

PACTE DE CONFIANCE

GROUPE 3

GOVERNANCE

Mariannick LEBOT, Jean Paul BOUVATTIER, et Bertrand DIQUET

La loi HPST a modifié en profondeur la gouvernance des établissements publics de santé en s'inspirant du droit des sociétés.

A la lumière des trois années écoulées, un rééquilibrage de la gouvernance et une amélioration de la concertation interne au sein des établissements s'avèrent cruciaux.

Les praticiens hospitaliers, trop peu associés à la stratégie et l'organisation des établissements se désintéressent actuellement des actions communes. La responsabilisation accrue des directeurs et des chefs de pôles ne peut pas aller sans une responsabilisation accrue des praticiens hospitaliers et particulièrement des praticiens responsables de structures internes.

1. Organisation interne et pilotage des établissements

- Conseil de Surveillance

Il y a lieu de redonner au conseil de surveillance de **réelles compétences en termes de contrôle et de décision.**

Le conseil de surveillance devrait délibérer sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement de santé et leurs modifications, sur

l'organisation interne de l'établissement (pôles et structures internes), la politique annuelle de coopération, le règlement intérieur.

Le conseil de surveillance devrait être consulté par le directeur général de l'ARS sur la lettre de mission du directeur de l'établissement de santé et sur le CPOM.

Le conseil de surveillance devrait être saisi par le directeur pour arbitrage en cas de désaccord entre le président du directoire et les autres membres du directoire.

- le directoire

Le directoire **devrait donner un avis** et pas seulement « *être concerté sur* » la gestion et la conduite de l'établissement ainsi que sur le règlement intérieur.

Les avis devraient faire l'objet d'un compte rendu diffusé à l'ensemble des responsables de l'établissement.

Le président du directoire devrait présenter au conseil de surveillance la synthèse des débats du directoire.

Les praticiens qui siègent directoire à parité avec l'administration, sans voix prépondérante, **devraient élus par la CME.**

- La CME

La CME devrait détenir un rôle différent de son rôle actuel centré sur la politique qualité et sécurité des soins, même si celui-ci est particulièrement important.

Elle devrait être consultée sur les **orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles de l'établissement.**

Elle devrait donner un avis sur le **CPOM, sur l'organisation en structures internes et pôles, la politique territoriale (CHT, GCS, conventions..)**

Elle devrait donner un avis sur **les nominations des responsables de structures internes, des chefs de pôles et de l'ensemble des praticiens titulaires et contractuels.**

La CME devrait élire ses représentants au directoire et au conseil de surveillance.

La CME devrait disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires à l'exercice de ses missions, en particulier des ressources qualité et gestion des risques de l'établissement pour élaborer et mettre en œuvre avec l'appui du directoire, la politique d'amélioration de la qualité des soins.

La CME devrait inviter les représentants des usagers, au moins une fois par an, à débattre de la politique de qualité des soins et d'accueil des usagers.

- **Président de CME**

Les missions du président de CME sont importantes, la loi HPST le consacrant comme le « numéro deux » de l'établissement, et comme coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur.

Les décisions prises par le président de la CME devraient s'appuyer sur les avis de celle-ci. Pour cela, le terme président de CME devrait être remplacé par CME sur les points des textes sur lesquels l'avis de cette dernière est requis.

Le rôle du **vice-président** est défini.

- **les Pôles**

Les pôles ont considérablement modifié le fonctionnement des établissements, les hiérarchies et les fonctions des différents acteurs. Selon les établissements (CHU, CHG, CHS), leur taille, leur composition, les délégations qui leur ont été données varient de manière importante.

Ils devraient être définis sur recommandations nationales, selon une même logique médicale ou médico-technique (logique d'organe, homogénéité d'activité) ou particulière pour la psychiatrie par exemple. En aucun cas, les pôles ne doivent envisager selon le prisme comptable avec pour seul objectif une économie de moyens.

- **Le chef de Pôle**

Le chef de pôle clinique ou médico-technique devrait être un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire nommé par le directoire, après avis de la CME et de l'ensemble des responsables de structures internes du pôle.

Le chef de pôle organiserait, avec les responsables de structures internes, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. Pour cela, il tiendrait compte des objectifs prévisionnels du pôle et des missions qui lui sont allouées et telles que définies dans le projet du pôle.

