

## LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE:

VERS UN MODELE PORTEUR DE CONFIANCE,

DE RESPONSABILITE,

**ET D'EFFICIENCE** 

#### Préambule

C'est avec une certaine gravité qu'en septembre, la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers (CNDCH) avait répondu au mois de septembre à la demande de contribuer à la réflexion sur les urgences. En amont de ses propositions dont la plupart ont trouvé un écho favorable dans le Plan de refondation des urgences, la CNDCH appelait l'attention des pouvoirs publics sur la fragilité grandissante des hôpitaux publics dont la grève dans les services d'urgence traduit tout à la fois l'épuisement et l'attente légitime de changement par les hospitaliers. Certains établissements sont au bord de la rupture : la réalité du quotidien se traduit, par exemple, par l'impossibilité de maintenir ou d'ouvrir des lits pourtant autorisés mais qui ne peuvent fonctionner faute de personnels médicaux et/ou non médicaux, ou par des plannings fluctuants qui insécurisent les équipes. Certains établissements se trouvent véritablement acculés à mettre en œuvre des plans de retour à l'équilibre budgétaire, sous la gouverne des ARS et du COPERMO, intenables tant sur le plan financier que sur la capacité à garantir l'accessibilité de l'offre des soins.

Si le Plan Ma santé 2022 apporte des réelles perspectives d'évolution, ses effets ne peuvent être raisonnablement attendus dans des délais courts. En ce sens, ils ne constituent pas une réponse aux tensions qui s'expriment depuis plusieurs mois désormais, dans un contexte plus large de mécontentement social, particulièrement palpable dans le secteur sanitaire et médico-social. Le risque de mouvements sociaux dont certains pourraient aisément revêtir des aspects radicaux, n'est pas à négliger. Il convient donc que des réponses concrètes puissent soient apportées afin que les professionnels de santé qui ont fait le choix d'exercer à l'hôpital public travaillent dans un contexte analysé comme sûr, porteur de sens et dans lequel ils trouvent leur place.

Par sa contribution appuyée sur une consultation large de ses membres via une enquête produite en annexe du présent rapport, la CNDCH souhaite faire part de ses analyses et de ses propositions. Plusieurs ont déjà été formulées notamment à l'occasion de groupes de travail, particulièrement portant sur la réforme des groupements hospitaliers de territoire ou dans le cadre de propositions faites conjointement avec la Fédération Hospitalière de France. Pour autant, le présent rapport a pour ambition d'apporter une vision globale des enjeux qui s'imposent tant aux pouvoirs publics qu'aux établissements eux-mêmes.

Comme elle l'indiquait déjà dans son rapport sur les urgences « Vers un changement de paradigme : des solutions d'urgences à la prise en compte des enjeux stratégiques et territoriaux », la CNDCH veut porter haut les préoccupations de l'ensemble des acteurs des établissements publics de santé, qu'ils soient médicaux mais aussi, car ils sont trop souvent oubliés dans les débats publics, les professionnels non médicaux. Elle veut aussi porter les préoccupations bien réelles de la population, exprimées par les représentants des usagers des établissements ainsi que les élus particulièrement inquiets par la fragilité, dans certaines zones ou pour certaines spécialités, de l'offre de soins hospitaliers sur leur territoire.

C'est l'ensemble de cette communauté hospitalière, dans toutes ses composantes et sa diversité sur le territoire national, qui doit trouver dans les prochaines décisions publiques des voies d'évolution permettant de conforter les hôpitaux dans leur place et leur activité.

La CNDCH est convaincue que ces évolutions ne doivent en aucun cas générer de tensions supplémentaires tant le monde hospitalier est aujourd'hui fragile y compris du fait de réformes successives. Elle réaffirme que l'heure est à la concorde et à une approche pragmatique et concertée des problèmes et donc des solutions.

Le Président de la CNDCH

Francis SAINT-HUBERT

## **SOMMAIRE**

	1-1 L'origine des tensions			
	1-1-1	La stratégie	7	
	1-1-2	Le financement	9	
	1-1-3	L'attractivité	10	
	1-1-4	Le management	11	
	1-2 <u>Le vécu</u>	u des chefs d'établissements depuis la loi HPST et la création des GHT	13	
II-	LES 8 ME	ESURES PROPOSEES	15	
	2-1 Une go	ouvernance qui tient compte de l'écosystème : les acteurs et le territoire	16	
	2-	1-1 Les acteurs	16	
	2-	1-2 Le territoire	17	
	2- 2 A l'éch	nelle des GHT	25	

## LES 8 MESURES PROPOSEES PAR LA CNDCH

- MESURE 1 : ELABORER AU NIVEAU NATIONAL UN PLAN DE VALORISATION DES METIERS DE L'HOPITAL
- MESURE 2 : PRIVILEGIER UNE GOUVERNANCE QUI PORTE LES ENJEUX STRATEGIQUES TERRITORIAUX VIA LA COMPLEMENTARITE DE SES ACTEURS
- <u>MESURE 3</u>: CONSTRUIRE L'EQUILIBRE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES MEDICALES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PARTIE ET SUPPORT
- MESURE 4: CONFORTER LA PLACE ET LE ROLE DES MEDECINS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS POUR DAVANTAGE DE CO-CONSTRUCTION
- **MESURE 5**: RENFORCER LA PLACE DES USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS
- MESURE 6: IDENTIFIER DES INSTANCES DE REGULATION DES CONFLITS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS
- MESURE 7: CREER UN COMITE DE DEVELOPPEMENT DURABLE A L'ECHELLE DES GHT
- <u>MESURE 8</u>: PREVOIR UN PLAN DE VALORISATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES MEDECINS AYANT EXERCE DES FONCTIONS INSTITUTIONNELLES

# I- UN CONTEXTE SENSIBLE

#### 1-1 L'origine des tensions hospitalières

Aujourd'hui, le monde hospitalier est incontestablement marqué par l'insatisfaction et la crispation de ses propres acteurs. Les problèmes à l'origine de ces tensions sont d'ordre stratégique, financier, d'attractivité et de management. Sans tous les rappeler dans la mesure où ils ont déjà fait l'objet d'exposés nombreux et argumentés, il convient de mettre en lumière certains car ils nourrissent le sentiment de manque de reconnaissance et de perte de sens.

#### 1-1-1 La stratégie

**Sur le plan stratégique**, il apparait que l'**ONDAM**, outil structurant et de pilotage incontestable sur le plan financier, a des effets délétères s'agissant de la stratégie dont on mesure les profonds dégâts aujourd'hui. Comme le rapport d'information de Mme C. DEROCHE et M. R-P SAVARY l'a démontré dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, cet outil est à la fois incomplet (il n'épouse pas tous les champs et couvre partiellement la dépense médico-sociale) et décorrélé des besoins de santé.

Les mécanismes de l'ONDAM étant principalement assis sur la régulation des tarifs, variable d'ajustement pour garantir la maitrise de la dépense, limitent toute possibilité de construire une vision à moyen terme.

En outre, structuré par enveloppe, l'ONDAM méconnait la stratégie définie par le Plan Ma Santé 2022 qui repose sur la synergie des acteurs afin que dans chaque territoire, la responsabilité populationnelle soit l'affaire de tous. Il en ressort que l'outil sur lesquels la représentation nationale se prononce chaque année ne traduit, ni par nature ni du fait de sa structuration, les éléments constitutifs de la politique générale de santé. Enfin, il ne trouve pas de déclinaison au niveau des territoires.

