



**Commissions Médicales d'Établissement
des Centres Hospitaliers Universitaires**

UNE EVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES.

Pr Guy MOULIN (Conférence des Présidents de CME de CHU)

Pr Michel TSIMARATOS (Secrétaire Général de la CME de l'APHM)

Une réflexion du **Bureau de la Conférence des Présidents de CME de CHU** :

Pr Luc BARRET

Dr Sylvia BENZAKEN

Pr Loic CAPRON

Pr Olivier CLARIS

Pr Michel CLAUDON

Pr Jean-Michel CLAVERT

Pr Dominique DALLAY

Pr Norbert IFRAH

Pr Bernard PRADERE

Pr Benoit VALLET

Pr Alain VERGNENEGRE

Juin 2012

UNE EVOLUTION DE LA GOUVERNANCE DANS LES HOPITAUX UNIVERSITAIRES.

Le plan Hôpital 2007¹, puis, plus récemment, la Loi H.P.S.T.² ont profondément modifié le fonctionnement des structures hospitalières françaises. Au moment du débat parlementaire, cette loi a été perçue par de nombreux médecins comme une tentative d'éloigner les praticiens de la gouvernance hospitalière et de donner, selon l'expression consacrée, un seul patron à l'hôpital³.

1 – Le Constat

Le plan Hôpital 2007 change les règles du jeu

La mutation du management hospitalier a débuté en 2007 avec la nouvelle gouvernance hospitalière⁴. Elle vise à responsabiliser le personnel, à élargir l'autonomie de l'établissement et à faire émerger l'engagement contractuel entre les différents acteurs de la santé. Des pôles d'activités médicales se sont mis en place.

Ce nouveau découpage de l'hôpital répond à une logique économique visant la mutualisation des ressources pour limiter les dépenses. Il revient à l'établissement de définir, comme il le souhaite, le périmètre de chaque pôle selon des critères qu'il choisit (cohérence de discipline, de plateau technique, synergies hospitalo-universitaires etc). L'esprit de la loi, dans la continuité de la révision générale des politiques publiques (RGPP)⁵, est d'attribuer à ces pôles une délégation de gestion. Ainsi, toujours dans l'esprit du législateur, chaque pôle devient une véritable "micro-entreprise de production de soins" (thématisés ou non).

Cette démarche prolonge l'idée de substituer les missions de service public au service public lui-même. Ce faisant, le législateur dématérialise le « service rendu » et met en place les outils pour la culture de résultat, plutôt que les moyens, tel que cela est inscrit dans la loi organique relative aux lois de finances (LOLF)⁶, appliquée depuis 2006.

La « culture du résultat » appliquée au secteur de la santé a fait naître la tarification à l'activité (T2A)⁷. Ce mode de financement a poussé les établissements à s'orienter vers des politiques d'augmentation de leur « parts de marché » afin d'équilibrer leur compte de résultats. Or, deux paramètres sont très différents de ceux de l'économie de marché traditionnelle :

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_2007

² <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

³ <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/la-reforme-de-l-hopital>

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-nouvelle-gouvernance-hospitaliere.html>

⁵ <http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/>

⁶ http://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_organique_relative_aux_lois_de_finances

⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Tarification_%C3%A0_l'activit%C3%A9

1. le « marché » n'est pas voué à augmenter selon la demande. L'expansion du marché est fixée par le Parlement chaque année (l'ONDAM⁸), en fonction du risque perçu dans la population concernée.
2. le prix des prestations (tarif) n'est pas fixé par l'équilibre entre l'offre et la demande du marché. Il s'agit d'une démarche réglementaire, visant à contenir l'ONDAM. Par conséquent, les tarifs sont réévalués chaque année en fonction des volumes d'activité et de la progression des dépenses.

L'enveloppe (l'ONDAM) étant fixe, l'augmentation du nombre d'actes aboutit à une baisse des tarifs l'année suivante. Dès lors, les hôpitaux essaient de se démarquer en identifiant des « niches d'activités » non concurrentielles souvent financées hors T2A, par des sommes forfaitaires, dans le cadre de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)⁹. Ces activités non concurrentielles venant en plus des activités de routine, dites « de proximité », il s'ensuit très rapidement une augmentation des coûts, souvent liés au recours à des plateaux techniques sophistiqués.

