



Mission Hôpital Public

Coordonnateurs : Francis FELLINGER et Frédéric BOIRON.

Membres : Béatrice CRICKX, Nelly DELLE VERGINI, Christophe GAUTIER, Geneviève LEFEVRE, Marie-Claude LEFORT, Pierre MARDEGAN, Marie-Noelle PETIT.

Juin 2011 – janvier 2012

Table des matières

1	<i>Lettre de mission</i>	6
2	<i>Introduction</i>	10
3	<i>Une démarche consacrée à l'Hôpital Public</i>	12
4	<i>Organisation et Méthode</i>	14
4.1	La méthode mise en œuvre _____	14
4.2	Les déplacements réalisés _____	15
4.3	La tonalité d'accueil de la mission et les objections reçues _____	16
5	<i>Principaux enseignements de la consultation des hospitaliers</i>	18
5.1	Premier constat : Un service public créatif, réactif, engagé dans sa modernisation ____	18
5.1.1	Des responsables globalement engagés.....	18
5.1.2	... parfois plus que leurs communautés professionnelles... ..	19
5.1.3	...Dont les réussites peinent à être médiatisées	19
5.2	Second constat- Une nouvelle échelle hospitalière : le territoire _____	20
5.2.1	De l'intérêt bien compris de la coopération.....	21
5.2.2	...à l'importance majeure des jeux d'acteurs.	21
5.3	Troisième constat- Un besoin d'information et de formation _____	22
5.3.1	Une capacité d'adaptation aux réformes éprouvée par l'expérience.....	22
5.3.2	...qui doit être accompagnée et mieux partagée.	22
5.4	Quatrième constat- La demande d'une accalmie réglementaire _____	23
5.4.1	Un sens clair des réformes et des règles de droit... ..	23
5.4.2	...pouvant être compromis par des conditions irréalisables de mise en œuvre.	24
5.5	Cinquième constat- Des relations (encore) complexes avec les autorités dites « de tutelle » _____	25
5.5.1	Le modèle a suscité de fortes attentes.....	25
5.5.2	...qui se heurtent au contexte et aux conditions de mise en œuvre.....	27
6	<i>Synthèse et lignes de force des éléments recueillis au cours des rencontres</i>	29
6.1	La gouvernance interne est en place _____	29
6.1.1	Les nouvelles instances ont été mises en œuvre	29
6.1.2	« Pas de Nième réforme de la réforme »... ..	31
6.2	Les instances traversent des évolutions très importantes _____	32
6.2.1	Le Conseil de Surveillance (CS).....	32
6.2.2	Le nouveau directoire	35
6.2.3	La commission médicale d'établissement (CME).....	37
6.2.4	La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).....	41
6.3	Le positionnement des acteurs, en évolution rapide _____	41
6.3.1	Un besoin d'information, de formation et de discussion.....	41
6.3.2	Directeur, Pdt DE CME, Doyen, équipes de direction.....	42
6.3.3	Les pôles.....	43
6.3.3.1	Un outil adapté aux gros établissements	43
6.3.3.2	Veiller au temps de travail nécessaire.....	44
6.3.4	L'équipe d'encadrement médical et non médical.....	45

6.3.4.1	Primus inter pares : le cadre de santé	46
6.3.4.2	Les cadres administratifs, moins fréquents à ce jour	46
6.3.4.3	Une demande de formation partagée	47
6.4	Les organisations territoriales émergent	48
6.4.1	Des rôles qui doivent être plus clairement coordonnés	48
6.4.2	Des acteurs à mieux reconnaître.....	49
6.4.3	La communauté hospitalière de territoire (CHT)	50
6.4.3.1	Les CHT, ou formules comparables, se répandent	50
6.4.3.2	LE cadre juridique doit être simplifié.....	51
6.4.4	Le groupement de coopération sanitaire (GCS)	51
6.4.4.1	Un modèle largement utilisé et répandu.....	51
6.4.4.2	Une demande de règles moins rigides	52
6.5	Des attentes partagées sont exprimées	54
6.5.1	La souplesse doit se trouver dans les faits, pas seulement dans les discours.....	54
6.5.2	Le mode de financement est souvent un obstacle	56
6.5.3	L'impact des « instructions » doit être évalué, leur fréquence doit être diminuée.....	56
6.5.4	La mise en place des délégations internes demande du temps et des moyens	57
6.5.5	Les relations avec les ARS doivent s'apaiser.	57
7	Propositions	60
7.1	Corriger les effets négatifs du dispositif de financement à l'activité	60
7.2	Valoriser la notion de service public hospitalier	61
7.3	Stabiliser le cadre législatif et réglementaire actuel	62
7.4	Introduire une plus grande souplesse des règles juridiques	63
7.5	Organiser un appui régionalisé et territorialisé	64
7.6	Rénover les relations entre ARS et établissements.	64
7.7	Soutenir la dimension managériale	65
7.8	Valoriser les réussites et les acteurs qui les animent	66
7.9	Achever et clarifier lorsque c'est nécessaire le positionnement des instances	67
7.10	Soutenir le rôle spécifique des centres hospitaliers régionaux et universitaires	68
8	Annexes	70
1	Bilan du questionnaire	71
2	Liste et programme des débats territoriaux	77
1	Agen – 08 décembre 2012	77
2.1.1.1	Gouvernance interne.....	77
2.1.1.2	Coopération territoriale.....	77
2	Ajaccio – 06 janvier 2012	78
3	Angers – 23 novembre 2011	78
2.1.3.1	Gouvernance interne et pôles	78
2.1.3.2	Coopération territoriale et démographie médicale	78
4	Arras – 21 octobre 2011.....	79
2.1.4.1	Gouvernance interne et régionale.....	79
2.1.4.2	Coopération territoriale : CHT de l'Artois - Douaisis	79
5	Bastia – 06 janvier 2012	80
2.1.5.1	Les coopérations territoriales.....	80
2.1.5.2	La gouvernance.....	80
6	Beauvais– 09 septembre 2011.....	81
2.1.6.1	Contexte, statut et projet médical de la CH20	81
2.1.6.2	Retour d'expérience sur la direction commune du CH Creil-Senlis	81
7	Bordeaux – 05 septembre 2011.....	81
2.1.7.1	Gouvernance interne et gouvernance régionale.....	81
2.1.7.2	Coopération territoriale des établissements de santé	82
8	Brest – 15 décembre 2011.....	82
2.1.8.1	La gouvernance interne et les pôles : retour d'expériences sur la mise en place des pôles	82

2.1.8.2	Les coopérations interhospitalières.....	82
2.1.8.3	Coopération interhospitalière public - privé	83
9	Caen – 10 novembre 2011	83
2.1.9.1	HPST et gouvernance : mise en place d'un pôle.....	83
2.1.9.2	Rapprochement dans le cadre d'un projet médical commun	83
10	Cannes – 11 octobre 2011	84
2.1.10.1	Les outils de pilotage d'un pôle	84
11	Carcassonne – 14 septembre 2011	84
2.1.11.1	Gouvernance interne.....	84
2.1.11.2	Coopération territoriale et rôle de l'ARS	84
12	Clermont-Ferrand – 16 novembre 2011	84
2.1.12.1	Gouvernance	84
2.1.12.2	Approche territoriale	85
13	Dijon – 1 ^{er} décembre 2011.....	85
2.1.13.1	Les coopérations.....	85
2.1.13.2	Management interne.....	86
14	Fort-de-France – 18 novembre 2011	86
2.1.14.1	La Coopération territoriale	86
2.1.14.2	La Gouvernance	87
15	Grenoble – 30 novembre 2011	87
2.1.15.1	CH de Montélimar: du GCS à la CHT	87
2.1.15.2	Pour une stratégie de coopération territoriale : l'exemple de la CHT Grenoble-Isère.....	87
16	Hyères – 2 décembre 2011	87
2.1.16.1	Débat sur la coopération	87
17	Lille – 22 septembre 2011.....	87
2.1.17.1	Gouvernance interne et gouvernance régionale.....	87
2.1.17.2	Coopération territoriale.....	88
18	Limoges – 18 octobre 2011.....	88
2.1.18.1	Coopération territoriale et GCS	88
2.1.18.2	Gouvernance	88
2.1.18.3	Lyon – 13 octobre 2011	88
19	Marseille – 20 septembre 2011	89
2.1.19.1	Gouvernance interne et régionale.....	89
2.1.19.2	Coopération territoriale.....	89
20	Meaux – 2 décembre 2011	89
2.1.20.1	Nouvelle gouvernance.....	89
2.1.20.2	Coopérations inter hospitalières de territoire.....	90
21	Metz – 17 novembre 2011.....	90
2.1.21.1	Gouvernance interne.....	90
2.1.21.2	Coopérations territoriales des établissements de santé	90
22	Montpellier – 23 novembre 2011	91
2.1.22.1	La Gouvernance : Les Pôles - La CME - Le Directoire	91
2.1.22.2	Coopération territoriale.....	91
23	Mulhouse – 6 septembre 2011.....	91
2.1.23.1	Coopération territoriale : la communauté hospitalière de territoire	92
2.1.23.2	Gouvernance interne des établissements de santé	92
24	Nantes – 12 octobre 2011.....	92
2.1.24.1	Gouvernance interne.....	92
2.1.24.2	Coopération territoriale.....	92
25	Nîmes – 23 novembre 2011	93
2.1.25.1	CHT : Le projet médical - Le projet informatique : DMP.....	93
2.1.25.2	La Gouvernance : Les Pôles - La CME - Le Directoire	93
26	Orléans – 7 décembre 2011	93
2.1.26.1	Nouvelle gouvernance.....	93
2.1.26.2	Coopération et territoire de santé.....	94
27	Paris-APHP – 2 décembre 2011.....	94
2.1.27.1	Gouvernance	94

2.1.27.2	Coopération.....	94
28	Paris – Sainte-Anne – 4 octobre 2011.....	95
2.1.28.1	La gouvernance.....	95
2.1.28.2	La coopération.....	95
29	Poitiers – 4 octobre 2011.....	95
2.1.29.1	Gouvernance interne.....	95
2.1.29.2	Gouvernance régionale.....	96
30	Reims– 8 novembre 2011.....	96
2.1.30.1	Gouvernance interne : le fonctionnement des pôles.....	96
2.1.30.2	Coopérations territoriales en Champagne-Ardenne.....	96
31	Rennes– 11 octobre 2011.....	97
2.1.31.1	La nouvelle gouvernance au CHU : retour sur expérience sur la mise en place des pôles.....	97
2.1.31.2	Territorialisation de l'organisation hospitalière : les niveaux de partenariat.....	97
32	La Réunion – 9 décembre 2011.....	97
2.1.32.1	Les coopérations territoriales : retour d'expériences sur les coopérations réunionnaises....	97
2.1.32.2	Gouvernance interne.....	98
33	Rouen – 28 septembre 2011.....	98
2.1.33.1	Gouvernance interne.....	98
2.1.33.2	Gouvernance régionale.....	98
34	Toulouse– 27 septembre 2011.....	99
2.1.34.1	Gouvernance régionale.....	99
2.1.34.2	Coopérations.....	99
35	Tours – 7 décembre 2011.....	99
2.1.35.1	La gestion des pôles.....	99
2.1.35.2	La nouvelle gouvernance : Focus sur la Commission Médicale d'Etablissement.....	100
2.1.36	POINTE à PITRE 23 SEPTEMBRE 2011.....	100
2.1.36.1	LA GOUVERNANCE INTERNE.....	100
2.1.36.2	LA GOUVERNANCE TERRITORIALE.....	101
2.1.36.3	LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE.....	101
2.2	REUNION LOCALES, (RENCONTRE AVEC LE DIRECTOIRE, L'EQUIPE DE DIRECTION ET L'ENCADREMENT MEDICAL ET NON MEDICAL)	102
3	REMERCIEMENTS.....	103

1 LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le **17 JUIN 2011**

Messieurs les Présidents,

Au cours de la dernière décennie, les réformes successives au sein de l'hôpital public ont accéléré sa modernisation et son adaptation aux besoins de nos concitoyens. D'ailleurs, ces derniers reconnaissent la qualité des soins qui y sont dispensés et expriment de manière constante leur attachement à l'hôpital et leur confiance dans les personnels soignants.

Pour autant, les efforts pour atteindre les objectifs de performance, les recompositions territoriales et les nouveaux modes d'organisation interne ainsi que la réforme du financement sont parfois ressentis comme une perte de sens du service public et un risque d'altération de la qualité et de la sécurité des soins. Dans un tel contexte, les responsables administratifs et médicaux de l'hôpital, mais également l'ensemble des cadres peuvent se sentir démunis face au triple défi à relever : la pédagogie de la réforme, la motivation et l'entraînement des équipes pour une mise en œuvre effective et respectueuse du personnel, l'écoute et la capacité à répondre aux attentes fortes de nos concitoyens.

Deux ans après le vote de la loi « hôpital, patients, santé, territoire » et au moment où la mission de suivi et d'évaluation conduite par le Sénateur Jean-Pierre Fourcade, doit déposer son rapport, j'ai décidé de vous confier une mission d'accompagnement de la réforme, sur le terrain, avec l'appui d'une équipe restreinte représentative des principales catégories des responsables hospitaliers :

- Monsieur Christophe Gautier (CH Pau)
- Docteur Pierre Mardegan (CH Montauban)
- Docteur Marie-Noëlle Petit (CH Montfavet)
- Madame Geneviève Lefebvre (CHU Nancy)
- Professeur Béatrice Crickx (AP-HP)
- Madame Marie-Claude Le FORT (CHU d'Angers)
- Madame Nelly Delle Vergini (CH Digne)

Monsieur le Docteur Francis FELLINGER

Président de la Conférence nationale des Présidents de CME

Monsieur Frédéric BOIRON

Président de l'Association des directeurs d'hôpital

Je vous demande d'organiser, avec l'appui des directeurs généraux des agences régionales de santé et en relation avec les délégations régionales de la fédération hospitalière de France, des conférences et des temps d'échanges approfondis au sein des territoires de santé. Vous aurez à cœur d'engager le dialogue sur les difficultés concrètes vécues dans les hôpitaux publics et les solutions susceptibles d'y être apportées à court et moyen terme. Vous veillerez également à recenser les réussites ou les adaptations mises en œuvre sur le terrain avec succès pour faire vivre un système de santé décloisonné entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Vos expériences personnelles vous permettront assurément de répondre aux interrogations formulées en faisant valoir le cas échéant vos témoignages.

Je souhaite que votre présence dans les régions et le dialogue avec vos pairs permettent mieux d'incarner la réforme dans ses finalités, de faciliter l'action de vos collègues et confrères ainsi que l'exercice des responsabilités des agences régionales de santé et de susciter à l'échelon national les adaptations nécessaires. Votre mission viendra ainsi compléter celle confiée à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Votre mission pourra s'échelonner sur l'ensemble du second semestre mais je souhaite pouvoir disposer d'un compte-rendu d'étape au 1er octobre. Ce point d'étape permettra de recenser sans attendre vos premières propositions d'amélioration des dispositifs d'organisation interne et territoriale actuellement mis en œuvre et de valoriser des différentes composantes des communautés hospitalières dans le prolongement des rapports sur l'encadrement et sur l'exercice médical à l'hôpital.

Vous bénéficierez de l'appui de la direction générale de l'offre de soins et du soutien des ARS.

Je compte sur vous et sur l'ensemble des communautés hospitalières pour faire prévaloir le sens du service public, c'est-à-dire améliorer concrètement l'accès aux soins, garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et s'assurer de la pertinence de la réponse apportée aux personnes malades.

Je vous prie d'agréer, Messieurs le Présidents, l'expression de ma considération distinguée.



Xavier BERTRAND

2 INTRODUCTION

A l'occasion des nombreux débats professionnels engagés au sein des établissements de santé, en particulier entre mi-2010 et mi-2011, suite à la mise en œuvre de la Loi HPST, et **devant le constat de certaines tensions, de ressentis difficiles, voire d'un sentiment de perte de sens au sein des équipes des hôpitaux publics, le besoin est apparu de conduire une évaluation des nouvelles dispositions issues des réformes récentes, par un abord professionnel et tangible.**

Cette démarche concrète pouvait compléter utilement les travaux confiés peu auparavant au Comité Fourcade chargé d'assurer l'évaluation parlementaire prévue par la Loi.

C'est dans cet esprit que le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand, a mis en place en juin 2011 une mission nationale, composée exclusivement de **professionnels hospitaliers en activité dans les établissements, chargée d'organiser et de conduire une large concertation dans les territoires, avec les responsables médicaux, les directeurs, les cadres hospitaliers,** afin d'évaluer avec eux la mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi HPST).

La coordination de la mission a été confiée conjointement à **Francis FELLINGER**, praticien hospitalier chef de service, cardiologue, en sa qualité de président de la conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers, et à **Frédéric BOIRON**, directeur général de CHU, en sa qualité de président de l'association des directeurs d'hôpital (ADH).

L'équipe désignée par le Ministre a constitué un groupe volontairement restreint, au total 9 chargés de mission, associant par leur profil et leur parcours l'approche médicale, l'approche soignante, et l'approche management. **Il s'agit du Pr Béatrice CRICKX, du Dr Marie-Noëlle PETIT, du Dr Pierre MARDEGAN, de Mme Geneviève LEFEBVRE, de M. Christophe GAUTIER, de Mme Marie-Claude LEFORT, de Mme Nelly DELLE VERGINI,** ainsi que du Dr Francis FELLINGER et de M. Frédéric Boiron.

L'équipe mission a bénéficié du **soutien logistique et organisationnel de l'Agence nationale d'appui à la Performance (ANAP)**, qui a mis à disposition une équipe opérationnelle tout au long des travaux de la mission.

L'équipe Mission a également pu faire appel à l'appui des **services du Ministère, aux ARS** et à leurs directeurs généraux, à la **Fédération Hospitalière de France** et à ses délégations

régionales, ainsi qu'au réseau de la **Conférence Nationale des présidents de CME** et aux délégations régionales de **l'Association des directeurs d'hôpital**.

L'équipe Mission s'est réunie en séminaire, au démarrage des travaux puis à plusieurs reprises en cours de mission. Lors de ces séminaires les chargés de mission ont pu travailler avec le Directeur adjoint du cabinet du Ministre, François-Xavier SELLERET, la Directrice générale de l'offre de soins, Annie PODEUR, la Directrice générale du CNG, Danielle TOUPILLIER, le Directeur général de l'ANAP, Christian ANASTASY, et/ou leurs collaborateurs respectifs.

Les coordonnateurs de la Mission ont rencontré les Directeurs généraux d'ARS lors de leur propre séminaire mensuel. Ils ont également pu mener un certain nombre d'entretiens personnalisés, soit avec des responsables nationaux (**syndicats, organisations professionnelles...**), soit avec des personnalités connues pour leur implication dans le système de santé français.

Il est précisé ici que **la Psychiatrie et son organisation hospitalière et territoriale ne sont pas abordées dans ce rapport**, dans la mesure où leur spécificité est traitée dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale, en cours de finalisation.



3 UNE DÉMARCHE CONSACRÉE À L'HÔPITAL PUBLIC

Les chargés de mission, dès leur séminaire de lancement en présence de la DGOS et de l'ANAP, **ont souhaité adopter la dénomination « MISSION HÔPITAL PUBLIC »**. Ils ont notamment fait observer que la disparition de l'expression « service public hospitalier », dans la rédaction définitive de la dernière réforme, avait été particulièrement mal vécue et constituait une difficulté réelle dans le ressenti des équipes hospitalières.

Cette dénomination Mission Hôpital Public permettait de préciser le périmètre de l'évaluation menée et de mettre en valeur un secteur essentiel, dont la qualité de fonctionnement est sans doute déterminante pour le système de santé de notre pays.

L'hôpital public est l'objet de toutes les attentions. Ses crises grandes ou petites sont facilement médiatisées et, s'il n'est pas exempt de reproches, il peut aussi être facilement décrié et présenté, à tort, comme immobile ou inefficace, alors qu'il s'adapte constamment au gré des si nombreuses réformes qui introduisent en son sein et dans ses missions de profondes transformations réglementaires, financières, organisationnelles – la loi HPST marquant une forme de confirmation des changements entamés depuis plus d'une décennie maintenant.

L'importance accordée à la régulation par la Loi et le règlement est une donnée essentielle de la culture institutionnelle française, tout autant que la capacité des professionnels à discuter, voire à contester les intentions ou le contenu des textes législatifs et réglementaires. Les réformes menées depuis une dizaine d'années à l'hôpital ont toutes suscité de nombreux débats et d'importantes controverses. C'est le signe de la vitalité d'une société dans son ensemble, mais aussi du monde de la santé en particulier. L'hôpital, en effet, est marqué par une forte concentration de professions disposant de formations supérieures ou d'une culture professionnelle solidement éprouvée, aux organisations représentatives nombreuses et aux constructions socio-culturelles puissantes : les hospitaliers en tirent une forte capacité d'influence dans le débat public.

Les membres de la Mission Hôpital public considèrent que le débat démocratique est fondamentalement utile dans un domaine qui touche d'aussi près la vie quotidienne, l'état de santé et par là les espoirs, les projets, de chacun d'entre nous, qui exerce une influence aussi forte sur les finances publiques, la vie sociale, l'aménagement du territoire, mais aussi les capacités d'innovation et le rayonnement scientifique de la France.

Il ne leur appartenait pas de prendre part, dans le cadre de cette mission, à un débat d'opinion sur les réformes récentes. Ils ont rappelé ce point lors de chaque réunion régionale.

Par contre, il leur revenait de répondre à **un besoin de dialogue**, une attente fortement exprimée **d'écoute et de concertation**. Le profil des membres de la mission, professionnels en

exercice, devait faciliter le contact et la capacité de compréhension rapide des particularismes locaux.

Il existe peu d'occasions d'organiser de cette manière une « **parole hospitalière** » **décloisonnée**, rassemblant en peu de temps un aussi grand nombre de professionnels dans des débats et rencontres, sur un mode non hiérarchique.

La Mission avait donc pour objectifs principaux d'évaluer, avec les professionnels, les conséquences positives et négatives de la réforme hospitalière du point de vue des acteurs, d'apprécier les évolutions mises en œuvre par ceux-ci au sein des hôpitaux publics, de recueillir les propositions éventuelles d'ajustements et d'adaptations réglementaires concernant l'organisation interne, la gouvernance, l'organisation territoriale, les outils de coopération.

Nous rapportons ici la synthèse des échanges, des rencontres, des idées évoquées, ainsi que les pistes de réflexion et les propositions d'évolution pragmatiques sur le plan managérial, organisationnel, stratégique et humain, que nous retenons au terme de cette période passionnante de dialogue avec les hospitaliers.



4 ORGANISATION ET MÉTHODE

Les membres de la mission tiennent à souligner d'emblée la richesse des échanges, la disponibilité et la qualité de l'accueil dans les territoires, malgré les fortes contraintes d'organisation ayant pesé sur les établissements et le calendrier très serré de notre démarche.

Mise en place fin juin 2011, la Mission a organisé un premier séminaire de préparation et de cadrage de ses travaux au mois de juillet, à Paris. Ce séminaire associait les chargés de mission ainsi que les services du Ministère de la Santé et de l'ANAP.

La période estivale a permis de mettre en place l'organisation logistique et pratique, notamment avec l'équipe que l'ANAP a progressivement complétée à partir de la fin du mois d'août. La mission a engagé ses travaux par une première rencontre organisée le 5 septembre, à Bordeaux.

L'objectif assigné par le Ministre était, rappelons-le, d'engager un **dialogue professionnel avec les hospitaliers publics** sur la mise en œuvre des réformes, sur les difficultés rencontrées à cette occasion, en gardant à l'esprit que ces difficultés pouvaient être à l'origine d'une perte de sens pour certains acteurs de direction ou d'encadrement, y compris médical, et donc d'un sentiment d'incompréhension et/ou de non reconnaissance. Cette perte de sens limite naturellement l'adhésion aux projets institutionnels et à la rénovation de l'hôpital public, gage de l'accessibilité, de la qualité des soins et de l'efficacité du système.

Dans cette perspective la mission hôpital public a mis en œuvre des **réunions régionales** sur l'ensemble du territoire métropolitain ainsi que dans les DOM, ce qui a permis de **rencontrer plusieurs milliers de responsables hospitaliers** lors des débats organisés selon deux formats, entre septembre 2011 et début janvier 2012.

4.1 LA MÉTHODE MISE EN ŒUVRE

La méthode définie par l'équipe mission lors du séminaire introductif comportait, avec l'appui logistique d'une équipe de l'ANAP :

- **des réunions territoriales**, axées sur les thématiques de gouvernance interne et de coopération, d'une durée moyenne de 2h30, et laissant une large place au débat.
- **des rencontres dans des établissements**, avec les directeurs, les équipes de direction, les praticiens et l'encadrement, permettant un dialogue moins formel.
- **le recueil de contributions écrites** individuelles et collectives proposées par des hospitaliers,
- **des rencontres** avec des responsables institutionnels

Ces rencontres, souvent très riches, ont montré l'intérêt des équipes hospitalières pour l'évaluation et le **commentaire de la réforme**, leur capacité à exprimer une **distance critique** ainsi que des opinions argumentées sur les choix politiques ou organisationnels, leur **aptitude**

au débat sur les manières d’agir ou de mettre en œuvre les règles nouvelles d’organisation, leur sens des responsabilités et leur souci de transparence : signaler les difficultés ainsi que les avancées, ajustements pragmatiques, solutions innovantes...

Dans ces différentes rencontres nous avons pu rencontrer assez facilement l’encadrement, qu’il soit médical ou soignant ainsi que la direction des établissements. Par contre, il a été plus difficile de rencontrer les personnels de terrain, praticiens, soignants, gestionnaires, sauf dans les petits établissements. Plusieurs facteurs ont été évoqués par nos interlocuteurs : la disponibilité, surtout à peu de distance des déplacements de la Commission Fourcade ; la communication préalable insuffisante ou trop tardive au sein des régions et/ou au sein des établissements ; dans certains cas, le choix des organisateurs compte tenu de contraintes locales ou d’éléments de contexte. Nous avons rencontré à plusieurs reprises des membres du personnel médical, paramédical, administratif qui ont manifesté leurs regrets devant cet état de fait.

4.2 LES DÉPLACEMENTS RÉALISÉS

La mission s’est rendue dans les territoires suivants :

- Aquitaine (Bordeaux/ Agen),
- Alsace (Mulhouse),
- Picardie (Beauvais/Creil-Senlis/ Amiens/ St Quentin),
- Languedoc- Roussillon (Montpellier/ Nîmes/ Carcassonne),
- PACA (Marseille, Cannes, Hyères),
- Nord-Pas de Calais (Lille/ Arras),
- Guadeloupe (Pointe à Pitre),
- Midi-Pyrénées (Toulouse, Saint Gaudens),
- Basse Normandie (Caen, St Lo)
- Haute Normandie (Rouen, Elbeuf-Louviers),
- Poitou-Charentes (Poitiers),
- Bretagne (Rennes, Brest),
- Pays de Loire (Nantes, Anger, Saumur),
- Limousin (Limoges),
- Rhône-Alpes (Lyon, Grenoble),
- Champagne-Ardenne (Reims),
- Auvergne (Clermont-Ferrand, Vichy),
- Lorraine (Metz),
- Martinique (Fort de France),
- Corse (Ajaccio, Bastia),
- Centre (Tours, Orléans),
- Franche Comté (Besançon, Belfort-Montbéliard),
- Ile-de-France (AP-HP, ST-Anne, Meaux-Lagny-Coulommiers),
- Bourgogne (Dijon, Macon).

Le programme des réunions ainsi que la présentation des nombreux intervenants hospitaliers qui s’y sont exprimés sont détaillés en annexe au rapport.