Par ailleurs, certains établissements sont fragilisés par une faiblesse de pilotage réel des pouvoirs publics : la vision régionale de l'hospitalisation publique n'est pas suffisamment affirmée. Des contrats de retour à l'équilibre sont mis en œuvre dans une perspective strictement budgétaire. Si, dans un premier temps, cela a permis de réduire certaines marges organisationnelles, cette approche réductrice a atteint ses limites. Dans le même temps, les potentiels d'évolution qui se situent au niveau des territoires ne sont pas pleinement pris en compte, par exemple en terme de matrice d'activité (développement d'activité, restructuration à l'échelle territoriale...). Ainsi, faute de vision stratégique territoriale et de capacité à trancher et par défaut de soutien des pouvoirs publics, des situations problématiques perdurent, par exemple sur des activités qui devraient cesser mais qui sont péniblement maintenues. Dans ce contexte, les directeurs n'ont parfois d'autre choix que de recourir, parfois en permanence, à l'intérim, quand ils ne se mettent pas hors réglementation en signant des contrats au-delà de « 4+10 » pour assurer la continuité des services. Il n'est pas rare de voir des rapports des cours régionales des comptes qui dénoncent la « mauvaise gestion » des hôpitaux, ni la mention, dans les contrats de retour à l'équilibre eux-mêmes, un objectif chiffré de diminution des dépenses d'intérim, comme si le recours à celui-ci était voulu. Si l'intérim est utilisé, c'est uniquement pour assurer la continuité du service public hospitalier.

Du fait de la maitrise financière non construite sur la base d'un objectif stratégique clair, dans certains établissements, les équipes hospitalières, qu'elles soient administratives, médicales ou paramédicales, se trouvent contraintes de mettre en œuvre des plans assortis de multiples indicateurs de suivis, avec la lourdeur que cela emporte, plans auxquels elles ne croient pas. Soit qu'elles ont constaté ellesmêmes que les objectifs sont inatteignables soit qu'elles ne mettent aucun sens à ces plans. Véritables équilibristes, elles essayent de surmonter des injonctions paradoxales tout en assurant le quotidien de leurs services. Dans ces situations, les équipes s'épuisent inévitablement et se désolidarisent peu à peu des politiques hospitalières et de ceux qui les portent. Certains en tirent des conséquences définitives en choisissant de quitter l'exercice public.

Sur le plan de la stratégie visant à territorialiser les approches, le développement des GHT va dans le bon sens et doit être encouragé compte tenu de l'intérêt des projets médico-soignants élaborés dans leur cadre et des mutualisations obtenues ou potentielles. Ainsi, le premier bilan de mise en œuvre est déjà significatif, comme en témoigne la consultation des membres de la CNDCH qui estiment que les GHT ont permis d'avancer sur l'identification d'un « bouclier de service public », d'améliorer la clarté de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire du GHT, de renforcer la coordination des parcours de soins publics, d'améliorer le positionnement de chaque établissement en terme d'offre de soins et de mieux organiser les fonctions logistiques, techniques.

Pour autant, la construction du modèle s'est arrêtée à un premier stade, sans doute nécessaire au moment de la création des GHT. Aussi, il n'est pas exempt de critiques comme une certaine lourdeur liée à la multiplication des instances et un risque de déséquilibre entre établissement support et établissements partie. De plus, le modèle est insuffisant dans sa portée. Il ne dispose pas des outils réglementaires nécessaires notamment en terme de ressources humaines (recrutement d'équipes au niveau des territoires...). Enfin, la pénurie médicale créant des situations de carences majeures et donc des tensions entre les équipes hospitalières constitue les angles morts du maillage territorial. On attend que les hôpitaux se débrouillent seuls dans des contextes de pénurie médicale inextricables.

Aussi, pour dépasser le stade actuel qui créé de la frustration, les GHT doivent être ajustés dans leur périmètre et modalités de fonctionnement, y compris pour permettre aux membres qui souhaitent aller plus loin pour mettre en œuvre une stratégie territoriale plus solide.

Enfin, ce chapitre ne peut être clôt sans rapporter l'analyse de certains professionnels particulièrement médicaux. Alors que les hospitaliers sont convaincus de la nécessité de travailler de façon systématique avec les **professionnels de Ville**, certains principes clés de la médecine de ville dont la liberté d'installation et le caractère relatif de l'obligation de participer à la permanence des soins contrastent de façon de plus en plus criante avec la contrainte qui pèse sur les hospitaliers et particulièrement les médecins hospitaliers. Outre le caractère de cette situation considéré par beaucoup comme injuste, cela a, dans certains établissements, un double effet : la tension sur les équipes qui doivent pallier les carences de la médecine de ville et une difficulté à mettre en œuvre des plannings stables ce qui a pour conséquence, en cascade, de limiter l'activité programmée.

De la même façon, peu comprennent le caractère obligatoire de l'adhésion à des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) alors que l'adhésion aux Communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS) n'est que facultative. Le fait que certaines zones soient de véritables déserts médicaux rend l'équation fondée sur le volontariat à la participation à des instances de concertation et de coconstruction des solutions de terrain encore plus surprenante.

#### 1-1-2 Le financement

La question du financement des établissements publics de santé est clairement posée en ce qui concerne le niveau des crédits consacrés par la Nation à la santé via un ONDAM corseté mais aussi du fait des mécanismes de financement via la T2A, couplé à un mécanisme d'ajustement volume/prix et de réserve prudentielle, qui limite la possibilité pour les hospitaliers d'y trouver un sens. Tant que la pertinence des actes et des parcours ne marque pas encore ces mécanismes de financement, le modèle ne peut être jugé comme vertueux et donc acceptable. A l'inverse, certains, y trouvent une traduction de l'expression « hôpital-entreprise » qu'ils estiment éloignée de la culture publique hospitalière.

Les mécanismes de financement ne prennent pas suffisamment en compte les caractéristiques propres aux établissements publics. Toujours multi-activités, fortement organisés autour des nécessités de la permanence des soins, ils se développent souvent sur plusieurs sites et prennent en charge des populations dont la fragilité sociale limite parfois la maitrise de la durée du séjour. En ce sens, les éventuelles évolutions du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) pourraient accroître cette fragilisation du fait des nouveaux mécanismes appliqués.

Dans ce contexte de financements contraints et pour partie inadaptés, il est illusoire de penser que la sécurité des soins est toujours préservée. Si des mouvements sociaux durs sont à craindre, on peut tout autant craindre, dans certaines situations, la survenue d'évènements indésirables liés à l'insécurité.

A cet égard, la déclinaison opérationnelle du Plan Solidarité grand âge tarde alors que la problématique est déjà sévère. Les carences en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées, notamment avec l'insuffisance des structures d'accueil dans des conditions d'accueil sécures et dignes, ne peuvent plus rester sans réponse. Le déploiement annoncé d'équipes mobiles gériatriques à vocation intra et extrahospitalière, y compris à domicile, doit être effectif rapidement et ce, d'autant plus que dans certains Départements, les dispositions d'accueil, d'orientation et d'évaluation comme les CLICS ont pu connaître un certain affaiblissement, faute de crédits suffisants. Les liens entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social doivent être re-pensés et l'innovation si performante dans les activités de médecinechirurgie et obstétrique doit désormais se développer dans les secteurs de prise en charge des personnes âgées : en cas contraire, il sera de plus en plus difficile de recruter et de fidéliser les équipes.

#### 1-1-3 L'attractivité

Sur le plan des ressources humaines médicales, un plan d'attractivité est inévitable tant le problème est aigu (postes vacants, non-respect de la réglementation pour pouvoir assurer un service minimum, recours à l'intérim médical au coût souvent exorbitant). En outre, l'exercice par voie d'intérim ne favorise en rien l'investissement institutionnel. Il est constaté par ailleurs la désaffection de l'hôpital par de plus en plus d'internes à la fin de leur cursus. Certains éléments autrefois plus ou moins admis, ne sont plus acceptés, particulièrement par les jeunes générations de médecins.

Ainsi, plus que le niveau de rémunération lui-même, la différence de rémunération avec le secteur privé sur certaines spécialités est de moins en moins comprise et donc admise. Si l'idée selon laquelle le choix d'exercer l'hôpital emportait des contraintes non compensées par un effet de rémunération, désormais, les jeunes générations entendent pouvoir préserver équilibre entre vie professionnelle et privée tout en ayant des écarts de rémunération acceptables par rapport au secteur privé, notamment en début de carrière ou sous statuts d'assistant.