Cette politique ne peut favoriser ni prendre en compte la nécessaire coopération entre établissements voisins, et s'oppose de facto à toute démarche de subsidiarité. La recherche d'un équilibre entre les activités de soins de proximité et de recours devient alors indispensable à la maîtrise des coûts et le développement d'organisations performantes devient incontournable.

Une réflexion stratégique est indispensable pour coordonner cet équilibre.

La stratégie médicale des hôpitaux

C'est dans ce contexte économique inédit que « la nouvelle gouvernance » impose les pôles d'activités médicales et confie le projet médical aux médecins selon un calendrier très serré.

Le législateur, dans l'objectif de maîtrise de l'enveloppe santé, contraint encore l'exercice par diverses mesures d'ordre financier, spécifiques aux établissements de santé¹⁰. Il apparaît très vite, dès 2007, que la modification récurrente des modes de financement (et des règles de facturation) n'est pas superposable aux cadences médicales.

La stratégie que le législateur veut imposer passe par l'amélioration des pratiques et le perfectionnement des connaissances et des compétences. En médecine, cette démarche est connue de longue date et repose sur une analyse soigneuse de la qualité, qui permet d'identifier le rapport coût/efficacité de la stratégie d'organisation médicale.

Le rapport coût/efficacité dans le domaine de la santé est évalué depuis le début des années 90. Dans la littérature internationale, ces évaluations s'appuient sur un « business plan¹¹ », lisible sur le plan financier, dont le projet médical est la colonne vertébrale. Dans cette optique, le projet médical fixe les objectifs et détermine les moyens nécessaires. Il oriente la

⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Objectif_national_des_d%C3%A9penses_d%27Assurance_Maladie

⁹ <http://www.sante.gouv.fr/missions-d-interet-general-et-a-l-aide-a-la-contractualisation-migac.html>

¹⁰ <http://www.senat.fr/rap/a07-073/a07-07382.html>

¹¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Business_plan

stratégie de gestion et de développement institutionnel.

Les évaluations des « business plans » sont, en dehors du monde de la santé, réalisées préalablement à l'engagement des dépenses (études de marché)¹². Dans la vie hospitalière, cette organisation « Canada dry¹³», ou « corporatization des hôpitaux » est dénoncée comme une dérive néolibérale de bureaucratisation de l'hôpital public.

La loi HPST

En France, en quelques années, nous avons assisté à un transfert de charges considérable vers le corps soignant. Les hôpitaux se sont dotés de plans de retour à l'équilibre, souvent basés sur la réduction des moyens humains.

La succession de réformes a souvent été assimilée à un démantèlement organisé du service public au profit de « missions de service public »¹⁴. Cette interprétation s'accompagne d'une dimension symbolique autour des aspects démocratie, respect, humanité. L'illustration de ce concept s'appuie sur le rapport Juilhard¹⁵ qui concerne l'implantation des maisons de santé et l'organisation des soins de premier recours, en coordination avec l'hôpital.

La mise en place de la démarche qualité arrive plus tard. Elle n'a été inscrite dans la loi (HPST) qu'en 2009. La recherche de la qualité est de la responsabilité du corps médical. Elle vise à permettre l'amélioration des pratiques et la diminution du risque. L'amélioration de la qualité des soins aboutit à l'amélioration de la qualité de vie et à l'allongement de celle-ci. Pour être opérationnelle, elle impose d'organiser les stratégies de gestion des hôpitaux en fonction des projets médicaux.

La démarche Qualité

La prise en charge de la qualité dans le domaine de la santé n'est pas une mince affaire. La multiplication des indicateurs qualité témoigne bien du réel souhait des pouvoirs publics de voir s'installer durablement une politique d'amélioration des processus dans les hôpitaux français¹⁶ et d'imposer la transparence envers les Usagers.

Dans les hôpitaux, le gouvernement a souhaité confier cette responsabilité au corps médical représenté par les CME. La sécurité des soins a été ajoutée à la politique qualité afin d'intégrer les défaillances du système et permettre de capitaliser sur les pratiques (EPP). Ce point est essentiel à appréhender. La description explicite des bonnes pratiques consiste à établir des processus et procédures (type check list)¹⁷.