Les réunions territoriales ou internes aux établissements ont rassemblé de 30 à 180 personnes – cadres de direction et responsables médicaux, personnels d’encadrement, praticiens hospitaliers – ainsi que, selon les régions, des représentants de l’ARS (DG ou collaborateurs), des représentants des délégations régionales de la FHF, avec une composition variable selon les disponibilités et les thèmes abordés.

4.3 LA TONALITÉ D’ACCUEIL DE LA MISSION ET LES OBJECTIONS REÇUES

L’accueil a été chaleureux et constructif, malgré des délais de prévenance parfois très courts qui ont pu susciter des critiques légitimes. Ces délais étaient liés à la difficulté de construire sur une période aussi brève un calendrier tenant compte de l’objectif et du nombre de réunions (environ 50) souhaité par le Ministère, des contraintes locales ou nationales (élections professionnelles de la Fonction Publique Hospitalière, élections professionnelles des directeurs, élection des CME par exemple...), et de la disponibilité des membres de la mission, qui sont tous avant tout en situation d’exercice professionnel dans des établissements publics de santé.

La contrainte calendaire, dont l’équipe mission a mesuré pleinement le poids pour les établissements sollicités, constitue la principale difficulté ressentie pour l’accueil de la mission au cours de la démarche. Les établissements ont été très fortement sollicités depuis quelques années, tant au niveau régional que national, et **la période d’achèvement de la mise en place des instruments issus de la loi HPST et des précédentes réformes s’achevait tout juste** lorsque nous sommes intervenus. Nos collègues ont pu nous dire, dans certains cas, que cette pression calendaire leur pesait, en regard de la priorité que constitue le fonctionnement quotidien de l’hôpital, remarque que les membres de la Mission comprennent et partagent.

Nous avons également rencontré **certaines difficultés de communication** sur les objectifs assignés à la Mission par les pouvoirs publics et les services du Ministère. Il n’appartenait naturellement pas à la Mission d’assurer de son propre chef une communication et une médiatisation de ses travaux.

En début de démarche, des interrogations sont apparues de la part des directeurs généraux d’ARS sur le **positionnement de la mission** en regard de leurs responsabilités régionales et sur le rôle qu’ils pouvaient, pour leur part, exercer dans le déroulé de celle-ci. Ces interrogations se sont clarifiées après une rencontre avec la Secrétaire Générale des ministères sociaux et les DG d’ARS lors de leur séminaire mensuel.

Des questions, voire des interrogations et des critiques, sont également apparues concernant la coordination des travaux de la Mission Hôpital Public en regard des travaux récemment menés par la mission parlementaire conduite par le Sénateur Fourcade, et de la coordination possible avec ses préconisations.

Des remarques ont également été formulées concernant la difficulté de mener des rencontres régionales relatives à la gouvernance hospitalière en période de renouvellement des Commissions médicales d’établissement et d’élections professionnelles pour les directeurs.

Globalement, un certain nombre d'interlocuteurs nous ont ainsi fait part de leur relatif scepticisme à l'égard des objectifs d'une telle mission dans un calendrier aussi resserré, juste après une mission parlementaire et à peu de distance d'échéances électorales nationales.



Ces questions ne pouvaient pas être éludées. **Les objections ont été entendues** par les membres de la Mission, qui ont mené un débat sincère et approfondi sur la possibilité de mener de manière neutre, rapide et crédible leur mission dans ce calendrier particulier.

Ils en ont conclu que l'orientation et les objectifs d'évaluation de cette mission nationale, mise en œuvre par le Ministre sur un mode professionnel, étaient fondamentalement utiles pour les établissements et pour les personnels rencontrés. Le nombre important de sollicitations reçues par la mission, de la part des établissements et des territoires pour organiser une réunion régionale, témoigne en ce sens.

Les travaux d'une mission ministérielles sont, par définition, soumis aux commentaires, propositions et critiques du milieu professionnel concerné. Nous considérons que cela contribue au sérieux et à la crédibilité de la démarche. **L'hôpital public constitue un milieu professionnel et social particulièrement responsable et impliqué**, dont les dirigeants et équipes assument au quotidien des missions difficiles d'une importance primordiale dans notre société.

Il est légitime que les hospitaliers expriment des opinions sur la manière dont leur univers est géré par les pouvoirs publics et sur les objectifs des démarches d'évaluation dont leurs organisations font l'objet. Cela rejoint l'objectif premier de la Mission : offrir une possibilité de dialogue et de débat sur la situation générale de l'hôpital public.

Les objections évoquées ci-dessus sont rappelées par objectivité à l'égard des professionnels hospitaliers ainsi qu'à l'égard du Ministre commanditaire de la mission et ses services. Tous les points précités ont pu être éclaircis, soit lors des phases préparatoires aux déplacements, soit sur place, et nous avons toujours particulièrement insisté sur **la vocation professionnelle de la démarche**, élément sur lequel **nos interlocuteurs attendaient des garanties**. Cela n'a donc pas posé d'obstacle au déroulement des travaux.

De manière globale en effet, dans l'ensemble de nos rencontres régionales, on note une participation active, des débats riches et des interrogations sérieuses, qui témoignent d'un **besoin réel de dialogue** de la part des communautés hospitalières publiques.



5 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE LA CONSULTATION DES HOSPITALIERS

On trouvera ici, de manière résumée, les principaux constats établis par les membres de la Mission lors de leur synthèse des rencontres régionales. Il s'agit des points les plus visibles ou les plus fréquemment évoqués dans les débats.

5.1 PREMIER CONSTAT : UN SERVICE PUBLIC CRÉATIF, RÉACTIF, ENGAGÉ DANS SA MODERNISATION

A l'occasion de la rédaction du rapport de mission, nous souhaitons partager l'image forte et encourageante que renvoient les hospitaliers. ***Les responsables médicaux, les cadres de santé, les directeurs et cadres dirigeants rencontrés dans ces réunions régionales font preuve d'un indiscutable attachement à l'hôpital public, à ses missions, à ses caractéristiques propres et à ses valeurs.***

5.1.1 DES RESPONSABLES GLOGALEMENT ENGAGÉS...

Ils mènent avec lucidité de ***nombreux dossiers de réorganisation interne***, ceux issus de la loi HPST ou des réformes précédentes encore en cours de mise en œuvre, ainsi que ceux résultant des évolutions des pratiques médicales et hospitalières, qui leur demandent un investissement important en temps – ***la charge « administrative » des réformes a été fréquemment évoquée***, notamment en regard de la mise en œuvre des instruments de la « nouvelle gouvernance », l'intérêt de cette dernière étant par ailleurs majoritairement reconnu, non sans nuances ni critiques. Par ailleurs ils sont souvent engagés dans des projets de coopération inter-établissements ou de ***coopération territoriale***.

Ces évolutions sont mises en œuvre sans rupture du fonctionnement régulier des services hospitaliers ainsi que, pour les CHU, de l'enseignement et de la recherche. Certes il s'agit bien de la mission des établissements – assurer l'accueil des patients, mettre en œuvre les mesures nationales – mais il est utile de souligner que les responsables rencontrés dans nos déplacements donnent le visage d'un ***hôpital public actif et en mouvement***, qui fait face aux défis de son époque.

Ainsi peut-on d'ores et déjà témoigner d'un fort engagement des différents responsables hospitaliers dans la conduite des réformes : ***contestées ou acceptées, les nouvelles dispositions sont mises en œuvre avec sérieux au sein des établissements et les équipes s'emparent de ces instruments de pilotage sur lesquels, avec deux ans de recul désormais, ils ont des observations pertinentes à formuler.***

Le tableau général n'est pas sans tâches et les membres de la Mission ont pu mesurer, comme n'importe quel observateur aujourd'hui, les **tensions importantes qui traversent l'hôpital public**. Toutefois, l'engagement des responsables hospitaliers rencontrés contraste assez nettement avec un **discours ambiant parfois sceptique voire négatif sur l'hôpital public**, qui serait en crise permanente, inefficace, sans moyens et dans l'incapacité de s'adapter.

La mission a rencontré des **acteurs impliqués dans le service public**, agissant au quotidien pour répondre à la demande des usagers et des patients, organiser et améliorer le fonctionnement des services et des filières, tant à l'intérieur de l'hôpital que dans les territoires. Même si **les membres de la mission sont conscients d'un éventuel biais de sélection** des participants aux réunions territoriales, notamment du fait des thèmes annoncés lors de la diffusion des invitations, la **multiplicité des expériences innovantes est réelle** et doit être ici soulignée.

5.1.2 ... PARFOIS PLUS QUE LEURS COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES...

En balance de cette perception on peut ajouter *a contrario* que, dans un grand nombre d'établissements, est évoqué un phénomène de « **minorité agissante – majorité distante** » : seule une proportion des praticiens, des cadres, des responsables, s'implique réellement dans le fonctionnement institutionnel et la mise en œuvre des réformes. La majorité reste relativement distante et parfois peu concernée, s'occupant de sa tâche quotidienne et non de la vue d'ensemble. Le désinvestissement des processus collectifs ou institutionnels, ainsi que le développement des comportements individualistes constituent sans aucun doute un phénomène marquant de la société occidentale ; ces évolutions existent à l'hôpital comme ailleurs. Plus largement les communautés hospitalières ne sont naturellement pas exemptes de travers collectifs ou individuels. Toutefois ces phénomènes de relatif désintérêt, plus ou moins larges selon la dynamique interne des établissements, préexistaient aux dernières réformes.

Les hospitaliers manifestent par ailleurs **des inquiétudes et des interrogations** face aux transformations de ces dernières années, dont certaines sont **mal comprises ou mal acceptées**, ainsi que devant les **perspectives financières** et les **tensions démographiques** des professions de santé. Ils affichent très nettement leur **aspiration à une période de stabilité réglementaire**, à une pause dans le **train continu de réformes** ressenti ces dernières années, mouvement constant dans lequel ils ont en outre le sentiment que toute nouvelle adaptation est engagée de façon urgente et de manière critique à leur égard.

5.1.3 ...DONT LES RÉUSSITES PEINENT À ÊTRE MÉDIATISÉES

Pourtant l'hôpital public mérite sans conteste l'estime que lui portent nos concitoyens. Nous reviendrons dans le rapport ou dans les propositions sur certaines des réussites, souvent peu médiatisées ou peu partagées, qui ont été présentées lors des rencontres régionales. **Il existe un « silence » relatif sur les réussites de l'hôpital public**, qui répond à une sorte de loi de

Pareto de la médiatisation : 20% de sujets difficiles occupent 80% de l'espace médiatique et cela laisse peu de place au partage des expériences positives. C'est un phénomène connu : lorsqu'il s'agit de communiquer sur l'hôpital public, parler de « ce qui marche » soulève moins d'intérêt, en dehors des milieux spécialisés (et encore !) et se limite souvent, dans la presse grand public, aux communications sur les prouesses technologiques par exemple.

Les thèmes de l'organisation interne des hôpitaux rencontrent un écho limité dans le grand public, auprès des politiques ou auprès des médias, ce qui est compréhensible compte tenu du caractère technique de ces dispositions de « back-office ». Mais **les équipes hospitalières**, qui ont le sentiment de déployer une énergie importante pour absorber les différentes réformes tout en assurant l'accueil des patients, **regrettent la tonalité générale** des messages qui circulent fréquemment sur l'hôpital public.

Même si les difficultés, par exemple en termes de démographie, de financement, de management interne et externe, sont réelles et parfois préoccupantes, le « buzz » à connotation négative sur l'efficacité de l'hôpital public paraît excessivement présent et **injuste** car ne correspondant pas à la réalité quotidienne que vivent beaucoup d'hospitaliers ou de patients : **les hôpitaux fonctionnent**, les soins sont délivrés et leur qualité progresse régulièrement, les conditions d'accueil sont garanties, l'activité n'est pas en rupture mais plutôt en progression, les situations financières sont souvent en amélioration, les coopérations se multiplient... En regard, les hospitaliers peuvent avoir le sentiment que le **discours dominant sur l'hôpital**, dans les médias comme dans les milieux politiques, n'est fait que de crises et de tensions et que des communications, parfois caricaturales, sont entretenues pour contester le modèle de l'hôpital public. La diffusion de cette représentation défavorable (« l'hôpital coûte cher », ne sait pas s'organiser, etc.) participe au **sentiment de malaise qu'éprouvent les professionnels concernés et au sentiment de non reconnaissance** du travail réalisé.

Pourtant, l'image très positive du système de santé français, notamment au sein de la population mais aussi au-delà de nos frontières, **système dont l'hôpital public reste le pivot majeur**, nous conforte encore dans l'envie d'accorder un regard objectif à la réalité du terrain. Il ne s'agit naturellement pas de nier les difficultés ni les débats qui existent sur le devenir de notre modèle d'organisation mais, au terme des plus de quarante rencontres régionales, **dire également les mérites et les succès de l'hôpital public nous semble constituer la reconnaissance minimale due aux professionnels hospitaliers.**

5.2 SECOND CONSTAT- UNE NOUVELLE ÉCHELLE HOSPITALIÈRE : LE TERRITOIRE

Le second élément saillant pour l'équipe Mission est indiscutablement **l'appropriation et l'intériorisation de la notion de territoire** dans l'action quotidienne de nombreuses équipes hospitalières.

5.2.1 DE L'INTÉRÊT BIEN COMPRIS DE LA COOPÉRATION...

Beaucoup de responsables s'engagent dans des projets, plus ou moins aboutis mais souvent ambitieux, de coopération territoriale, malgré les difficultés historiques et quelques fortes poches de résistance – les relations de bon voisinage entre établissements très proches, par exemple, sont souvent les plus complexes...

La majorité des responsables hospitaliers nous paraît avoir pris conscience **de l'intérêt et de la nécessité des coopérations**, malgré les nombreuses difficultés pratiques que cela suscite et les obstacles que constituent les freins réglementaires ou les incohérences de la tarification – **la T2A**, instrument qui a provoqué des changements utiles dans les établissements, **montre aujourd'hui ses limites** en matière de coopération car elle encourage plutôt les stratégies individualistes ou isolées de la part des établissements, voire à l'intérieur d'un même établissement. Par ailleurs, on ne peut négliger les enjeux de « territoire de responsabilité », ou tout simplement de pouvoir, qui trouvent place dans les démarches territoriales : qui aura le pouvoir de décision, qui perdra ses attributions, qui risque d'être phagocyté ?

Devant ces obstacles réglementaires ou humains, il existe une **très forte attente**, qu'il conviendra absolument de ne pas décevoir, à l'égard des autorités de régulation dont les responsables hospitaliers espèrent un soutien clair, des décisions sans ambiguïté, une politique affirmée et des encouragements tangibles en matière de coopération inter-établissements. Le déblocage de certaines situations ne peut se faire qu'avec l'intervention du régulateur ; à l'inverse, la dynamique de certaines équipes motivées doit pouvoir être confirmée sans retard au niveau régional.

Cependant les coopérations hospitalières ne s'enfermeront pas dans des textes ni des décisions administratives, qui ne pourront jamais répondre à toutes les situations.

5.2.2 ...À L'IMPORTANCE MAJEURE DES JEUX D'ACTEURS.

Il nous a été très souvent confirmé que **l'engagement réel d'une démarche de coopération était « personne-dépendante »**. Lorsque les directeurs et/ou les présidents de CME des établissements concernés, par exemple, se murent dans un désaccord ou une rivalité, il n'y a que peu de chance d'aboutir à une coopération véritable – jusqu'au changement d'acteurs. Les responsables hospitaliers de terrain, ainsi que les responsables politiques ou les autorités de régulation, n'ont pas toujours joué le jeu de la coopération, pour des raisons plus ou moins objectives et rationnelles selon les cas. La question des relations individuelles entre décideurs reste essentielle, même avec les nouvelles dispositions issues de la réforme. Lors de certaines réunions régionales par exemple, le cas de certains hôpitaux nous a été présenté, qui avaient poursuivi par le passé des stratégies individualistes volontairement contradictoires, conduisant jusqu'à la rupture, voire jusqu'au risque de fermeture de l'un ou des deux sites, pourtant voisins de quelques kilomètres. Des changements de responsables, une réaction heureuse en phase de crise, une incitation forte de l'agence, la mise en commun des directions, ont en l'occurrence permis de rebondir.

Au total il nous semble que le territoire est aujourd'hui un enjeu bien identifié par les hospitaliers et que des adaptations réglementaires ou tarifaires doivent être envisagées afin de faciliter les coopérations et de limiter les déviations ou les concurrences inutiles.

5.3 TROISIÈME CONSTAT- UN BESOIN D'INFORMATION ET DE FORMATION

Le troisième élément saillant correspond au déficit de connaissance et d'appréhension par une partie des responsables hospitaliers d'une vision globale et cohérente des réformes, notamment celles induites par HPST et des outils qui en découlent.

5.3.1 UNE CAPACITÉ D'ADAPTATION AUX RÉFORMES ÉPROUVÉE PAR L'EXPÉRIENCE...

On sait que ces réformes s'inscrivent dans un mouvement continu, depuis la loi EVIN-DURIEUX de 1991, puis les Ordonnances MATTEI de 2003 et 2005, la mise en place de la nouvelle gouvernance constituant, au titre des mesures d'organisation interne, la partie la plus visible de ces évolutions. Reste que l'ensemble est complexe, changeant, difficile à appréhender.

Au cours de nos débats est apparue une **forte demande d'information, de documentation sur les outils ou les expériences, et de formation**. Nous avons souvent constaté que les débats menés en séance sur telle ou telle expérience de terrain avaient une vertu pédagogique, facilitant la réflexion et l'appropriation. Les réformes ont profondément modifié les schémas traditionnels et introduit de nouvelles pratiques de management interne ou de coopération territoriale, créant des structures et des instances dont la mise en œuvre a pu être complexe.

Face à ces contraintes, par pragmatisme et par nécessité, le déploiement des nouvelles règles d'organisation interne a été pris en main par les personnalités ou les groupes les plus engagés dans la vie institutionnelle de leur établissement, à la direction, à la CME, parmi les cadres de santé. Ces responsables, du fait de la charge de travail supplémentaire induite par ces transformations, ont pu se concentrer sur leur action sans avoir le temps de partager suffisamment les informations avec l'ensemble des équipes hospitalières, surtout dans les établissements dont les effectifs d'encadrement au sens large ne permettent pas de multiplier les groupes de travail.

5.3.2 ...QUI DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE ET MIEUX PARTAGÉE.

Il en découle en retour un déficit d'information, sans même parler de formation, ressenti par le plus grand nombre, qui crée une césure entre un noyau médical, soignant, managérial, dirigeant et informé, et une partie de l'encadrement médical et non médical qui peine à saisir le sens des changements introduits par la législation, voire qui les rejette. Cet encadrement n'est donc pas toujours en situation de jouer pleinement un rôle de vecteur et de pilote des changements, d'initiateur des nouveaux dispositifs organisationnels dont la mise en œuvre

est prévue par les nouvelles réglementations. De nombreux cadres médicaux et non médicaux maîtrisent toutefois une partie significative des éléments du nouveau contexte réglementaire, en pratique ceux qu'ils utilisent au quotidien (singulièrement : le fonctionnement des pôles, le rôle du directoire...) mais nombreux sont ceux qui n'ont pas une vision précise des changements d'ensemble introduits dans la gouvernance ou qui regrettent l'absence de vue transversale et cohérente qui leur soit accessible.

Ce besoin de formation et/ou d'information n'est pas pleinement satisfait par la formation des chefs de pôles prévue par la réforme. Cette formation est naturellement indispensable mais nous pensons qu'elle doit plutôt être envisagée systématiquement comme une formation du « trio de pôle », et plus volontiers en réunissant plusieurs pôles. Cela permet en effet de favoriser une dynamique d'équipe **et** une dynamique d'établissement. Dans certains cas la formation peut être envisagée inter-établissements.

Mais il est question ici de la formation-information des équipes hospitalières au sein des services et des pôles.

5.4 QUATRIÈME CONSTAT- LA DEMANDE D'UNE ACCALMIE RÉGLEMENTAIRE

5.4.1 UN SENS CLAIR DES RÉFORMES ET DES RÈGLES DE DROIT...

Le quatrième point saillant commence par la mesure du **légalisme des équipes hospitalières**. On pourrait juger cette remarque superflue ou déplacée, s'agissant de fonctionnaires ou d'agents publics, et d'établissements qui revendiquent leur appartenance au service public... C'est pourtant un constat frappant si l'on considère les débats récents sur le contenu des réformes hospitalières, ou de la contestation parfois vive de certaines de leurs dispositions.

Désormais, comme cela nous a été souvent dit au détour des rencontres régionales, ***la loi étant votée, on l'applique !*** Même lorsqu'on n'en partage pas nécessairement les orientations. Ce côté légaliste, rassurant pour le positionnement de l'hôpital public dans l'édifice institutionnel du pays, oblige en retour l'État à faire preuve d'une plus grande rigueur dans son discours et dans sa pratique.

Car le caractère peu pragmatique de certains textes législatifs ou réglementaires est tel que les acteurs affirment sans hésitation qu'il faut ***savoir les contourner pour rester efficace*** sur le

terrain. La multiplication des textes, des circulaires, et plus récemment des instructions¹, crée une **impression de foisonnement infini et de changement permanent** qui perturbe beaucoup l'action.

En contrepoint de cette remarque il faut ajouter que les hospitaliers et leurs établissements ont, par ailleurs, toujours eu une **certaine capacité à s'affranchir plus ou moins de règles de droit** qu'ils jugeaient, à tort ou à raison, « inapplicables », et à trouver le moyen de les adapter à leur contexte. Le légalisme général des hospitaliers n'exclut donc pas un fort esprit de « débrouillardise » et d'ajustements locaux qui, sans pouvoir être ici justifiés de manière générale, permettent aussi d'éviter parfois les ruptures de fonctionnement.

Entre demande de droit et demande d'autonomie, entre tradition gauloise et tradition jacobine, la contradiction ne sera jamais totalement résolue...

5.4.2 ...POUVANT ÊTRE COMPROMIS PAR DES CONDITIONS IRRÉALISABLES DE MISE EN ŒUVRE.

Reste que les tensions ressenties à l'égard des nombreux changements de réglementation ces dernières années sont fortes. On ne sait plus toujours distinguer ce qui est durable, ce qui est caduc, ce qui pourrait être prochainement adopté et qui doit par conséquent être anticipé... Cette situation, ce n'est pas contestable, gêne et inquiète des responsables qui se sentent en insécurité juridique, notion qui participe nettement au malaise aggravé par les injonctions paradoxales et l'avalanche de textes, en particulier concernant les mesures de sécurité sanitaire et de gestion des risques.

Nombre de responsables, directeurs comme médecins, ont des difficultés à suivre ce flot et ses complexités tumultueuses, tout en assurant la gestion au quotidien de leur structure, et craignent désormais l'erreur accompagnée de ses conséquences juridiques ou judiciaires, même des années plus tard. Un paradoxe significatif réside dans le fait que **la décision est vécue comme toujours plus partagée, et la responsabilité pénale comme toujours plus individuelle**. Ces éléments, assez mal pris en compte à ce jour dans le vécu des responsables médicaux et des directeurs, contribuent à freiner l'action.

En outre, ces changements ou ajouts fréquents pèsent sur l'efficacité des services et des établissements, qui doivent consacrer une **énergie jugée trop importante à la mise en œuvre des dispositions réglementaires changeantes ou des nouvelles circulaires**, surtout lorsque certaines sont vécues comme déconnectées des réalités de terrain, et plus encore lorsque des enquêtes ou questionnaires volumineux s'ajoutent par ailleurs.

¹ Le fondement juridique du terme « instruction » interroge, s'agissant d'établissements autonomes n'ayant pas de lien hiérarchique avec les services centraux auteurs de ces textes. Le choix de ce vocabulaire peut contribuer à donner le sentiment d'un retour à une organisation administrative traditionnelle.

C'est pourquoi les équipes hospitalières aspirent incontestablement à **une plus grande stabilité des normes** en vigueur ainsi qu'à **l'assurance d'un soutien** en cas de difficultés de mise en œuvre.

5.5 CINQUIÈME CONSTAT- DES RELATIONS (ENCORE) COMPLEXES AVEC LES AUTORITÉS DITES « DE TUTELLE »

Le **cinquième fait saillant** concerne les **relations entre hospitaliers et autorités sanitaires**, que l'on appelle encore fréquemment « tutelles » même si le terme est impropre, singulièrement les Agences Régionales de Santé. La place majeure des ARS dans l'organisation sanitaire et médico-sociale aujourd'hui n'est ni à détailler, ni à contester tant leur présence, parfois leur ombre tutélaire, transparait dans tous les débats auxquels la mission a pu prendre part.

5.5.1 LE MODÈLE A SUSCITÉ DE FORTES ATTENTES...

Vis-à-vis des Agences, l'attente des hospitaliers a été et reste particulièrement forte, en termes de cohérence générale mais aussi en termes d'impulsion, de régulation, d'arbitrage régional, de compensation des déséquilibres territoriaux ou inter-spécialités, de soutien aux projets, de soutien aux équipes. En considération des débats qui ont eu lieu à l'occasion du rapport Larcher ou de la préparation de la Loi HPST, on peut affirmer deux constantes :

- La **Crainte d'un modèle de type « AP-Régionales »**, évoqué depuis les années 1990 comme un système de « centralisation régionale » des hôpitaux publics sous une forme inspirée de ce qui existe à Paris, a toujours marqué les esprits des hospitaliers et les marque encore ;
- La mise en place des ARS était majoritairement souhaitée par les hospitaliers, envisagées comme intégratrices entre sanitaire et médico-social, entre ambulatoire et établissements, et comme chargées ab initio de valider une véritable stratégie régionale fondée sur des indicateurs sanitaires et médico-sociaux.

La question des relations entre les établissements et les autorités sanitaires est ancienne, pratiquement naturelle pour le monde hospitalier. Elle est apparue dans la plupart des réunions, permettant d'apprécier leur évolution. Nous pouvons évoquer ici un ressenti, fondé sur les remarques formulées lors des rencontres, non une analyse scientifique ou documentée. Toutefois **plusieurs milliers de professionnels hospitaliers** rencontrés dans une courte période de temps, souvent impliqués dans la conduite des institutions internes, et peu portés au discours polémique ou dogmatique, **représentent un échantillonnage intéressant**.

Au vu de la tonalité des débats régionaux, force est de constater que les ARS sont souvent perçues comme une **nouvelle bureaucratie administrative**, certes encore en phase de construction et/ou de consolidation, **soumise à une très forte pression centrale et à des injonctions constantes**.

Les équipes hospitalières ont le sentiment que leur sujet central de préoccupation est essentiellement financier et que leurs services internes sont majoritairement tentés par le contrôle, métier d'origine de diverses équipes composant les agences, plus que par la régulation en santé publique, la stratégie ou l'impulsion. Les circuits de décision internes aux agences apparaissent encore obscurs ou complexes aux acteurs de terrain – qui toutefois ne se donnent pas toujours les moyens d'éclaircir les choses. Mais l'identification des interlocuteurs habilités à trancher est majoritairement jugée difficile, la formulation des dossiers de demande très lourde avec des documents à produire comportant souvent plus de 100 pages ; les responsables hospitaliers s'interrogent sur l'exploitation de ces dossiers par les services des agences, sur leur plus-value dans le processus de décision, dossiers dont le retour est parfois difficile à apprécier ; les ARS ne sont cependant pas responsables de cet état de fait, qui correspond à une évolution nationale et préoccupante de la taille et de la fréquence des dossiers d'autorisation, d'évaluation, de renouvellement...

Les établissements ont généralement le sentiment que les délais de réponse des agences à leurs demandes sont longs, tandis que les sollicitations qu'ils reçoivent seraient de plus en plus souvent présentées comme « urgentes », nombre de méls demandant une réponse « par retour »...

Nos interlocuteurs dans les régions ont pointé la difficulté des échanges avec les échelons intermédiaires des Agences, et regretté le **déplacement du « curseur partenarial »** vers une tentation d'immixtion dans la gestion interne, en s'éloignant de l'accompagnement contractualisé.