Il aurait autorité sur l'ensemble des personnels du pôle par délégation de gestion du directeur chef d'établissement dans le domaine des ressources humaines.

Il choisirait les cadres du pôle et, selon la taille du pôle, un staff médical

Un bureau de pôle associerait les responsables de structures internes et les cadres de santé ou administratifs. **Le bureau établirait le règlement intérieur du pôle en fonctions des règles nationales et accompagnerait la conduite du pôle.**

Un conseil de pôle associant toutes les catégories de personnel serait chargé de la concertation interne et d'organiser la communication au sein du pôle. La dimension

du pôle doit être en rapport avec celle de l'établissement pour faciliter sa gouvernance : les conseils de pôle pléthorique devront être évités.

Le projet de pôle serait élaboré en tenant compte des objectifs régionaux, territoriaux, locaux en matière de soins, d'enseignement, de recherche.

Le contrat de pôle décrirait **le champ et le contenu des délégations de gestion et de signature** confiées aux chefs de pôle dans **le cadre d'un contrat-type arrêté** selon des règles nationales.

Celui-ci définirait les objectifs et moyens du pôle dans toutes ses activités de soins, de recherche et d'enseignement. Il devrait aussi définir les modalités d'évaluation et de contrôle de son exécution.

- Structures internes

Au sein des pôles l'organisation des structures interne ou des services serait validée par le conseil de surveillance, après avis du directoire et de la CME.

Chaque personnel de l'établissement serait rattaché à **une structure interne principale**.

Les **responsables de structures internes** seraient des praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires nommés par le directoire sur proposition du chef de pôle, après avis de la CME. Il pourrait être mis fin aux responsabilités de structures internes selon les mêmes modalités.

Les missions et responsabilités confiées par le chef de pôle aux responsables des structures internes, la durée et le nombre de mandats seraient définis dans le règlement intérieur de l'hôpital. En cas de désaccord entre le chef de Pôle et le responsable de structure interne, ce dernier pourrait recourir à la médiation médicale organisée par la CME en début de mandat . Les praticiens qui composant cette médiation seraient formés.

Hormis la médiation ci-dessus évoquée, **il n'y aurait pas lieu de créer d'instances complémentaires en charge de l'organisation et du pilotage interne des établissements**.

2. L'hôpital dans son territoire

La loi HPST a mis en place un nouveau mode de **coopération** entre établissements: les CHT, chargées de définir une stratégie commune de territoire et mutualiser les compétences. Or, dans la configuration actuelle de la tarification à l'activité, les établissements du territoire se trouvent souvent **en concurrence** sur un certain nombre de domaines d'activité. Il y a donc lieu de réaliser un état des lieux de cette question et définir un « **territoire d'activité** » pour chaque établissement. Les coopérations se basent avant tout sur un **projet médical de territoire**.

Les instances et les outils de la coopération sont précisés. **La place des professionnels dans ces évolutions**, leur implication dans les réflexions préalables, dans le processus de décision quant à leur opportunité, leurs modalités, leurs objectifs **sont aujourd'hui trop flous**.

Les modalités des coopérations, leur évolution, les impacts sur le fonctionnement des établissements, les liens avec les réseaux et filières existants sont clairement définis.

A côté des pôles et structures internes des ETS, **quel est le périmètre et quelles sont les missions des pôles de territoire ?**

La place du CHU dans les CHT est précisée : ayant un rôle d'expertise pour tous les établissements d'une région, il paraît difficile à un CHU d'appartenir à une CHT plus qu'à une autre.

Des outils simples de coopération (conventions) sont possibles en dehors des groupements de coopération sanitaire, en particulier pour assouplir les conditions de sous-traitances, de permanence des soins...**Les structures médico-sociales peuvent intégrer une CHT**.

Devant la complexité de la planification et de sa compréhension par les professionnels, il y a lieu de bien définir et expliquer **l'articulation entre les projets** :

- Projet régional de santé – SROS
- Projet territorial de santé
- Projet de la CHT
- Projet d'établissement
- Projet médical
- Projet social
- Projet de soins
- Projet de pôle

et les **contrats** qui précèdent les projets, articulation qui n'apparaît pas évidente, tant du point de vue des contrats **externes** : CPOM/ CREF /CBUMPP /CAQOS ... que des contrats **internes** : Contrats de pôle/Contrats inter pôles. Il y a lieu de définir et expliquer les circuits d'élaboration et de validation des contrats et projets. Le projet du pôle précède le contrat du pôle.