¹² http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tude_de_march%C3%A9

¹³ Jean-Paul Domin. La gouvernance « Canada dry » ou la reprise en mains de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire. In : L'Hôpital en réanimation. Collection savoir/agir éditions du croquant. p. 103-112 Nov 2011. ISBN : 978-2-36512-000-5

¹⁴ Bertrand Mas. Une nouvelle ambition pour l'hôpital. In : L'Hôpital en réanimation. Collection savoir/agir éditions du croquant. p. 337-351. Nov 2011. ISBN : 978-2-36512-000-5

¹⁵ Juilhard J.-M. et coll. La bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur développement. Paris, La Documentation française, 2010.

¹⁶ <http://www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-de-qualite.html>

¹⁷ Selon la norme ISO 9000 (version 2005) :

L'organisation en processus (quoi faire?) est le modèle idéal de l'administration. Le périmètre des processus est défini par l'exécutif (le catalogue). La somme des processus devient le projet global. La règle d'or est de suivre la procédure (comment faire ?, la recette). Seul le résultat compte¹⁸. Il convient de garder à l'esprit, cependant, que la reproductibilité ne correspond pas automatiquement à la qualité.

Ce système de raisonnement est mal adapté à l'activité de soins¹⁹. L'activité hospitalière ne peut être comparée à une autre activité administrative, pas plus qu'à une entreprise, sans tenir compte de quelques particularités, qui ont par ailleurs, et en ce qui concerne les ressources humaines, abouti à l'individualisation d'une catégorie spécifique de la fonction publique²⁰.

Les hôpitaux et le contexte de la dette

L'analyse des comptes d'exploitation des hôpitaux révèle, comme ailleurs, le poids de la dette dans l'exercice. L'établissement d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD²¹) fait apparaître, et met en exergue, les insuffisances des structures et les besoins d'investissement pour s'adapter.

Depuis toujours, en France, les investissements hospitaliers ont été dimensionnés sur des critères politiques et non en relation avec l'activité médicale. Il en résulte un déficit structurel cumulé important. La capacité des hôpitaux à financer leur modernisation diminue. Ils empruntent beaucoup, avec la garantie de l'Etat. La dette des hôpitaux enfle et pèse sur les comptes de la sécurité sociale.

Le rapport annuel (2010) de la Cour des comptes²² sur la sécurité sociale montre que son déficit a triplé en deux ans. Ce déficit exceptionnel n'est pas entièrement lié à la crise économique et dépend surtout de l'assurance maladie. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2009 et 2010. Pour rendre cette démarche pérenne, la cour recommande d'améliorer la performance. La maîtrise des dépenses de médicament doit être entièrement repensée. La tarification à l'activité doit permettre

- processus : "ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie".

- procédure : "manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus".

Autrement dit, le processus répond à la question "quoi faire ?", tandis que la procédure répond à la question "comment faire ?".

¹⁸ Par exemple à La Poste, pour envoyer une lettre ou un paquet, la procédure est toujours la même, accompagnée d'un tarif. Si la taille d'un paquet dépasse la taille maximum prévue dans le processus, le paquet n'est pas envoyé!

¹⁹ En gestion, la gestion de la production est plus précisément défini par la norme ISO 9001 pour la gestion de la qualité, un processus est un système organisé d'activités qui utilise des ressources (personnel, équipement, matériels et machines, matière première et informations) pour transformer des éléments entrants en éléments de sortie dont le résultat final attendu est un produit ; le processus a un propriétaire qui est garant de la bonne fin et du bon fonctionnement de celui-ci (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Processus>)

²⁰ <http://www.sante.gouv.fr/la-fonction-publique-hospitaliere-fph.html>.

²¹ <http://www.sante.gouv.fr/l-eprd-son-cadre-ses-annexes-et-l-outil.html>

²² http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/Communiqués/Communiqué_presse_sécurité_sociale_2011.pdf

d'identifier les secteurs non compétitifs. Surtout, les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent se réorganiser fortement afin de préserver le haut degré de protection sociale de notre pays.