Dans le même esprit les responsables hospitaliers s'interrogent sur **le décalage**, qui apparaît à leurs yeux, **entre l'incitation à adopter un management actif**, moderne, déconcentré, fondé sur la conduite de projet, la qualité et la subsidiarité, destiné à rénover le service public hospitalier... **et la construction de structures régionales de régulation** qui semblent mettre en œuvre un modèle administratif classique, centralisé et hiérarchisé. La situation du DG d'ARS a été plusieurs fois évoquée, comme celle d'un responsable particulièrement sollicité et souvent difficile à atteindre du fait de l'étendue de ses obligations, mais aussi de son positionnement.

La perception des acteurs hospitaliers est donc assez critique : tentation d'intervenir dans la gestion interne, sollicitations nombreuses émanant des différents services des agences, parfois redondantes et sans coordination visible entre eux ; suivi complexe et peu compréhensible de multiples indicateurs, dont l'utilisation n'est pas toujours précisée et qui s'ajoutent aux sollicitations nationales ; masse considérable d'informations à fournir, dont l'utilisation réelle pose question ; multiplication des réunions et des déplacements de responsables déjà très sollicités par ailleurs, sans que ces démarches soient suffisamment décisives ou conclusives ; relations parfois perçues comme autoritaires ou exclusivement financières ; management des hommes parfois douloureusement ressenti ; **caractère chronophage** de ces évolutions. Un directeur exposait lors d'une réunion : « depuis ces nouvelles règles de relation, le président de CME et moi ne sommes plus maîtres de notre propre agenda ».

Le temps consacré aux sollicitations des services régionaux ainsi qu'à la régulation devrait être évalué à l'aune de la plus-value apportée au fonctionnement hospitalier, mais aussi de l'efficacité du système, afin d'adapter les méthodes mises en œuvre.

5.5.2 ...QUI SE HEURTENT AU CONTEXTE ET AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.

Il y a naturellement des éléments de contexte, et des éléments culturels, à prendre en compte pour éclairer cette situation. **La mise en place des ARS a été une entreprise très complexe et difficile** : rassembler, tout en assurant la continuité de l'action publique, des structures aussi diverses et des personnels de statuts aussi différents dans un calendrier contraint entraîne inévitablement une période de tension, de préparation, de réorganisation, qui demande un temps important dont le terme exact ne peut jamais être identifié à l'avance – les restructurations hospitalières en témoignent. Cette phase de restructuration absorbe inmanquablement l'énergie du staff dirigeant de l'Agence, tout particulièrement de son directeur général, **et n'est pas encore achevée** : il s'agit d'institutions jeunes en regard de l'ancienneté du système.

Par ailleurs, les EPS avaient acquis une certaine habitude de relations aisées avec leurs autorités de référence : ils travaillaient auparavant avec les ARH, petites administrations de mission agissant dans un cadre relativement simple et clair, avec une connaissance mutuelle forte et un accès plutôt facile au directeur. Cette situation présentait un confort indéniable. Tel n'est plus le cas dans le ressenti évoqué lors des rencontres ; les responsables hospitaliers évoquent le sentiment de travailler avec une structure régionale de grande taille qu'ils ont du mal à appréhender, dont certains échelons intermédiaires peuvent être marqués par une méconnaissance relative du monde hospitalier.

Cependant il est noté dans les rencontres régionales que **plusieurs ARS** ont pu mettre en place un **management régional et territorial efficace**, soutenant des projets de recomposition et valorisant les acteurs locaux, soutenant leurs initiatives ou sachant les susciter, parfois en tranchant les litiges qui perduraient localement. Dans ces cas-là on sent très nettement la force que peut donner un lien de confiance bien établi entre l'Agence et les principaux établissements d'un territoire. Toutefois, il faut reconnaître que ce n'est pas ce mode de fonctionnement qui a été le plus souvent évoqué à ce jour.

Ce tableau peut paraître sévère : il importe toutefois de traduire objectivement ici le ressenti des intervenants hospitaliers et des participants, tel qu'exprimé lors de nos déplacements. L'équipe mission considère donc que ces éléments de ressenti jouent actuellement un rôle important dans la relation entre les établissements et les autorités de régulation, et par là même peuvent influencer sur l'efficacité des politiques publiques ou l'organisation concrète du système de santé au plus près des citoyens. Il s'agit **d'un écho important à connaître**, sachant que les professionnels considèrent par ailleurs que la situation économique du pays nécessite des efforts et que, par conséquent, **la pression exercée sur les ARS** est certainement très forte dans une période de maîtrise budgétaire.

Ajoutons que **la critique de l'autorité extérieure** a toujours été, et reste aujourd'hui encore, une **tendance forte de la culture hospitalière**, qui n'est pas à l'abri des contradictions. On souhaite un régulateur renforcé et indépendant des contingences politiques locales, mais on en critique rapidement l'apparente toute-puissance. On revendique l'autonomie la plus large mais on attend parfois de l'autorité régionale qu'elle tranche les conflits locaux. On regrette l'excès de règles, normes, instructions extérieures, mais on demande des arbitrages et parfois de nouveaux textes...

Bref, il faut à l'évidence faire la part des choses dans l'expression du ressenti des établissements et des agences, qui ont encore besoin de temps pour caler leurs relations. Reste qu'une meilleure communication apparaît nécessaire, appuyée sur une simplification des circuits de concertation et de décision dans le cadre d'un travail plus collaboratif que hiérarchique.

Il est ici précisé que les deux coordonnateurs de la Mission hôpital public ont rencontré les Directeurs généraux d'ARS à deux reprises dans le cadre de leur séminaire mensuel :

- au démarrage de la mission pour évoquer la démarche et le calendrier,
- puis peu avant l'établissement du rapport final, afin de donner une restitution « à chaud » des éléments recueillis pendant les rencontres, notamment ceux relatifs aux relations établissements-ARS.



6 SYNTHÈSE ET LIGNES DE FORCE DES ÉLÉMENTS RECUEILLIS AU COURS DES RENCONTRES

Nous évoquerons ici les principaux constats recueillis dans le cadre des rencontres régionales. Le recueil n'est évidemment pas exhaustif et ne recouvre pas toutes les observations formulées sur le terrain. Il s'agit de retracer les éléments qui nous paraissent les plus significatifs, sur la gouvernance, les instances, les acteurs, les autorités, les coopérations.

6.1 LA GOUVERNANCE INTERNE EST EN PLACE

6.1.1 LES NOUVELLES INSTANCES ONT ÉTÉ MISES EN OEUVRE

Le cadre général issu de la loi HPST fait suite aux précédentes réformes de la gouvernance interne des établissements publics de santé, qu'il complète ou modifie sur plusieurs aspects importants. Qu'il soit contesté ou non par les acteurs rencontrés, ce cadre général est aujourd'hui en place, au moins formellement, dans la plupart des établissements hospitaliers concernés.

Le principe d'une organisation à quatre niveaux apparaît : contrôle de la gestion et avis sur la stratégie exercé au Conseil de surveillance ; conduite de l'exécutif et pilotage de l'établissement par le directeur avec le directoire, en soulignant l'importance du lien présidence – vice-présidence de celui-ci ; concertation interne et contribution aux réflexions d'établissement dans les instances CME, CTE, CSIRMT ; conduite opérationnelle au sein des pôles. La CME conserve naturellement un rôle spécifique dans cet édifice.

Toutefois des débats importants existent encore et des avis parfois opposés, comme on le verra, sur le fonctionnement ou le positionnement de certaines instances, notamment conseil de surveillance et CME.

.A LES ÉQUILIBRES DE LA GOUVERNANCE NE SONT PAS MAJORITAIREMENT REMIS EN CAUSE

Les Conseils de surveillance ont été constitués et, malgré les débats qui ont lieu jusqu'à ce jour sur leur rôle nouveau et leurs attributions modifiées, ils se réunissent et fonctionnent. Les directoires sont fortement positionnés, et leur composition définie par le président du directoire en accord avec le président de CME (et le doyen dans les CHU) dans la plupart des cas. Ils fonctionnent généralement bien et permettent alors une réelle concertation stratégique, qui prépare les décisions. Les conseils exécutifs restent toutefois un modèle regretté. Les pôles sont constitués et leurs responsables désignés ou renouvelés, généralement dans le consensus, même si la mise en place opérationnelle des pôles est très variable selon les établissements.

Il y a de nombreux débats d'opinion sur les orientations de la loi HPST. Toutefois la mission a relevé l'absence de remise en cause fondamentale ou unanime des grands équilibres internes résultant des réformes engagées depuis une dizaine d'années. Il ne nous a pas été présenté de demande de bouleversement des règles actuelles :

- En dehors de situation locales ou individuelles spécifiques, et évidemment critiquables, la **relation directeurs-présidents de CME** est généralement **jugée apaisée et constructive** sur le terrain, même si des **crain**tes continuent d'être manifestées en cas de « dérapage » ou de comportement déviant de l'un des acteurs (crainte de la « toute puissance du directeur » par certaines communautés médicales ; crainte de la « prééminence des praticiens » dans les instances de pilotage par certaines équipes de direction...) ; il s'agit à l'évidence de la question des contre-pouvoirs, mais aussi de la confiance mutuelle entre acteurs – qui nous semble être en train de s'installer².
- Le **rôle accru du directoire** comme instance de pilotage stratégique, de préparation des décisions, associant direction et responsables médicaux, est reconnu ;
- Le rôle croissant **des chefs de pôle et des cadres** supérieurs de pôles est également admis, marquant la **maturité du modèle polaire** dans les grands établissements, sans que ce constat puisse être élargi à l'ensemble des hôpitaux.
- A contrario, la situation des services ou structures internes aux pôles et la place des médecins responsables de ces structures, l'équilibre général et le positionnement des différentes instances internes, les contraintes et les limites de la T2A, les obstacles juridiques incompris, sont parmi les sujets sur lesquels les critiques des acteurs sont les plus fortes.

Malgré le poids des changements introduits par cette réforme, la charge de travail subséquente, et les controverses ou désaccords qu'elle suscite jusqu'à ce jour, **les hôpitaux et leurs responsables ont été en mesure de mettre en œuvre concrètement l'essentiel des nouvelles dispositions d'organisation, sans créer de rupture dans le fonctionnement de la mission principale de l'hôpital** : accueillir et soigner des patients, former des professionnels, mener des activités de recherche.

.B LES RÉORGANISATIONS INTERNES DEMANDENT TEMPS, PATIENCE, STABILITÉ

Ce constat est conforté par l'enquête récente de la DGOS sur la mise en place des outils de la réforme HPST dans les établissements³ : l'essentiel est fait sur le plan institutionnel, mais il reste de nombreux éléments à déployer. Beaucoup d'outils, par exemple les contrats de pôle ou les projets de pôle, ne sont pas mis en œuvre dans leur plénitude, pour de multiples motifs, tant d'appropriation culturelle que par absence des prérequis indispensables, comme

² Au cours du déroulement de la Mission, l'actualité a fourni des exemples de situations bloquées ou de confrontations locales, heureusement isolées mais parfois spectaculaires, dans des établissements hospitaliers. Ces situations spécifiques peuvent focaliser les inquiétudes des praticiens ou des directeurs. Elles sont regrettables et parfois condamnables, et appellent l'intervention plus rapide des autorités de régulation.

³ Enquête DGOS auprès de 904 établissements publics de santé, juillet 2011, publiée en octobre 2011.

la généralisation des outils de pilotage et de système d'information, y compris dans des secteurs ou disciplines non concernés actuellement par la T2A.

Aujourd'hui, il reste encore à faire pleinement vivre ce cadre et cela demande une mobilisation significative, de la patience et de la stabilité.

Il est d'ailleurs fréquemment souligné qu'il est **difficile de faire circuler efficacement l'information** aux différents niveaux de la nouvelle Gouvernance, et **notamment au sein des pôles**. Les Chefs de pôles signalent leurs difficultés sur ce point, notamment entre les services ou unités et structures internes aux pôles. De même pour les infirmiers et personnels de terrain, et pour les praticiens hospitaliers n'ayant pas d'implication institutionnelle, le pôle ne signifie pas encore grand-chose et **la référence reste souvent au service**, dont les contours à la fois fonctionnels et géographiques sont mieux identifiés.

En CHU, la formation universitaire et les pratiques très spécifiques (recours, référence, expertise hautement spécialisée...) **restent l'apanage du service**, à moins de se trouver devant un pôle monothématique et de grande taille. Dans cette catégorie d'établissements les praticiens soulignent l'importance du projet hospitalo-universitaire : pour assurer la pérennité des pôles dans ces établissements, il est impératif d'adopter une organisation en **pôles véritablement « HU »** avec une dimension recherche et enseignement.

Le retard pris dans l'application de certaines dispositions, sans doute inévitable compte tenu de l'important changement culturel et de la charge de travail que cela induit (deux éléments manifestement sous-estimés), témoigne très concrètement du besoin des établissements de gérer ces adaptations avec le temps nécessaire.

6.1.2 « PAS DE NIÈME RÉFORME DE LA RÉFORME »...

Contrepartie aux efforts consentis pour suivre les dernières réformes et mettre en œuvre leurs outils, souhait de stabilité dans le grand mouvement de transformation statutaire et juridique de ces dix dernières années, besoin de consacrer plus de temps et d'énergie à la conduite des activités prioritaires de l'hôpital, les professionnels expriment largement une demande d'accalmie réglementaire... Cette attente a été exprimée de façon générale lors des rencontres régionales, aussi bien par ceux qui ont une lecture positive de la réforme que par ceux qui la critiquent : les hospitaliers ont besoin de **stabiliser le cadre de fonctionnement** des établissements qu'ils animent.

Et au-delà des responsables soignants ou managériaux, c'est le corps social hospitalier dans son ensemble qui manifeste un véritable besoin de digérer et de métaboliser la nouvelle gouvernance.

Les responsables hospitaliers rencontrés dans le cadre de la mission Hôpital Public demandent une « pause » dans l'adoption de textes, de nouvelles réformes ou de nouvelles dispositions réglementaires applicables aux structures dont ils ont la charge.

Le sentiment de foisonnement excessif des directives, textes, normes, règlements, circulaires, guides et recommandations dans la période récente, est fréquemment exprimé. Ce sentiment de pression réglementaire s'ajoute aux observations relatives à l'évolution des dossiers d'autorisation, volumineux et exigeants en temps, et des procédures de contrôle. On peut affirmer que la mise en place du cadre actuel de pilotage des hôpitaux a été l'occasion de multiples réflexions dans les établissements, parfois très approfondies, sur les organisations internes et externes et a mobilisé beaucoup d'énergie et de ressources même si les situations sont variables selon les établissements. Les acteurs ressentent parfois la multiplication des textes comme une méconnaissance de leurs contraintes, et comme une sous-évaluation de leurs compétences ou de leur capacité à agir de manière autonome.

Des remarques fréquentes concernent **le temps consacré à la mise en œuvre des réformes** de l'organisation interne, temps qui n'est d'ailleurs pas compensé pour les intéressés, ni prévu dans les tarifs d'hospitalisation, alors qu'il pèse inévitablement sur les activités des établissements publics et/ou sur leurs charges générales, d'autant que les plus impliqués dans le déploiement des règles institutionnelles sont, souvent, des acteurs importants de l'activité clinique. Les hospitaliers soulignent que les établissements privés, même s'ils sont soumis eux aussi à une réglementation complexe, ne suivent pas les mêmes réformes. Les établissements publics demandent donc, sur ce point, à ne pas être constamment placés en situation de fragilité organisationnelle dans un contexte régional marqué par une concurrence croissante entre les différents univers de la santé.

Plus largement, ces différentes remarques témoignent de **l'implication, désormais très claire**, de l'ensemble des responsables hospitaliers publics **dans la valorisation de leurs activités** et la maîtrise des éléments financiers. Il s'agit d'un basculement culturel majeur et très net.

6.2 LES INSTANCES TRAVERSENT DES ÉVOLUTIONS TRÈS IMPORTANTES

6.2.1 LE CONSEIL DE SURVEILLANCE (CS)

Le conseil de surveillance, dans sa composition actuelle, malgré le tournant historique tant dans sa présidence que dans son rôle, ne soulève pas de difficulté majeure de fonctionnement **technique**. Cette instance a pu être constituée dans les délais et débiter ses travaux sans rupture signalée, dans tous les établissements rencontrés.

.A UNE TRANSFORMATION DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS LOCALES

Les relations des hôpitaux avec, d'une part, les autorités sanitaires et, d'autre part, les élus locaux et collectivités locales ont toujours été riches et complexes. Issus pour partie des

anciennes congrégations, après avoir traversé une période de gestion troublée pendant la phase révolutionnaire⁴ les hôpitaux ou hospices ont été rattachés aux Communes par... le Directoire, en 1796 ! **Depuis lors, jusqu'à la loi HPST**, sous diverses formules juridiques et avec quelques évolutions, **les hôpitaux publics sont restés des établissements publics à caractère administratif et à rattachement communal**, hormis quelques exceptions, y compris les centres hospitaliers régionaux.

Ce lien s'est profondément modifié à travers les réformes successives de l'hôpital pour favoriser la gestion professionnelle de structures hospitalières de plus en plus complexes. Cependant, à chaque nouvelle étape, malgré les remarques ou les critiques qu'il suscitait, le rattachement des hôpitaux à une collectivité locale avait été systématiquement confirmé. Or c'est bien la loi HPST qui introduit, dans une indifférence surprenante – au moins initialement – une rupture très nette avec cet historique en « coupant » le lien organique commune-hôpital.

Il est vrai que le fonctionnement des conseils d'administration avait soulevé de nombreuses questions, notamment lorsqu'ils délibéraient sur les budgets sans assumer de responsabilité financière ou lorsque intérêts locaux et nationaux se confrontaient. La loi HPST a prolongé une évolution qui, depuis l'ancienne « commission administrative », a renforcé l'autonomie des établissements et fortement atténué ses liens avec la commune-siège.

Ces évolutions font aujourd'hui l'objet de **commentaires contradictoires**. En majorité, les hôpitaux publics paraissent se féliciter des nouvelles relations avec les collectivités territoriales, tout en souhaitant conserver un lien de collaboration efficace et suffisamment direct avec elles, et notamment avec la commune-siège.

⁴ ... et même une tentative de nationalisation avortée. La **Convention** avait intégré le patrimoine des hôpitaux aux biens nationaux et engagé leur vente ; le Comité de mendicité avait établi un programme national d'assistance qui ne fut jamais financé et encore moins appliqué. Par un extraordinaire clin d'œil de l'Histoire, **c'est en effet le ... Directoire qui, en 1795 et 1796 prononce le rattachement des hospices aux Communes**. La loi du 16 vendémiaire An V joue un rôle fondamental pour l'organisation interne des établissements, jetant les bases **d'une structure qui perdurera pratiquement jusqu'à la loi hospitalière de décembre 1941 !**

Pour illustration, ce texte publié à la section « administration hospitalière » du site internet des Archives départementales de Corrèze : « *La loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) en fixe les bases : " Les administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices civils établis dans leur arrondissement. Elles nomment une commission composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire". En l'an VIII, la surveillance des établissements hospitaliers échappe aux municipalités pour être exercée par le sous-préfet, et suite aux protestations, le ministre de l'Intérieur, Chaptal, reconnaît en floréal an IX "comme membres-nés de l'administration hospitalière, les maires des communes..."*. Par décret du 7 germinal an VIII (28 mars 1805), les nouveaux membres (...) sont désignés par le préfet sur une liste de cinq candidats présentés par la Commission elle-même. Enfin la loi du 5 août 1879, écarte les membres du clergé, et les commissions doivent comprendre, outre le maire, 6 membres dont 4 nommés par le préfet et 2 désignés par le conseil municipal. Ce système durera jusqu'à la loi du 21 décembre 1941. »

Il existe incontestablement **des observations et des critiques**, parfois âpres, sur la légitimité des changements par rapport aux anciens Conseils d'administration, notamment dans la **moindre mobilisation des élus des territoires de référence de l'établissement**⁵.

Ces critiques, qui apparaissent d'ailleurs dans le débat national, évoquent un **sentiment de perte de responsabilité locale et de « découplage »** entre, d'une part, l'établissement, les lieux de définition de sa politique et d'arbitrage de ses choix et, d'autre part, les représentants des collectivités et des populations du territoire. Cette critique émane plus volontiers de certains élus ou de membres de l'instance qui ont connu les deux systèmes, et moins fréquemment des responsables hospitaliers eux-mêmes.

.B DES INITIATIVES LOCALES À ENCOURAGER

Afin de pallier ces ressentis et de **contribuer à la motivation des élus ou des personnalités qualifiées membres des Conseils de surveillance**, certaines initiatives sont intéressantes à partager. Ainsi, un des CHU rencontrés organise des réunions thématiques destinées aux administrateurs (ou « conseillers »), consacrées à la présentation détaillée d'un aspect du fonctionnement de l'établissement ou de l'organisation territoriale, par exemple l'organisation de la cancérologie. Ces réunions ont un objectif de pédagogique et d'échange ; elles améliorent manifestement le fonctionnement de l'instance et lui permettent de surcroît de jouer un rôle d'interface entre la cité et l'hôpital. D'autres établissements, dans le même esprit, organisent en séance des présentations approfondies sur les thèmes ne relevant pas formellement des compétences de délibération de l'instance (i.e. listés comme matières dans lesquelles le CS est informé) mais en laissant se dérouler un débat qui tient pratiquement lieu d'une consultation.

Ces comportements pragmatiques signent la capacité du milieu hospitalier à **adapter le mode d'application des dispositions légales et réglementaires** afin d'en respecter les principes tout en permettant un fonctionnement accordé au contexte. L'hôpital reste une structure liée à son implantation locale, sa culture et son histoire, ses caractéristiques propres en regard desquelles les pilotes de l'établissement doivent agir avec discernement.

D'autre part, il convient de souligner une difficulté réelle, parfois majeure, liée à **la rigidité de la composition du conseil de surveillance** dans la loi. Les injonctions législatives sont complexes voire contradictoires concernant par exemple les instances des établissements siège de CHT, qui se doivent d'accueillir des représentants des autres établissements, sans pouvoir ni élargir la composition limitée à 15 membres, dont 5 élus, au maximum, ni adapter de manière satisfaisante cette composition à l'existence de plusieurs communes de référence. Cette observation s'applique de la même manière aux opérations de fusion, le Conseil du

⁵ On note sur ce point l'enquête menée par la DGOS et les données communiquées par le ministère selon lesquelles le Maire reste le président élu du conseil de surveillance dans l'immense majorité des cas.

nouvel établissement ne pouvant être adapté aux différentes « communes siège ». Elle s'applique aussi, quoique de moindre manière, aux directions communes.

Enfin, la composition du Conseil de surveillance a fait l'objet de critiques en regard de son **dimensionnement trop uniforme**, quelle que soit la taille de l'établissement, alors qu'il n'y a que peu de comparaison, sur ce point, entre un ancien hôpital local devenu formellement « centre hospitalier » s'il dispose de quelques lits de médecine et situé dans une petite commune, et un CHRU de plusieurs milliers de lits situé dans une capitale régionale. Cette remarque se retrouvera, de même, dans les commentaires relatifs au Directoire.

La réglementation devrait selon nous intégrer, dans ce domaine également, des marges de souplesse permettant aux établissements d'ajuster leur organisation.

6.2.2 LE NOUVEAU DIRECTOIRE

Il n'est pas contestable que **le Directoire a pleinement trouvé sa place** dans l'édifice institutionnel interne aux hôpitaux publics. Cette instance, même discutée par ses éventuels détracteurs qui en contestent l'effectif trop étroit ou les compétences trop étendues, est aujourd'hui reconnue comme le **lieu majeur de la concertation stratégique et du pilotage institutionnel** associant la direction et les représentants du corps médical.

.A LA DISPARITION DU CONSEIL EXÉCUTIF FRÉQUEMMENT REGRETTÉE

La mise en place du Directoire a pu prendre appui sur **l'expérience, très réussie et manifestement appréciée dans la plupart des établissements rencontrés, des Conseils exécutifs** introduits par l'Ordonnance de mai 2005. Le Directoire est pratiquement toujours conçu et présenté comme la suite du Conseil exécutif, ce dernier étant manifestement regretté d'un grand nombre d'hospitaliers, parmi lesquels se comptent d'ailleurs plusieurs membres de la Mission.

En effet, le Conseil exécutif permettait une représentation relativement équilibrée des composantes internes de l'établissement, qui ne peuvent aujourd'hui toutes siéger au Directoire. Par ailleurs il avait trouvé dans la plupart des cas un fonctionnement satisfaisant et une tonalité efficace et sa composition paritaire était souvent appréciée.

Quoi qu'il en soit le Directoire est désormais le lieu du dialogue institutionnel supérieur entre direction et responsables médicaux, et de la préparation effective de toutes les décisions significatives, tant stratégiques qu'opérationnelles. Les établissements rencontrés confirment que les membres du Directoire parviennent à concilier leur rôle de représentation et leur responsabilité institutionnelle, sans qu'il existe trop d'ambiguïté au sein de l'instance : en général, quel que soit leur mode de nomination, les membres savent qu'ils doivent exercer au Directoire un rôle plus transversal que celui relevant de leur spécialité d'origine.

Tous soulignent que l'ancien Conseil exécutif, comme le nouveau Directoire, ont permis un **rapprochement important et une bien meilleure compréhension** entre les préoccupations médicales, soignantes, managériales de l'établissement.

Ce partage des objectifs et des points de vue entre « soins » et « gestion », autrefois artificiellement opposés, est un acquis très important des différentes évolutions de la gouvernance depuis plusieurs années : il est absolument essentiel de le préserver pour l'avenir. En ce sens, les membres de la mission considèrent qu'il faut absolument éviter de raviver toute querelle opposant directeurs et médecins, soignants et gestionnaires, praticiens et soignants, comme cela a pu exister auparavant.

Dans ce même état d'esprit, il conviendra de ***laisser aux établissements les marges d'organisation qui leur paraissent nécessaire***. En effet, le modèle réglementaire a été souvent adapté par les responsables hospitaliers : outre la grande variabilité des modes de fonctionnement (fréquence de réunion, contenu des ordres du jour, modalité de diffusion des comptes rendus, etc.), la composition a été fréquemment ajustée en débord des règles fixées par la loi.

.B DE MULTIPLES FORMULES DE « DIRECTOIRE ÉLARGI »

Les Directoires peuvent ainsi voir leurs séances élargies, en permanence pour certains et sur invitation pour d'autres, soit aux membres de l'équipe de direction dont les compétences sont requises, soit aux chefs de pôle non membres de l'instance, soit à certains praticiens ou experts spécialisés et ceci de façon pérenne ou intermittente.

Il existe également des formules de « directoire élargi » réuni à échéance plus ou moins rapprochée. Par exemple, tel établissement convoque tous les trois mois un « Conseil Stratégique » qui associe les membres du Directoire, les autres chefs de pôles, les cadres supérieurs, l'équipe de direction.

La plasticité que les dirigeants hospitaliers ont su donner au modèle prévu par la loi, parfois perçu comme technocratique car intangible ou calqué sur des modèles entrepreneuriaux peu adaptés, constitue, au vu des expériences rapportées à la mission, l'un des éléments forts de la valeur ajoutée de l'instance, même s'il est un peu tôt pour une évaluation complète et factuelle sur la qualité des soins et l'efficacité.

