent pouvoir agir dans une logique de construction de complémentarité, et non plus de concurrence.**
- **Ils ne pourront le faire que grâce à des dispositifs juridiques et financiers en nombre maîtrisé (4 à 6), simples et incitatifs à la collaboration. Mais également :**
  - **en revenant sur le principe d'une seule CHT par établissement, notamment pour les CHU et les EPSM ;**
  - **en instaurant un régime d'autorisations dans une logique de parcours plutôt que de site.**
- **Il est nécessaire pour les ARS de développer une vision territoriale claire en termes de gradation de soins et de subsidiarité afin de donner de la lisibilité aux acteurs sur les différents périmètres des territoires selon les problématiques traitées: c'est l'enjeu du PRS.**
- **Les contrats locaux de santé conclus entre les ARS, les collectivités territoriales et les opérateurs de santé représentent un très bon outil de coopération ciblée.**



---

***Proposition 5 :***

- **Il y a nécessité d'impliquer tous les acteurs et tous les partenaires concernés, en amont des réflexions sur d'éventuelles restructurations au sein du territoire.**
- **Les coopérations ne s'enracineront que dans le cadre de démarches basées sur des projets médicaux et d'établissement, cohérents avec le projet régional de soin.**
- **Ces coopérations n'acquerront de la crédibilité qu'en systématisant une concertation institutionnelle des personnels des différentes institutions concernées et des usagers et en leur permettant d'être des partenaires pour le choix des structures retenues en fonction des objectifs de soin.**
- **Seule une évaluation des outils à disposition des établissements et des ARS et de leur impact continu sur la politique territoriale de santé assurera une reconnaissance et une réelle efficacité de la politique sanitaire du territoire.**

---

## 2. ASSOCIER PLUS FORTEMENT LES PROFESSIONNELS DE L'HOPITAL ET LES PARTENAIRES EXTERNES AUX DECISIONS STRUCTURELLES CONCERNANT L'HOPITAL

### *Proposition 6 :*

- Les instances, y compris le conseil de surveillance, doivent être consultées sur :
  - le projet d'établissement qui contient notamment un projet de prise en charge qui associe le volet médical et le volet soignant (délibération au conseil de surveillance) ;
  - le CPOM ;
  - les documents budgétaires : EPRD, PGFP, compte financier ;
  - les projets de coopération (GCS, CHT), fusion,... ;
  - le programme d'investissement (travaux, équipements lourds) ;
  - l'organisation interne de l'établissement (dont l'organisation en pôles), le règlement intérieur, le bilan social.

Ces points viennent en sus des compétences spécifiques actuelles de chaque commission, le point des CHU sera vu en particulier.

Remarque : les dénominations : « conseil de surveillance », « directoire » sont inappropriées et doivent être changées.

### *Proposition 7 :*

- Afin de tenir compte de la diversité des situations, il est proposé que le règlement intérieur de l'établissement fixe la composition de la commission médicale d'établissement, à partir d'un cadre socle, tenant compte de la typologie de l'établissement, de sa taille, et des disciplines représentées.

### *Proposition 8 :*

- Tout recrutement doit pouvoir s'intégrer dans une logique institutionnelle, sous un indispensable éclairage médical. Il est proposé de renforcer et formaliser le rôle du président de la commission médicale d'établissement, à cet égard.
- Le président de la commission médicale d'établissement, obligatoirement consulté sur les recrutements médicaux, assure cette mission en lien avec les chefs de pôle, ou à défaut, les responsables de service ou de structure interne.

### *Proposition 9 :*

- La responsabilité conjointe du directeur général, du doyen, du président de la commission médicale d'établissement dans la révision annuelle des effectifs médicaux hospitalo-universitaires doit être réaffirmée et précisée.

*Proposition 10 :*

**Avis écrit, du président de la commission médicale d'établissement :**

- CPOM ;
- contrats de pôle ;
- conventions inter établissements dès lors qu'elles concernent une coopération médicale ;
- nomination des chefs de pôle.

*Proposition 11 :*

- mettre en place des incitations à des rencontres transversales des différentes instances de l'établissement sur des thèmes communs, en limitant le foisonnement des réunions redondantes.

*Proposition 12 :*

- Le CTE reste l'instance compétente pour les questions relatives aux conditions et l'organisation collective du travail, et notamment des méthodes et techniques de travail des personnels non médicaux. Une précision réglementaire apporte une clarification des missions respectives du CHS CT et du CTE.

*Proposition 13 :*

- Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement qui précise les missions qui lui sont confiées et structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en œuvre des objectifs de l'établissement. Cette politique de l'encadrement, par son importance dans le fonctionnement de l'hôpital, est intégrée au Projet d'Établissement.