C'est dans ce contexte que les comptes des hôpitaux (à fin 2009) ont montré une amélioration significative, pour la seconde année consécutive, alors que le seul bailleur de fonds reste l'Etat. Même si l'endettement reste important, Fitch²³ estime que l'Etat continuera à exercer un contrôle rigoureux des dépenses des établissements publics de santé (EPS). Le rapport de Fitch conclue également que la santé publique est un secteur socialement et politiquement sensible, et que toute interruption dans la fourniture du service serait, in fine, préjudiciable à l'Etat.

L'inflation par la multiplication des actes

La T2A a généré un déséquilibre en augmentant la part du financement liée à l'activité, sans qu'aucune régulation autre que les tarifs ne puisse contribuer au choix. Plus de 80% des ressources des hôpitaux sont liés à leur activité.

Ce déséquilibre dévoile les effets pervers de la T2A dont le principal est une « course au volume », avec une multiplication des actes (utiles ou non), dans les cliniques comme dans les hôpitaux d'ailleurs. Ce système révèle aussi l'inadéquation de l'offre de soins avec la politique territoriale :

1. Dans les zones peu peuplées, l'activité ne se développe pas et condamne certains établissements au déficit chronique.
2. Dans les zones très peuplées :
 - a. avec peu de médecins installés, l'activité se maintient dans les hôpitaux à un coût élevé.
 - b. avec beaucoup de médecins, mais installés en secteur à honoraires libres, l'activité permet une permanence d'accès aux soins, structure couteuse et peu rémunératrice en termes de T2A.

Quelle que soit la situation considérée, les charges structurelles des hôpitaux augmentent de façon automatique et indépendante de l'activité (énergie, inflation, revalorisations salariales, CET, etc...).

Dans ce contexte, chaque hôpital agit en fonction de son EPRD et cherche à préserver son périmètre en augmentant son activité. La politique de coopération territoriale entre établissements de santé est détournée de son objectif initial pour consolider les structures mal adaptées à leur environnement. Aucun indicateur de pertinence des actes réalisés n'est associé de près ou de loin aux tarifs ou aux missions d'intérêt général.

Le cas particulier des CHU

Le cas particulier des CHU a fait l'objet d'une réflexion spécifique en ce qui concerne la place

²³ <http://www.fitchratings.fr//getdocument.aspx?attid=1651>

qu'ils doivent réserver à la recherche (Commission Marescaux²⁴). Cette réflexion a abouti à la mise en place de structures identifiées, résultant d'un élargement au Grand Emprunt²⁵. Les Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU), ont pour objectif de redynamiser la recherche de très haut niveau, au sein, ou à coté de certains CHU.

En matière d'organisation des soins, les CHU sont considérés comme les autres hôpitaux, c'est-à-dire comme une entreprise de production de soins et de santé. Ils doivent pourtant assurer en même temps des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation, en partenariat avec les facultés de médecine et les universités.

La multiplication des initiatives d'encouragement à la recherche translationnelle dans les CHU, que ce soit à travers des programmes spécifiques ou les agences mises en place, témoigne bien de la difficulté du transfert de compétences vers le patient dans le domaine médical de production de soins (from bench to bedside, and back²⁶). A contrario, le transfert vers le secteur de production économique (brevets, licences) se fait de mieux en mieux.

Une réponse peu adaptée en ce qui concerne l'esprit de la loi (HPST)

Les étapes d'évaluation de l'activité de recherche sont confrontées à la difficulté de définition des indicateurs. Dès lors, le financement de la recherche se heurte à la contrainte économique induite par la T2A. Dans les CHU, la convergence tarifaire gomme le surcoût représenté par l'enseignement et la recherche dans l'activité de soins. Les MIGAC ne permettent de compensation qu'a posteriori, sur des indicateurs mal dimensionnés et trop globaux (nombre d'étudiants, SIGAPS, SIGREC,...).

La réponse naturelle à cette difficulté a été de densifier les structures dédiées à la recherche après les avoir identifiées sur la foi d'indicateurs indiscutables avec la naissance de l'Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES²⁷). Cette réponse a donné naissance au concept des Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU²⁸), qui diminue le nombre de structures mais en densifie les moyens sur la foi d'indicateurs recherche, en incluant une dimension de transfert.