La question **des rémunérations** ne concerne pas que les personnels médicaux, bien au contraire. Les niveaux de rémunérations de certains personnels hospitaliers dont les infirmiers et les aides-soignants sont en décalage avec les contraintes de ces métiers ; cela explique une durée d'exercice professionnel de ces professionnels très courte. Concrètement, les emplois dans le secteur industriel sont parfois plus rémunérateurs et dénués des contraintes liées au travail de nuit, de week-end et à la charge à la fois physique et mentale liée à certains patients particulièrement lourds. Le fait de ne plus être compétitif sur le marché de l'emploi est un fait qui se retrouve dans plusieurs régions françaises.

A cela s'ajoute le fait que les récentes augmentations de rémunération pour certains professionnels hospitaliers, après des mouvements sociaux, ont pu générer de la tension et de l'incompréhension au sein des établissements, car les professionnels bénéficiaires connaissent des conditions de travail comparables à bien d'autres services.

Enfin, l'attractivité ne se réduit pas à la seule question des rémunérations, même si dans la considération globale perçue pas les acteurs la reconnaissance financière a une part essentielle. Un deuxième facteur pèse tout autant et en est complémentaire : la recherche de sens dans l'exercice professionnel auquel sa propre contribution est consentie. Il s'agit là d'un élément éminemment complexe du management, en ce sens qu'il met en tension l'individu (aspirations professionnelles de chacun) par rapport au collectif (contraintes institutionnelles). Le processus de décision dans les organisations est au cœur de cette tension : soit il l'alimente, soit il l'apaise.

#### 1-1-4 Le management

Sur le plan managérial, les effets de la loi HPST ont fragilisé certains professionnels. Suite à une large consultation ayant abouti au rapport « Pacte de confiance », plusieurs problématiques ont rapidement été soulevées.

Sur le plan des symboles, il est incontestable que l'expression « Directeur - Patron de l'hôpital » a cristallisé des oppositions artificielles entre direction et communauté médicale. En cas de divergence entre les deux, ce vocable a eu un effet clivant et a donc accentué les tensions. Cela a eu un impact fort dans l'opinion des médecins sur la façon dont les hôpitaux sont gérés. Même si la plupart des médecins mesure le travail de co-construction fait notamment entre le Directeur et le Président de CME, cette expression sous-entend que la concertation pourrait n'être que de façade. Certains franchissent alors le pas de penser que «si un médecin dirigerait l'hôpital, il irait mieux ». Or, les problèmes qui expliquent le malaise hospitalier sont ailleurs : « Directeur-patron de l'hôpital » et « médecin-directeur de l'hôpital » sont les deux facettes d'une même croyance qui méconnaît la complexité de la gestion des hôpitaux.

Dans les propos introductifs du Pacte de confiance, cette difficile équation est présentée de façon synthétique : « Les contraintes de la gestion, le mode d'organisation, ont conduit à deux approches différentes de l'hôpital :

- Une approche strictement économique et gestionnaire qui priorise le volume d'activité et le résultat budgétaire annuel;
- Une approche strictement professionnelle et traditionnelle, qui rejette le primat des contraintes budgétaires et exprime parfois une nostalgie des anciennes pratiques.

Ces deux approches prennent mal en compte les attentes des patients et n'intègrent pas les enjeux actuels du système de santé. Entre ces deux approches clivées, il est nécessaire de retrouver une vision commune de l'hôpital».

Dans son discours du 18 septembre 2018 sur la transformation du système de santé, le Président de la République a affirmé sa volonté de «mettre le médecin au cœur de la gouvernance ». Aucun des acteurs ne peut contester cette nécessité. D'ores et déjà et comme il l'a précisé, nommer un médecin à la tête d'un hôpital est déjà possible. Cela est peu mis en œuvre, pour plusieurs raisons dont la principale : peu de médecins le souhaitent. De la même façon, il est également déjà possible, grâce à une procédure spécifique, de nommer des directeurs issus du secteur privé à la tête des hôpitaux. Les candidatures des directeurs du secteur privé ayant des cursus de formation de dirigeant autres que celui de l'EHESP, ne font pas légion, là encore pour de multiples raisons : complexité du système, leviers ne relevant pas des établissements, difficultés fortes liées aux multiples objectifs dont certains pouvant être contradictoires, conditions de travail, rémunérations, ...

Il convient de distinguer les missions et les responsabilités d'un dirigeant hospitalier d'une part et les aptitudes et compétences attendues des personnes qui peuvent exercer ces responsabilités d'autre part, tout en ayant à l'esprit que l'écosystème dans lequel on inscrit ces éléments est déterminant, sachant que la gouvernance est une des composantes de l'écosystème. Débattre sur la question

Président de commission médicale d'établissement / Président du COSTRAT, par exemple, est une façon réductrice d'aborder le sujet de la gouvernance territoriale.

Il est également nécessaire de ne pas isoler la « stratégie médicale » comme un substrat constituant l'alpha et l'oméga de la gouvernance hospitalière. S'il est évident que la primauté revient aux équipes médicales d'élaborer cette stratégie et qu'elle constitue à travers le projet médical, la colonne vertébrale du projet d'établissement, elle doit être en lien et en phase avec toutes les autres stratégies pour gérer les contraintes budgétaires, sociales, organisationnelles, politiques mais aussi répondre aux attentes des usagers ... Ne débattre que de la stratégie médicale sous l'angle « qui la détermine », revient de facto à introduire un distinguo entre stratégie et gestion conduisant inévitablement à cliver les acteurs entre celui qui définit et celui qui est responsable de la gestion et de ses résultats et sur lesquels il doit rendre des comptes. L'isolement du Directeur dans les situations de crise s'en trouverait inévitablement renforcé.

Ces écueils ayant été précisés, il convient de déterminer les modalités de reconstruction de ce que la gouvernance HPST a fragilisé quant à la place des médecins dans les hôpitaux, tout en préservant ses atouts.

Ainsi, selon la consultation menée auprès des membres de la CNDCH (cf. annexe 1) et l'enquête menée par la Conférence des PCME, sont particulièrement concernés les chefs de services qui ont reculé en terme de positionnement institutionnel au profit des chefs de pôle et dans une moindre mesure des présidents de CME, également du fait de l'émergence des chefs de pôle notamment en raison de leur rôle et des outils directement liés aux pôles : contrats de pôle, association directe au contrôle de gestion et à la comptabilité analytique sur leur activité, personnels administratifs parfois affectés aux pôles, délégations de gestion, participation au Directoire ... A cela, s'ajoute en terme de pratiques le fait que, souvent par souci de respect de la place du président de CME et des chefs de pôles, les Directeurs se sont, pour certains d'entre eux, censurés en terme de contact direct et de co-construction avec les chefs de service : ces pratiques ont incontestablement généré un sentiment d'éloignement des Directions des équipes médicales de terrain.

Le contexte tendu sur le plan financier n'a pas permis de développer comme souhaité les délégations de gestion aux chefs de pôles. Autant déléguer des ressources ne présente que des avantages en terme d'implication et de décentralisation de la décision, autant la délégation de gestion dans un contexte de pénurie est plus complexe.

Sur le plan des institutions, **la CME** a vu son importance diminuer avec la création des Directoires, véritable instance de co-construction et de pilotage de l'établissement. Alors qu'elle dispose d'une place prépondérante dans le domaine du projet médical et de la qualité et de la sécurité des soins, les CME ont des difficultés à faire de cette dernière une prérogative stratégique quand bien même la qualité est, par nature et du fait des mécanismes de financement, à l'œuvre et à venir, un outil central de management des établissements et porteur de changements. Il convient de

noter que l'enquête de la conférence des Présidents de CME des centres hospitaliers a montré l'insatisfaction de ceux-ci que ce soit au niveau des instances ou de la fonction jugée non attractive de Présidence de CME.