Dès lors, ***une limite importante du concept de directoire concerne la rigidité absolue de sa composition et de sa taille***. Comme pour le Conseil de surveillance, force est de constater que les établissements de petite taille, singulièrement les anciens hôpitaux locaux à qui la loi impose des exigences absolument hors de portée compte tenu de leurs effectifs, ne sont pas en mesure de mettre en œuvre efficacement l'ensemble de ces mesures. Dans ces établissements, le directoire peut faire tout simplement doublon avec la CME, qui associe déjà les quelques praticiens de l'établissement, ceux-ci devant également assurer les multiples commissions restées obligatoires « de fait » puisque mentionnées dans de nombreux dispositifs ou procédures (par exemple : la certification) alors même qu'elles auraient été supprimées par la réforme... et qui peuvent se sentir en insécurité juridique s'ils ne mettent pas en place les instances formellement prévues dans le code de la santé modifié.

La plupart de nos interlocuteurs ont insisté, à plusieurs reprises, sur le caractère artificiel et arbitraire des limites numériques assignées par la réforme au Directoire, limites dont les grands établissements s'affranchissent en ayant des invités, mais que les petites structures subissent en sens inverse, sans aucune marge ni aucune souplesse.

On peut également évoquer les situations territoriales répondant à des spécificités réelles (exemple des établissements situés dans les Départements d'Outre-mer) qui sont mal prises en compte dans la loi.

De notre point de vue il sera **absolument indispensable d'adapter ces dispositions** afin de ne pas maintenir durablement des situations de « formalités impossibles », qui pourraient favoriser des contentieux et fragiliser les structures hospitalières concernées.

On peut d'ailleurs ici s'autoriser une interpellation qui dépasse sans doute les attributions de la Mission hôpital public : **faut-il vraiment faire appel à la Loi de la République pour fixer en détails la composition individuelle du directoire** des centres hospitaliers ? Ne pourrait-on, dans la Loi, s'en tenir aux principes généraux, aux limites essentielles, aux valeurs et aux orientations de portée nationale, et laisser ensuite les acteurs s'engager et assumer pleinement, en retour, leurs responsabilités ?

6.2.3 LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME)

La commission médicale d'établissement a sans doute été l'instance consultative dont le rôle, profondément modifié par la loi HPST, a fait le plus grand débat entre directeurs et praticiens, et au sein même de la communauté médicale.

.A UNE INSTANCE MAJEURE, DONT LE POSITIONNEMENT FAIT DÉBAT

Les élections des CME dans leur nouveau format se sont déroulées pendant la période de conduite de la mission. Lors de nos déplacements, comme dans nos propres discussions internes, nous n'avons naturellement pas échappé aux débats nationaux et aux tensions qui ont pu réapparaître entre les différentes représentations des corps professionnels.

Tout ceci alimenté et éclairé d'une part par les préconisations récentes du rapport Fourcade, d'autre part par la conduite d'une négociation syndicale entre le Ministre et les représentants des praticiens, l'ensemble en période d'élections professionnelles et, pour couronner le tout, à distance réduite d'importantes échéances politiques nationales dans la préparation desquelles on sait le rôle et l'influence des différents groupes de pression... L'annonce de la préparation d'un projet de modification du décret CME publié après HPST a renforcé la mobilisation de nos interlocuteurs sur cette thématique.

Les membres de la Mission Hôpital Public n'auront donc pas la prétention de détenir « la » bonne réponse à la question des attributions de la CME au sein des hôpitaux publics tant il est aisé de mesurer **combien ce sujet soulève de questions de principe et de pratique, sur lesquelles il n'existe pas d'unanimité à ce jour**. Mais les membres de la mission ont pu mener entre eux un débat sérieux et approfondi, fondé sur les constatations progressivement rassemblées au cours des déplacements régionaux.

Ils en retirent en particulier la conclusion qu'il serait irresponsable de raviver des tensions internes que les hôpitaux s'efforcent de dépasser, souvent avec succès, depuis le lancement des différentes réformes de la gouvernance : la réorganisation de la gouvernance et du

pilotage des établissements, comme évoqué plus haut, a permis d'apaiser les relations institutionnelles dans la plupart des hôpitaux rencontrés. Reste que **le débat existe sur la place de la CME dans l'équilibre interne de l'hôpital**, notamment parce que **cette instance symbolise**, aux yeux d'une part importante de la communauté médicale – mais aussi de l'ensemble des responsables hospitaliers – la reconnaissance accordée au **rôle spécifique des médecins** dans la conduite des missions d'un établissement public de santé.

.B UN CERTAIN FLOU ET DE LA DÉSAFFECTION

Les interrogations existant au sein des communautés médicales sur le rôle de la CME se manifestent par plusieurs voies.

Le premier constat, assez largement repris, est celui d'une moindre motivation des praticiens hospitaliers à s'investir dans l'instance. Nombre d'établissements ont signalé un **déficit de candidatures** et une plus faible participation aux élections des CME, mais aussi un **absentéisme plus marqué** au cours des séances de cette instance dans la période qui a précédé les élections.

Ce constat peut être modulé car la situation, au vu des rencontres, est hétérogène dans les territoires et varie selon les établissements.

Pour certains de nos interlocuteurs médicaux, la désaffection des médecins pour la CME préexistait à la loi HPST. Pour d'autres, il existe également des facteurs explicatifs qui résident dans le mode de **management** de l'instance. Pour d'autres encore, les difficultés de **positionnement** de la CME dans tel ou tel établissement avaient pour origine des **tensions individuelles** persistantes entre un chef d'établissement et un président de CME. Pour d'autres enfin, cette évolution est la traduction concrète d'un **déplacement des lieux d'influence** au sein des hôpitaux : les pôles et le Directoire ont pris un rôle fort d'orientation des choix institutionnels, qui étaient auparavant débattus presque uniquement en CME.

Le deuxième constat tient dans le **floU nettement ressenti quant au nouveau rôle de la CME en matière de qualité et sécurité des soins**, les textes réglementaires étant complexes et d'interprétation difficile pour les responsables médicaux. Certains affirment que cette attribution est essentielle et déterminante et qu'elle donne à l'instance une place plus importante que par le passé, si l'on considère son caractère très transversal et essentiel. D'autres y voient une thématique imprécise et de faible effet en regard du débat sur la répartition des moyens humains ou financiers. Les nouvelles CME étant en cours de constitution, il est difficile de tirer de ce constat des conclusions précises.

Le troisième constat est que la situation de la CME fait débat et reste un sujet sensible, avec une vision différente selon le point de vue des acteurs (directeurs et praticiens tout particulièrement). Les différences de vision, tant sur l'étiologie ou le diagnostic que sur les préconisations, ne sont pas constantes sur le terrain et ne rejoignent pas toujours la tonalité ni le contenu des débats nationaux. Les différences de point de vue, dans les établissements rencontrés, sont réelles mais ne sont toutefois **pas apparues comme radicales, n'entraînant localement que peu de conflits**. Il semble que la discussion ait souvent lieu en interne, associant particulièrement le directeur et le président mais aussi l'instance, voire le Directoire.

Une conséquence essentielle réside dans le relatif désinvestissement des praticiens souligné en premier point. Bien souvent, on a pu constater que directeur et président de CME recherchaient ensemble des solutions à cette situation, afin de faire vivre correctement l'instance.

Les directeurs d'établissements et les adjoints ont souligné leur attachement au rôle déterminant de la communauté médicale et affiché le souhait de la voir s'investir pleinement dans le fonctionnement institutionnel. La traduction de cette position se retrouve peut-être dans la composition des nouvelles CME, qui prévoit toujours un effectif nombreux (fixée désormais par le règlement intérieur de l'établissement dont le contenu est arrêté par le directeur). Mais les directeurs ont également rappelé que leur responsabilité personnelle, en regard des objectifs et des résultats de l'établissement, avait très fortement progressé.

Les présidents de CME et les praticiens ont souvent évoqué leur souhait d'être pleinement associés à la stratégie, rappelant qu'on ne peut conduire un projet médical sans impliquer le corps médical. Leur inquiétude apparaît devant certaines dispositions issues de la réforme qui confirment les pouvoirs du chef d'établissement. La réflexion souvent entendue est la suivante : *« aujourd'hui, chez nous, les choses se passent bien et nous nous entendons bien. Mais que se passera-t-il demain si un responsable change et met en œuvre une nouvelle politique ? »*

Dans les deux cas il faut manifestement du temps pour que le principe de confiance entre les acteurs, déjà acquis dans la plupart des cas, se stabilise et devienne le mode de fonctionnement ordinaire des hôpitaux.

.C DES RÔLES TRADITIONNELS EN ÉVOLUTION

Outre les évolutions légales et réglementaires, il existe sans doute des explications contextuelles ou sociologiques à la transformation du fonctionnement des CME. L'hôpital change et suit certaines évolutions de la société en général, dont le rapport avec le corps médical change. Les équilibres internes ont évolué en suivant ces transformations.

On peut notamment souligner que les chefs de service ou de discipline détenaient autrefois la totalité du leadership médical et, tout particulièrement dans les CHU dont les services pouvaient être de grande taille (jusqu'à ressembler parfois à ce que l'on appelle aujourd'hui « pôle »), garantissaient l'aura médicale, scientifique et universitaire de l'établissement. Parmi eux, dans les CHU en particulier, ou encore pour ceux qui avaient pris le parti de ne pas s'investir dans la « nouvelle gouvernance », nombreux sont ceux qui peuvent aujourd'hui se sentir écartés d'un circuit de décision qui a été modifié par les réformes successives (création des pôles, attributions du Conseil exécutif puis du Directoire). Dès lors il est inévitable que certains chefs de service aient le sentiment d'être en partie « déclassés » par l'institution à laquelle ils avaient donné leur investissement personnel. Pour certains praticiens il existe *ipso facto* un véritable ressenti de « décrochage » entre le pouvoir médical (Directoire et Chefs de pôle) et le reste de la communauté médicale, notamment dans le cadre des recrutements médicaux.

Le leadership des chefs de service, malgré les fréquents conflits de pouvoir internes à la CME ou à la communauté médicale, donnait effectivement une assise particulière à l'instance.

Aujourd'hui ce leadership médical est au moins partagé avec les chefs de pôles, sinon directement assumé par eux, dans un rôle qui prend une importance croissante : la conduite des projets médicaux et de la stratégie médicale, la gestion des parcours professionnels ou des carrières à moyen terme des médecins, le choix des investissements biomédicaux. Le chef de service détient une responsabilité centrée sur l'expertise médicale dans une spécialité, l'animation de l'activité clinique et la recherche de l'amélioration ou de l'excellence dans la pratique, ce rôle pouvant paraître limité en regard des pratiques antérieures : les attributions « de fait » qu'un chef de service détenait autrefois pour les choix d'équipement, la création des postes médicaux, la répartition des moyens humains, ont perdu de leur importance. Ces questions sont arbitrées à un niveau supérieur : le pôle, qui a la dimension utile pour ce faire, et l'institution « hôpital », qui est sans doute plus clairement gouvernée qu'auparavant et se résume moins à une juxtaposition de services.

Les chefs de service, chefs d'équipe médicale, gardent cependant une importante capacité d'influence sur leurs collègues et peuvent donner le ton, parfois désabusé en regard de l'organisation en pôles, de certaines communautés médicales. Il est souhaitable de favoriser la participation des chefs de structures internes aux pôles à l'élaboration et la déclinaison de la politique du pôle, sous l'impulsion nécessaire du chef de pôle, afin d'éviter une démobilisation qui pèse inévitablement sur la participation de la communauté médicale. L'objectif de **management d'équipe médicale** devrait ainsi constituer une mission primordiale du chef de pôle

.D NE PAS RAVIVER DES QUERELLES RÉVOLUES

Au fond le problème qui apparaît est celui du positionnement de l'instance CME dans le nouvel organigramme de pilotage d'un centre hospitalier : entre le directoire, dont le caractère opérationnel est clair, et le collectif des chefs de pôle, dont l'influence est déterminante et s'exerce au directoire, au « directoire élargi », ou lors de réunions régulières ad hoc.

Une réflexion sur la place, le rôle, le périmètre et les missions de la CME est certainement utile. Il est à ce titre important de confirmer aux communautés médicales, si elles en doutaient, leur importance primordiale dans la conduite des activités des hôpitaux publics. **Les propositions de la commission Fourcade constituent un cadre pertinent** pour mener cette réflexion.

Il nous semble en tout cas que la discussion ne peut se résumer à une négociation méticuleuse sur la liste des attributions précises de la CME, et encore moins se donner pour objectif de revenir à un statu quo ante. Chacun sait que l'hôpital public ne peut fonctionner sans médecins ni sans un pilotage efficace, et qu'il ne peut agir dans un climat de querelle interne.

Sans négliger les débats qui se tiennent au niveau national, et sans nier les situations particulières de conflit local, les membres de la mission considèrent **que les anciennes oppositions entre corporations et composantes internes sont nettement apaisées dans les établissements rencontrés**. Les différents responsables, praticiens et directeurs, ont évolué dans leurs compétences managériales, leurs pratiques et leurs relations. La représentation, encore trop fréquemment médiatisée, d'un conflit permanent entre « gestionnaires » et

« soignants » est largement dépassée, sinon archaïque, en regard de l'image renvoyée par les établissements qui ont participé aux rencontres régionales de la Mission.

Ce constat n'exclut pas que des situations locales puissent rester tendues et parfois très difficiles. Mais il reste particulièrement encourageant pour ceux qui fondent des espoirs sur la capacité des hospitaliers à gouverner leurs projets et à définir entre eux des équilibres pertinents, adaptés au contexte de chaque territoire ou de chaque établissement.

6.2.4 LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

Le rôle et les missions de la CSIRMT ont été peu abordés au cours des débats, malgré la présence fréquente de nombreux cadres soignants. Les membres de la Mission ont discuté de ce point lors de leur séminaire de conclusion afin de mesurer s'il s'agissait d'un signe de désintérêt.

En réalité, les thèmes de travail retenus pour les rencontres régionales, de même que le cadre général de la mission, n'appelaient pas de débat sur l'activité et le positionnement des CSIRMT. Cette instance ne semble d'ailleurs pas poser de problème particulier, ni aux soignants qui en sont membres, ni aux directions ou aux établissements dans leur ensemble.

Cependant lorsque la question de la CSIRMT a été soulevée, nous avons noté un souhait très clairement exprimé par les soignants d'un travail mieux coordonné et plus étroit avec la CME sur le volet qualité et sécurité des soins, et évaluation des pratiques. En effet, les CSIRMT et les CME disposent chacune d'attributions dans ces domaines et il serait pertinent d'encourager les deux instances à rapprocher leurs travaux.

6.3 LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS, EN ÉVOLUTION RAPIDE

6.3.1 UN BESOIN D'INFORMATION, DE FORMATION ET DISCUSSION

Les membres de la mission, cela a été dit, ont été frappés par la qualité et la richesse des débats, très interactifs, témoignant d'un vrai besoin de discuter de l'organisation hospitalière et de son efficience, mais aussi de promouvoir les réalisations et les restructurations engagées.

Dans la majorité des cas, les débats que nous avons animés ont largement dépassé l'horaire imparti, et beaucoup de participants auraient souhaité s'exprimer davantage. Il nous a semblé que ces débats étaient des vecteurs d'adhésion et d'appropriation des réformes, et qu'il existe très nettement un besoin d'explication et d'accompagnement.

On peut en déduire que l'accompagnement a constitué un chaînon manquant ou insuffisant du point de vue des acteurs hospitaliers, à tout le moins un maillon faible de la mise en œuvre. De nombreux acteurs, hormis généralement les chefs d'établissement et une partie de leurs collaborateurs directs, ainsi que les présidents de CME, ont une connaissance imparfaite du cadre actuel issu de la loi HPST et de ses subtilités, en particulier en ce qui concerne la coopération inter hospitalière, mais également la gouvernance interne et les marges qu'elle offre.

La complexité du dispositif, ses modifications successives vécues comme trop fréquentes, (par exemple le statut juridique des structures de coopération GCS, CHT...), entraîne beaucoup de confusion, et reste un frein à la mise en œuvre même s'il existe des contre-exemples remarquables, initiés par les plus entrepreneurs.

La communication et le débat permis par les rencontres MHP sont en eux-mêmes un apport à ce dialogue et à la demande d'informations.

6.3.2 DIRECTEUR, PDT DE CME, DOYEN, EQUIPES DE DIRECTION...

Le « couple » Directeur-Président, qui devient un trio dans les CHU (Directeur-Président-Doyen) est partout vécu et présenté comme *fondateur pour la qualité du pilotage de l'établissement hospitalier*.

Dans le secteur public, il s'agit en effet d'un point majeur, essentiel, déterminant : ***Chef d'établissement et Président de CME (+ doyen) savent qu'ils doivent s'entendre, et même se bien entendre***, afin d'exercer correctement leurs responsabilités. La majorité d'entre eux, ce n'est pas contestable aujourd'hui, le vivent ainsi.

Mais ***cette réalité ne se traduira jamais pleinement dans les textes*** car elle est, en bonne partie, dépendante de la capacité des personnes à positionner correctement leur action et leurs relations. Les réformes de la gouvernance ont permis de rapprocher les points de vue de ces premiers responsables, en favorisant le travail commun, en brisant quelques frontières artificielles, en permettant à chacun de mieux connaître et de mieux accepter les contraintes de l'autre, et par là de diminuer les oppositions venant d'incompréhensions mutuelles. Même s'il existe des appréciations différentes et des opinions, médecins et directeurs savent que performance médicale et efficacité économique ne s'opposent pas mais peuvent se rejoindre à l'hôpital.

Cette évolution des relations de travail a nécessité de la part des directeurs de modifier leur pratique et, souvent, de transformer le fonctionnement traditionnel des services support. ***La gouvernance transforme le fonctionnement des services gestionnaires et généraux autant qu'elle modifie celui des services médicaux, et cela se traduit dans le vécu des cadres dirigeants concernés.***

En effet la loi HPST introduit des évolutions très significatives dans le domaine de la gestion :

- confirmation du rôle d'arbitre du chef d'établissement mais, en parallèle, diminution très importante des garanties personnelles dont il disposait ;
- déconcentration et délégation de la gestion vers les pôles, qui change le périmètre de responsabilité des adjoints ;
- modification de l'équilibre au sein des équipes de direction en regard du directoire et de l'organisation des directions fonctionnelles « traditionnelles » ;
- transformation des relations avec les autorités de régulation (ARS) ;
- regroupements territoriaux et modification des chaînes de décision ;
- impératifs renforcés d'équilibre économique dont le résultat influe sur la situation personnelle du directeur ;
- multiplication très nette des obligations de sécurité, de précaution, de prévision des risques...

Bref, on peut dans certains cas faire un véritable parallèle entre les changements perçus par les responsables médicaux ou soignants et ceux vécus par les équipes de direction des hôpitaux publics. Les cadres de direction développent parfois un sentiment de remise en cause et évoquent une tonalité d'accusation à leur égard, vécue comme infondée. Ce ressenti négatif pèse sur la conduite des politiques de santé.

6.3.3 LES PÔLES

L'organisation polaire est dorénavant admise. Tous les établissements que nous avons rencontrés se sont organisés en pôles, avec des niveaux assez divers de regroupement. Il est clair que le pôle est un mot-valise, avec des acceptations assez différentes selon les établissements. Cela a permis d'adapter l'organisation au projet dans de nombreux hôpitaux. Dans d'autres l'organigramme est peu opérant, sans véritable modification par rapport au fonctionnement antérieur (absence de contrat, absence de projet formalisé, absence de relation clarifiée du chef de pôle avec la direction et/ou les chefs de services ou de discipline). Cela découle de l'histoire propre à chaque structure, du contexte local, et du management.

6.3.3.1 UN OUTIL ADAPTÉ AUX GROS ÉTABLISSEMENTS

Il apparaît clairement **que le modèle des pôles s'adresse d'abord aux plus grosses structures**, qui y trouvent un levier pertinent de management et de pilotage des projets. **Les petits hôpitaux restent par contre dubitatifs** sur l'intérêt de cette organisation et les membres de la Mission partagent ces réserves : dans certains petits établissements la création de pôles n'a pas de sens et vient ajouter une strate administrative superflue qui alourdit le fonctionnement. D'autre part, certains établissements, du fait de résistances internes ou de choix locaux plus ou moins motivés, ont adopté un découpage en pôles trop fin, parfois pour ménager des susceptibilités. Pour autant l'organisation polaire domine désormais le paysage hospitalier.

Néanmoins, si l'organigramme est en place, **seule une minorité d'établissement a entièrement déployé les outils prévus pour faire vivre ces nouvelles organisations**. En dehors des plus gros, plus rares sont les hôpitaux ayant des contrats de pôle négociés et signés, voire

appliqués ; les projets de pôle restent embryonnaires ou, plus exactement, restent souvent conçus sur les bases des projets précédents ; les délégations de gestion existent et se développent progressivement mais la délégation de signature reste exceptionnelle, avec une réticence partagée entre directeurs et chefs de pôle, qui nous ont exprimé leur peu d'intérêt voire leur absence de demande sur ce point.

Ce constat est toutefois **à explorer plus attentivement** dans les mois à venir, en étudiant l'appropriation réelle des nouveaux modes de gestion interne. Nombre d'établissements, hormis ceux n'ayant pas la taille critique suffisante, sont engagés dans la négociation interne, la préparation, ou la mise en place effective des délégations de gestion.

Il faut aussi souligner que **toutes ces évolutions**, la délégation de gestion, les regroupements ou réorganisation de services, les restructurations et les mutualisations ne peuvent être envisagées sans **soulever la question des moyens nécessaires**. Nos interlocuteurs ont le sentiment que la délégation de gestion s'adresse à des secteurs limités (hôtellerie, petit matériel...) du fait des tensions sur les moyens : en période de restriction budgétaire, il est beaucoup plus difficile de déconcentrer la gestion car on recherche des marges sur des enveloppes budgétaires plus transversales. De même, Il est plus difficile, voire impossible, de mettre en œuvre des procédures satisfaisantes d'intéressement. Par ailleurs, les projets de regroupements de services constituant un nouveau pôle nécessitent parfois des investissements, qui sont le plus souvent difficiles à envisager aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, **le chef de pôle a une mission dorénavant reconnue**, et joue un rôle fort, même en l'absence de contrat ou de délégation. Ce rôle se traduit en premier lieu dans le pôle, où son autorité est affirmée et soutenue par l'institution (tant direction que directoire) avec des nuances importantes selon les établissements, leur taille et leur statut (local, régional, universitaire...).

Ce rôle impacte également les circuits collectifs de réflexion et de décision, avec l'apparition, sous une forme ou sous une autre, de collectifs de chefs de pôle, qui se réunissent soit avec les dirigeants, soit avec le directoire (directoire élargi), soit en collège de chefs de pôle. Ces collectifs captent parfois certaines missions antérieurement dévolues à la CME (*cf ci-dessus, 6.2.3.c page 39 supra*).

6.3.3.2 VEILLER AU TEMPS DE TRAVAIL NÉCESSAIRE

L'équilibre entre le temps consacré à la mission de chef de pôle, et le temps consacré à l'activité métier, soit médical, soit universitaire, suscite une inquiétude croissante qui nous a été clairement exprimée. Le chef de pôle tire sa légitimité de sa désignation, sur le plan institutionnel, mais aussi de son expertise médicale, sur le plan hospitalier et universitaire. Or il est manifestement difficile de conserver un exercice clinique ou universitaire permettant de maintenir son expertise, tout en consacrant un temps croissant à la conduite des projets du pôle ou au management des équipes médicales et soignantes. Les formules prévoyant des possibilités de remise à niveau à l'issue d'un mandat de chef de pôle n'ont pas convaincu et ne sont pas dans la culture. Ce sujet reste par conséquent problématique et n'a pas, à ce jour, suscité de proposition de solution totalement séduisante.

Ces problèmes de temps de travail nécessaire se doublent des **difficultés inhérentes au management** et à la bonne **communication** au sein de des ensembles complexes que peuvent constituer les pôles, voire des ensembles aux contours artificiels aux yeux d'une partie des acteurs⁶.

Certaines pistes ont toutefois été évoquées : mandat « tournant » entre plusieurs praticiens du pôle ; limitation des contraintes administratives imposées au chef de pôle ; définition d'un temps partiel consacré à la mission et indemnisé en conséquence ; création d'une fonction de chef de pôle-adjoint (certains établissements l'ont mis en œuvre) ; développement des outils d'aide à la gestion et à la décision (en particulier, les outils du système d'information).

Cette diversité, traduisant des niveaux de maturation différents mais également des choix managériaux en fonction des réalités locales, nous conduit à nous interroger sur un modèle d'organisation trop rigide et chronophage, en particulier dans les petites structures ayant plus de difficultés en matière de ressources humaines. Certains chefs de pôle démissionnent faute de temps médical dans leur service ou leur pôle.

La mise en place de la délégation de gestion, par exemple, ne semble pas constituer un préalable à l'efficacité d'un pôle. Ces délégations nécessitent une maturité et une formation des co-contractants qui est loin d'être réalisée dans certains établissements. L'impératif de « forme » ne doit pas primer sur le fond ni sur l'objectif de qualité et de performance.

En outre, les contraintes budgétaires des établissements, de même que les tensions sur les effectifs, pèsent sur la possibilité de déléguer ainsi que sur l'implication des acteurs. La pénurie constitue l'un des plus grands freins à la mise en place des délégations.

6.3.4 L'ÉQUIPE D'ENCADREMENT MÉDICAL ET NON MÉDICAL

Les acteurs de terrain, praticiens hospitaliers, cadres de proximité, personnels soignants ou de gestion, constituent à l'évidence le socle d'un pôle. De leur investissement dans cette démarche, à tout le moins de leur absence d'opposition active, dépend en partie la réussite de la mise en œuvre d'une organisation polaire. Aussi est-il primordial, pour l'équipe d'encadrement d'un pôle, de conserver un lien confiant et efficace avec ces acteurs et de veiller à leur association au processus de réforme de l'organisation interne.

Le pôle ne peut avoir vocation à créer une couche administrative supplémentaire, qu'elle soit médicale ou gestionnaire. Le pôle doit rester une structure relativement légère, dédiée à la conduite d'un projet médical ou hospitalo-universitaire, à la coordination, à l'information et à la gouvernance des services et des autres structures internes du pôle. L'encadrement du pôle doit par conséquent conserver une légitimité de terrain, fondée sur l'expertise médicale ou

⁶ (Voir à ce sujet ci-dessus 6.1.1.b page 37)

soignante, ou la pratique de modalités diverses d'exercice administratif, et il ne saurait être question selon nous de **professionnaliser** ces fonctions.

6.3.4.1 PRIMUS INTER PARES : LE CADRE DE SANTÉ

Le cadre de santé, ou cadre supérieur, de pôle, a un rôle crucial dans le fonctionnement quotidien du pôle et considère sa fonction comme un **nouveau métier**, riche et passionnant, parfois harassant et, pour certains, insuffisamment reconnu par l'institution.

La suppression de l'obligation réglementaire antérieure des « trios de pôle » participe, aux dires de certains cadres qui se sont exprimés dans les débats, à ce ressenti. Mais les cadres ont généralement insisté sur la **qualité des relations qu'ils entretiennent avec le chef de pôle**, l'efficacité de cette relation de confiance au quotidien, et leur association à toutes les phases importantes de la conduite du pôle.

On constate en effet que tous les pôles prévoient un poste de cadre ou cadre supérieur auprès du chef de pôle ; cette fonction semble bien positionnée dans la majorité des hôpitaux, la direction générale et la direction des soins ayant en outre, bien souvent, mis en œuvre des pratiques de management associant les cadres de pôle au pilotage ou à la concertation sur la stratégie.

On ajoutera par ailleurs que le cadre ne peut agir sans un lien confiant avec les praticiens hospitaliers du pôle

6.3.4.2 LES CADRES ADMINISTRATIFS, MOINS FRÉQUENTS À CE JOUR

Par contre, à ce jour, **la fonction d'encadrement non soignant ou administrative du pôle** (« cadre administratif », « référent gestion »...), a une organisation moins stable et un rôle moins uniformément défini, avec un profil de professionnels nettement plus variable selon les établissements.