Le concept est indiscutablement utile pour augmenter les financements ciblés dans une enveloppe contrainte. Il applique l'idée des MIG en diminuant le nombre de candidats (chaque part augmente) et en donnant une dimension médicale à la stratégie de management (comme dans les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC²⁹). Cependant, ce concept porte le risque de consacrer la séparation entre l'enseignement au lit du malade (largement réparti sur tout le CHU) et la recherche (concentrée dans les IHU), l'enseignement devenant alors le parent pauvre. Or dans les CHU, au contraire des écoles professionnelles, l'enseignement est porté par l'activité de recherche qui donne la dimension translationnelle et universitaire de la transmission des connaissances. Il est donc

²⁴ http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=094000208&brp_file=0000.pdf

²⁵ <http://www.grandemprunt.net/>

²⁶ <http://www.cc.nih.gov/ccc/btb/>

²⁷ <http://www.aeres-evaluation.fr/>

²⁸ <http://www.agence-nationale-recherche.fr/investissementsdavenir/AAP-IHU-2010.html>

²⁹ <http://www.unicancer.fr/le-reseau-des-centres-de-lutte-contre-le-cancer>

important de définir des indicateurs (pertinents), d'identifier un financement (pérenne) et de mettre en place une stratégie institutionnelle (de gestion) dans le domaine de l'enseignement et de la recherche en santé.

2 – Les propositions

Les points saillants du questionnement de l'Etat ne sauraient beaucoup varier. A l'heure où la contrainte budgétaire étrangle les activités coûteuses, et même s'il est prématuré de proposer des solutions universelles, nous proposons des évolutions des modes d'organisation de la gouvernance des CHU pour intégrer les dimensions enseignement et recherche, leurs financements et leurs indicateurs.

Quel(s) patron(s) pour l'hôpital ?

A la lecture de ce qui précède, deux éléments apparaissent comme déterminants dans la phase opérationnelle des réformes hospitalières, la cinétique de la réduction de la dette des CHU et la restructuration de leurs activités.

Le premier point focalise l'attention des tutelles qui ont fixé la règle du jeu. Cette règle est exclusivement financière. L'idée d'un seul patron pour l'hôpital peut séduire, le management ayant pour objectif de faire évoluer les organisations à l'échelon opérationnel. En pratique, dans certains établissements, la gouvernance s'est enlisée dans des querelles de pouvoir stériles. A ce jour, la question de l'évolution de la gouvernance reste posée avec acuité et fait toujours débat³⁰.

En ce qui concerne le deuxième point, l'évolution des organisations internes, en France et comme dans la plupart des pays occidentaux, les directeurs d'établissements portent ces réformes en contractualisant avec les ARS d'une part (en externe), et les pôles d'autre part (en interne). Si les pôles sont l'unité d'œuvre de la restructuration hospitalière, le pilotage institutionnel de l'ensemble des pôles à l'échelle d'un établissement doit être médical pour éviter la balkanisation des grosses structures. Une dimension médicale transversale est indispensable à la conduite du changement, afin d'assurer la coordination de ce chantier, de ne pas laisser les soignants à l'écart de cette réflexion, et de ne pas prendre en otage les usagers. La réflexion médicale n'ignore pas ces règles du jeu et s'est approprié la restructuration.

La loi offre une ébauche de réponse

« Le président de la CME est le coordonnateur de la politique médicale de l'établissement, il dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions »³¹.

³⁰ <http://well.blogs.nytimes.com/2011/07/07/should-hospitals-be-run-by-doctors/>

³¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021573177&fastPos=1&fastReqId=490433368&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Aujourd'hui, bien qu'inscrite dans les décrets réglementaires, la délégation des moyens s'est arrêtée en chemin. Pourtant, le dimensionnement des moyens donnera au projet médical sa « faisabilité » dans le temps. Les hôpitaux pourront engager les dépenses restructurantes selon les cycles de progression des connaissances médicales. Le « business plan » sera alors lisible par tous, tant dans sa dimension médicale, qu'économique.

