



LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : VERS UN MODELE PORTEUR DE CONFIANCE, DE RESPONSABILITE ET D'EFFICIENCE

UN CONTEXTE TENDU

Alors qu'un mouvement hospitalier est né il y a plusieurs mois aux urgences, le malaise hospitalier s'exprime bien au-delà de ce secteur et pas seulement via les manifestations dont celle qui s'est tenue le 14 novembre. Ainsi, la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers (CNDCH) appelle régulièrement l'attention des pouvoirs publics sur la fragilité grandissante des hôpitaux publics dont la grève dans les services d'urgences traduit tout à la fois l'épuisement et l'attente légitime de changement par les hospitaliers. **Les problèmes à l'origine des tensions sont d'ordre stratégique, financier et d'attractivité. Ils nourrissent le sentiment de manque de reconnaissance et de perte de sens.** Concrètement, certains établissements cumulent les difficultés : l'impossibilité de répondre aux besoins d'hospitalisation, soit par manque de lits soit par impossibilité de recruter le personnel nécessaire, d'où des plannings fluctuants qui insécurisent et épuisent les équipes, l'injonction de mettre en œuvre des plans de retour à l'équilibre intenable tant sur le plan financier que sur la capacité à garantir l'accessibilité de l'offre des soins et à disposer des équipements adaptés.

Pour autant, **les atouts des hôpitaux publics sont nombreux et reconnus par la population.** Comme la précisé le Président de la République le 14 novembre, le Plan Ma santé 2022 apporte des perspectives d'évolution pertinentes : il instaure une dynamique à la fois juste et opérationnelle qui concerne l'ensemble des acteurs du système de santé à travers une approche territoriale. Toutefois, les effets de ce Plan, ambitieux car systémique, ne peuvent être raisonnablement attendus dans des délais courts. En ce sens, ils ne constituent pas une réponse immédiate aux tensions qui s'expriment depuis plusieurs mois désormais, dans un contexte plus large de mécontentement social.

La question des financements alloués aux hôpitaux publics est posée. Toutefois, d'autres sujets doivent être traités comme **le cadre réglementaire permettant aux acteurs d'organiser de véritables filières de soins sur leur territoire sur la base de matrices d'activité** claires et sécurisantes pour les équipes ou encore la gouvernance de ces territoires. La CNDCH souligne également les préoccupations bien réelles de la population, exprimées par les représentants des usagers des établissements ainsi que par les élus souvent soucieux de la fragilité, dans certaines zones ou pour certaines spécialités, de l'offre de soins hospitaliers sur leur territoire. **L'attractivité des métiers hospitaliers** doit également faire l'objet d'un plan d'action spécifique.

8 MESURES CONCRETES SUR LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE

Dans ce contexte tendu, dans un rapport détaillé, la CNDCH propose huit mesures concrètes qui font, notamment, écho à la volonté des pouvoirs publics de médicaliser la gouvernance des hôpitaux.

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

Il s'agit de donner une nouvelle impulsion aux hôpitaux en procédant à une valorisation des métiers hospitaliers par différentes mesures. Si la question des rémunérations est posée, une nouvelle ingénierie des métiers hospitaliers est également à imaginer, pas seulement pour répondre au problème aigu de la démographie médicale mais tout autant pour rendre attractifs ces métiers, valoriser les professionnels et leur offrir de véritables évolutions en terme de carrière. De manière à conforter les établissements dans leur politique de recrutement, un vaste plan de communication, au plan national, doit être lancé.

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

La gouvernance territoriale, via les GHT qui doivent être repensés, doit être renforcée et donner davantage de place aux différentes composantes du monde hospitalier afin que des filières médicales territoriales se structurent de façon complète et sécurisée. Pour cela, le rôle des représentants des usagers doit impérativement être renforcé. Concernant les médecins, plusieurs axes confortant leur place au sein des instances du GHT doivent être poursuivis particulièrement sur le plan de la stratégie médicale et l'élaboration de matrices d'activité pour chaque établissement d'un territoire donné. Concernant les professionnels de santé de Ville, la gouvernance territoriale doit assurer leur représentation, si possible issus des CPTS. Compte tenu de l'ensemble de ces enjeux, la place des élus mérite également être réinterrogée.

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

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

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

Au même titre que le PGFP, la CNDCH propose que les CME soient désormais consultées sur l'EPRD, le programme d'investissement et de développement du système d'information médicale, 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 maîtrise des risques liés aux soins, la proposition au Directeur d'un plan annuel de médicalisation et de simplification des outils de pilotage.

Concernant les Présidents de CME, il convient de leur octroyer de nouvelles compétences : 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. Pour exercer sereinement leurs missions, les Présidents de CME doivent être dotés de temps et de moyens.

Les chefs de service doivent retrouver une place plus importante, notamment en donnant la possibilité aux chefs de pôle de déléguer une partie de leurs missions. Un entretien annuel doit être tenu par le Directeur et le Président des CME s'agissant des chefs de pôle.

MESURE 5 : RENFORCER LA PLACE DES USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS

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...).

MESURE 6 : IDENTIFIER DES INSTANCES 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 de surveillance, du Directoire et, une personne formée à la médiation. Cette instance pourrait être saisie par tout membre du personnel. 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.

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

pourtant prioritaire, ce qu'il faut changer. Pour que cette nouvelle instance ne soit pas une simple chambre d'information et d'enregistrement, des associations environnementales devront en être membres, 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 doivent être accompagnés, en cas de besoin, à la fin de leurs mandats et être valorisés dans leur parcours.