#### 1-2 Le vécu des chefs d'établissements depuis la loi HPST et la création des GHT

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de l'enquête-flash à laquelle ont répondu 72 chefs d'établissements membres de la CNDCH étant précisé que 34 exercent dans un établissement support de GHT :

- le quatuor Directeur-Président de CME-Chefs de pôle et représentants des usagers est considéré comme efficient à tel point qu'il est souhaité que son rôle soit renforcé ; déjà, ils constituent les piliers de la définition de la stratégie ;
- la nouvelle gouvernance qui repose fortement sur le **Directoire** a permis de favoriser l'implication des acteurs dans la vie institutionnelle, amélioré la communication et permis de mieux maitriser les ressources. Concrètement, elle s'est traduite par le renforcement des temps de co-gestion particulièrement avec les pôles se traduisant par des contrats de pôle, la mise en place de réunions de contrôle de gestion avec les pôles mais aussi de la mise à disposition de moyens au profit du Président de CME et des chefs de pôles.
- ces évolutions sont considérées comme vecteur d'affaiblissement des chefs d'établissement, des élus et des chefs de service et ce, au profit d'une concertation plus répartie et plus riche ; il est à noter que la consultation menée par la conférence des Présidents de CME a pointé particulièrement l'affaiblissement des chefs de service (95% d'entre eux souhaitent la réaffirmation de leur rôle) ;
- les **GHT** s'ils ont permis des avancées sur le plan de l'approche territoriale tant sur le plan des projets médico-soignants que de la mutualisation de certaines fonctions, ils ont pu déstabiliser des acteurs, tant administratifs que médicaux, en complexifiant les processus (nouvelles instances et strates) et en apportant de la lourdeur.
- l'action de contrôle, et non de pilotage et d'accompagnement, par l'ARS est jugée désormais prégnante.

L'ensemble des résultats de cette enquête figure en annexe 1.

\*\*\*

Dans la grande majorité des établissements, s'exerce une véritable **co-construction entre la Direction et les personnels médicaux**. Les liens entre les Directeurs et les Présidents de CME sont quotidiens et malgré les limites du modèle actuel, le binôme parvient à co-piloter les établissements.

Pour autant, il ne faut pas minimiser le mécontentement de certains représentants des personnels médicaux : s'appuyant sur certains exemples, ils estiment que les médecins sont insuffisamment associés voire considérés. Ce sentiment est généré par certains des éléments de la gouvernance HPST mais aussi par les contraintes économiques que subissent les établissements. Les peurs naturellement suscitées dans les organisations quand elles sont confrontées à des transformations profondes qui engendrent repli sur soi et recherche de bouc émissaire.

Des bonnes pratiques de management existent. La conférence des PCME souhaite qu'elles soient plus lisibles et que cela se traduise dans des textes réglementaires. C'est une aspiration légitime. Pour autant, si cette notion de bonnes pratiques s'inscrit facilement dans un processus de prises de décisions techniques ou de réalisation des actes, en matière de management, notamment dans son volet relationnel, il est moins évident de tout codifier : la sagesse, la bonne volonté et la bienveillance ne se codifient pas.

Par ses propositions, la CNDCH souhaite donc répondre aux attentes des médecins considérant que leur aspiration à mieux contribuer à la gouvernance des hôpitaux est une opportunité majeure qu'il faut saisir sans tarder. Pour que cela soit efficient, les évolutions doivent s'inscrire dans un cadre global c'est-à-dire sans jamais cloisonner les sujets. C'est pourquoi la conférence propose 8 mesures qui ont vocation à être menées concomitamment.

# **II- LES 8 MESURES PROPOSEES**

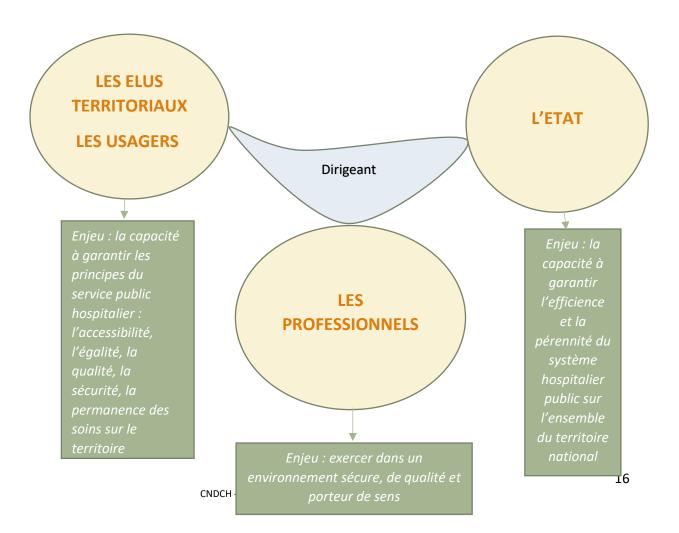
#### 2-1 Une gouvernance qui tient compte de l'écosystème : les acteurs et le territoire

#### 2-1-1 Les acteurs

La complexité de l'hôpital public repose sur le fait que trois dimensions doivent être en permanence à l'œuvre, en cohérence, afin de donner un cadre solide à chaque établissement :

- l'une est portée par **l'Etat** du fait des orientations stratégiques définies, du cadre règlementaire posé et des moyens octroyés ;
- une autre est portée par les élus et, de plus en plus de façon significative, les représentants des usagers, du fait des réalités à la fois historiques, culturelles, socio-économiques;
- la troisième est portée par les **professionnels** (médicaux et non médicaux) qui concourent à l'activité et au fonctionnement de chaque établissement.

Dans ce triptyque, et selon la sociologie des organisations, le Dirigeant est le garant de la prise en compte de ces trois dimensions. Ce rôle spécifique qui s'incarne sur la base des besoins portés par les trois piliers, aboutit à être le garant de l'intérêt général. C'est du fait qu'il n'appartienne à aucun des trois qu'il a la capacité à être à la fois dans l'équilibre et l'action.



Dans ce schéma, l'enjeu actuel de la gouvernance consiste à identifier clairement les niveaux de responsabilité de chacun et que, par une répartition porteuse de sens, chacun porte réellement les sujets dont il a la charge en lien avec ses missions et ses compétences aux différents niveaux d'action : territoires, établissements, pôles, unités.

#### 2-1-2 Le territoire

Conformément à l'esprit du Plan « Ma Santé 2022 » et après la phase de mise en place des GHT, la gouvernance hospitalière doit prioritairement se dynamiser à l'échelle des territoires.

L'offre hospitalière publique doit s'appuyer sur des groupements, dans un territoire donné, afin de déployer une stratégie adaptée sur les différentes filières médicales tout en assurant l'équilibre médico-économique de chaque membre du groupement. Le maillage territorial, c'est-à-dire la définition des matrices d'activité de chaque établissement, tout en tenant compte de leur viabilité pour améliorer la prise en charge des patients devient l'enjeu majeur de l'acte II des GHT. Ceci nécessite l'adaptation des projets médicaux soignants partagés pour intégrer la responsabilité populationnelle nouvellement introduite dans la Loi OSTT. Cette mission sera une des priorités des futures CMG prévues dans cette loi.

Certains GHT ont réussi en très peu de temps à montrer leur efficacité alors que la taille et le découpage d'autres interrogent profondément : ces éléments constituent indéniablement un frein majeur et ce d'autant plus qu'ils ne tiennent pas compte des jeux d'acteurs.

Une gouvernance territoriale renforcée doit donc donner un nouvel élan au maillage territorial. Celle en vigueur qui, à juste titre, a été souhaitée « souple » pour une première phase de montée en charge des GHT montre ses limites. La mutualisation obligatoire des ressources humaines médicales change la donne : il devient impératif que les différents acteurs disposent des moyens de leurs missions et de leurs responsabilités. La gouvernance coopérative en vigueur dans de nombreux secteurs d'activité pourrait constituer une piste de réflexion.

La question de l'implication des **ARS** dans les GHT est également posée, notamment dans le suivi et l'élaboration des matrices d'activité afin de vérifier la construction à l'échelle du territoire des filières qui dépassent le spectre de l'intérêt de chaque établissement. Les ARS doivent notamment s'assurer que les objectifs de l'ONDAM traduits par exemple dans les CPOM des établissements trouvent aussi de la cohérence sur le plan des territoires. Les CRE par établissement et les CPOM par établissement ne peuvent plus constituer les seuls outils de régulation économique.

La première mesure proposée par la CNDCH est un préalable jugé nécessaire à l'implication des acteurs dans le système hospitalier : **concevoir une gouvernance sans des acteurs valorisés et impliqués est vain.** Il s'agit donc d'une priorité en soi.