Certains hôpitaux ont mis en place une fonction de directeur référent, chargé de coordonner les relations entre le pôle, la direction générale et les services supports. Cette fonction est assurée par l'un ou plusieurs des cadres membres de l'équipe de direction, souvent en sus de leurs autres attributions, parfois de manière exclusive (ils sont alors « directeurs de centres de gestion » ou « directeurs délégués aux pôles » par exemple). L'existence de ces directeurs référents n'a pas nécessairement de conséquence sur la création, ou non, de postes de cadres administratifs de pôle.

Les cadres administratifs de pôle sont attachés d'administration, adjoints des cadres, parfois d'autres catégories professionnelles, titulaires ou contractuels, affectés à temps plein, ou partagés entre différents pôles, les formules étant éminemment diverses. A titre d'exemple :

- Un établissement de 1000 lits (dont 600 MCO) ayant organisé 6 pôles hospitaliers mettait en place deux postes intitulés « cadres administratifs », contractuels, d'origine expertise comptable et sciences de gestion, se répartissant les différents pôles, travaillant quotidiennement avec le chef de pôle et le cadre supérieur de santé, rattachés pour leur propre gestion individuelle au pôle « ressources » de la direction

et en lien étroit mais non exclusif avec la direction des finances ainsi que le DIM. Ces cadres avaient pour rôle essentiel d'assurer le soutien du pôle en analyse de gestion (contrôle de gestion, suivi de l'activité, étude des projets...).

- Un CHU d'environ 1900 lits, ayant organisé 12 pôles, mettait en place 9 postes initialement intitulés « assistants de gestion », contractuels et titulaires, d'origines professionnelles très variées (gestionnaires, anciens soignants ayant changé de filière, assistant social, etc.), affectés au sein des pôles et coordonnés par des directeurs référents de centres de gestion, ces derniers étant membres de l'équipe de direction. Ces assistants de gestion avaient un rôle étendu de gestion générale, d'intendance, voire de gestion de ressources humaines pour certains (=gestion des secrétaires médicales), ainsi qu'un rôle de soutien en analyse de gestion, le cumul des deux paraissant en l'occurrence difficile.
- D'autres établissements n'ont ***pas encore*** institué de temps de cadre administratif pour les pôles, soit par défaut de ressources (aucun financement n'a accompagné ces dispositions et les services administratifs des hôpitaux, contrairement à une image parfois répandue, n'ont généralement pas la capacité de libérer des cadres dans leurs effectifs), soit par défaut d'accord interne, soit encore par manque de conviction de la part d'une partie des directions fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, certains chefs de pôle ont regretté cette situation lors des débats car la fonction d'assistant administratif ou de cadre administratif leur fait manifestement défaut.

6.3.4.3 UNE DEMANDE DE FORMATION PARTAGÉE

Tant pour les chefs de pôle, pour qui la réglementation le prévoit, que pour les cadres de santé ou cadres administratifs, ***une forte demande de formation s'est exprimée***, tempérée uniquement par les contraintes d'agenda. Pour ceux qui en ont bénéficié, ces temps de formation ont été jugés utiles et nécessaires, tant au niveau des compétences à mobiliser dans le management du pôle, qu'au niveau de la qualité des relations entre les responsables.

On note également une ***grande qualité de résultat pour les formations partagées***, c'est-à-dire celle qui associe chefs de pôles + cadres de santé + cadres administratifs + directeurs. La même remarque vaut pour les formations associant plusieurs équipes de pôles, voire, au niveau territorial ou départemental (éventuellement régional), des équipes de pôles provenant de plusieurs établissements.

Les formations ***associant les trios de pôles, le directoire et la direction d'un même établissement*** présente de ***multiples avantages*** en termes pédagogiques et managériaux. En effet, elle répond à la demande d'acquisition d'outils et de connaissances générales, mais aussi à la logique institutionnelle permettant de partager une politique, forger un esprit commun, définir ou mettre au point ensemble ***un projet médical partagé*** et ***une politique générale de management...***

Des initiatives sont développées par certains établissements pour améliorer l'organisation polaire. Quelques exemples de ces adaptations nous semblent intéressants à partager :

- ***élaboration d'un « guide de la gestion polaire » ou d'une « charte de management »***, ou « guide de la délégation de gestion » : document définissant une méthode commune à l'ensemble de l'établissement, gage de cohérence et permettant à tous

les intervenants de se situer. Ces guides permettent également de définir le périmètre de responsabilité entre chef de pôle et chef de service ou de sous-structure du pôle. Rappelons que certains chefs de service, en particulier universitaires, vivent le nouveau système polaire comme un déclassement et il faut veiller à éclaircir leur rôle.

- Nomination de **chefs de pôle adjoints**, ce qui permet de préparer l'avenir et de constituer un vivier, et amoindrit également la charge du chef de pôle ;
- **Modalités diverses d'intéressement**, évitant de limiter cet outil de motivation au seul résultat comptable, par exemple en prévoyant des règles de priorité dans l'attribution des postes ou la réalisation des investissements, ou des indicateurs fondés sur la qualité de l'accueil.
- Définition d'un **mode de fonctionnement partenarial** entre chefs de pôle et directoire, dans un souci de pilotage, de suivi et de cohérence, et définition d'outil de pilotage lisible et utilisable.

De manière générale, nos interlocuteurs ont particulièrement insisté :

- Sur le rôle majeur de l'équipe dirigeante du pôle (duo, trio, quatuor selon les établissements),
- Sur la nécessité absolue d'un fort soutien institutionnel apporté à cette équipe ;
- sur l'importance du projet de pôle et du projet médical partagé ;
- sur l'importance de disposer d'outils pratiques de pilotage (système d'information...),
- et enfin sur la nécessaire et régulière formation des acteurs.

En CHU il convient d'ajouter que **l'articulation hospitalo-universitaire** dans l'organisation des pôles est essentielle, tant pour l'institution que pour les acteurs médicaux et soignants. Les pôles, en CHU, doivent sans conteste se centrer sur des thématiques de recherche.

6.4 LES ORGANISATIONS TERRITORIALES ÉMERGENT

L'émergence forte de la dimension territoire, on l'a évoqué en ouverture de ce rapport, constitue un fait saillant de cette phase de consultation des équipes hospitalières. De très nombreuses réflexions ont été formulées sur ce point dans les débats régionaux. Des inquiétudes persistent sur les schémas d'organisation territoriale, notamment en ce qui concerne le maintien des établissements et des structures nécessaires à la prise en charge des populations au plus près de leur lieu de résidence. Cependant, les projets de coopération et de complémentarité se multiplient incontestablement.

Il faut d'emblée souligner que les réformes récentes, par leur concordance dans le temps, ont introduit des contradictions qui pèsent fortement sur le mouvement de coopération territoriale : avant tout, **le modèle financier de la T2A, sur ce point un véritable obstacle** aux projets sérieux de coopération inter-établissements.

6.4.1 DES RÔLES QUI DOIVENT ÊTRE PLUS CLAIREMENT COORDONNÉS

L'équilibre entre incitation centrale et initiative locale est difficile à définir de manière systématique, dans la mise en œuvre des démarches de coopération intégrée ou formalisée. En effet, on constate des situations dans lesquelles, sans équivoque, c'est l'incitation forte ou

la pression de l'ARS qui a déverrouillé des projets de coopération locale ; dans d'autres cas, c'est l'initiative locale, voire l'absence d'instructions, qui a permis d'engager la démarche.

Il est bien connu que beaucoup des situations de coopération inter-hospitalière peuvent rester enkystées dans des oppositions individuelles ou des contradictions locales, soit au niveau des acteurs, soit au niveau des établissements, soit à celui des collectivités locales, parfois plusieurs de ces facteurs. L'inquiétude du personnel et/ou de la population, qui peut facilement faire l'objet d'une médiatisation dans la presse locale, s'ajoute souvent à ces difficultés institutionnelles lorsqu'elles existent. A l'inverse il existe quelques exemples de projets de coopération menés par les acteurs de terrain, qui ont souffert d'hésitations ou d'absence de confirmation de la part des autorités sanitaires, pour des raisons que les hospitaliers concernés estiment liées aux enjeux de politique régionale ou de relation avec les collectivités territoriales.

Il y a **quelques situations extrêmes**. Lors des rencontres régionales, des exemples de cette nature ont pu nous être présentés : on peut évoquer celui de deux établissements hospitaliers publics géographiquement très proches et appelés à se compléter naturellement dans l'intérêt des usagers, qui s'opposaient systématiquement pendant des années, répondant en cela au conflit latent existant entre les deux communes sièges, limitrophes mais irréconciliables, la situation restant par ailleurs durablement non arbitrée par les autorités sanitaires. Ce schéma s'est développé jusqu'à mettre les deux hôpitaux en situation de rupture économique et médicale, de cessation de paiement, voire de fermeture de pans entiers de leur activité...

Il n'y a pas de recette systématique ni unique quant à la manière de trouver le rebond nécessaire dans ces situations parfois caricaturales, pour engager une nouvelle dynamique et une démarche de coopération permettant de repositionner les acteurs sur des objectifs positifs et motivants. Dans ces cas-là, le rôle et les compétences personnelles du chef d'établissement sont d'une importance majeure ainsi que du Président de la CME avec lui, il faut une grande aptitude au management relationnel et humain, un soutien ferme et constant des autorités sanitaires, et si possible des autorités politiques, et une marge d'action locale importante.

6.4.2 DES ACTEURS À MIEUX RECONNAÎTRE

Il existe des incohérences dans la réglementation, qui concernent directeurs comme praticiens, et qui pèsent sur ***l'intérêt à agir dans le cadre des coopérations***.

Les coopérations inter-établissements demandent sans conteste un investissement très fort de la part des équipes de management, qui se remettent en cause dans leur organisation et leurs habitudes acquises, prennent des responsabilités souvent plus étendues et qui s'appliquent à plusieurs sites, font des déplacements fréquents, ou assument la responsabilité de plusieurs établissements avec des effectifs de cadres en réduction.

Or, il n'existe à ce jour ***aucune possibilité de reconnaître cet engagement***, en particulier dans la rémunération des cadres dirigeants concernés. Plus encore, il est actuellement question de

supprimer l'indemnité d'intérim lorsqu'un directeur assume transitoirement la chefferie d'un autre établissement, ou l'indemnité de direction commune lorsqu'il assume cette responsabilité durablement. Il n'est toujours pas possible d'étendre ces indemnités aux directeurs adjoints, alors qu'ils sont évidemment concernés par les travaux supplémentaires découlant de ces organisations et qu'ils comparent leur situation avec celle des praticiens qui perçoivent des indemnités « multi-établissements » lorsqu'ils ont les mêmes contraintes.

Pour prolonger l'exemple, rappelons que lors d'une fusion d'établissements, tous ceux qui, **médecins ou directeurs**, s'étaient engagés préalablement dans les coopérations et en avaient perçu une indemnisation même partielle, perdent immédiatement cet avantage : un établissement juridiquement fusionné, même s'il conserve plusieurs sites et génère toujours des contraintes pour ceux qui acceptent un exercice multi-sites, ne peut verser aucune indemnité dans ce domaine.

Cette thématique peut paraître anodine ou déplacée : elle constitue en réalité un sujet majeur de reconnaissance pour ces différents acteurs particulièrement sollicités par la mise en place des réformes de l'organisation hospitalière.

6.4.3 LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT)

De nombreuses initiatives sont en cours, soit conduites à partir de projets hospitaliers de territoire, soit sur incitation des ARS.

6.4.3.1 LES CHT, OU FORMULES COMPARABLES, SE RÉPANDENT

La CHT, structure mieux connue des hospitaliers désormais, reste une **alternative assez souple** pour organiser concrètement les coopérations après une première phase, par exemple conventionnelle ou contractuelle. Des projets divers, plus ou moins formalisés, ont vu le jour ou sont en cours sur l'ensemble du territoire. Il existe des CHT formellement constituées suivant strictement le modèle prévu par la loi ; des CHT se donnant cet intitulé par volonté des acteurs locaux mais utilisant un support juridique différent (GCS...). Dans tous les cas, les promoteurs de ces structures de coopération ont **largement communiqué sur leur action**, tant en interne aux établissements que vis-à-vis des médias et de l'environnement professionnel (au niveau national, la presse spécialisée santé reprend fréquemment les informations relatives aux structures de coopération hospitalière).

Au vu des débats et du positionnement des intervenants dans les rencontres régionales, on peut soutenir l'idée suivante : la **communauté hospitalière de territoire**, avant d'être une structure juridique, est **un concept, une idée, un symbole** qui marque **la volonté des établissements et de leurs responsables** de mener un projet commun. Peu importe, à dire vrai, la formule juridique retenue : ce qui compte avant tout c'est **d'avoir établi une intention claire**, d'en présenter les motivations, d'en faire partager les objectifs par les équipes hospitalières – que ces évolutions inquiètent fréquemment – et d'organiser l'ensemble dans la structure juridique qui conviendra le mieux aux établissements concernés.

Dans cette acception, la démarche territoriale s'implante mieux si elle répond à une **politique institutionnelle fermement établie**, plutôt qu'à des injonctions perçues comme « administratives », et si elle se fonde sur des objectifs de complémentarité partagés avec les personnels des établissements ainsi que l'environnement.

6.4.3.2 LE CADRE JURIDIQUE DOIT ÊTRE SIMPLIFIÉ

La formule juridique de **la CHT est parfois jugée trop lâche** aux dires de certains responsables qui souhaiteraient que, sur demande de ses membres, la CHT puisse disposer de la **personnalité morale**, afin d'éviter d'autres montages juridiques trop complexes. Plusieurs intervenants ont regretté que la CHT définie par la loi HPST se soit si nettement écartée de la version envisagée dans le rapport Larcher, qui permettait de choisir entre une formule légère et une formule intégrée. Dans les coopérations les plus avancées, qui se déroulent sans problème majeur, les acteurs pourraient souhaiter aller plus loin et se trouvent démunis d'outils adaptés, sauf à envisager une fusion qui n'est pas nécessairement la solution adéquate. Pour ces situations, on ne peut que recommander un assouplissement des règles juridiques et l'ouverture de possibilités d'expérimentation, de structuration locale, d'innovation et d'adaptation.

Dans tous les cas on soulignera que, en l'état actuel des pratiques juridiques et du contenu des textes, le poids institutionnel ou administratif pouvant découler des structures juridiques de coopération est encore trop lourd, ajoutant des instances et des contraintes de fonctionnement aux règles internes déjà complexes. En outre elles peuvent apparaître artificielles ou technocratiques aux acteurs de terrain, qui n'en mesurent pas toujours l'intérêt – ce qui nécessite un effort important de pédagogie et de communication, également gourmand en temps.

6.4.4 LE GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)

6.4.4.1 UN MODÈLE LARGEMENT UTILISÉ ET RÉPANDU

Les GCS sont désormais très nombreux et de toutes natures. Cette formule juridique est fréquemment retenue pour des dossiers de coopération, soit entre deux établissements, soit en plus grand groupe. Elle est adoptée soit à l'initiative des établissements, soit sur incitation des ARS.

Son intérêt est largement souligné : simplification importante par rapport aux multiples formules préexistantes ; évolution naturelle à partir d'un socle de coopération fondé sur des conventions par exemple ; possibilité de doter le groupement de la personnalité juridique ; bonne robustesse des statuts une fois la convention constitutive promulguée, etc. Il n'est pas utile de reprendre dans le cadre de la présente mission les observations déjà formulées par ailleurs sur les GCS, les commentaires d'experts étant nombreux et pertinents, que ce soit dans les études de la DGOS, de la FHF, ou les conclusions de la Commission Fourcade.

Toutefois dans bien des cas encore **la lourdeur relative de cette formule** reste évoquée : le cadre réglementaire des GCS peut être jugé exagérément « détailliste » et rigide car il laisse

finalement assez peu de place à l'initiative locale dans la configuration des statuts du groupement, voire **supprime des possibilités de coopération** qui existaient dans les SIH (exemple : le partage des PUI).

C'est pourquoi, **une demande forte de souplesse s'exprime là encore**. Certains points ressortent plus nettement : les formules limitées de GCS ; les modalités de constitution des droits de vote ; la définition du mandat de l'administrateur.

6.4.4.2 UNE DEMANDE DE RÈGLES MOINS RIGIDES

La réglementation actuelle, d'ailleurs déjà plusieurs fois modifiée depuis la création de ces structures juridiques, prévoit **deux types de GCS**, le GCS « de moyens » et le GCS « établissement » ; cette distinction est jugée radicale ou **exagérément contraignante** car elle provoque un **effet de « seuil institutionnel »** parfois excessif :

- ⇒ **le GCS établissement** est doté de toutes les structures internes d'un centre hospitalier, d'un directeur et d'un directoire notamment. Cette formule s'impose dès lors que le GCS est destiné à organiser le fonctionnement d'une activité de soins. Or, dès l'instant que la direction du GCS-établissement n'est pas confiée à l'un des directeurs déjà en poste dans les hôpitaux membres, cette nouvelle structure peut **échapper entièrement aux établissements qui en sont les fondateurs**.
- ⇒ Ainsi cette règle juridique peut-elle, lorsque les partenariats sont en construction ou non consolidés, donner le sentiment de **déposséder les établissements fondateurs**, par exemple lorsqu'ils transfèrent une autorisation d'activité à un GCS établissement qui, ensuite, développe ses activités en **s'autonomisant le plus possible de ses fondateurs**. Ce qui était vécu comme coopération et partenariat volontaire peut alors devenir source de rivalité, d'inquiétude et par conséquent d'hésitation à s'engager.

Les **anciens syndicats interhospitaliers**, certes imparfaits et aux instances trop lourdes, présentaient sur ce point **des avantages réels** qui ont malheureusement disparu et qui auraient pu être réintroduits dans les règles statutaires des GCS. Quelques exemples :

- au sein d'un SIH, les **membres fondateurs détiennent un rôle institutionnel** juridiquement validé : membres du conseil d'administration, ils participent formellement aux décisions de la structure et à son pilotage. Au sein d'un GCS-établissement, les instances et organes de gouvernance sont désignés comme dans n'importe quel établissement de santé, donc sans lien juridique avec les fondateurs.
- Un SIH permettait d'utiliser **les services de la PUI** (pharmacie à usage intérieur) d'un des membres au bénéfice des autres établissements adhérents du syndicat, sans transfert d'autorisation. Dans le cadre d'un GCS, il faut soit créer une nouvelle PUI au sein du groupement, soit transférer l'autorisation que détenait l'un des membres⁷.

⁷ Exemple cité : lorsque le détenteur de l'autorisation de PUI est un gros établissement qui souhaite desservir des structures de petite taille de son entourage, la réglementation actuelle semble ne laisser qu'une solution, le

Les modalités de répartition des droits de vote peuvent également poser des problèmes aux membres d'un GCS. Dans la réglementation précédemment en vigueur, les membres d'un GCS disposaient d'une relative latitude pour fixer les règles internes. Les dispositions actuelles créent un lien obligatoire entre *droits de vote* et *apports* ou *masse budgétaire*. La masse budgétaire étant très variable dans les groupements territoriaux, cette règle favorise fortement les gros établissements et peut effrayer les petits. Et si l'on recourt aux apports (par exemple, tous les membres versent le même apport limité à une contribution symbolique), alors les capacités d'action du GCS restent limitées. Lors d'une rencontre régionale, les membres d'un GCS constitué en appui d'une démarche de type « communauté de territoire », soulevaient cette difficulté en regard de leur pratique : leur « accord cadre », adopté au lancement de la démarche, prévoyait des règles de majorité qualifiée avec pondération des droits de vote, afin de garantir aux membres de taille moyenne ou petite qu'ils ne se verraient pas imposer des décisions au sein des instances de la structure de coopération.

De même, la **durée du mandat de l'administrateur** apparaît désormais dans la réglementation, fixée unilatéralement à trois ans. On peut se demander s'il est pertinent de définir dans un décret de telles dispositions internes. Les membres d'un GCS peuvent au contraire souhaiter faire tourner le mandat d'administrateur entre eux plus rapidement, afin d'assurer la mobilisation des différents établissements membres et la cohésion du groupe : rien ne les empêche de pratiquer ainsi, en se fondant sur un accord moral ; toutefois, il apparaît que ces dispositions d'organisation interne devraient relever de leur responsabilité exclusive, si nécessaire dans le cadre de règles « plancher ».

Quoi qu'il en soit, la diversité des situations locales conduit à penser que la réglementation, adoptée au niveau national, devrait sur ces questions s'en tenir à la fixation de règles générales, de limites, de cadres d'orientation, en laissant des marges d'action au niveau local.

Par exemple, **le développement de GCS expérimentaux** est souvent proposé, pouvant adopter des règles internes spécifiques, adaptées aux volontés locales ou aux éléments de contexte.

La latitude souhaitée par les acteurs hospitaliers dans les statuts, les conventions constitutives ou l'organisation interne des GCS leur permettrait notamment :

- d'ajuster les règles de vote afin de moduler le poids relatif des différents membres, lorsque par exemple l'établissement pivot souhaite laisser plus de part aux petits établissements membres (principes de majorité qualifiée...);
- de moduler les représentations territoriales ;
- de moduler les instances internes en réservant des sièges de droit aux établissements fondateurs, afin d'éviter le syndrome de « coopération-abandon » ;

transfert de l'autorisation de la PUI vers un GCS-établissement, ce qui dépossède l'établissement concerné sans apporter de véritable plus-value mais introduit des contraintes administratives supplémentaires.

- de mettre en œuvre des services communs, complémentaire, ou partagés⁸, sans transférer obligatoirement les autorisations d'activité ou, en tout cas, sans perdre toute possibilité de contrôle sur le devenir de ces autorisations, afin d'éviter le syndrome de « coopération-dépossession ».
- de s'affranchir de la distinction, jugée trop rigide, entre « GCS de moyens » et « GCS établissements » ;
- de fixer des règles plus souples concernant le mandat de l'administrateur.

6.5 DES ATTENTES PARTAGÉES SONT EXPRIMÉES

6.5.1 LA SOUPLESSE DOIT SE TROUVER DANS LES FAITS, PAS SEULEMENT DANS LES DISCOURS.

La réforme HPST affirme vouloir soutenir la responsabilité des acteurs locaux, des équipes de direction et médicales qui assument la conduite au quotidien des établissements, notamment en leur donnant des marges de décision et de gestion. Elle confirme et renforce, en outre, la création d'agences régionales dotées, en principe, d'une autonomie significative de conduite des politiques territoriales sur l'ensemble hôpital-ville-médicosocial. Elle s'inspire en cela de théories contemporaines du management, en particulier celles de « la nouvelle gestion publique »⁹, notamment dans la comparaison des techniques de gestion publique et privée. On évoque ainsi, assez fréquemment, la notion de « gestion entrepreneuriale ».

Or, il est constamment souligné par les établissements rencontrés que, parallèlement à cette organisation nouvelle, les établissements et les professionnels ressentent une forte pesanteur administrative, et un mouvement de rigidification largement décrit dans les pages précédentes : multiplication des instructions, fréquence des contrôles, etc.

⁸ Par exemple : un plateau technique de cancérologie partagé entre établissements de santé publics et espic ; une PUI d'un établissement pivot desservant les services d'établissements voisins ; un SAU exploitant une antenne dans un établissement partenaire, sans que cette antenne soit ouverte H24...

⁹ Ou « Nouveau management public », de l'expression anglaise « New Public Management », théorie du management initialement développée dans les pays anglo-saxons et notamment en Grande-Bretagne dans les années 1970-1980. Cette théorie minimise la différence de nature entre gestion publique et gestion privée, recommande un partage plus efficace des rôles entre l'Etat (le pouvoir politique, qui fixe la stratégie et les objectifs) et les administrations ou les gestionnaires opérationnels. Les mots-clés du concept de « nouveau management public sont notamment : réduction du mille-feuilles administratif, raccourcissement des chaînes de décision, modernisation des instruments de gestion, pragmatisme et adaptation locale, forte responsabilisation et autonomisation des acteurs, création d'agences chargées de mission de régulation et distinctes des ministères, introduction de techniques de gestion inspirées de l'entreprise, etc.

Même si les modes de gestion ont incontestablement et fortement évolué au cours des 10 années écoulées, un écart important persiste, chez les hospitaliers, entre les objectifs annoncés de la réforme et les modalités réelles de mise en œuvre au quotidien.

L'organisation type définie par HPST, ainsi que sa déclinaison réglementaire détaillée, ne sont pas adaptées à toutes les structures hospitalières, en particulier selon leur taille, mais aussi en fonction de leur contexte local et/ou régional.

Le caractère détailliste et très normatif des textes fixant l'organisation interne, en particulier du directoire, soulève des difficultés importantes de mise en œuvre, notamment dans les petits établissements. Imposer un directoire à 7 membres dans un « ex hôpital local » est au mieux inadapté, au pire une contrainte artificielle et administrative. A l'inverse, la taille réduite de ces instances peut poser de réels problèmes aux grands établissements type CHRU. Ces contraintes peuvent mettre en insécurité juridique les équipes dirigeantes.

La diversité de fonctionnement et de composition effective des directoires, instance peu contestée et au contraire adoptée en tout cas par ses membres¹⁰, confirme la nécessité et l'intérêt de **reconnaitre des marges de manœuvre locales** en adoptant un cadre national moins strict. Quelques exemples :

- Le président du directoire ne peut déléguer sa présidence à un adjoint en cas d'absence, ou encore dans les directions communes ou les structures de coopération. Ce point est particulièrement défavorable pour la poursuite des coopérations ou leur renforcement.
- La formule des directions communes paraît souvent une bonne option pour confirmer une coopération, soutenir un établissement en difficulté dans un territoire, ou encore conduire des transitions vers des restructurations plus intégrées. Mais elle se heurte à l'impossibilité formelle d'organiser un directoire commun, ou de déléguer la présidence du directoire à un adjoint délégué de site.

Les équipes de direction ou les responsables médicaux concernés par des organisations inter-établissements soulignent qu'ils n'ont pratiquement aucun intéressement personnel au travail que ces coopérations occasionnent. Certains nous ont affirmé que l'on donnait « *plus de travail à moins de cadres appelés à se déplacer plus souvent entre des sites sans aucun effet sur la rémunération* »¹¹.

¹⁰ Même si la formule des Conseils exécutifs reste largement regrettée.

¹¹ Certaines formules existent toutefois pour les praticiens hospitaliers : les indemnités multi-sites, qui concernent en principe les activités médicales d'un praticien qui consacre au moins deux demi-journées hebdomadaires à un autre établissement ; les activités d'intérêt général, qui peuvent concerner tout type d'activité et permettre une compensation en temps ou en salaire. Ces formules ne sont cependant pas ouvertes aux directeurs ni aux cadres de santé. En outre, elles disparaissent en cas de fusion juridique.

6.5.2 LE MODE DE FINANCEMENT EST SOUVENT UN OBSTACLE

Dans le domaine des coopérations, la réglementation aboutit parfois à des injonctions contradictoires difficiles à comprendre sur le terrain. La T2A en est un exemple frappant : dans le système de tarification à l'activité, aucun établissement public n'a intérêt à mettre en place des coopérations avec des établissements voisins puisque, dans la plupart des cas, il risque d'y perdre des recettes.

C'est tout aussi vrai pour les fusions ou regroupements de service : deux entités juridiques qui viennent à former une seule et même personne morale par fusion n'ont plus la possibilité de facturer séparément leurs activités et, par conséquent, peuvent perdre des marges. Ou encore : des services d'urgence qui fusionnent peuvent, au global, percevoir des forfaits inférieurs à ceux qu'ils percevaient auparavant séparément (effet des seuils). On peut comprendre, d'un point de vue intellectuel, qu'une fusion ait également un objectif d'efficacité économique et de réduction des coûts. Mais à l'inverse, engager une fusion sans avoir l'assurance de conserver, au moins un temps, des marges permettant d'assumer les coûts induits ou les charges mal couvertes par la T2A, est particulièrement difficile.

