

Deuxième volet

Sept propositions pour la modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics

- 1- Le Conseil d'Administration**
- 2- Le Comité de Direction**
- 3- Un dispositif de sécurité de gestion**
- 4- La Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement**
- 5- Une organisation en pôles d'activité**
- 6- La nomination et la gestion des Praticiens Hospitaliers**
- 7- La nomination et la gestion des directeurs d'établissements**

Un Conseil d'Administration recentré sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle

En matière stratégique, il adopterait, sur proposition du Comité de Direction :

- le projet d'établissement, les programmes de santé publique ;
- le projet financier et l'affectation des résultats (budgets, comptes) ;
- le(s) règlement(s) intérieurs ;
- l'organisation interne en pôles d'activité ;
- la nature des contrats entre le Comité de Direction et le chef de pôle ;
- les modalités générales d'intéressement.

En matière d'évaluation, il évaluerait la mise en œuvre du projet d'établissement :

- Il analyserait les écarts entre prévisions et réalisations ;
- Il suivrait les indicateurs de résultat (qualité, gestion).

En matière de contrôle, il disposerait de la capacité :

- De mettre en place un comité d'audit ;
- De demander au Comité de Direction soit directement (en cas d'écart entre les objectifs fixés et les réalisations constatées par exemple), soit à l'initiative du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, de mettre en œuvre un plan de redressement ;
- De demander au ministre, par l'intermédiaire du directeur de l'ARH, de mettre fin au mandat du chef d'établissement.

Sa composition serait resserrée, autour par exemple de 12 à 18 membres, organisée en trois collèges de même importance :

- ✓ **Un collège d'élus** dont le maire auquel s'ajouterait un élu régional, un élu départemental et un élu de l'agglomération de communes. (Pour les CHU la place des élus régionaux sera plus importante).
- ✓ **Un collège de personnalités qualifiées** nommées par l'ARH dont trois d'entre eux représenterait, respectivement, les usagers, les médecins libéraux, le conseil économique et social
- ✓ **Un collège de représentants des personnels** de l'Etablissement (corps médical et personnel non médical).

Des membres, à titre consultatif, assisteraient aux séances du Conseil d'Administration :

- ✓ Le président du Comité de Direction (en charge de la préparation de l'ordre du jour)
- ✓ Le Directeur de l'ARH ou son représentant.

Une réflexion approfondie sur la question de la présidence du conseil d'administration devra être menée en concertation avec les élus et les professionnels.

fiche n°11.2.

Un Comité de Direction qui associe l'administration et le corps médical

Sa vocation serait d'assurer la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur.

- Il élaborerait le projet stratégique et les programmes de santé publique ;
- Il mettrait en œuvre les orientations validées par le Conseil d'Administration ;
- Il gèrerait les ressources et les dépenses dans le cadre du projet financier,
- Il élaborerait le(s) règlement(s) intérieur(s),
- Il mettrait en place et coordonne les pôles et la contractualisation interne ;
- Il proposerait les nominations de médecins au Ministre par l'intermédiaire de l'ARH, et nomme les chefs de pôle ;
- Il assurerait le pilotage de l'activité à partir d'indicateurs de qualité et de performance communiqués par les pôles d'activité ;
- Il analyserait la qualité du service rendu aux malades ;
- Il gèrerait les risques.

Sa composition serait également resserrée pour le rendre opérationnel.

Seraient membres de droit :

- Le directeur de l'établissement, président du comité de direction et investi de l'autorité hiérarchique au sein de l'établissement ;
- Le président de la CME ;
- Le doyen, dans le cas d'un CHU.

Ces membres de droit devraient pouvoir choisir au sein de l'équipe de direction et des chefs de « pôle » des **membres complémentaires** (3 dans chacun de ces ensembles). Au total, dans un centre hospitalier, le comité de direction comprendrait ainsi au maximum 8 membres, pour un chu ce nombre serait porté à 9.

fiche n°11.3.