## MESURE 1 : ELABORER AU NIVEAU NATIONAL UN PLAN DE VALORISATION DE METIERS DE L'HOPITAL

Le malaise et les tensions sus décrites étant bien réelles, les mesures proposées n'auraient de sens que si un signal fort, au plus niveau, est donné quant à la reconnaissance de la place particulière qu'occupent les établissements publics de santé dans le système de santé français. Les difficultés de recrutement que rencontrent de façon tout à fait spécifique les hôpitaux publics nécessitent une réassurance spécifique et urgente des acteurs publics et leur valorisation auprès du grand public. Concrètement, un plan de communication sur les métiers de l'hôpital public (variété des métiers, nombreuses possibilités de parcours professionnels, intérêt du travail pluridisciplinaire...) est indispensable doit être lancé de manière à contrebalancer les campagnes pointant ou accentuant les difficultés des établissements publics<sup>1</sup>.

# MESURE 2 : PRIVILEGIER UNE GOUVERNANCE QUI PORTE LES ENJEUX STRATEGIQUES TERRITORIAUX VIA LA COMPLEMENTARITE DE SES ACTEURS

Construire l'acte II du GHT nécessite une approche politique clairement définie. La première génération des PMSP a largement démontré la nécessité d'une approche territoriale pour garantir le service public hospitalier sur tout un territoire. A lui tout seul, un hôpital ne peut garantir ce service public. La responsabilité populationnelle inscrite dans loi OSTT renforce la nécessité d'un maillage territorial avec des hôpitaux qui vont au-delà d'un juste besoin de se coordonner. Le déficit de la démographie médicale et les besoins de financement font que les équilibres des uns dépendent de ceux des autres. Le destin de chaque établissement dépend désormais de celui des autres dans un territoire.

Certaines situations, loin d'être isolées, montrent que la participation fondée sur la volonté et la compréhension des acteurs, si elle est nécessaire, n'est pas suffisante. L'acte II du GHT nécessite une approche plus structurante et plus globale (tant d'un point de vue de gouvernance et de responsabilités, que des aspects financiers et de régime d'autorisation...) que celle mise en œuvre lors de la transformation des CHT en

<sup>(1) &</sup>lt;sup>1</sup> De même que l'Armée française communique de façon régulière et via tous les médias pour mettre en valeur les compétences techniques, les parcours professionnels et les valeurs portées par l'Armée, le Ministère de la santé pourrait porter un plan de même nature et avec le même dynamisme portant sur la diversité des métiers hospitaliers, la haute technologie des hôpitaux, le travail des équipes pluridisciplinaire et les possibilités de parcours professionnels.

GHT. L'enjeu est bien d'éviter l'impression d'une nouvelle strate dont l'action serait éloignée des équipes notamment médicales.

La gouvernance doit traduire le renforcement stratégique des GHT qui doit mieux assurer la représentation des différentes composantes du monde hospitalier.

Concernant les usagers : s'il existe déjà un comité des usagers du GHT qui joue son rôle sur certains aspects de la politique de santé et particulièrement sur le volet relatif au respect des droits des patients, la gouvernance ne les identifie pas comme acteur pesant sur la politique hospitalière du territoire. Concrètement, les comités des usagers des GHT ne sont positionnés aujourd'hui ni comme acteurs de la stratégie ni comme acteurs du changement. Or, les représentants des usagers doivent pouvoir être associés aux projets médico-soignants. En effet, le développement de filières médicales territoriales mais aussi la mise en œuvre de réformes qui vont rapidement être concrètes pour la population, comme le développement des postes d'infirmières de pratique avancée ou encore le développement des nouvelles technologies, nécessitent que les usagers soient co-acteurs du changement. Certains craignent une place plus grande des usagers dans la gouvernance hospitalière or, leurs représentants ont démontré leur capacité à se positionner comme véritables acteurs de la politique territoriale de santé et à adopter des positions responsables. D'ailleurs, la consultation des Directeurs d'établissement montre que leur rôle s'est considérablement accru et constitue une réelle possibilité de levier, y compris en situation de crise. Enfin, les démarches qualité (cf. la certification V2020) invitent également à impliquer largement les représentants des usagers, non pas comme de simples acteurs consultés parmi d'autres mais bien dans une véritable démarche de co-construction.

médecins, plusieurs axes Concernant les doivent être poursuivis, particulièrement sur le plan de la stratégie, la représentation médicale doit être renforcée. Reposant actuellement sur les présidents de CME au sein des COSTRAT, elle doit s'ouvrir sur les praticiens responsables des filières territoriales, par exemple via les FMIH. Le cadre réglementaire doit préciser les conditions dans lesquelles ces membres supplémentaires doivent pouvoir être désignés. A la CMG, outre les membres de droit déjà prévus (présidents, vice-présidents de CME, chefs de pôles inter établissements et médecins coordonnateurs des fédérations médicales interhospitalières), la présence des praticiens chargés de la coordination territoriale de la qualité et de la gestion des risques liés aux soins ainsi que des chefs de pôles membres des directoires est incontournable de même que le DIM de territoire et le président de la CSIRMT du GHT, au titre de membres avec voix consultative. Au titre des invités permanents, la possibilité que les Présidents du Comité Stratégique puissent être accompagnés des personnes de leur choix ainsi que des directeurs des établissements parties doit être prévue. Le nombre des membres de la CMG (en dehors de ceux issus des CME) et des invités doit être précisé dans le règlement intérieur des CMG, en fonction des périmètres et ce, afin de garantir leur opérationnalité et leur représentativité territoriale. Dans cet esprit, il est souhaitable que les GHT puissent prévoir dans le règlement intérieur de la CMG la représentation des filières de soins reconnues par le projet médical partagé (PMP) en qualité d'invités. Enfin, concernant la répartition des sièges à la CMG entre les différents établissements, les effectifs médicaux respectifs doivent pris en compte. Quant aux modalités d'élection du Président des CMG, elles doivent être définies par voie réglementaire. Enfin, de manière à ne pas créer de tensions inutiles ni conduire à construire un schéma marqué par de possibles contradictions, il convient de garantir la **cohérence sur le plan de la stratégie médicale**. Pour cela, ne doivent être membres de la CMG que des membres des CME, désignés par voie d'élection. Les modalités d'élection doivent être fixées par le cadre réglementaire et ce, afin de disposer d'un socle clair pour les futurs règlements intérieurs.

Concernant les représentants du personnel non médical : au moment où un mouvement social est en cours depuis plusieurs mois en France et que le grand Débat National a montré le besoin de participation de tous à la construction des politiques publiques, se pose également la question de la représentation du personnel aux instances des GHT.

Concernant les professionnels de santé de Ville, la gouvernance territoriale doit assurer leur représentation, si possible issus des CPTS. Cela devra se faire de façon souple, et sans créer une nouvelle instance qui s'ajouterait à toutes les autres et sans lien structuré. Pour autant, cette représentation est indispensable pour que tous les acteurs publics et privés travaillent de concert pour garantir la responsabilité populationnelle à laquelle tous sont désormais soumis. La représentation de ces professionnels devra particulièrement prendre en compte le renforcement des champs de compétence de certaines professions : pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes et accompagner le développement de certaines filières : gériatrique, de chirurgie ambulatoire ...

Compte tenu de l'ensemble de ces enjeux, la place des élus devra également être réinterrogée. Les débats parlementaires ont montré l'intérêt manifesté par les élus sur les questions sur la santé, particulièrement au regard des enjeux d'aménagement du territoire. L'adaptation des matrices d'activité des établissements sur le territoire passent nécessairement par une concertation qui associe les élus concernés.