3 - La psychiatrie

L'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, repose sur un dispositif défini par secteur géographique qui garantit la continuité du parcours de soins des patients, pris en charge par une même équipe, tant à l'hôpital qu'à l'extérieur de celui-ci.

C'est une spécificité qu'il convient de reconnaître et d'affirmer par **une loi**

d'orientation et de programmation spécifique à la psychiatrie :

- qui reconnaisse le service public de psychiatrie,
- qui pérennise le secteur, seule entité territoriale de recours pertinente, comme entité princeps d'organisation des soins en psychiatrie : **secteur rénové et réaffirmé** tant dans ses fonctions et ses missions que dans ses moyens,
- qui garantisse un financement et une évaluation médico-économique adaptés à la psychiatrie, **hors du champ de la T2A** qui ne lui est pas adaptée, et permettant que les moyens qui lui sont alloués lui soient réservés,
- qui vise à promouvoir une meilleure articulation **des champs sanitaires, médico-social et social**,
- qui maintienne **l'indépendance statutaire** des praticiens hospitaliers en psychiatrie, avec nomination ministérielle après avis de la Commission Statutaire Nationale, sur un secteur et non dans un établissement.

Ceci impose une révision en profondeur de la loi HPST dans les différents établissements où s'exerce la psychiatrie (CHU, CHG, et CHS).

Il y a également lieu d'affirmer le refus de la sortie de pans entiers pathologies (autisme, troubles envahissants du développement, ...) du champ du sanitaire au profit du médico-social.

Cette loi programmatique doit inclure une **réforme en profondeur de la loi du 5 juillet 2011** visant à la restaurer dans sa mission de santé publique dégagée de ses aspects sécuritaires et avec en particulier :

- Une intervention de l'autorité judiciaire qui auditionne le patient dans les 72 heures qui suivent son admission en soins sans consentement. Cette audition étant faite sur le lieu de soins et par un juge dédié.
- Une réduction du nombre de certificats et une suppression des avis conjoints.
- Une suppression de la référence au "trouble de l'ordre public" et son remplacement par la notion de "trouble psychique mettant en péril la sûreté des personnes"
- Un réaménagement global des autorisations temporaires de sortie dans le cadre des hospitalisations sans consentement.

4. Les CHU

Les CHU par leur taille et leur mission régionale de soins, d'enseignement et de recherche ont des problématiques complémentaires. Certains pôles y **atteignent des effectifs supérieurs** à ceux d'un établissement général ou spécialisé.

N'est ce pas là un dévoiement du pôle ?

L'information, la communication interne, la concertation y sont d'autant plus difficiles et demandent à être très structurées, dans une période où les évolutions sont particulièrement rapides et la mobilisation de l'ensemble du personnel fondamentale.

Selon le nombre de pôles, la CME peut ne pas regrouper l'ensemble des chefs de pôles mais, à l'instar des autres collèges, **leur représentation est assurée par élection**. Il n'y a pas lieu de créer une assemblée complémentaire de chefs de pôles dont le rôle serait concurrent de celui de la CME.

La CME de CHU a un rôle spécifique dans la révision des effectifs hospitalo-universitaires et dans la définition des activités de recherche et d'enseignement du CHU. Ainsi, le nouveau rôle donné par HPST dans le directoire au vice-président

chargé de la recherche se trouve en concurrence avec le rôle naturellement dédié au(x) doyen(s) des UFR concernées.

La place du CHU est spécifique dans le territoire : par son rôle de leader régional et d'expertise, le CHU a une mission de coordination de l'ensemble des établissements de la région. Il est donc difficile d'articuler cette mission avec l'appartenance à une CHT particulière. Les CHT se constituent entre établissements non CHU et des conventions sont parallèlement définies avec les CHT dans différents domaines, permettant à tous les établissements d'accéder à un meilleur niveau de qualité et d'efficience des soins, de l'enseignement, de la recherche.

L'activité d'enseignement et de recherche dans les CHU doit s'appuyer sur l'ensemble des praticiens volontaires, **justifiant la demande réitérée de valences universitaires pour les praticiens hospitaliers.**

Par ailleurs les CHU ont la nécessité d'augmenter leur activité de recherche **en coopérant dans l'inter-région** et d'établir des conventions de partenariat, dont les modalités sont à définir avec les établissements d'autres régions.