Il semble à la mission que des possibilités d'expérimentations, hors du cadre réglementaire rigide actuel, et dans une contractualisation avec l'ARS pour éviter toute dérive, devraient s'ouvrir largement et rapidement.

Ces expérimentations devraient absolument laisser une grande part aux formules favorisant la coopération en adaptation au contexte local, avec un intéressement à la fois pour les établissements et pour les responsables impliqués dans le pilotage de ces démarches.

6.5.3 L'IMPACT DES « INSTRUCTIONS » DOIT ÊTRE ÉVALUÉ, LEUR FRÉQUENCE DOIT ÊTRE DIMINUÉE

HPST est une loi couvrant un champ très large, apportant des changements profonds dans la pratique du pilotage des établissements hospitaliers publics. Comme on l'a vu elle génère une réglementation importante, responsable d'un nouveau corpus juridique, encore en voie de consolidation en termes de cohérence et de toilettage de la réglementation antérieure.

Beaucoup de responsables hospitaliers, tout en comprenant les réalités administratives et la situation économique, expriment leur sentiment de saturation face à l'avalanche et l'enchevêtrement des textes réglementaires, décrets, arrêtés, circulaires, recommandations, instructions et injonctions nationales et régionales difficiles à suivre du fait de leur nombre, de la multiplicité de leurs auteurs, de la difficulté à les interpréter et à les hiérarchiser, de l'impossibilité à les mettre en œuvre de manière cohérente et crédible dans des délais contraints.

L'absence d'étude d'impact de beaucoup de ces textes sur les ressources humaines disponibles en temps ou en compétence (équipes support, équipes et outils de gestion, disponibilité des responsables...), ou d'impact médico-économique réel, est une source de

perplexité, d'agacements et de scepticisme. Ces études d'impact seraient pourtant une garantie de leur mise en œuvre.

La mission a également constaté une double fracture, avec des nuances et des exceptions :

- **Fracture** entre CHU ou « gros » CH, qui disposent d'équipes structurées, et d'outils de pilotage, et petits établissements, qui ont beaucoup de difficultés d'appropriation des réformes ; Ces « petits » EPS, souvent inquiet pour leur avenir et leur existence pourrait bénéficier d'un accompagnement spécifique par les ARS.
- **Fracture** entre les « leaders », membre des directoires, élargis à quelques responsables médicaux et non médicaux, et le reste de l'encadrement, y compris des chefs de pôle, qui a trop rarement bénéficié d'une formation voire d'une information sur les enjeux des réformes, n'a pas de vue d'ensemble, et peine donc à y trouver des perspectives.

6.5.4 LA MISE EN PLACE DES DÉLÉGATIONS INTERNES DEMANDE DU TEMPS ET DES MOYENS

Au terme de ce cycle de rencontres, l'organisation autour de pôles d'activité, au moins pour les activités médicales et médicotechniques, est une réalité dans la majorité des établissements, même si tous les acteurs ne sont pas convaincus de la réelle plus-value apportée par les pôles, et même si certains organigrammes restent en partie théoriques.

Mais il est clair également que le mot « pôle » est un mot-valise, avec des acceptions différentes selon les établissements. Cela a permis d'adapter l'organisation au projet dans de nombreux établissements. Dans d'autres l'organigramme est peu opérant, sans véritable modification par rapport au fonctionnement antérieur (absence de contrat, absence de projet formalisé, absence de relation clarifiée du chef de pôle avec la direction et/ou les chefs de services ou de discipline ou de structures internes). Cela découle de l'histoire propre à chaque établissement, du contexte local, et du mode management directorial et médical.

La mise en place de la délégation de gestion, souvent évoquée, est diversement revendiquée : elle ne paraît pas obligatoirement un préalable à l'efficacité et la forme ne doit pas primer sur le fond ou sur l'objectif de performance qualité/économie. Ces délégations nécessitent une maturité et une formation des co-contractants qui est loin d'être réalisée.

En outre, il est évidemment beaucoup plus difficile de déléguer en période de restrictions ou de maîtrise des dépenses...

6.5.5 LES RELATIONS AVEC LES ARS DOIVENT S'APAISER.

La mise en place des ARS, souhaitées dans leur principe par les responsables hospitaliers, a été très complexe, comme on l'a évoqué plus haut : rassembler, tout en assurant la continuité

de l'action publique, des structures aussi diverses, parfois antagonistes, et des personnels de statuts multiples et de cultures professionnelles aussi différentes, entraîne inévitablement une période de tension.

Pour autant, l'un des sujets difficiles à évoquer en séance publique lors des rencontres, et qui est apparu à titre confidentiel et en petit comité, réside dans les tensions, notamment les tensions hiérarchiques, apparues entre établissements et agences, et plus particulièrement dans certaines régions.

Les hôpitaux ne se gouvernent pas comme des succursales d'entreprises, ni en interne, ni dans leurs relations avec les autorités de tutelle. Ils ne peuvent pas non plus être administrés comme des services extérieurs de l'Etat ou des administrations centrales. Ce modèle si particulier de l'hôpital public répond à des impératifs de gestion qui lui sont propres : service public à la fois national et local, établissement administratif répondant à des normes et des politiques mais, également, établissement autonome fonctionnant sur un territoire spécifique et en continu, administration et parfois quasi-entreprise, employant plus de 140 métiers et déployant à la fois l'excellence médicale, l'enseignement, l'innovation, mais aussi l'accueil de la détresse sociale, il n'a pas d'équivalent. Son pilotage nécessite une approche spécifique, adaptée, fondée sur l'adhésion des acteurs.

Dans cette perspective, il serait délétère que les agences et les hôpitaux se perçoivent comme des adversaires, alors qu'ils ont évidemment tout intérêt à co-agir.

Ainsi apparaît à l'évidence la nécessité d'améliorer, parfois d'apaiser, en tout cas de fluidifier les relations entre les Agences et les établissements publics. Bien des régions y parviennent dans un climat de confiance mutuelle : ce sont ces modèles-là qu'il faut généraliser.

7 PROPOSITIONS

La Mission Hôpital Public, au terme des réunions régionales, formule des recommandations permettant d'ajuster, sans le bouleverser, l'édifice actuel d'organisation, de pilotage et de gouvernance des hôpitaux.

Elle recommande de se fonder également, pour ce faire, sur les travaux de la Commission Fourcade ainsi que sur les expériences réussies d'organisation interne ou territoriale exposées lors des réunions régionales.

Elle souligne, d'une manière générale, la nécessité de garantir la stabilité des règles juridiques et organisationnelles avec lesquelles l'hôpital public doit agir. La stabilité permet de **ne pas mobiliser à l'excès les ressources des établissements** dans des démarches de réorganisation interne, qui plus est dans un environnement devenu très concurrentiel.

Aucune législation n'est parfaite et le droit restera, quoi qu'il advienne, dans une situation de retard relatif en regard des pratiques. La mission première de l'hôpital est évidemment de délivrer des soins, ainsi que d'assurer des enseignements et mener des travaux de recherche, dans une préoccupation de performance d'ensemble. L'essentiel de l'énergie des responsables hospitaliers doit par conséquent rester consacrée à ces préoccupations.

7.1 CORRIGER LES EFFETS NÉGATIFS DU DISPOSITIF DE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

L'hôpital public n'a pas pour principe ni pour valeur d'agir dans la perspective de dégager des profits financiers. Il n'est pourtant pas étranger aux nécessités de l'efficacité économique et l'évolution de ses résultats budgétaires depuis plusieurs années en témoigne. La T2A est bien comprise et a été rapidement intégrée par les hospitaliers publics, sans doute mieux que certains ne l'imaginaient au départ.

Toutefois **la T2A atteint ses limites**, en particulier dans l'absence de toute **incitation à la coopération** et aux prises en charges coordonnées, au sein d'un même établissement, voire plus encore au niveau territorial. On note également un **découplage marqué** entre **l'évolution des coûts de production** des soins (du fait des techniques mises en œuvre, des

normes de sécurité ou de précaution, des règles de contrôle qualité, des coûts salariaux, du coût des unités d'œuvre...) et ***l'évolution corrélative des tarifs nationaux*** pour certaines prises en charge (baisse des tarifs ou débasages successifs des crédits hospitaliers pour financer des mesures spécifiques).

La tarification incite chaque acteur à développer les actes techniques et à maximiser son activité propre : ***coopérer peut avoir un effet financier négatif***, soit par effet de seuil, soit du fait de coûts supplémentaires induits.

Recommandations :

- Garantir une transparence sur la construction des tarifs par rapport aux coûts, et adapter les tarifs aux prises en charge coordonnées ;
- Introduire un mécanisme de modulation de la tarification à l'activité pour les établissements engageant des opérations ambitieuses de coopération, dans le cadre d'une démarche contractuelle entre établissements et agences : limiter les effets de seuil lors des regroupements, afin de maintenir aux établissements concernés les ressources qu'ils détenaient avant leur engagement dans la démarche. Les nouveaux FIR pourraient être mobilisés à cette fin notamment.
- Définir, entre l'ARS et la structure de coopération, des calendriers pluriannuels contractualisés de modification des règles budgétaires et tarifaires applicables aux établissements engagés dans des programmes de coopération/complémentarité.
- Stabiliser le financement issu des crédits MIGAC ou MERRI, dont les évolutions fortement négatives ces dernières années créent des déséquilibres et une insécurité grandissante pour les établissements publics, freinant leur modernisation

7.2 VALORISER LA NOTION DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La notion d'hôpital public et de service public n'est certainement pas surannée. L'interpellation du Ministre en témoigne d'ailleurs, sa lettre de mission y faisant explicitement référence. Cette notion doit se concevoir dans une acception moderne et adaptative, attentive à l'évolution des besoins de santé, des techniques médicales et des outils de management.

Cependant dans le contexte actuel de tensions économiques et de crises financières traversées par les sociétés occidentales, de tentations de repli sur soi et de réduction des systèmes de financement solidaire de la santé, le modèle français d'un hôpital public performant et fortement positionné présente des avantages que tous les observateurs saluent, quelles que soient les orientations philosophiques ou politiques.

Devant ce constat, la disparition de l'expression « service public hospitalier », dans la rédaction définitive de la dernière réforme, avait été particulièrement mal vécue et constituait une difficulté réelle dans le ressenti des équipes hospitalières.

Recommandations :

- Rétablir la notion, consacrée dans les faits, de service public hospitalier au sein des textes fixant les règles d'organisation du système de santé, à l'occasion des révisions dont ces textes font l'objet.
- Engager, à l'initiative des ministères sociaux, une campagne annuelle ou biennale de valorisation des activités et des métiers de l'hôpital public ; décliner cette démarche, au niveau régional, à l'initiative des ARS en coordination avec les collectivités territoriales et les principaux établissements.

7.3 STABILISER LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE ACTUEL

Les hospitaliers demandent de la stabilité juridique, afin de ne pas remettre l'ouvrage organisationnel trop fréquemment sur le métier du quotidien, et de pouvoir achever correctement les réorganisations internes de la gouvernance afin de les rendre opérantes et de les évaluer.

Ils souhaitent également initier les coopérations avec un minimum de visibilité, ce qui ne peut se faire dans la précipitation. Le train de réforme de ces dernières années, inévitablement chronophage et trop rapide pour être pleinement déployé à ce jour, manque finalement d'efficacité dans certains cas et génère un sentiment de lassitude : « *a-t-on vraiment évalué la précédente réforme avant d'en engager une nouvelle ?* » est une interrogation fréquemment formulée.

Recommandations :

- Ne pas bouleverser les équilibres acquis de la gouvernance des hôpitaux publics et définir un délai minimal de mise en œuvre et d'évaluation avant d'en réformer l'organisation de manière significative.
- Fixer, hors urgences, un objectif maximal annuel de textes d'organisation interne nationaux ou régionaux, inscrit dans un calendrier thématique connu des acteurs.
- Solliciter un panel de professionnels hospitaliers de terrain, soit au niveau national, soit au niveau régional, afin de mener des études d'impact concret des directives ou recommandations nationales et de leur modification.
- Améliorer la coordination, à l'échelon national et régional, des autorités ou structures chargées d'édicter des règles ou de contrôler leur application par les hôpitaux, applicables aux hôpitaux publics¹². Cette coordination permettrait de fusionner un

¹² Cette formulation concerne toutes les autorités ou services émettant des règles de bon usage, des normes applicables par les hôpitaux ou leur adressant des injonctions ou demandes, ou exerçant une évaluation ou un contrôle de leurs activités : les services centraux ou déconcentrés des différents ministères, les agences nationales, les hautes autorités nationales, les établissements nationaux, leurs déclinaisons régionales et locales, et les agences régionales de santé naturellement.

certain nombre de demandes, de s'assurer de l'absence de contradiction entre elles, d'en homogénéiser le calendrier et, par retour d'expérience, pourrait contribuer à simplifier les règles juridiques.

7.4 INTRODUIRE UNE PLUS GRANDE SOUPLESSE DES RÈGLES JURIDIQUES

L'édifice issu de la loi HPST est souvent perçu comme centralisé, directif et hiérarchisé, alors qu'il est censé accompagner une modernisation de l'organisation favorisant l'initiative locale, le développement d'outils modernes de management, la conduite de projet, le travail d'équipe, l'autonomie des acteurs et la déconcentration tant entre autorités sanitaires et hôpitaux qu'au sein des hôpitaux eux-mêmes.

Il est donc essentiel de **reconstituer des marges plus importantes** pour les responsables de terrain, et de ne pas les enfermer dans un cadre juridique ou administratif trop rigide ou trop standardisé.

Recommandations :

- Retirer les limites excessives mises à la composition des directoires ; chaque fois que possible, préférer définir une *fourchette* fondée sur la taille des établissements et laisser à ceux-ci les marges locales de composition qui leur paraissent convenir. La même remarque s'applique à la composition de certaines instances, par exemple le conseil de surveillance (comme cela a été fait pour les CME).
- Favoriser les modèles expérimentaux de coopération territoriale et les initiatives locales :
 - o Maintenir les structures de coopération qui fonctionnent, comme certains SIH, certains GCS expérimentaux ou des instances multi sites ;
 - o Simplifier les règles d'organisation des CHT et introduire des dispositifs permettant la définition de règles locales optionnelles, notamment la liberté de doter la CHT de la personnalité morale ;
 - o Assouplir les règles de création et de fonctionnement des GCS, en laissant plus de marge d'innovation aux acteurs et aux établissements ;
 - o Favoriser les directions communes, permettre la création d'instances communes (Directoires, CME notamment) et soutenir l'investissement de ceux qui s'engagent dans la mise en œuvre de ces coopérations par une évolution de carrière ou de rémunération ;
 - o Développer plus rapidement les postes partagés, inciter à la création d'équipes de territoire par des mécanismes statutaires et financiers ;
 - o Permettre la constitution de pôles d'activités médicales inter-établissements au niveau d'un territoire ;
 - o Améliorer la coordination entre ARS de régions limitrophes pour permettre ou soutenir des opérations de coopération inter-établissements dont les bassins de santé ne s'arrêtent pas aux limites des frontières administratives.

7.5 ORGANISER UN APPUI RÉGIONALISÉ ET TERRITORIALISÉ

Le déroulement des rencontres régionales organisées par la mission témoigne du besoin de dialogue et de concertation professionnelle au sein des établissements publics de santé, en dehors d'un cadre institutionnel ou hiérarchique, et en relation avec des pairs.

La Mission propose par conséquent d'organiser un appui territorialisé inspiré de cette démarche.

Recommandations :

- Favoriser les partages d'expériences interprofessionnelles sous forme de débats ou de rencontres professionnelles hors cadre hiérarchique.
 - o Organiser un accompagnement des établissements qui le souhaitent, à l'échelle du territoire, en mobilisant une équipe pluridisciplinaire selon le format initié dans le cadre de la mission hôpital public, du type « visite de pairs ». Cette équipe pourrait également faire appel aux conseillers généraux des établissements de santé.
 - o Proposer dans ce cadre un appui à la mise en œuvre des réorganisations internes, et à la mise en place de formations d'établissement ou inter-établissements.
 - o Renouveler à six mois des rencontres inter-établissements, du type de celles animées par la Mission, dans les territoires volontaires afin de permettre l'échange et le retour d'expériences entre les professionnels de terrain.
- Favoriser les échanges entre les ARS et les établissements sur les conditions de mise en œuvre des réformes internes.

7.6 RÉNOVER LES RELATIONS ENTRE ARS ET ÉTABLISSEMENTS.

Afin de contribuer à la rénovation des relations entre les agences et les établissements, après la période de mise en place des nouvelles règles de régulation et des SROS-PRS, il convient de soutenir voire renforcer le rôle d'animation et d'incitation des Agences ainsi que le travail partenarial avec les établissements.

Recommandations :

- Expérimenter la mise en place d'un conseil de coordination hospitalier auprès de certaines agences, permettant de mener des études d'impact, de consulter les directions et les responsables médicaux et soignants sur la mise en œuvre des projets régionaux ainsi que des démarches de réorganisation ou de coopération inter-établissements...
- Améliorer la communication régionale, à destination des hôpitaux en particulier, sur l'organisation interne des agences, la répartition des rôles et responsabilités, l'identification des interlocuteurs, les niveaux de décision, les programmes annuels de travail, les priorités infra-annuelles.

- Définir en concertation entre établissements et ARS une charte relative à la mise en œuvre des missions d'inspection, de contrôle ou de visites de conformité au sein des établissements. Le cas échéant, ce travail pourrait notamment associer certains membres de la mission avec le Collège des DG d'ARS.
- Coordonner les sollicitations adressées par les services des agences et mettre en place un système documentaire partagé permettant de capitaliser les masses d'informations produites tout au long de l'année.
- Expérimenter la mise en place d'une conférence annuelle d'établissement ARS-Centre hospitalier avec l'un ou plusieurs des principaux CH de la région, en dehors des échéances réglementaires de type CPOM ou SROS-PRS, permettant de faire un point d'ensemble sur la stratégie, les projets, les opérations en cours, les attentes mutuelles. Cette conférence permettrait également de regrouper et de coordonner une partie des sollicitations mutuelles. Côté établissement le directoire serait convié. Après évaluation, cette conférence d'établissement pourrait être étendue aux autres hôpitaux du territoire.

Les structures régionales de la fédération hospitalière ou des conférences ou organisations représentatives des établissements, notamment, pourraient être mises à profit pour engager ou soutenir ces démarches.

7.7 SOUTENIR LA DIMENSION MANAGÉRIALE

La réforme HPST, de même que les réformes qui l'avaient précédée, a nettement renforcé la préoccupation managériale des établissements publics de santé.

Cette dimension transcende l'ensemble des frontières traditionnelles de l'organisation hospitalière, ne se limitant naturellement pas à la fonction d'administration, concernant tant l'organisation des soins que de l'activité médicale. Le rapprochement qui en découle, des points de vue et des préoccupations des différents responsables, constitue une force pour les hôpitaux publics et leur modernisation, qu'il convient de soutenir.

Recommandations :

- Développer la mise en œuvre de chartes du management :
 - o Sur le modèle de plusieurs expériences très avancées présentées lors des rencontres régionales, la charte du management fixe les valeurs, les principes, les objectifs et les règles générales du management interne, dans le cadre de la gouvernance, de la délégation interne, et de la conduite du projet médical et du projet d'établissement.
- Inciter aux formations managériales partagées entre responsables :
 - o Les textes prévoient désormais des dispositifs de formation pour les chefs de pôle, qui rencontrent des succès variés selon les régions et les établissements, ainsi que selon les disponibilités des acteurs, mais recueillent dans tous les cas un grand intérêt de leur part.

- Ces éléments, doivent être complétés sous la forme de formations partagées entre responsables médicaux, soignants, gestionnaires. Des formations conjointes de « trio » ou de « quatuor » de pôle sont à recommander fortement.
- Ces formations pourraient également, à l'échelle d'un établissement, être organisées en inter-pôles et en associant une partie de l'équipe de direction, afin de favoriser le partage d'outils, de préoccupations et de modes de travail dans la conduite des projets de pôle.
- Renforcer la formation au management des jeunes praticiens hospitalier
 - Les études médicales n'apportent, à ce jour, aucune préparation aux missions de management que pourront avoir à exercer un nombre important de praticiens, dans leurs services, ou dans les organes institutionnels des établissements où ils sont appelés à exercer.
 - Une formation d'approche aux techniques et outil de management, de conduite de projet, de communication en équipe, devrait être introduite systématiquement dans les études médicales.
- Promouvoir le partage de l'information au sein des établissements :
 - Développer, de manière systématique, les outils de reporting et d'analyse de gestion mis à la disposition des équipes de pôles. Veiller, en parallèle, à la confidentialité externe de ces outils.
 - Améliorer, au sein des pôles, le partage d'information entre l'équipe dirigeante du pôle et les services, structures internes, praticiens et cadres composant les équipes des pôles.

7.8 VALORISER LES RÉUSSITES ET LES ACTEURS QUI LES ANIMENT

L'aspect chronophage et mobilisateur des missions de management et de réorganisation, assumées par les responsables hospitaliers (directeurs, médecins, soignants) a été maintes fois souligné lors des rencontres régionales et ce rapport s'en est largement fait l'écho.

L'intéressement de ces acteurs à leur engagement particulier constitue une contrepartie indispensable, malheureusement trop peu développée dans le secteur public. Hôpitaux publics ou privés, l'implication personnelle dans le pilotage des établissements et des opérations de recomposition territoriale ne va pas de soi compte tenu de l'ensemble des charges de travail à assumer par ailleurs.

Recommandations :

- Tenir compte, dans le déroulement ou l'avancement de leur carrière, de l'investissement institutionnel des directeurs, des cadres, des praticiens hospitaliers et PUPH qui s'investissent dans la mise en œuvre des réorganisations internes et des réformes du management et du pilotage des établissements (NBI ou avancement accéléré).
- Clarifier et simplifier, voire rétablir le cas échéant, les règles d'intéressement à l'activité multi sites, pour les mêmes responsables, sans considération de statut :

- Définir une indemnisation spécifique rétribuant la part d'activité multi-sites pour les responsables concernés des établissements ayant mis en place une direction commune, un GCS de coopération institutionnelle ou une CHT, des activités médicales inter-sites, des opérations de recomposition, etc., sous la forme par exemple d'une activité d'intérêt général faisant l'objet d'une convention individuelle entre chacun des responsables concernés et l'établissement siège de la démarche de coopération.
- Rénover si nécessaire le dispositif de prise en charge des frais professionnels, afin d'assurer une indemnisation simple et rapide de ces frais.
- Compenser le temps consacré à la mise en œuvre des réformes et au pilotage des nouvelles organisations :
 - Définir un crédit d'heures, financé en MIGAC, alloué aux établissements pour la mise en œuvre et le déploiement des nouvelles organisations, permettant de compenser le temps consacré à ces missions en particulier par les chefs de pôles et cadres supérieurs.
 - Les règles d'emploi de ces crédits d'heures sont définies par les établissements au niveau de leur directoire.
- Publier annuellement le retour d'expérience des principales opérations de coopération territoriale engagées dans les régions, après recueil des éléments auprès des ARS.

7.9 ACHEVER ET CLARIFIER LORSQUE C'EST NÉCESSAIRE LE POSITIONNEMENT DES INSTANCES

Le bon calage des instances et, plus généralement, du fonctionnement des instruments de la concertation interne, demande incontestablement du temps et de la stabilité.

De nouveaux bouleversements dans l'organisation et les missions des instances hospitalières ne sont pas souhaitables, comme ce rapport s'efforce de le démontrer.

Il convient de laisser aux établissements le temps de mener leurs réorganisations, de trouver leurs équilibres, le cas échéant de mener leurs débats internes sur les dispositifs de copilotage ou de concertation adaptée, qu'ils souhaitent mettre en œuvre en fonction de leur dynamique interne et de leurs caractéristiques propres.

Recommandations :

- Favoriser les lieux de coopération entre les instances qui partagent des objectifs identifiés : la mission nouvelle attribuée à la CME concernant la sécurité et la qualité des soins et la gestion des risques, par exemple, trouve immédiatement son écho dans celles attribuées à la CSIRMT. De plus ce sont, bien souvent, les soignants non médicaux qui sont aux avant-postes pour la vigilance auprès du patient et assurent de ce fait les déclarations d'incidents et d'accidents à travers les fiches d'évènements indésirables notamment.
 - Cette complémentarité des acteurs, au plus près du patient est indispensable au bon fonctionnement du système qualité.

- C'est pourquoi, notre proposition est de favoriser, autant que possible des liens formels entre CME et CSIRMT sur le sujet de la qualité et gestion des risques liés aux soins, afin qu'aucun acteur n'en soit dépossédé.
- Des sous-commissions communes entre CME et CSIRMT sur les thématiques de la qualité, de la gestion des risques, du circuit du médicament, de l'informatisation du dossier patient, etc.
- Favoriser l'adoption de chartes de fonctionnement interne ou de règlements intérieurs concertés relatifs à l'information et la concertation internes sur les grands axes de la stratégie de l'établissement ;
- Instaurer, sur un fondement de volontariat, des séances spécifiques d'information et de présentation des axes stratégiques médicaux et territoriaux, des perspectives de développement territorial des spécialités médicales et de la démographie des professions de santé, avec le conseil de surveillance et la CME ;
- Évaluer et diffuser, au niveau régional, le bilan des expériences locales relatives à l'organisation d'un directory informel élargi ou d'un séminaire stratégique annuel ou biennuel sur le modèle mis en œuvre par certains grands établissements.

7.10 SOUTENIR LE RÔLE SPÉCIFIQUE DES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX ET UNIVERSITAIRES

Le rôle régional des CHU apparaît nettement comme irriguant le territoire de référence au sein duquel ils exercent. Ce rôle peut parfois peser ou inquiéter les établissements de taille plus réduite, notamment par rapport au risque de concentration des ressources ou des activités.

Il nous semble nécessaire, tout en tenant compte des préoccupations des établissements généraux, de confirmer le rôle d'animation régionale du CHU, dans une relation équilibrée avec ses partenaires, afin d'assurer la bonne répartition des ressources médicales et la coordination des activités de soin, d'enseignement et de recherche à l'échelle régionale.

Recommandations :

- Confirmer et renforcer, pour les CHU, le lien entre l'organisation polaire et la logique de recherche, gage indispensable de cohérence interne. Un pôle en CHU doit, par principe, se fonder sur une logique hospitalo-universitaire (pôles ou départements HU).
- Confirmer et faciliter la coopération inter-CHU sous la forme des GCS installés ou en cours de constitution dans la plupart des inter-régions.
- Introduire, pour un CHU, la possibilité d'être membre associé ou membre participant de plusieurs Communautés hospitalières de territoire.
- Favoriser le développement de la recherche clinique, coordonnée par le CHU, en assurant son financement sans prélèvements excessif sur les bases budgétaires hospitalières actuelles, dans une logique territoriale répartie permettant de contribuer en outre au maintien de la démographie médicale dans les établissements.

1 BILAN DU QUESTIONNAIRE

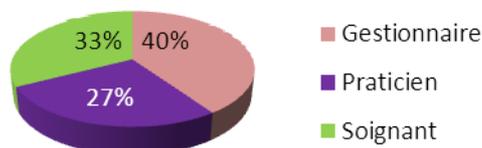
Analyse des sondages Mission Hôpital Public

Périmètre de l'étude : 347 questionnaires

La somme de certaines analyses donne des résultats > 100% : cela est dû aux questions pour lesquelles plusieurs réponses sont possibles.