Aujourd'hui, plusieurs éléments sont susceptibles de contribuer à améliorer l'efficacité de la gouvernance des hôpitaux. L'organisation de l'activité dans un hôpital est comparable à une "high reliability organisation" (HRO)³². Une HRO utilise le processus comme un modèle cible et commun à tous les professionnels. Brièvement, la méthode consiste à gérer la somme des écarts à la moyenne, plutôt que la sinistralité induite par l'absence d'adéquation parfaite à la procédure.

Les modèles HRO estiment mieux le coût de la « non-qualité »

En 1999, le board du Health Care Service nord américain publie le rapport « TO ERR IS HUMAN »³³. Le travail démontre que le plus souvent les problèmes graves dans les établissements de santé sont la résultante de petites défaillances concomitantes. Ils en estiment le coût entre 17 et 29 milliards de dollars annuels (valeur \$ 1999). Ils concluent que « si c'est dans la nature de l'activité humaine de faire des erreurs, c'est également dans la nature humaine de trouver des solutions pour les prévenir ».

Les membres de ce board soulignent aussi le besoin d'un « adequate leadership » pour mettre en œuvre les solutions et proposent, 10 ans après le premier rapport, un modèle d'HRO en santé³⁴. Aujourd'hui, en raison d'un management très administratif, ce système peine à être efficace et les Etats-Unis dépensent encore beaucoup plus que nous pour un système moins efficace que le notre. Ils s'interrogent alors sur les facteurs clé de succès à mettre en œuvre.

Près de 14 ans après la publication du rapport, la place des médecins dans ce système managérial commence à apparaître. Une étude menée aux Etats-Unis, par le Dr Amanda Goodall et publiée dans la revue Social Science and Medicine³⁵ a permis de constater que la qualité des soins est de 25 % supérieure dans les établissements dirigés par un praticien.

Dans le contexte hexagonal aussi, avec la loi HPST, le projet médical devient un véritable business plan et pas seulement un axe stratégique de la réflexion économique. Sa réussite exige l'adhésion de tous les acteurs (soignants et administratifs). La médicalisation du management est, par conséquent, la seule évolution possible pour les CHU qui sont en train de passer d'une gestion centrée sur un mode structure vers une gestion centrée sur le mode projet.

³² HRO, http://en.wikipedia.org/wiki/High_reliability_organization.

³³ <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>

³⁴ <http://www.ahrq.gov/qual/hroadvice/hroadvice.pdf>

³⁵ Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? Soc Sci Med. 2011 Aug;73(4):535-9. Epub 2011 Jul 6. PubMed PMID:21802184.

Comment médicaliser le management dans le contexte actuel ?

La prise en compte de la dépense justifie une stratégie de définition du périmètre fonctionnel qui doit faire l'analyse soigneuse de l'offre et de la demande. Celle-ci fait appel à des indicateurs mal définis à ce jour. L'enveloppe de l'ONDAM est un des indicateurs, mais n'est pas le seul.

La récente polémique soulevée par le Conseil de l'Ordre de Médecins (CNOM) au problème des déserts médicaux illustre ce point. Le CNOM a présenté ses propositions pour améliorer l'accès aux soins³⁶. Il s'agit d'une rupture complète avec la politique menée depuis longtemps en la matière. Pour originale et iconoclaste qu'elle soit, cette proposition ne peut faire l'économie d'une large discussion avec tous les acteurs, de belles perspectives d'indignation de groupes, de blocages et d'effets de manches.

A cette occasion, peut-être que les CHU devraient s'intéresser de plus près aux déserts médicaux dont il s'agit dans ce texte. En écoutant attentivement les alertes de Médecins du Monde³⁷ et les observatoires régionaux de santé³⁸, il apparaît que dans les grandes villes, l'accès aux soins est plus important à prendre en compte que le nombre de praticiens installés. Certains de ces déserts sont moins loin que l'on pense. Dans ce contexte, une démarche coordonnée de réorganisation de l'offre de soins avec les collectivités locales³⁹ est indispensable. Elle sera plus honorable que la maîtrise comptable, et probablement plus rentable en termes de santé publique.