# MESURE 3 CONSTRUIRE L'EQUILIBRE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES MEDICALES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PARTIE ET SUPPORT

De manière à rendre plus opérationnels les GHT sans pour autant aller vers une dimension intégrative qui n'est pas d'actualité, en matière de ressources humaines médicales, plusieurs principes doivent être définis pour tenir compte des responsabilités de chacun :

- **le principe de souplesse** : la réalité et les degrés de maturité des GHT diffèrent d'un territoire à l'autre. Le rythme des acteurs doit être respecté ;
- le principe de subsidiarité et de proximité : par domaine, la répartition des activités selon les matrices d'activité doit obéir à ce principe ;

• le principe de taille : de la même façon que la taille des GHT doit être raisonnable au regard de la population servie et du nombre de structures concernés, il apparait que le nombre de membres par instances du GHT doit être limité. Un cadre réglementaire fixe le nombre de sièges en fonction du nombre et de la taille des établissements membre du GHT. Cette maitrise du nombre ne sera sans doute pas suffisant et il ne faut pas exclure l'hypothèse d'une instance plus resserrée de manière à assurer un suivi concret et appuyé du projet médico-soignant et des autres politiques portées par les GHT.

Une fois ces principes posés, la Loi OTSS prévoyant de définir par voie d'ordonnance l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales des directeurs d'établissements parties à un GHT et des directeurs d'établissements support du GHT, la CNDCH estime essentiel de construire une répartition équilibrée qui permet de garantir la responsabilité de chacun. Le tableau ci-dessous présente une des répartitions possibles.

DOMAINE	NON MUTUALISABLE AU NIVEAU DES GHT	MUTUALISATION OPTIONNELLE AU NIVEAU DES GHT	MUTUALISATION OBLIGATOIRE
Plan d'attractivité médicale			Х
Détermination de la GPEMC		X	
médicale			
Décision de recruter	X		
Détermination des modalités de		Χ	
rémunération			
Décision de recours à l'intérim	X		
Détermination des modalités de			Х
temps et conditions de travail			
Gestion des carrières		X	
Réalisation et validation des	Х		
plannings			
Plan de formation médicale			Х
Plan spécifique de formation des			Х
chefs de pôle, de service, FMIH			
Accompagnement des		X	
personnels médicaux			
Perspectives de carrière			Х
Permanence médicale (COPS)		Х	
QVT			Х
Politique qualité et gestion des			X
risques			
Relation avec les usagers		X	
(gestion des réclamations)			
Mutualisation de certaines		Х	
instances			

De manière à répondre au sentiment de certains médecins de ne pas peser suffisamment dans les processus institutionnels, il convient **d'élargir clairement les compétences des CMG**. Celles-ci doivent désormais permettre à la communauté médicale de contribuer à l'élaboration :

- d'un plan d'attractivité médicale territorial;

- de la politique de GPEMC territoriale ;
- de la définition des règles générales de recrutement et de rémunération ;
- de la détermination des principes fondamentaux en ce qui concerne les modalités de temps et conditions de travail;
- de la définition d'un plan pluri-annuel de formation médicale, y compris sur la formation des médecins exerçant des responsabilités ;
- de l'organisation de la permanence des soins ;
- de la coordination de la politique qualité territoriale et sécurité des soins ;
- de la création des structures inter-établissements.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces missions aussi larges que sensibles, les compétences du président de la CMG doivent être beaucoup plus larges qu'aujourd'hui : outre la définition de l'ordre du jour des séances qu'il préside déjà, il doit :

- construire et présenter aux instances du GHT un document annuel de nature stratégique dans le cadre du périmètre des compétences de la CMG ;
- animer la communauté médicale au niveau du GHT;
- piloter le déploiement et l'évaluation de la stratégie médicale des filières définies par le projet médical partagé ;
- co-signer l'acte de création d'un pôle inter-établissement.

Pour conduire ces missions, doivent pouvoir être attribués au Président de CMG de réels moyens comme du temps administratif pour l'appuyer dans ses travaux et faciliter l'avancée de la mise en œuvre et de l'évaluation des filières médicosoignante territoriales.

## MESURE 4 : CONFORTER LA PLACE ET LE ROLE DES MEDECINS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS POUR DAVANTAGE DE CO-CONSTRUCTION

Plusieurs mesures doivent contribuer à répondre aux aspirations des médecins en terme de gouvernance hospitalière.

Les CME qui sont devenues, dans certains cas, des instances d'enregistrement ou de simples lieu d'informations doivent retrouver une place plus grande, particulièrement en ce qui concerne le cœur de métier des médecins et la stratégie des établissements. Pour cela, au même titre que le PGFP, les CME doivent être consultées sur :

- l'EPRD;
- le programme d'investissement et de développement du système d'information médicale ;
- le PPI;
- le projet médical et managérial de pôle et de service présenté par les chefs de pôles ou de service dans le cadre du processus de nomination ;
- la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale des professionnels médicaux ;
- la politique de formation des chefs de pôle et des responsables d'unité;

- la démarche-qualité qui doit devenir un sujet central de la CME, particulièrement en terme de maitrise des risques liés aux soins ;
- la proposition au Directeur d'un plan annuel de médicalisation et de simplification des outils de pilotage : le sentiment de lourdeur est nourri par des outils aussi nombreux que très difficilement gérables par exemple du fait du nombre d'indicateurs de suivi et d'évaluation. La liste peut être longue : indicateurs liés à des contrats de retour à l'équilibre, CPOM, contrats de pôle, indicateurs de contrôle de gestion... Autant les indicateurs qualité et de gestion des risques sont liés de façon directe à la pratique médicale, autant d'autres manquent de lisibilité en terme de sens. Il convient donc de s'évertuer à simplifier et réduire le nombre d'outils de pilotage. La CME doit pouvoir se prononcer sur ces questions.

Concernant les Présidents de CME, de manière à conforter leur rôle à la fois visà-vis des équipes médicales et vis-à-vis vis du Directeur, il convient de leur octroyer les compétences suivantes :

- arrêter conjointement le projet médical avec le chef d'établissement ;
- co-signer les projets et contrats des de pôles cliniques ou médico-techniques ;
- participer à l'élaboration de la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale des professionnels médicaux ;
- nommer conjointement les chefs de pôle avec le chef d'établissement ;
- après avis du chef de pôle, nommer conjointement les chefs service avec le chef d'établissement ;
- signer de façon conjointe les CPOM.

Il est à noter cependant que dans la quasi-totalité des établissements, le président de CME joue déjà un rôle prépondérant sur ces domaines. La pratique vertueuse doit donc devenir la règle.

D'autre part, de manière à placer le président de CME dans une position managériale vis-à-vis des médecins, il convient de lui donner une place plus importante dans le recrutement médical tant en terme du processus, qu'il convient de professionnaliser, que de décision. En effet, si aujourd'hui, le président de CME joue un rôle central dans le recrutement, il n'en demeure pas moins qu'il est ensuite éloigné de la réalité de la prise de fonction et de sa cohérence avec les objectifs stratégiques et d'activité fixés. Aussi, il convient d'instaurer pour tous les recrutements médicaux sur des postes pérennes un « pacte » qui ferait l'objet d'une quadruple signature : sur proposition du chef de service, cet accord serait signé par le Président de CME, le chef de pôle, le représentant du Directeur via le Directeur des affaires médicales et le médecin recruté. Ainsi, un processus décisionnel renforçant la place du Président de CME en matière de recrutement médical pourrait être protocolisé.

Cette professionnalisation du processus de recrutement et de l'accompagnement des personnels médicaux nécessite d'identifier un temps administratif dédié au président de CME.

Concernant les chefs de service, Il est incontestable qu'ils ont été les perdants des pratiques mises en œuvre après la loi HPST; il convient de réajuster leur positionnement, la réalité hospitalière passant concrètement par les services. Plusieurs mesures doivent donc être prises :

- le nombre de sièges à la CME qui leur est dévolu doit augmenter ;
- les rendre garants de la mise en œuvre de la politique qualité et de gestion des risques dans leur service est une façon de leur donner les moyens de peser réellement sur leur quotidien et, ce dans l'intérêt du patient. Cette évolution qui doit clairement être affichée est loin d'être anecdotique dans la mesure où la part des financements liée aux résultats en terme de qualité va s'accroitre. Les contrats de pôle permettront alors de traduire par des délégations de crédits le réel engagement des services dans ce domaine. Cela permettra de construire une nouvelle génération des contrats de pôle;
- leur donner comme mission centrale l'animation réelle de leurs équipes médicales est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre le désengagement des médecins hospitaliers. Or, ce volet managérial est aujourd'hui peu investi par les chefs de service. Les procédures d'accueil, d'accompagnement, de concertation avec les médecins, d'identification des besoins de formation au sein des unités doivent être dynamisées et reposer sur le chef de service.