Profil des répondants

	Effectifs	%
Gestionnaire	136	40,4%
Praticien	91	27,0%
Soignant	110	32,6%
Total	337	100,0%

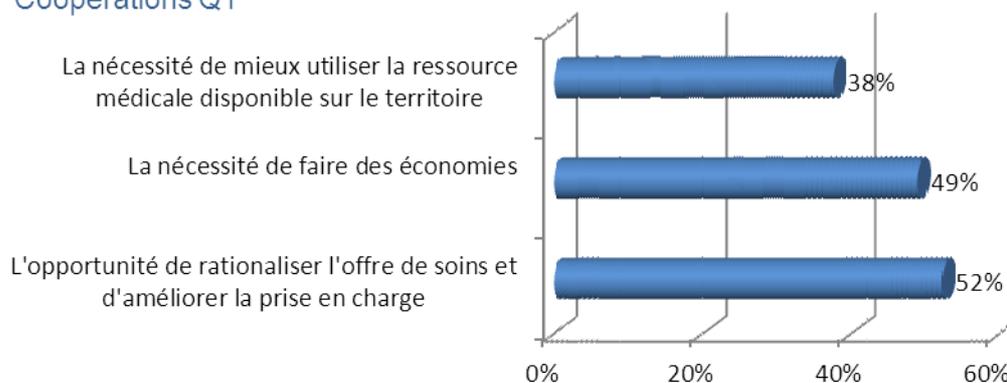


Les Coopérations

1 - D'après votre expérience des coopérations mises en œuvre depuis deux ans, lequel (ou lesquels) de ces objectifs vous semble avoir été privilégié ?

	Effectifs	%
L'opportunité de rationaliser l'offre de soins et d'améliorer la prise en charge	171	52,3%
La nécessité de mieux utiliser la ressource médicale disponible sur le territoire...	123	37,6%
La nécessité de faire des économies	160	48,9%
Total	327	100,0%

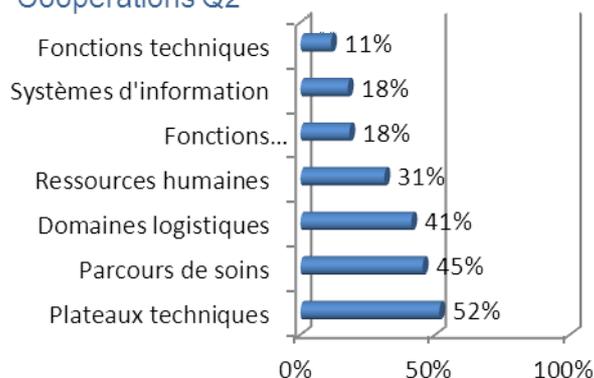
Coopérations Q1



**2 - Selon vous, quelles sont les coopérations qui ont obtenu les meilleurs résultats ?
Celles qui ont porté sur les :**

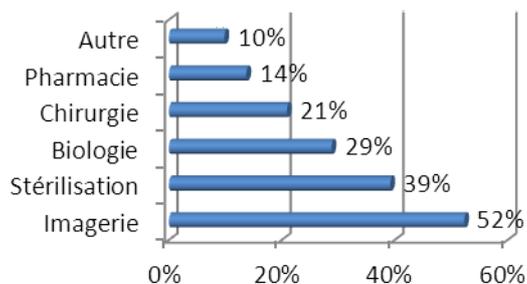
	Effectifs	%
Parcours de soins	140	45,3%
Systèmes d'information	54	17,5%
Fonctions administratives	56	18,1%
Ressources humaines	96	31,1%
Plateaux techniques	159	51,5%
Domaines logistiques	127	41,1%
Fonctions techniques	35	11,3%
Total	309	100,0%

Coopérations Q2



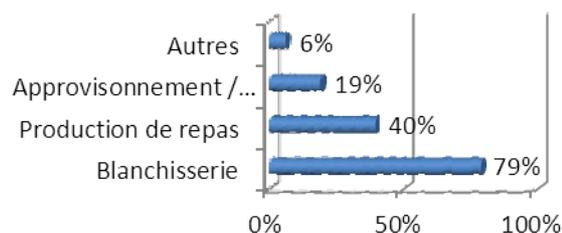
	Effectifs	%
Imagerie	80	52,3%
Biologie	44	28,8%
Pharmacie	21	13,7%
Stérilisation	60	39,2%
Chirurgie	32	20,9%
Autre	15	9,8%
Total	153	100,0%

Coopérations Q2 - Plateaux techniques



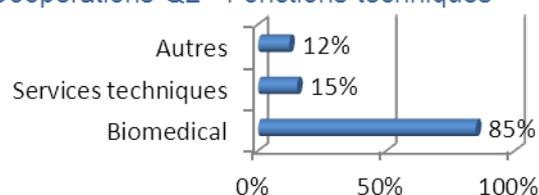
	Effectifs	%
Blanchisserie	90	78,9%
Approvisionnement / stockage	22	19,3%
Production de repas	45	39,5%
Autres	7	6,1%
Total	114	100,0%

Coopérations Q2 - Domaines logistiques



	Effectifs	%
Biomedical	28	84,8%
Services techniques	5	15,2%
Autres	4	12,1%
Total	33	100,0%

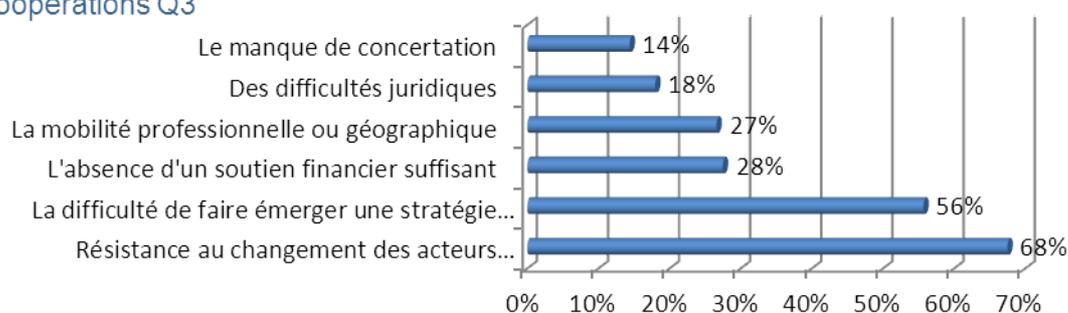
Coopérations Q2 - Fonctions techniques



3 - Quels ont été les principaux obstacles que vous avez rencontrés dans la mise en œuvre de coopérations ?

	Effectifs	%
Résistance au changement des acteurs concernés	206	67,5%
Des difficultés juridiques	55	18,0%
L'absence d'un soutien financier suffisant	84	27,5%
Le manque de concertation	44	14,4%
La difficulté de faire émerger une stratégie commune	170	55,7%
La mobilité professionnelle ou géographique	81	26,6%
Total	305	100,0%

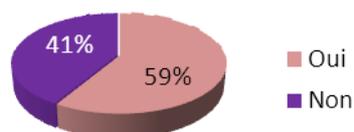
Coopérations Q3



4 - Etes-vous personnellement engagé dans un projet de coopération inter-hospitalier ?

Coopérations Q4

	Effectifs	%
Oui	195	58,6%
Non	138	41,4%
Total	333	100,0%

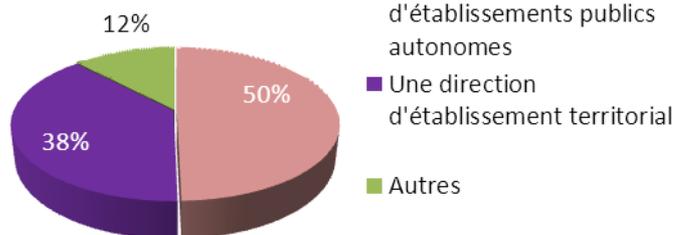


La Gouvernance

5 - D'après vous, vers quelle forme doit évoluer la gouvernance sur un territoire ?

	Effectifs	%
Une direction commune d'établissements publics autonomes	135	49,6%
Une direction d'établissement territorial	104	38,2%
Autres	33	12,1%
Total	272	100,0%

Gouvernance Q5

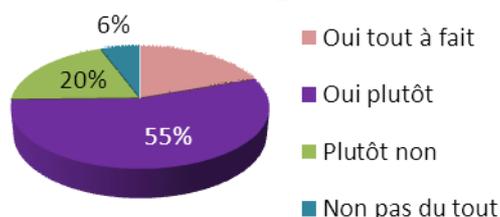


6 - Dans votre établissement, estimez-vous que l'organisation en pôles d'activité produit des effets positifs sur :

Le management interne

	Effectifs	%
Oui tout à fait	65	19,6%
Oui plutôt	182	55,0%
Plutôt non	65	19,6%
Non pas du tout	19	5,7%
Total	331	100,0%

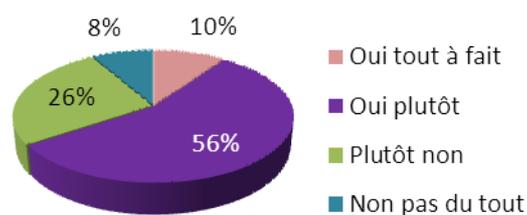
Gouvernance Q6 - Management interne



La qualité de la prise en charge

	Effectifs	%
Oui tout à fait	32	9,8%
Oui plutôt	182	55,8%
Plutôt non	85	26,1%
Non pas du tout	27	8,3%
Total	326	100,0%

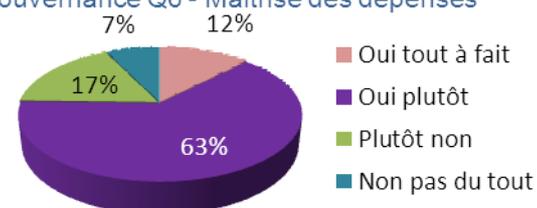
Gouvernance Q6 - Qualité de prise en charge



La maîtrise des dépenses

	Effectifs	%
Oui tout à fait	41	12,4%
Oui plutôt	208	63,0%
Plutôt non	57	17,3%
Non pas du tout	24	7,3%
Total	330	100,0%

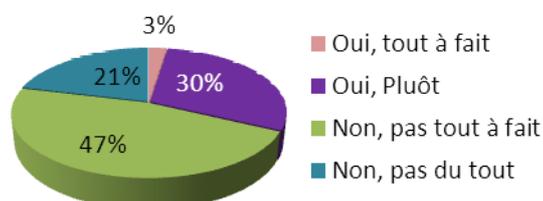
Gouvernance Q6 - Maitrise des dépenses



La qualité de vie au travail

	Effectifs	%
Oui, tout à fait	8	2,5%
Oui, Pluôt	95	29,6%
Non, pas tout à fait	150	46,7%
Non, pas du tout	68	21,2%
Total	321	100,0%

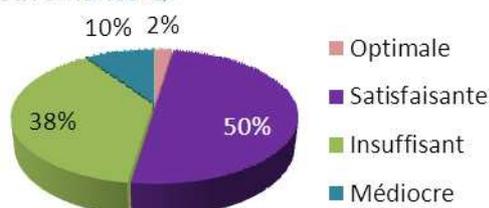
Gouvernance Q6 - Qualité de vie au travail



7 - Estimez-vous que la mise en place des pôles dans votre établissement a été accompagnée de façon :

	Effectifs	%
Optimale	8	2,4%
Satisfaisante	164	50,0%
Insuffisant	125	38,1%
Médiocre	31	9,5%
Total	328	100,0%

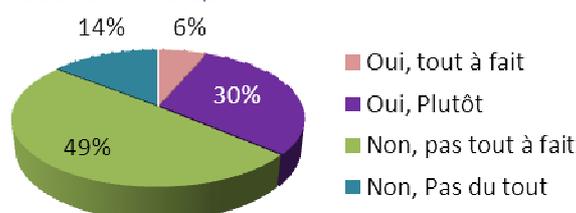
Gouvernance Q7



8 - Estimez-vous que l'organisation et les outils mis en place dans votre établissement permettent véritablement un fonctionnement efficace des pôles (outils de pilotage, délégations de gestion, temps dédié de cadre administratif, intéressement...)?

	Effectifs	%
Oui, tout à fait	21	6,4%
Oui, Pluôt	98	29,9%
Non, pas tout à fait	162	49,4%
Non, Pas du tout	47	14,3%
Total	328	100,0%

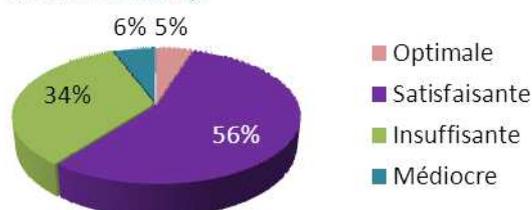
Gouvernance Q8



9 - Dans votre établissement, estimez-vous que la coopération entre la direction et les pôles est :

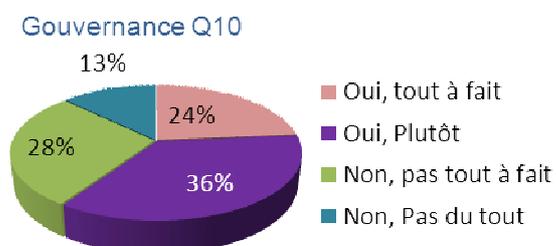
	Effectifs	%
Optimale	16	4,9%
Satisfaisante	182	55,5%
Insuffisante	111	33,8%
Médiocre	19	5,8%
Total	328	100,0%

Gouvernance Q9



10 - De manière générale, estimez-vous avoir été suffisamment associé à l'évolution de la gouvernance de votre établissement ?

	Effectifs	%
Oui, tout à fait	78	23,6%
Oui, Plutôt	118	35,8%
Non, pas tout à fait	92	27,9%
Non, Pas du tout	42	12,7%
Total	330	100,0%



2 LISTE ET PROGRAMME DES DÉBATS TERRITORIAUX

1 AGEN – 08 DÉCEMBRE 2012

2.1.1.1 GOUVERNANCE INTERNE

Le positionnement des chefs de pôles et l'articulation pôles / institutions

Docteur Antoine COMBES, Chef de Pôle et ancien Président de CME, CHIC Marmande / Tonneins

Docteur Claude LACARCE, Chef de Pôle et Président de CME, CHIC Villeneuve sur Lot

Docteur Luc VOGT, Chef de Pôle et Membre du Directoire, CH d'Agen

Le positionnement des cadres de pôles et la coordination des soins

Florence MERLET, Cadre Supérieure de Pôle, CH d'Agen

Monique POUJARDIEU, Coordinatrice des Soins, CHIC Marmande/Tonneins

2.1.1.2 COOPÉRATION TERRITORIALE

L'articulation des coopérations public/public et public/privé sur un territoire de proximité

Philippe SEROR, Directeur du CHIC Marmande/Tonneins

Un projet de GCS en biologie médicale entre établissements publics

Marc KEREBEL, Directeur du CH de Villeneuve sur Lot

Florian JAZERON, Directeur du CH d'Agen

Un travail en réseau à partir des filières de prise en charge des urgences

Docteur Laurent MAILLARD, Chef de Pôle et Responsable du SAMU 47, CH d'Agen

La place de la santé mentale dans les coopérations territoriales

Bruno CHAUVIN, Directeur du CHD de la Candélie

2 AJACCIO – 06 JANVIER 2012

.A LA GOUVERNANCE

Processus de création des pôles au centre hospitalier d' Ajaccio

Préparation de la délégation de gestion dans le contexte du CREF

Projet médical de l'établissement dans le contexte du PRS

.B LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

Activités d'urgences/SMUR en Corse du Sud

Ouverture du bloc opératoire à certains chirurgiens de la clinique

GCS informatique et projet de DPI unique pour la Corse

3 ANGERS – 23 NOVEMBRE 2011

2.1.3.1 GOUVERNANCE INTERNE ET PÔLES

Pratique de la gouvernance

Frederick MARIE, Directeur du CH de Nord Mayenne

Professeur Norbert IFRAH, Président de CME au CHU d'Angers

Gildas LAOT, Directeur des soins au CH de Saumur

Fonctionnement des pôles et délégations de gestion

Denis MARTIN, Directeur au CH de Cholet

Docteur Jean-Louis BOURGOIS, Chef de pôle, pôle Santé Sarthe et Loir (pressenti)

Christine CHAMPION, Cadre supérieur de santé de pôle au CHU d'Angers

2.1.3.2 COOPÉRATION TERRITORIALE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Les projets de communautés hospitalières de territoire et les filières de soins

Philippe GUINARD, Directeur du CH du Haut Anjou

Isabelle LESAGE, Directeur du CH du Mans

La démographie médicale comme enjeu de coopération

Professeur Isabelle RICHARD, Doyen de la Faculté de médecine d'Angers

Docteur Myriam HILLION, Président de CME au CH de Cholet (presentie)

4 ARRAS – 21 OCTOBRE 2011

2.1.4.1 GOUVERNANCE INTERNE ET RÉGIONALE

Pôle santé publique, CH d'Arras

Docteur Dominique LEJEUNE, Addictologue, Chef de pôle

Françoise POT, Cadre supérieure de santé

Jean-Louis ROGER, Assistant de gestion

Pôle et secteurs psychiatriques, CH de Boulogne sur Mer

Docteur Daniel HANIQUE, Chef de pôle Santé Mentale

Dominique LACOQUELLE, Cadre supérieur de santé

Retour d'expérience du pôle des urgences, CH de Boulogne sur Mer

Docteur Grégory DUNCAN Chef de pôle des urgences - réanimation - UMJ

Laurence VANGERMEE, Cadre de santé

2.1.4.2 COOPÉRATION TERRITORIALE : CHT DE L'ARTOIS - DOUAISIS

Marie-Odile SAILLARD, Directrice du CH d'Arras

Jean-François CROS, Directeur adjoint du CH d'Arras

Docteur Dominique DELEFOSSE, Président de CME du CH d'Arras

Marie-José CABANEL, Directrice du CH de Béthune

Docteur Christine LEMAIRE, Présidente de CME du CH de Béthune

Docteur Pascale GUILLAIN, Chef de service Pharmacie au CH de Douai

5 BASTIA – 06 JANVIER 2012

2.1.5.1 LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

Le projet de Communauté Hospitalière de Territoire de la Haute Corse

Marie Pierre STEYER, Directrice, Centre Hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone

Frédéric EBENDINGER, Directeur adjoint, Centre Hospitalier de Bastia

Françoise VESPERINI, Directrice adjointe, Centre Hospitalier de Bastia

Dr Paul-Julien VENTURINI, Président de la CME, Centre Hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone

Dr Pierre BORY, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Bastia

Mise en place d'un pôle territorial de Santé Publique et de Consultations Spécialisées

Dr Gilles ETIENNE, Chef de Pôle Mère-Enfant/Santé Publique, Centre Hospitalier de Bastia

Dr Charles RYCKWAERT, Praticien Hospitalier, Antenne Médicale de Calvi

2.1.5.2 LA GOUVERNANCE

Le projet du Pôle Soins Continus

Dr Jazil HASSAM, Chef de Pôle Soins Continus, Centre Hospitalier de Bastia

Thérèse MATTEI, Cadre Supérieur de Santé, Centre Hospitalier de Bastia

Carole VESPERINI, Attachée d'Administration, Cadre Administratif de Pôle, Centre Hospitalier de Bastia

La gouvernance hospitalière vue par le DIM

Dr Jean Louis ANTONIOTTI, Médecin DIM, Centre Hospitalier de Bastia

Le rôle du Président de CME dans le dispositif de gouvernance

Dr Gilles ETIENNE, Chef de Pôle Mère-Enfant/Santé Publique, Centre Hospitalier de Bastia

6 BEAUVAIS – 09 SEPTEMBRE 2011

2.1.6.1 CONTEXTE, STATUT ET PROJET MÉDICAL DE LA CH20

Chirurgie

Docteur Catherine BONAN-LESUR, Chef du pôle Chirurgie du CH de Beauvais

Docteur Eric CHARPENTIER, Président de la CME du CH de Clermont

Télémédecine

Bruno LAVAIRE, Responsable des systèmes d'information du CH de Beauvais

Docteur Pierre JAECKER, Praticien hospitalier du CH de Chaumont en Vexin

HAD

Docteur Hélène HOYER, Praticien hospitalier du CH de Beauvais, Coordonnatrice des antennes HAD du Beauvaisis

SSR de Crèvecœur-le-Grand

Docteur Xavier CNOCKAERT, Chef du pôle Gériatrie du CH de Beauvais, Coordonateur médical de la FMIH

Mylène VOISOT, Cadre supérieur de santé de l'Hôpital de Crèvecœur-le-Grand

2.1.6.2 RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA DIRECTION COMMUNE DU CH CREIL-SENLIS

Dolorès TRUEBA, Directrice des CH de Creil-Senlis

7 BORDEAUX – 05 SEPTEMBRE 2011

2.1.7.1 GOUVERNANCE INTERNE ET GOUVERNANCE RÉGIONALE

Gouvernance interne

Marie-Josée MAZIERES, Cadre supérieur pôle cardiologie-pneumologie, CH Périgueux

Christian RISI, Chef de pôle gériatrique, CH Libourne

Marianne LAVIGNON, Directeur adjoint qualité et sécurité, directeur référent, CH Arcachon

Florian JAZERON, Directeur du CH d'Agen

Dominique DALLAY, Président de CME, CHU Bordeaux

Gouvernance régionale

Michel GLANES, Délégué régional FHF

2.1.7.2 COOPÉRATION TERRITORIALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La convention cadre de Gironde

Chantal LACHENAYE-LLANAS, Directeur général adjoint, CHU Bordeaux

François MINET, Président de CME, CH Libourne

La CHT des Landes

Alain SŒUR, Directeur, CH Mont de Marsan

Jean-Pierre CAZENAVE, Directeur, CH de Dax

Gilles CHAUVIN, Président de CME, CH Mont de Marsan

Bernard LAHITTON, Cardiologue, CH de Dax - Coordinateur de la Fédération inter hospitalière de cardiologie Dax/Mont de Marsan

8 BREST – 15 DÉCEMBRE 2011

2.1.8.1 LA GOUVERNANCE INTERNE ET LES PÔLES : RETOUR D'EXPÉRIENCES SUR LA MISE EN PLACE DES PÔLES

Le pôle Psychiatrie - Addictologie du CH des pays de Morlaix

Docteur Patricia AUERHAN, Chef du pôle

Céline PRINCE, Directrice référente du pôle

Le pôle Neurolocomoteur, gériatrie, maladies infectieuses du CHRU de Brest

Docteur L'HEVEDER, Chef de pôle

Eric LE GOURIERES, Directeur référent du pôle

2.1.8.2 LES COOPÉRATIONS INTERHOSPITALIÈRES

CHT - Pôles médicaux de territoire

Une expérience de coopération médicale : le pôle médical de territoire - chirurgie orthopédique CHRU de Brest - CH de Landerneau - HIA

Professeur Bertrand FENOLL, Président de la CME du CHRU de Brest

Docteur Gildas L'HEVEDER, chef du pôle Neurolocomoteur, gériatrie, maladies infectieuses

2.1.8.3 COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE PUBLIC - PRIVÉ

Le projet de GCS en cancérologie et en radiothérapie entre le CHRU de Brest, le CHIC de Quimper

Jean-Roger PAUTONNIER, Directeur du CHIC de Quimper

Bernard DUPONT, Directeur général du CHRU de Brest

CHT : le point de vue des présidents de conseil de surveillance

Patrick LECLERC, Président du CS du CH de Landerneau

Jean-Yves LE GOFF, Président du CS du CH de Lesneven

9 CAEN – 10 NOVEMBRE 2011

2.1.9.1 HPST ET GOUVERNANCE : MISE EN PLACE D'UN PÔLE

Michèle MALHERE, Cadre supérieure de santé du CH Falaise

Docteur Christophe DAON, Chef de pôle du CH Falaise

Nicolas VILAIN, Directeur adjoint du CH Falaise

Docteur Françoise ZAMARA, Présidente de CME du CH Falaise

2.1.9.2 RAPPROCHEMENT DANS LE CADRE D'UN PROJET MÉDICAL COMMUN

Docteur Eric DU ROSEL DE ST GERMAIN, Médecin Chef du pôle au CH de Vire

Pierre TSUJI, Directeur du CH de Vire

Jean-Marc PEREZ, Directeur du CH de Flers

10 CANNES – 11 OCTOBRE 2011

2.1.10.1 LES OUTILS DE PILOTAGE D'UN PÔLE

Hervé MOUGEOLLE, Directeur financier au CH d'Antibes

Intéressement au sein des pôles

Romain PALOMBIERI, Contrôleur de gestion au CH de Grasse

Association des médecins libéraux au service public hospitalier

Equipe du CH de Cannes

11 CARCASSONNE – 14 SEPTEMBRE 2011

2.1.11.1 GOUVERNANCE INTERNE

Bertrand GROSSET, Chef du pôle Mère enfant

Nicole BONSIRVEN, Cadre co gestionnaire du pôle vasculaire et métabolique

Nicole ROYER, Directeur Coordonnateur des soins

2.1.11.2 COOPÉRATION TERRITORIALE ET RÔLE DE L'ARS

Patrick RODRIGUEZ, Directeur de l'ASM

Michel Saint LOUBERT, Chef du pôle de chirurgie

12 CLERMONT-FERRAND – 16 NOVEMBRE 2011

2.1.12.1 GOUVERNANCE

Les instances, les pôles et la contractualisation, le rôle de l'encadrement

Place des usagers dans la nouvelle gouvernance.

Professeur Isabelle JALENQUES, Chef de pôle de Psychiatrie au CHU de Clermont Ferrand

Professeur Pierre PHILIPPE, Chef de pôle de Spécialités Médicales au CHU de Clermont Ferrand

Docteur Dominique GUELON, Membre du directoire au CHU de Clermont Ferrand

André SALAGNAC, Directeur général adjoint au CHU de Clermont Ferrand

Camille DUMAS, Directeur adjoint au CHU de Clermont Ferrand

Marie Claire ARNAUD, Cadre supérieure de santé au CHU de Clermont Ferrand

Jean Pierre BASTARD, Membre du conseil de surveillance, CISS Auvergne

2.1.12.2 APPROCHE TERRITORIALE

CHT créée le 19/04/2011 : Forme juridique choisie, Gouvernance, Assise territoriale, Projet médical, Fédérations médicales, Logistique et système d'information

Professeur Louis BOYER, Chef de pôle Imagerie au CHU de Clermont Ferrand

Professeur Pierre SCHOEFFLER, Chef de pôle Anesthésie réanimation au CHU Clermont Ferrand

Docteur Aslam MANSOOR, Président de la CME du CH Issoire

Frédérique LABRO-GOUBY, Directrice du CH Issoire

Régis THUAL, Directeur hôpitaux du Nord Clermont

Dominique PERRON, Coordinatrice générale des soins au CHU de Clermont Ferrand

Jean Marc BOYER, Président conseil de surveillance CH le Mont Dore

13 DIJON – 1^{ER} DÉCEMBRE 2011

2.1.13.1 LES COOPÉRATIONS

GCS Amplitude (Haute Côte d'Or)

Bernard ROUAULT, Administrateur du GCS Auxois-Morvan

Docteur Boujemaa ZAROUALA, Président du Comité Médical, ARS Bourgogne

GCS Sud Yonne et Haut Nivernais

Pascal CUVILLIERS, DRH du CH d'Auxerre

Docteur Bernard JONON, Président de CME au CH d'Auxerre

Réseau REBON (Bourgogne Urgences Neurologiques)

Professeur Maurice GIROUD, Chef de service au CHU de Dijon

2.1.13.2 **MANAGEMENT INTERNE**

Pôle des pathologies Médicales CHU de Dijon

Docteur Denis CAILLOT, Chef de pôle au CHU de Dijon

Joëlle LAVANANT, Directrice déléguée au CHU de Dijon

Cécile PEREZ, Cadre supérieure au CHU de Dijon

CHU Dijon Contractualisation et comité opérationnel des pôles

Barthélémy MAYOL, Directeur général adjoint du CHU de Dijon

14 FORT-DE-FRANCE – 18 NOVEMBRE 2011

2.1.14.1 **LA COOPÉRATION TERRITORIALE**

Fusion des établissements du Nord Caraïbe

Alex BIRON, Directeur du CH de Carbet

Docteur Jocelyne BOIVIN, Chef de pôle au CH de Carbet

Le groupement des établissements publics de santé de proximité centre / sud Martinique

Pierre Jacques GARCIN, Directeur du CH de Saint Esprit

Docteur Jacqueline LUDON, Présidente de la CME du CH Le Marin

Le projet médical intégré des hôpitaux publics MCO de la Martinique

Professeur François ROQUES, Chef de pôle au CHU de Fort de France

Mise en œuvre d'une de ces organisations territoriales : Les urgences

Docteur Sophie MAINGUY, Praticien Hospitalier Urgences-SAMU au CHU de Fort de France

La réorganisation hospitalière dans le cadre du Projet Médical de Territoire Martinique

Elie BOURGEOIS, Directeur délégué de la coordination des soins et de l'efficience ARS Martinique

Docteur Christian LASSALLE, Conseiller médical du DG de l'ARS Martinique

2.1.14.2 LA GOUVERNANCE

Gouvernance des pôles : Approche médicale

Docteur Patrick ESCARMANT, Chef de pôle au CHU de Fort de France

Le conseil de surveillance, particularisme des régions monodépartementales

Frantz VENTURA, Délégué régional FHM

Rendre la CME opérationnelle

Docteur Patrick René-CORAIL, Président de CME au CHU de Fort de France

15 GRENOBLE – 30 NOVEMBRE 2011

2.1.15.1 CH DE MONTÉLIMAR: DU GCS À LA CHT

Nadiège BAILLE, Directrice du CH de Montélimar

2.1.15.2 POUR UNE STRATÉGIE DE COOPÉRATION TERRITORIALE : L'EXEMPLE DE LA CHT GRENOBLE-ISÈRE

Marc PENAUD, Directeur général adjoint du CHU de Grenoble

Professeur Thierry BOUGEROL, Chef de pôle psychiatrie-neurologie au CHU de Grenoble

16 HYÈRES – 2 DÉCEMBRE 2011

2.1.16.1 DÉBAT SUR LA COOPÉRATION

Avec le témoignage du Dr Jean-Yves DIQUELOU, Président de la CME du CH de la Dracénie sur le projet de coopération Fréjus, Draguignan, St Tropez.