*Proposition 14 :*

- Le règlement intérieur des établissements sera systématiquement revu. Il spécifie notamment les règles d'élaboration de la décision et de sa mise en œuvre dans l'établissement. Il fait l'objet d'une concertation avec la CME, la CSIR MT, le CTE, le CHS CT et le comité des usagers (quand il existe). Il est validé par le conseil de surveillance.  
Remarque : la fonction spécifique du règlement intérieur à l'hôpital doit être formellement précisée.

*Proposition 15 :*

- Afin d'initier une représentation et une expression légitime des communautés hospitalières, des instances de concertation et de gestion territoriales pourraient s'inspirer des instances internes des hôpitaux, sur une base électorale consolidée :
  - Un comité technique de communauté ;
  - Une commission médicale de communauté ;
  - Une commission des soins.

*Proposition 16 :*

- Une représentation accrue du conseil régional au sein de l'instance délibérative des CHU faciliterait le renforcement de leurs responsabilités territoriales et régionales.

*Proposition 17 :*

Au sein des CHU :

- Confirmer et organiser le co-pilotage de la recherche à l'hôpital sous l'autorité conjointe du directeur général, du doyen et du président de la commission médicale d'établissement.
- Réinterroger l'existence et le rôle d'un vice président « recherche ».
- Confirmer la responsabilité partagée du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement, et du doyen dans le recrutement des personnels hospitalo-universitaires.
- Prendre en compte la situation particulière des praticiens hospitaliers de CHU qui participent plus qu'ailleurs à la formation et à la recherche, doit être reconnue.
- Organiser des parcours professionnels sur le territoire ; chefs de clinique et assistants spécialistes « partagés », implication dans la médecine générale.
- Organiser des activités hospitalo-universitaires dans les centres hospitaliers, les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les centres de lutte contre le cancer, dans un cadre dans un cadre structurant intégrant les CHU.

*Proposition 18 :*

- Les caractéristiques des anciens hôpitaux locaux justifient une simplification des règles s'y appliquant, tant en ce qui concerne certaines contraintes formelles budgétaires, leur gouvernance, leur fonctionnement, que les procédures de certification « HAS » excessivement exigeantes et inadaptées.
- Par contre, leur statut de centre hospitalier doit être confirmé, en renforçant leur rôle spécifique dans les missions de soins primaires, ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux.

Remarque : cette prise en compte pourrait être étendue aux centres hospitaliers de petite taille, au-delà des « ex hôpitaux locaux ».

➤

*Proposition 19 :*

Pour l'organisation de la psychiatrie :

- L'organisation en secteur représente un acquis essentiel de l'organisation psychiatrique même si celui-ci ne recouvre pas la totalité de la psychiatrie, et peut laisser place à d'autres structurations. La nécessité de sa reconnaissance par le code de la santé publique a fait l'objet d'un consensus.
- Au-delà, la nécessité d'une loi d'organisation des activités de psychiatrie est apparue comme faisant consensus parmi les organisations représentant des professionnels de la psychiatrie, l'urgence étant d'adapter les modalités pratiques de la loi du 5 juillet 2011.

---

### **3. RENDRE LES PROFESSIONNELS PLUS ACTEURS DANS LA MAITRISE DE LEUR FONCTIONNEMENT ET DE LEUR ORGANISATION AU TRAVAIL**

#### *Proposition 20 :*

- **Les conseils d'unité et/ou de pôle constituent un lieu d'expression et de concertation obligatoire et nécessaire à la régulation des organisations et à l'anticipation des conflits. Leur mise en place est systématique. Leur composition, hors listes syndicales, et leur fonctionnement sont adaptés à chaque établissement à l'appui d'un référentiel national.**

#### *Proposition 21 :*

- **Le projet structurel du pôle, notamment sous ses aspects médicaux, de prise en charge des patients et de gestion, en précède et motive la création. Son périmètre est adapté aux objectifs cliniques, universitaires et gestionnaires qu'il s'est fixés.**

#### *Proposition 22 :*

- **Les établissements peuvent créer, au sein de chaque pôle, des structures dénommées « service » (ou « unités », « discipline » ...) autour de chaque spécialité médicale ou médico-technique qui le compose.**
- **Elles regroupent les personnels médicaux qui relèvent de cette discipline.**
- **Dans le cadre du projet médical, elles assurent la poursuite des objectifs cliniques et universitaires de la spécialité, en utilisant les moyens techniques et d'hébergement convenus avec les responsables du pôle.**

#### *Proposition 23 :*

- **Les hôpitaux de petite taille doivent pouvoir adapter le découpage en pôle de leurs structures, par exemple en ne constituant qu'un pôle sanitaire.**

#### *Proposition 24 :*

- **A partir d'un cadre national et dans chaque établissement, une charte et un règlement intérieur définissent les modalités de fonctionnement des structures internes et les conditions d'élaboration, de validation et de mise en œuvre des contrats de pôle.**