Les écueils à éviter dans l'évolution de la gouvernance

Les propositions simplistes de cogestion ne peuvent répondre à la problématique sans aborder **trois** points fondamentaux :

1. Comment rétablir la confiance entre les médecins et leur administration et affirmer le rôle du Président de la CME sans qu'il apparaisse en position de "chien de faïence" aux côtés de la direction ?
2. Comment maintenir le Directeur général dans sa position d'ordonnateur des décisions de nature administrative et financière ?
3. Comment, dans un avenir incertain, permettre aux personnels soignants de toutes catégories, y compris les médecins, de s'approprier des objectifs collectifs et d'accompagner les difficultés à venir ?

Ces trois points fondamentaux ne peuvent être abordés sans garder à l'esprit les objectifs de qualité des soins, d'amélioration permanente des pratiques par la recherche et de transmission de la connaissance par l'enseignement.

Les médecins hospitaliers sont à même d'intégrer ces fonctions à la fois dans les pôles

³⁶ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/acces-aux-soins-recommandations-du-cnom-1185>

³⁷ <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2011?gclid=CJKI1PijtLACFYt-fAodLxHRUw>

³⁸ http://www.orspaca.org/pdf/101122_rapport_sante_region.pdf

³⁹ <https://docs.google.com/file/d/0BYtJwYOZaB2NUmJpUVJwUjMzUG8/edit?pli=1>

(délégation de gestion) et dans le cadre d'une direction médicale de coordination. La loi HPST a validé ce schéma avec la CME en charge de la qualité. Elle n'est pas allée au bout de sa logique en ne lui donnant pas de moyens opérationnels.

La démarche opérationnelle doit s'intéresser aux évolutions managériales mais aussi à la conduite du changement dans l'environnement complexe que sont les CHU. L'organisation managériale des CHU sur le mode HRO permettra d'adapter le type et le rythme de reporting :

- en interne (dans les CHU) en direction des professionnels de soin, dans une démarche de management médical opérationnel qui définit le projet médical, organise et arbitre les moyens en fonction des objectifs stratégiques (et non l'inverse).
- en externe (vers la DGOS, les ARS et les ministères de la santé et de l'enseignement), en direction de l'actionnaire (l'Etat, mais aussi les régions, les départements, les mairies...) et l'ordonnateur (le Parlement), pour justifier les financements contractualisés, le dimensionnement des investissements territoriaux, et garantir la cohérence institutionnelle avec l'Université (recherche) et les facultés (enseignement).

L'enthousiasme et le temps

Les établissements de santé sont confrontés aujourd'hui au risque important de démotivation des personnels à cause du management par des indicateurs essentiellement financiers.

En substance, nous proposons de relier la partie financière (EPRD et investissement) à la partie opérationnelle (Contrats de pôles) dans une conception HRO. Le Président de la CME devient le responsable opérationnel de l'hôpital. Il coordonne les contrats de pôles sur la base de leur projet, dans le respect de l'EPRD. Il dispose des ressources opérationnelles des directions concernées.

Le Directeur Général dispose du contrôle des directions financières, juridique, audit, etc . Il doit permettre un plus haut niveau de contrôle sur ce point (organisation sous double contrôle).

Pour les médecins, la démarche projet correspond à une vraie démarche qualité susceptible d'emporter l'enthousiasme des professionnels. Elle est déjà en route dans beaucoup d'établissements. Il est important de stabiliser le dispositif, et de ne plus modifier les règles du jeu, l'incessante modification des règles financières est trop souvent interprétée comme une fuite. Le rapport sur l'exercice médical à l'Hôpital⁴⁰, ne s'y trompe pas en parlant de redonner l'envie, de repenser la valorisation financière de l'exercice médical, mais aussi de s'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications.

La restructuration des hôpitaux a débuté depuis plusieurs années. Comme pour toutes les entreprises, elle s'appuie sur des économies, des investissements, et surtout des

⁴⁰ <http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-sur-l-exercice-medical-a-l-hopital.html>

modifications d'organisations. Dans certains établissements, elle correspond à un vrai plan de redressement. Il est important qu'elle intègre une dimension médicale, plus humaine et moins comptable. Tous les avis convergent, c'est la seule façon pour préserver l'outil, et que le retour sur investissement soit positif, pour tous...

MT et GM, le 29 juin 2012

Repenser le management par des propositions concrètes

1. Renforcer la place des directeurs dans le dialogue avec l'Etat.

- a. Le Directeur Général de l'établissement doit rester l'ordonnateur des décisions financières et administratives.
- b. La gouvernance doit être partagée et basée sur le dialogue (co-gestion).