Concernant les chefs de pôle, une partie de leurs missions pourrait être déléguée aux chefs de service comme la définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière, la proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle.

Enfin, de manière à renforcer la coresponsabilité et le pilotage, il est proposé qu'un entretien annuel soit tenu par le Directeur et le Président des CME s'agissant des chefs de pôle. Il y a en effet un paradoxe à ce que les chefs de pôle n'aient pas un temps identifié sur un plan institutionnel pour échanger sur la mise en œuvre de leurs nombreuses prérogatives y compris en terme de délégation. La responsabilité ne pouvant se concevoir sans la notion de comptes à rendre, ce temps servirait à donner un rythme institutionnel et une nouvelle approche managériale co-portée par le Directeur et le Président de CME. Ce temps annuel donnerait également lieu à une feuille de route permettant d'acter ce qui a été convenu et de garantir la mise en œuvre des objectifs. Il constituerait un nouvel outil d'accompagnement et d'aide aux chefs de pôles.

Ces différentes évolutions sur le rôle des médecins (présidents de CME, chefs de pôles, chefs de service) dans la gouvernance doivent être doublées d'un accompagnement et d'une reconnaissance de cette implication institutionnelle : temps dédiés, éléments relevant du plan d'attractivité qui est nécessaire.

#### **MESURE 5 : RENFORCER LA PLACE DES USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS**

Si la place des usagers doit être renforcée au niveau des GHT (*cf. mesure 2*), elle doit aussi l'être au niveau des établissements. Cela passe par une participation réelle à l'élaboration des projets médicaux et des projets de soins. Cela passe aussi un lien resserré avec les Directions des usagers et de la qualité.

La Co Vice-présidence des comités de pilotage de la qualité et gestion des risques doit être assurée par des représentants des usagers et dès que possible ils doivent pouvoir être « pilotes de processus » au sens de la HAS concernant les droits des usagers mais éventuellement sur d'autres thématiques (parcours patients, dossier patients...).

La réflexion relative à la place des usagers au niveau des GHT amène naturellement à s'interroger sur leur place au sein de la CME, de la CIRMST, voire du Directoire, sur les questions qui les concernent.

## MESURE 6 : IDENTIFIER UNE INSTANCE DE DEONTOLOGIE ET DE REGULATION DES CONFLITS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS

Une instance de régulation des conflits, y compris des conflits d'intérêt, doit être identifiée au sein de l'établissement reposant, au moins, sur un représentant du conseil d'administration, du Directoire et, une personne formée à la médiation. Cette instance pourrait être saisie par tout membre du personnel dans des conditions à préciser.

Son action devra s'inscrire naturellement dans les démarches de qualité de vie au travail ainsi que dans le dispositif déjà prévu de médiateurs régionaux, dispositif très attendu. Si celui-ci sera structuré au niveau des agences régionales de santé, il doit trouver un écho dans la gouvernance des établissements de manière à donner une réponse concrète au règlement des conflits.

Il convient de noter que cela constituerait une autre réponse donnée au malaise médical au sein des hôpitaux : la commission nationale de médiation regroupant médecins, psychologue et directeurs d'hôpital volontaires et bénévoles indiquait en septembre 2019 que 95 % des dossiers traités par ses soins impliquaient uniquement des médecins.

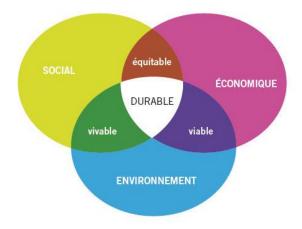
#### 2-2 A l'échelle des GHT

#### MESURE 7 : CREER UN COMITE DE DEVELOPPEMENT DURABLE A L'ECHELLE DES GHT

Alors que l'enjeu du développement durable fait l'unanimité et que les hospitaliers sont des acheteurs de premier plan en volume, souvent énergivores et d'importants producteurs de déchets, dans la gouvernance hospitalière, aucune instance ne porte cet enjeu qui doit devenir prioritaire.

Si on admet qu'une gouvernance n'est qu'un moyen de servir une stratégie, on ne peut plus faire l'économie d'identifier dans les instances hospitalières le lieu de détermination et de suivi des objectifs stratégiques. Ce n'est qu'à cette condition qu'un élan véritable sera donné aux enjeux de développement durables. Se contenter de limiter cette question au seul versant des achats, fonction déjà développée au niveau des GHT, ne suffit pas car ce sujet n'est pas vu comme un objectif en soi mais, dans le meilleur des cas, un des nombreux critères dans le processus des achats.

Enfin, le développement durable est une notion vaste, qui excède de loin celle de la protection de la nature. Elle englobe plusieurs dimensions et enjeux traditionnellement résumés comme suit.



Ainsi, la dimension sociale (prise en compte de l'aspiration des acteurs, développement des compétences et de son implication dans les systèmes collectifs...) est à souligner et trouve un écho particulier en terme de nécessité pour les hôpitaux pour développer ces approches.

Pour que ces instances ne soient pas des chambres d'information et d'enregistrement, des associations environnementales devront être membres de cette instance sur la base de nominations par les ARS, à l'image des désignations des représentants des usagers.

## MESURE 8 : PREVOIR UN PLAN DE VALORISATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES MEDECINS AYANT EXERCE DES FONCTIONS INSTITUTIONNELLES

Les Présidents de CME, les chefs de pôles et certains responsables médicaux rencontrent des difficultés à la fin de leurs mandats. Il convient donc de les accompagner.

S'agissant des présidents de CME, des propositions doivent pouvoir leur être faites, y compris au niveau des ARS. De même que la HAS dispose d'experts-visiteurs qui interviennent dans le cadre de visite dans des établissements autres que ceux de leur affectation, les ARS pourraient disposer d'un vivier d'anciens présidents de CME pouvant être mobilisés dans des situations particulières d'établissement.

#### **ANNEXE 1**



Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier

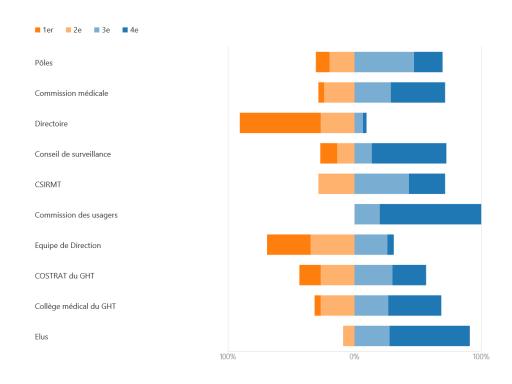
# Consultation des Directeurs des Centres Hospitaliers membres de la CNDCH

# Questionnaire

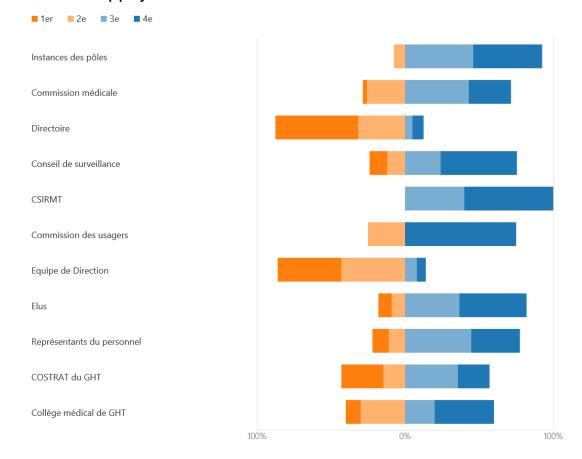
## QUESTIONS POSEES

Dans votre établissement, depuis la loi HPST et le développement des GHT, quelles « instances » été les véritables acteurs de la définition de la stratégie de l'établissement :	
En cas de difficulté ou de crise, sur quelle « instance » vous êtes-vous réellement appuyé ?	30
La nouvelle gouvernance hospitalière définie par la loi HPST a :	31
La nouvelle gouvernance hospitalière définie par la loi HPST a :	32
La nouvelle gouvernance s'est traduite dans votre établissement par :	32
Dans votre établissement, la mise en œuvre de la loi HPST a conduit au renforcement :	33
Dans votre établissement, la mise en œuvre de la loi HPST a conduit à l'affaiblissement :	34
Pour votre établissement, depuis la loi HPST, l'ARS a :	34
Le développement des GHT a conduit à :	35
Les difficultés rencontrées par votre établissement sont :	36
Par rapport aux enjeux actuels de votre établissement, pensez-vous utile le renforcement de la p	place
	37