17 LILLE – 22 SEPTEMBRE 2011

2.1.17.1 GOUVERNANCE INTERNE ET GOUVERNANCE RÉGIONALE

Marilyne BOURGOIN, Cadre supérieure de santé

Docteur Daniel DREUIL, transversalités, CHRU de Lille

Arlette ROUGÉ, Cadre supérieure de santé

Professeur Christian NOËL, Chef du Pôle Médico-chirurgical, CHRU de Lille

Sandrine VAN OOST et Danièle BRASSEUR, duo de Cadres supérieures de Santé au titre de la délégation de gestion dans les pôles au CH de Valenciennes

2.1.17.2 COOPÉRATION TERRITORIALE

Françoise SAINT WRIL, Cadre supérieure de santé

Marie SIMONEAU Directrice déléguée, pôle neurosciences, CHRU de Lille, contribution au GCS de neurochirurgie entre le CHRU de Lille et le CH de Valenciennes

Madame LEVEQUE, Cadre de santé au GCS de filière gériatrique de la zone de Valenciennes (territoire du Hainaut)

Fabrice LEBURGUE, Directeur du CH de Seclin, Territoire Métropole

18 LIMOGES – 18 OCTOBRE 2011

2.1.18.1 COOPÉRATION TERRITORIALE ET GCS

Antoine PACHECO, Directeur du CH d'Esquirol

Raphaël BOUCHARD, Directeur de la politique hospitalière de territoire au CHU de Limoges, Directeur du CH de Saint-Yrieix

Vincent DELIVET, Directeur du CH de Brive, Représentant FHF

2.1.18.2 GOUVERNANCE

Docteur Jean-Pierre BRET, Président de CME, Chef de service chirurgie, CH de Guéret

Joëlle GUILLOUT, Cadre Supérieur de Santé, Cadre de Santé du Pôle Onco-Hématologie (pôle hospitalo-universitaire)

Pascal TARRISSON, Directeur du CH d'Ussel

2.1.18.3 LYON – 13 OCTOBRE 2011

Hôpital 2012 et projet architectural

Annabelle SOLIGNAC, Directrice adjointe du CH de Bourg en Bresse

Coopération territoriale

Serge BERNARD, Directeur du CH d'Annecy

19 MARSEILLE – 20 SEPTEMBRE 2011

2.1.19.1 GOUVERNANCE INTERNE ET RÉGIONALE

Professeur Michel TSIMARATOS, Pédiatre

Monique SORRENTINO, Directrice rattachée au Directeur Général, en charge du pôle performance, stratégie, contrôle de gestion et contractualisation

Alain TESSIER directeur du Centre Hospitalier d'Aubagne

2.1.19.2 COOPÉRATION TERRITORIALE

Laurence MILLIAT, Directrice des hôpitaux sud, Assistance publique des hôpitaux de Marseille

Robert BRENGUIER, Directeur du Centre Hospitalier Valvert de Marseille

Joël BOUFFIES, Directeur du Centre Hospitalier du Pays d'Aix

20 MEAUX – 2 DÉCEMBRE 2011

2.1.20.1 NOUVELLE GOUVERNANCE

Analyse et point de vue concernant l'apport de l'organisation polaire au regard du fonctionnement pré-existant en fédérations du service, au sein d'un même établissement de la fédération au pôle

Docteur Patrick FREMONT, Président de CME du CH de Lagny Marne la Vallée

Docteur Yannick COSTA, Chef du pôle médico-technique et traitement du cancer du CH de Lagny Marne la Vallée

L'expérience récente d'une réorganisation de périmètre de pôle dans le sens d'un élargissement : passage de trois à un pôle

Docteur Jean-François LEFORT, Chef du pôle polyclinique médicale du CH de Meaux

Arielle PETIT, Cadre supérieure pôle polyclinique médicale du CH de Meaux

Les questions de fond soulevées par les principes et les méthodes de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance : point de vue critique d'un chef de pôle d'un hôpital de proximité

Docteur Georges BARJONET, Vice-président de CME du CH de Coulommiers

2.1.20.2 COOPÉRATIONS INTER HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE

Bilan d'étape et analyse critique de la dynamique de groupe territoriale engagée sur l'Est Francilien en comparaison au regard des objectifs stratégiques de départ - Cap vers l'Est Francilien

Docteur Yves ECHARD, DIM des CH de Meaux, Lagny Marne la Vallée et Coulommiers

Analyse critique de la dynamique de groupe territoriale

Docteur Jean-Jacques LE BONHOMME, Vice-président de CME du CH de Lagny Marne la Vallée

Projet de pôle territorial Imagerie Public/Public et Public/Privé (sous réserves)

Docteur Pascal BEROUD, Chef du pôle Imagerie du CH de Meaux

Docteur René BOKOBZA, Radiologue centre d'Imagerie Médicale « le Galilée » et GIE IRM Marne la Vallée

21 METZ – 17 NOVEMBRE 2011

2.1.21.1 GOUVERNANCE INTERNE

Présentation de la démarche « Pôle d'excellence »

Docteur Eric GERARD, chef du pôle « Tête-Cou, chirurgie plastique, chirurgie des brûlés » du CHR de Metz-Thionville

Le fonctionnement d'un pôle : mise en place d'un contrat de pôle et de la délégation de gestion, intéressement

Madame Sylvie BOUSSELET, cadre supérieur du pôle « Rééducation, dépendance et vieillissement » du CH de Verdun

La gouvernance interne dans un établissement de proximité

Monsieur Gabriel GIACOMETTI, directeur délégué du CH de Briey et directeur adjoint au CHR de Metz Thionville

2.1.21.2 COOPÉRATIONS TERRITORIALES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le pôle territorial public de chirurgie cardiaque, vasculaire et de transplantation mis en place dans le cadre de la CHT entre le CHU de Nancy et le CHR de Metz Thionville

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT, chef du pôle territorial public lorrain de chirurgie cardiaque, vasculaire et transplantation

La coopération dans le secteur médico-social

Monsieur. Roger DALLA COSTA, directeur CH Gorze et délégué régional adjoint Fédération Hospitalière de France, chargé du secteur médico-social

La coopération territoriale entre le C.H. d'Epinal et le CHU de Nancy

Docteur Jean-Marc LALOT, praticien hospitalier au Département « Anesthésie –Réanimation » au CH d'Epinal et au CHU de Nancy

22 MONTPELLIER – 23 NOVEMBRE 2011

2.1.22.1 LA GOUVERNANCE : LES PÔLES - LA CME - LE DIRECTOIRE

Faut-il à nouveau réformer la gouvernance ?

Les pôles : promoteur de projets ou contrôleur des dépenses - méthodologie projet

Le Directoire, chefs de pôle : les délégations de gestion

Les missions de la CME

Docteur Christine BIRON-ANDREANI, Vice-présidente de la CME du CHRU de Montpellier

Professeur Bernard GUILLOT, Ancien Président de la CME du CHRU de Montpellier

Professeur Jean-Michel BRUEL, Ancien chef du pôle Digestif du CHRU de Montpellier

Georges SANABRE, Directeur coordonnateur général des soins du CHRU de Montpe

2.1.22.2 COOPÉRATION TERRITORIALE

Peut-on se passer du rôle pivot de l'hôpital public ?

Marie-Agnès ULRICH, Directrice du CH de Béziers

Olivier ROQUET, Directeur du CH du Narbonne

Docteur Dominique METADIER de SAINT DENIS, Président de CME au CH du Narbonne

23 MULHOUSE – 6 SEPTEMBRE 2011

2.1.23.1 COOPÉRATION TERRITORIALE : LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE

Danielle PORTAL, Directrice du CH de Mulhouse

Docteur PETITJEAN, Président de CME du CH de Mulhouse

Monsieur BENTZ, directeur CH Pfastatt

2.1.23.2 GOUVERNANCE INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Docteur NASICA, directeur médical de pôle - CHM

Monsieur ZAESSINGER, Cadre de pôle au CH de Mulhouse

Monsieur COURTOT, Directeur adjoint du CH de Mulhouse

24 NANTES – 12 OCTOBRE 2011

2.1.24.1 GOUVERNANCE INTERNE

Pratique de la gouvernance au CHU de Nantes : évolution des organisations en pôles, travail réalisé sur l'action 2, projet management et place de l'encadrement

Docteur Philippe HAUET, Directeur du Pôle Urgences, CHU de Nantes

Thomas ROUX, Directeur de proximité (médecine-cancer-hématologie, imad, ostéo-articulaire), CHU de Nantes

Laurence HALNA, Cadre supérieure de santé, pôle odontologie, pôle tête et cou, CHU de Nantes

Regard des présidents de CME de Centres Hospitaliers

Edouard BICHIER, président de la CME du CH de Saumur

2.1.24.2 COOPÉRATION TERRITORIALE

Démarche initiée sur la création de la CHT et le cas particulier de la filière SSR

Professeur Charles DUBOIS, Directeur de pôle, Médecine physique et réadaptation, soins de suite, CHU de Nantes

Hubert JASPARD, Directeur général adjoint du CHU Nantes

Projet de CHT de Vendée

Georges COUTURIER, Directeur du Centre Hospitalier départemental Vendée (La Roche sur Yon)

Pierre VOLLOT, Directeur du Centre Hospitalier Loire-Vendée Océan (Challans)

25 NÎMES – 23 NOVEMBRE 2011

2.1.25.1 CHT : LE PROJET MÉDICAL - LE PROJET INFORMATIQUE : DMP

Professeur Patrick MESSNER, Chef de pôle Cardiologie au CHU de Nîmes

Docteur Hynek BATA, Président de CME au CME d'Alès

Docteur Dimitri DIBO, Président de CME au CH de Bagnols

2.1.25.2 LA GOUVERNANCE : LES PÔLES - LA CME - LE DIRECTOIRE

Les pôles : promoteur de projets ou contrôleur des dépenses - méthodologie projet

Directoire, chefs de pôle, CME : Les délégations - Les commissions

Professeur Pierre MARES, Chef de service Pôle Femme-Enfant au CHU de Nîmes

Professeur Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE, Président de CME du CHU de Nîmes

Professeur Pierre COSTA, Chef de service Pôle Urologie Andrologie au CHU de Nîmes

Professeur Jean-Paul BEREGI, Chef de pôle Imagerie médicale au CHU de Nîmes

26 ORLÉANS – 7 DÉCEMBRE 2011

2.1.26.1 NOUVELLE GOUVERNANCE

Pôle de Médecine à Forte Consultations du CHR d'Orléans

Artus PATY, Directeur Adjoint du CHR d'Orléans

Docteur Thierry PRAZUK, Chef de service Maladies infectieuses et tropicales au CHR d'Orléans

Le CSS de Pôle et le cadre de gestion

EPS Georges Daumezon

André RENAUD, Directeur de l'EPS Georges Daumezon

Des représentants du corps médical et soignant

Centre Hospitalier de DREUX

Patrice LORSON, Directeur du CH de Dreux

Des représentants du corps médical et soignant

2.1.26.2 **COOPÉRATION ET TERRITOIRE DE SANTÉ**

CHT de MONTARGIS et PITHIVIERS

Didier POILLERAT, Directeur de la CHT de Montargis et Pithiviers

Des représentants du corps médical et soignant

Centre Hospitalier de DREUX

Patrice LORSON, Directeur du CH de Dreux

EPS Georges Daumezon

Delphine PATY, Directrice Adjointe de l'EPS Georges Daumezon

27 PARIS-APHP – 2 DÉCEMBRE 2011

2.1.27.1 **GOVERNANCE**

Françoise AUBERT, Cadre Paramédical de Pôle, Pôle de chirurgie, GH Pitié-Salpêtrière

Pascal de WILDE, Directeur du Groupe Hospitalier Cochin, Hôtel-Dieu

Pr Rémy NIZARD, PU-PH, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique, Président du CCM Hôpital Lariboisière

2.1.27.2 **COOPÉRATION**

Mme Dominique de WILDE, directrice du GH Hôpitaux Universitaires Paris Seine Saint Denis

Pr Dominique VALEYRE, Chef de pôle hémato-broncothorax, chef du service de pneumologie, Avicenne

Martine ORIO, Directrice du Groupe Hospitalier Henri Mondor Chennevier

28 PARIS – SAINTE-ANNE – 4 OCTOBRE 2011

2.1.28.1 LA GOUVERNANCE

Denis FRECHOU, Directeur des hôpitaux de Saint Maurice

Docteur Marie-Christine CABIE, Présidente de CME des hôpitaux de Saint Maurice

Jérémie SECHER, Directeur de l'hôpital de Fontainebleau

Animateur : Philippe CHARLES, Directeur Adjoint au CH Sainte-Anne

2.1.28.2 LA COOPÉRATION

La CHT de psychiatrie à Paris

Jean-Luc CHASSANIOL, Directeur du CH Sainte-Anne

Docteur Norbert SKURNIK, Président de CME du Groupe Public de Santé de Maison Blanche

Le GCS Sud Yvelines

Olivier COLIN, Directeur du CH André Mignot, Versailles

Docteur Pierre FOUCAUD, Président de CME du CH André Mignot, Versailles

Animateur : Jean-Pierre BURNIER, Directeur du CH de Gonesse

29 POITIERS – 4 OCTOBRE 2011

2.1.29.1 GOUVERNANCE INTERNE

La vie des pôles

Professeur Jean-Philippe NEAU, Chef de pôle Neurosciences locomoteur, responsable de l'unité médicale de neurologie au CHU de Poitiers

Catherine ALLEGRINI, Cadre supérieur de santé au CHU de Poitiers

Cécile BENEUX, Directeur de cabinet du CHU de Poitiers

La vie institutionnelle

Professeur Joseph ALLAL, Président de la CME du CHU de Poitiers

Thierry LEFEBVRE, Directeur Général adjoint du CHU de Poitiers

2.1.29.2 **GOUVERNANCE RÉGIONALE**

Thierry SCHMIDT, Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême

Coopérations territoriales des établissements de santé

Coopérations La Rochelle/Rochefort

Alain MICHEL, Directeur du Centre Hospitalier de La Rochelle

Docteur Jean-Marc EVEN, Vice-président de la CME du Centre Hospitalier de Rochefort

Coopérations Poitiers/Montmorillon

Jean MARTIN, Directeur du Centre Hospitalier de Montmorillon

Professeur Michel CARRETIER, Responsable de l'unité médicale de Chirurgie Viscérale au CHU de Poitiers

30 REIMS– 8 NOVEMBRE 2011

2.1.30.1 **GOUVERNANCE INTERNE : LE FONCTIONNEMENT DES PÔLES**

Xavier DOUSSEAU, Directeur de l'EPSM de la Marne, Châlons en Champagne

Michaël GALY, Directeur général adjoint CHU

Docteur Eric KARIGER, Chef de pôle Autonomie et Santé CHU

Bénédicte GRÉSYK, Coordonnateur général des soins CHU

Docteur Isabelle ARNAULT, Chef de pôle Mère Enfant CH de Troyes (sous réserve)

François FERRIÈRE, Cadre supérieur de santé, Pôle Urgences Réanimation Anesthésie Douleur

2.1.30.2 **COOPÉRATIONS TERRITORIALES EN CHAMPAGNE-ARDENNE**

Etat des coopérations renforcées en Nord Ardennes

Patrice JÉZÉQUEL, Directeur, Centre Hospitalier de Sedan

Le projet de CHT Sud

Brigitte COURTOIS, Directrice, Groupe Hospitalier Aube Marne

Docteur Christian ALBA, Président de la CME, Centre Hospitalier de Chaumont

Alain DAVID, Directeur, Centre Hospitalier de Troyes

31 RENNES– 11 OCTOBRE 2011

2.1.31.1 LA NOUVELLE GOUVERNANCE AU CHU : RETOUR SUR EXPÉRIENCE SUR LA MISE EN PLACE DES PÔLES

Viviane PIEDCOQ, Directrice déléguée auprès des pôles "femme" et "enfant"

Professeur Gérard CHALES, Responsable médical du pôle "locomoteur"

Christiane ROUAUD, Cadre du pôle "médecines spécialisées"

Hors débat : Prof EDAN, Chef du service de neurologie, enquête sur la gouvernance interne

2.1.31.2 TERRITORIALISATION DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE : LES NIVEAUX DE PARTENARIAT

Les hôpitaux locaux

Gaëlle CHESNAIS, Directrice (pi) de l'hôpital de La Guerche

Les centres hospitaliers de proximité

Alain GROHEUX, Directeur du centre hospitalier de Vitré

Les établissements de santé mentale

Bernard GARIN, Directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes

32 LA RÉUNION – 9 DÉCEMBRE 2011

2.1.32.1 LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES : RETOUR D'EXPÉRIENCES SUR LES COOPÉRATIONS RÉUNIONNAISES

M. Michel CALMON, directeur général du CHR *Dr Yves Jacques ANTOINE, médecin anesthésiste réanimateur*

M. Gérald KERBIDI, directeur du CHGM *Dr Daniel DAGUINDAU, président CME du GHER*

M. Michel BRUN, directeur de l'EPSMR *Dr Philippe MORBIDELLI, président de CME du CHGM*

M. Patrick GRAS, directeur du projet PSO *Dr JAVAUDIN, président de CME du CHM*

M. Patrick TRON, président de CME de l'EPSMR *M. Arsène NERBARD, directeur du GHER*

Mr Alain DANIEL, directeur du CHM

2.1.32.2 GOUVERNANCE INTERNE

Introduction : « Mise en place de la contractualisation interne pour le CHR de la réunion »

Dr Arnaud BOURDE, chef de pôle au CHR *Dr THIRAPATHI, cadre de pôle*

Dr BARREAU, chef de pôle *Dr BALAYA, cadre de pôle GHER*

Dr SERMONT, cadre de pôle CHGM *M. BEAUMARCHAIS, Secrétaire Général du GHER*

Dr CASSAN, cadre de pôle *Mr Alain DANIEL, directeur du CHM*

Dr KOSTYRKA, médecin chef de pôle *Dr JAVAUDIN, président de CME du CHM*

33 ROUEN – 28 SEPTEMBRE 2011

2.1.33.1 GOUVERNANCE INTERNE

Professeur Eric LEREBOURS, Chef de pôle au CHU-Hôpitaux de Rouen

Dominique WOYNET, Cadre de pôle au CHU-Hôpitaux de Rouen

Olivier BRAND, Directeur du CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil, Membre du bureau de la FHF de Haute-Normandie

Jocelyne CHARTIER, Directrice des soins au CH de Dieppe

2.1.33.2 GOUVERNANCE RÉGIONALE

Véronique HAMON, Directrice du CHS du Rouvray, Membre du bureau de la FHF de Haute-Normandie

Docteur Pascal LE ROUX, Président de la CME du Groupe Hospitalier du Havre

Bernard DAUMUR, Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen, Membre du bureau de la FHF de Haute-Normandie

Coopérations

Philippe PARIS, Directeur du Groupe Hospitalier du Havre

Frédéric MAZURIER, Directeur adjoint du CH de Dieppe

Docteur Christian RICHARD, Président de la CME du CHI Eure-Seine

34 TOULOUSE – 27 SEPTEMBRE 2011

2.1.34.1 GOUVERNANCE RÉGIONALE

Professeur Bernard PRADERE, Président de la CME, Cadre de pôle, CHU de Toulouse

Marie Pierre VIGNEAU, Cadre de pôle MCO, CH Ariège Couserans

Docteur Michel PICHAN, Vice Président de la Conférence des présidents de CME, Président de la CME du CH Ariège Couseran, Vice Président de la FHF Midi Pyrénées

Jean Jacques ROMATET, Directeur général du CHU de Toulouse, Délégué Régional de la FHF Midi Pyrénées

2.1.34.2 COOPÉRATIONS

Dominique MICHEZ, Directeur adjoint, CHU de Toulouse, membre du bureau régional de la FHF Midi Pyrénées

Pierre ROGEZ, Directeur

Joël SOUMEILHAN, Directeur Adjoint, CH d'Auch et à Vic Fezensac

35 TOURS – 7 DÉCEMBRE 2011

2.1.35.1 LA GESTION DES PÔLES

Docteur AESCH, Responsable de Pôle "Tête et Cou" au CHRU de Tours

Gaëlle de SURGY, Directeur des Finances, de la Facturation et du SI au CHRU de Tours

Benoît RIBOT, Directeur des Affaires Générales et Financières au CH Jacques Coeur de Bourges

Docteur Carmen RAMOS, Chef de service SSR au CH Jacques Coeur de Bourges

2.1.35.2 LA NOUVELLE GOUVERNANCE : FOCUS SUR LA COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT

Professeur Loïk de CALAN, Chef de service "Chirurgie digestive, endocrinienne et transplantation hépatique" au CHRU de Tours,

Pascal MATHIS, Directeur Général Adjoint du CHRU de Tours,

Docteur Olivier MICHEL, Chef de service "SAMU SMUR Centre 15" au CH Jacques Coeur de Bourges

Raoul PIGNARD, Directeur du CH Jacques Coeur de Bourges

2.1.36 POINTE À PITRE 23 SEPTEMBRE 2011

Mme MiteilleWILLAUME, Directrice Générale de l'ARS

M. Dominique THEOPHILE, Président de la Fédération Hospitalière de la Guadeloupe, Vice-président du Conseil Général

2.1.36.1 LA GOUVERNANCE INTERNE

M. Ary BROUSSILLON, Sociologue, Directeur de la formation, des conditions de travail et des relations sociales, CHU de Pointe à Pitre

Dr Jacques Salin, Président de la CME, CHU de Pointe à Pitre

Dr Jacques Chevalier, Président de la CME du CH de Basse- Terre

Dr Ibrahim ABOUD, Président de la CME du CH de Monteran

Dr Jean-Paul BANOS, Président de la CME du CH de Saint-Martin

M. Patrick HOUSSEL, Directeur Général du CHU de Pointe à Pitre

M. Christian CELESTE, Directeur du CH de Basse-Terre, du CH LD Beauperthuy, et du CH M Selbonne

M. Francis FARANT, Directeur du CH de Monteran

M. Elie REGENT, Directeur du CH de Capesterre Belle Eau

M. Serge LAVEL, Directeur du CH Gérontologique du Raizet

M. Roland TOUSSAINT, Directeur du CH de Saint-Martin et du CH de Bruyn

2.1.36.2 LA GOUVERNANCE TERRITORIALE

Mme Pascale MELOT, Présidente de la Commission spécialisée PREVENTION, CRSA

Dr Jacques SALIN, Président de la Commission spécialisée ORGANISATION DES SOINS, CRSA

Mme Isabelle ROUIN, Présidente de la Commission spécialisée MEDICO-SOCIALE, CRSA

M. Jacques HENRY, Président de la Commission spécialisée DROIT DES USAGERS et de la Conférence de Territoire Centre Guadeloupe

Mme Marie-Yveline PONTCHATEAU-THEOBALD, Présidente de la Conférence de Territoire Sud Basse-Terre, Vice-présidente du Conseil Régional

M. Frantz GUMBS, Président de la Conférence de Territoire Iles du Nord

M. François LE MAISTRE, Président du Collectif Inter Associatif sur la Santé de la Guadeloupe

2.1.36.3 LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE

Dr André ATTALAH, Chef du service de cardiologie du CH de Basse-Terre, Conseiller Régional

M. Christian CELESTE

M. Guy GEORGES, Président du Conseil de Surveillance du CH de Basse-Terre, Conseiller Général

Mme Nicole GREAU, Présidente du Conseil de Surveillance du CH de Saint Barthélemy

M. Patrice LECOMTE, Directeur Général Adjoint du CHU de Pointe- -Pitre

Mme Jocelaine LOUSSASSA-CHIPOTEL, Secrétaire CGTG

M. Jean-Pierre DIDON, secrétaire UTS-UGTG

2.2 REUNION LOCALES, (RENCONTRE AVEC LE DIRECTOIRE, L'EQUIPE DE DIRECTION ET L'ENCADREMENT MEDICAL ET NON MEDICAL)

CH DE ST GAUDENS 27 SEPTEMBRE 2011

CH D'ELBEUF- 28 SEPTEMBRE 2011

CH DE ST LO – 10 NOVEMBRE 2011

CH DE VICHY - 16 NOVEMBRE 2011

CH DE SAUMUR - 23 NOVEMBRE 2011

CH ST QUENTIN -29 NOVEMBRE 2011

CHU D'AMIENS - 29 NOVEMBRE 2011

CH DE MACON - 1 DECEMBRE 2011

3 REMERCIEMENTS

Les membres de la Mission Hôpital Public tiennent à remercier **l'équipe opérationnelle de l'ANAP**, qui les a assistés tout au long de leurs activités et de leurs déplacements.

Cette équipe était coordonnée par **Mme Sylvie GRASTILLEUR et M. Amah KOUEVI**, et composée de : Mmes Eva BATTAGLIA, Marie-Emmanuelle AUBERT, Lamia MEHIRA-TOURRET, Anne-Laure BESSE, Coralie RINGOT et Stéphanie LEGAGNE, et de M. Philippe BRISSAUD et Christophe DOUESNAU.



Les membres de la Mission Hôpital Public remercient les services du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ainsi que du Secrétariat d'Etat à la santé, qui ont soutenu les travaux de la mission tout au long de leur déroulement, en particulier la Direction générale de l'offre de soins et le Secrétariat général des ministères sociaux. Ils remercient de même les agences régionales de santé, les collectivités locales et les services régionaux ainsi que la Fédération Hospitalière de France, la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers, les conférences nationales de directeurs (directeurs généraux et directeurs de centres hospitaliers), l'Association des directeurs d'hôpital.



Les membres de la Mission Hôpital Public tiennent également à remercier l'ensemble des hospitaliers rencontrés qui, par leur réflexion et leur engagement, ont permis de donner sens à ce travail de concertation et d'écoute.