2. Formaliser l'organisation et la formation du Management Médical.

- a. Assurer la formation des chefs de pôles et de leurs adjoints aux fonctions de responsabilité⁴¹.
- b. Préparer la formation des médecins à la conduite de projet médical.

3. Confier aux médecins une responsabilité réelle dans la gouvernance opérationnelle.

1. Réformer les décrets CME et Présidents de CME dans le sens d'une implication opérationnelle de la CME⁴².
 - a. Participation à l'élaboration du CPOM.
 - b. Coordination des projets de pôle en adéquation avec le projet médical.
 - c. Signature des contrats de pôles.
 - d. Contribution à la construction d'un EPRD en adéquation avec le projet médical et adéquation de la politique des ressources humaines médicales avec le projet institutionnel.
2. Passer à une étape supérieure dans la délégation de gestion:
Co-signature complète du Président de la CME avec délégation de gestion pour l'ensemble des moyens opérationnels (ressources humaines, tous grades confondus).
3. Régionaliser une partie des MIG comme le SAMU, les urgences, etc... (plutôt que des financements mairie, CG CR), récupérer une partie des Fonds d'Intervention Régional (FIR)⁴³ pour intégrer durablement l'aménagement du territoire dans la discussion de l'accès aux soins.

4. Redonner au Directoire sa fonction décisionnelle.

Aujourd'hui, le mode de concertation du Directoire ne permet pas une prise de décision réellement collégiale. La concertation ne concerne que les grandes lignes de la vie de l'établissement, elle ne modifie pas réellement la décision prise.

Le modèle précédent du Conseil Exécutif était de ce point de vue plus satisfaisant car il faisait appel à une réelle participation d'un ensemble de décideurs.

Le Directoire, dont le président reste le Directeur administratif, doit donc évoluer dans le sens de la collégialité, notamment par la mise en place de la co-signature

⁴¹ <http://www.anap.fr/?id=444>

⁴² Courrier Président de la Conférence à F-X. Selleret, Nos refs : 84-2012/GM/CJ

⁴³ <http://www.ars.sante.fr/Creation-d-un-fonds-d-interven.130044.0.html>

Anticiper la conduite du changement par une organisation efficiente

Ces propositions permettent de mettre en place une gouvernance moderne dont la structure s'organise comme suit :

1. La **Direction Générale** : organise le fond structurel de l'établissement et répond à l'actionnaire (l'Etat et les collectivités locales)
 - a. Direction des finances et de l'EPRD
 - b. Direction juridique
 - c. Direction de la logistique et des réseaux
 - d. Direction du patrimoine
 - e. Coordination des appels d'offres
 - f. Politique territoriale
 - g. Gestion des carrières et du dialogue social

2. La **Commission Médicale d'Etablissement** : elle organise le tissu opérationnel à la lecture des indicateurs de qualité et de pertinence des soins.
 - a. Stratégie et CPOM
 - i. Recherche et innovation
 - ii. Enseignement
 - iii. Transfert de technologie
 - iv. Cellule d'évaluation médico-économique
 - b. Ressources humaines
 - i. Personnel médical : affaires médicales
 - ii. Personnel non médical soignant dans les pôles (partagé)
 - c. Qualité, sécurité et pertinence des soins
 - i. Effets indésirables liés aux soins
 - ii. Communication

3. Un domaine de compétence partagé (**Président de CME et directeur général adjoint ou secrétaire général**):
 - a. Les ressources humaines non médicales :

La gestion de la masse salariale reste de la compétence de la direction générale, celle de sa déclinaison dans les pôles (personnels soignants et de secrétariat) et les tableaux des effectifs doivent être sous la responsabilité de la Commission Médicale d'Etablissement conjointement avec les chefs de pôle afin d'intégrer au mieux le projet de l'établissement et ses évolutions.
 - b. Le contrôle de gestion : à l'interface entre le DIM d'une part et la DAF d'autre part.
 - c. Investissements et travaux : en coordination avec les pôles
 - i. Equipements
 - ii. Entretien
 - iii. Achats