## Liste des membres du groupe 3

MEMBRE	ORGANISME
AMOUROUX Thierry	CFE CGC
ARCOS Cédric	FHF
BAGOURE Emmanuel	ISNAR ING
BALZA Bernard	Personne qualifiée
BARA Christine	FHF
BESSAT Annick	CFDT
BOCHER Rachel	INPH
BOYER Olivier	CONT NAT DG CHU/CHR
BRICOTEAU Didier	CONF NAT PDT CME CH
CADET Danielle	Personne qualifiée
CAILLAU Christian	CFTC-SANTE SOCIAUX
CAVALIER Monique	PDT DU GRP 3/ ARS.SANTE
CLAVERT Jean-Michel	CONF PRES CME CHU/CHR
COQUEL Jean-Claude	FO
CORRIOL, Clément	DGOS
COUDERC Rémy	CMH
COUTY Edouard	PRESIDENT "PACTE CONFIANCE"
CREPEL	UFMICT CGT
CUMIN Christian	CFTC
DASSIER Patrick	AVENIR HOSPITALIER
DASSIS Liliane	CFDT
DE WILDE Pascal	CH FO
DELRUE Luc	FO SPS
DIQUET Bertrand	INPH
DOLLARD Jean-Marie	VICE PRESIDENT
DUMAS Catherine	Personne qualifiée

DUPONT Bernard	RAPPORTEUR DU GR 3
FONTAINE Jacqueline	ASSOC REG DE FRANCE
FRECHOU Denis	CONF NAT DIR CH
GARDEL Christine	DGOS
GAUTRON Alain	COLLEGE DG ARS
GERVAIS ane	CPH
GRAF William	UNSA
GRANGER Bernard	Personne qualifiée
GUYADER Eric	CONF NAT DIR CH
HALOS Joseph	ADESM
HARDY Patrick	SNAM HP
HEYER Laurent	AVENIR HOSPITALIER
JACQUIN BOURNAILLIE	CONF-CME-AP-HM
LACHAUX Bernard	CONF NAT PDT CME CHS
LAVAUD Jean-Louis	CONF NAT PDT CME CHS
LE MOIGN, Raymond	DGOS
LEBOT Mariannick	INPH
LELEU Jean-Marie	CPH
LENOIR-SALFATI, Michèle	DGOS
LORDIER BRAULT Agnès	DGOS
LOEB Emmanuel	ISNIH
LUBEIGT Roland	ADESM
MALDONADO Bruno	CGT
MARTINEAU Frédéric	CONF NAT PDT CME CH
MAURY François	RAPPORTEUR DU GRP 3
METTON Agnès	CONF NAT PDT CME CHS
MEUNIER Hubert	CONF NAT DIR CH
MICHELANGELI Jean-Paul	SMPS
MOISONNIER Emmanuelle	CGT
MORIN Annie	CISS
MOULIN Guy	CONF NAT PDT CME CHU
NISAND Israël	Personne qualifiée
PAIN Frédéric	AMUF CGT
PAQUET Jean-Christophe	CMH
PETYST DE MORCOURT Thierry	CFE CGC
REBUFAT Yves	AVENIR HOSPITALIER



---

RIOU Bruno	Personne qualifiée
RYMER Rolland	SNAM HP
SAINT-HUBERT Francis	SYNCASS CFDT
SANNIE Thomas	Personne qualifiée
SECHER Jérémie	SMPS
SCOTTON Claire	RAPPORTEUR GÉNÉRAL / IGAS
Si-AHMED Hamid	CONT NAT DG CHU/CHR
VINEL Jean-Pierre	CONF DOYENS MEDECINE



## Liste des contributions reçues au titre du groupe 3

- AMUF : Pacte de confiance, pourquoi faire ?
- Avenir Hospitalier : Organisation interne de l'hôpital
- Bernard Balza : note Pacte de confiance
- Conférence Présidents de CME de CH sur la gouvernance
- Conférence Présidents de CME de CHU : Organisation et fonctionnement
- CFDT : Agir pour des conditions de travail maîtrisées
- CFDT : Le quotidien des agents
- CFDT : Groupements de coopération
- CGT : Quelles alternatives pour l'avenir de notre système de santé ?
- Le CISS : Notre position pour le pacte de confiance
- CMH : Analyses et propositions
- Institut Diderot : L'avenir de l'hôpital public
- MDPH : Propositions pour l'hôpital
- SAMU – Urgences : Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?
- SNAM HP : cahier de propositions
- SNAM HP : contribution aux travaux du Groupe 3
- Danielle Cadet : Contribution pacte de confiance
- Bertrand Fenoll : Coopérations territoriales
- André Grimaldi : L'avenir du médecin de Service Public en 2012
- Philippe Jahan : La présentation des pôles au CH de Valenciennes
- Jean Louis Lavaud : Le secteur
- Olivier Perrin : Un témoignage : une direction commune sur le territoire de Lons le Saulnier
- Jean François Pinel : Artisanat et entreprise