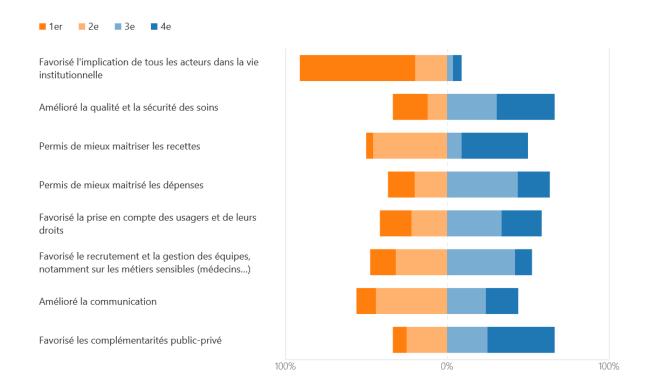
Dans votre établissement, depuis la loi HPST et le développement des GHT, quelles « instances » ont été les véritables acteurs de la définition de la stratégie de l'établissement :



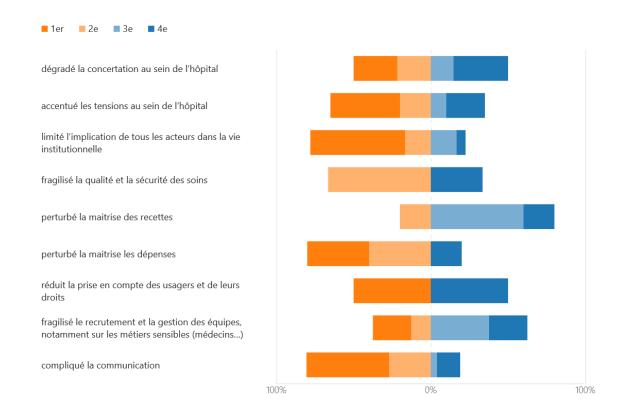
# En cas de difficulté ou de crise, sur quelle « instance » vous êtes-vous réellement appuyé ?



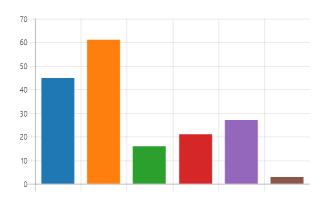
## La nouvelle gouvernance hospitalière définie par la loi HPST a :



## La nouvelle gouvernance hospitalière définie par la loi HPST a :

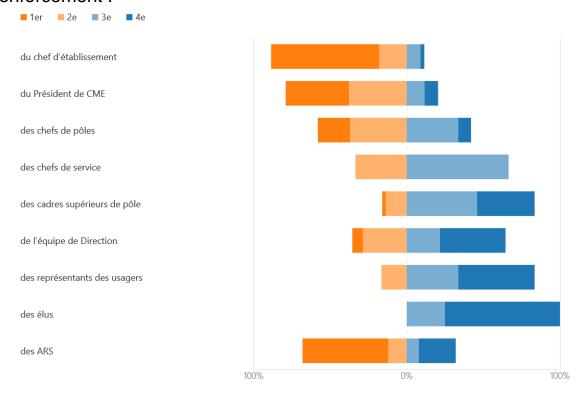


## La nouvelle gouvernance s'est traduite dans votre établissement par :

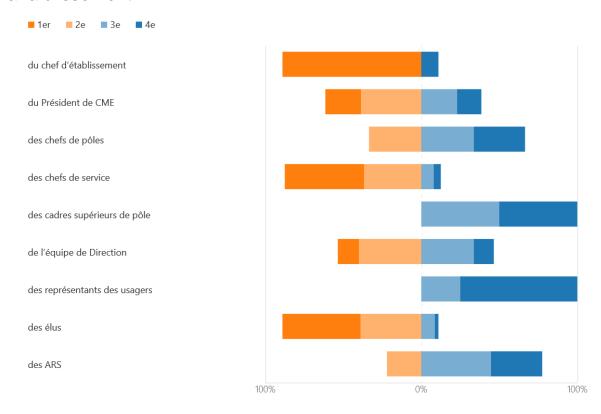


- Des contrats de pôles signés et mis en œuvre (45)
- Des réunions régulières de contrôle de gestion avec les pôles (61)
- Des délégations de crédits auprès des chefs de pôle (16)
- La mise à disposition de personnel auprès des chefs de pôle (21)
- La mise à disposition de moyens auprès du président de CME (27)
- Autre (3)

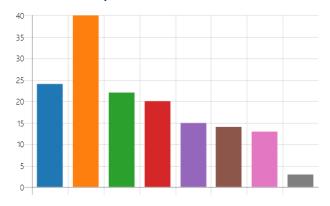
# Dans votre établissement, la mise en œuvre de la loi HPST a conduit au renforcement :



Dans votre établissement, la mise en œuvre de la loi HPST a conduit à l'affaiblissement :

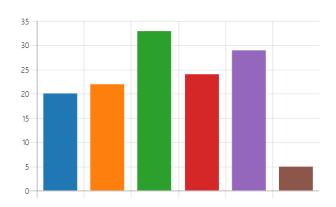


## Pour votre établissement, depuis la loi HPST, l'ARS a :



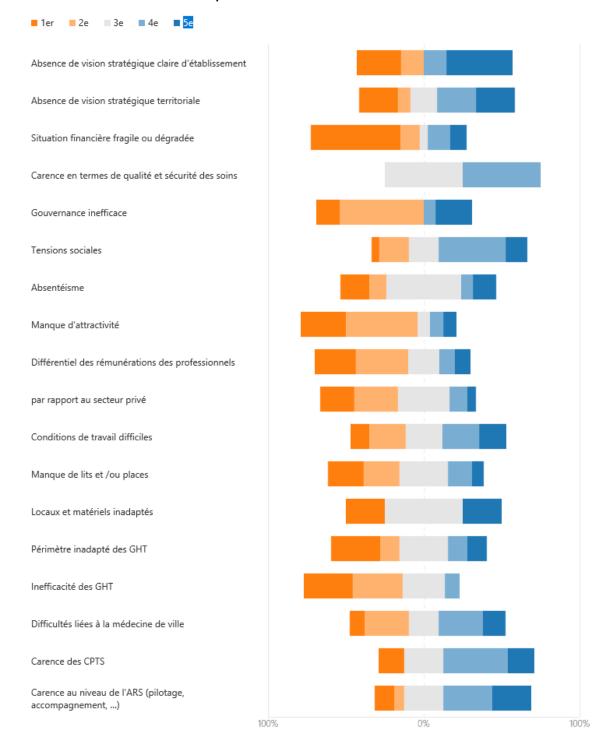
- Accentué son action en terme de pilotage de l'accès aux soins (24)
- Accentué son activité de contrôle de votre établissement (40)
- Accentué son rôle d'accompagnement de votre établissement (22)
- Renforcé ses relations avec votre établissement (20)
- Réduit ses relations avec votre établissement (15)
- Pris davantage de décisions pour votre établissement (14)
- Maintenu son positionnement vis-à-vis de votre établissement (pas de changement) (13)
- Autre (3)

## Le développement des GHT a conduit à :



- Améliorer le « bouclier de service public » (20)
- Améliorer la clarté de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire du GHT (22)
- Renforcer la coordination des parcours de soins publics (33)
- Améliorer le positionnement de votre établissement en terme d'offre de soins (24)
- Mieux organiser les fonctions logistiques, techniques, administratives (29)
- Autre (5)

## Les difficultés rencontrées par votre établissement sont :



Par rapport aux enjeux actuels de votre établissement, pensez-vous utile le renforcement de la place :