Un dispositif de sécurité en cas de dérive de gestion

Si l'établissement ne parvenait pas dans son nouveau cadre de responsabilité à prendre les mesures de gestion nécessaires et suffisantes à son équilibre, l'ARH, saisi éventuellement par le Conseil d'Administration, disposerait d'un double pouvoir :

- ✓ **Un pouvoir d'injonction :** le directeur de l'ARH aurait la possibilité de demander au conseil d'administration d'obtenir du Comité de direction la mise en œuvre d'un plan de redressement en cas d'écart entre les objectifs prévus et les réalisations constatées ou bien de déficits chroniques ;
- ✓ **Un pouvoir de suspension :** le directeur de l'ARH pourrait suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et du comité de direction en mettant l'établissement sous le régime d'une « administration temporaire ». En pratique, cette administration temporaire serait alors assurée par une sorte de « comité des pairs » regroupant des directeurs et des médecins préalablement nommés dans le statut de « conseillers généraux des hôpitaux », statut réactivé rénové à cette occasion.

Les comités consultatifs et les comités internes

✓ La Commission Médicale d'Etablissement

Le rôle stratégique de la CME serait conforté par une implication plus forte dans la définition de la politique médicale de l'établissement et dans la définition de la formation médicale continue. La CME serait dotée d'un **pouvoir d'alerte** en direction du Conseil d'Administration.

Sa composition évoluerait vers une représentation fonctionnelle de l'organisation médicale.

L'ensemble des responsables médicaux de pôles en seraient membres de droit.

Mais, le règlement intérieur prévoirait, le cas échéant, une représentation complémentaire

La fonction de président de CME serait indemnisée, et le temps médical correspondant à sa charge serait compensé.

✓ Le comité technique d'établissement

Le CTE (comité technique d'établissement) devrait être conforté. Son rôle et sa composition demeureraient inchangés, mais on pourrait envisager, en cas de dérive de l'établissement, de le doter d'un pouvoir d'alerte auprès du conseil d'administration.

✓ Les autres comités internes

L'organisation et la mission de l'ensemble des comités internes de l'établissement devraient être revues, afin d'en limiter le nombre et en simplifier le fonctionnement. Il y a aujourd'hui trop de comités, (le CLUD pour la douleur, le CLIC pour les personnes âgées, le CLIN pour les infections nosocomiales, le comité des risques, d'hémovigilance, de matériovigilance, les 3C, la commission des gardes, etc.).

Une organisation interne simplifiée avec des pôles d'activité responsables

Le nouveau principe de l'organisation interne de l'hôpital devrait être la **liberté d'organisation**.

L'hôpital devrait choisir le mode d'organisation qu'il jugerait le plus adapté et développerait des modalités de **contractualisation interne**.

Sous la terminologie de « pôle » ou de « service », en un sens élargi du terme, serait désormais regroupé l'ensemble des organisations actuelles (services, département ou fédérations).

Les établissements seraient incités à une refonte en profondeur de leur organisation interne et à une responsabilisation des chefs de « pôle ».

Le contrat conclu entre le « pôle » et le comité de direction pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle en tant qu'ordonnateur secondaire ; ce qui veut dire qu'il disposerait de la capacité d'engager certaines dépenses et recettes. Il pourrait par exemple décider des achats pour son «pôle» de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments. Les termes de cette délégation seraient fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le « pôle » et le comité de direction.

Le responsable de ce « pôle », serait un médecin désigné par le Comité de Direction après avis de la CME. Il serait assisté dans ses fonctions par un encadrement infirmier et par un encadrement administratif.

Il gèrerait opérationnellement l'activité de « production de soins » de son « pôle ». En charge de l'ensemble du « staff » administratif, paramédical et médical de son «pôle».

Il exécuterait le budget du « pôle »,

Il assurerait les affectations et la gestion du personnel au sein du « pôle ».

Il suivrait et évaluerait l'activité du « pôle » à partir d'indicateurs budgétaires et d'indicateurs de qualité et de performance.

La fonction de responsable de pôle donnerait lieu à une indemnité spécifique, et à une compensation du temps médical utilisé.

Une simplification de la nomination et de la gestion des Praticiens Hospitaliers (PH)

Simplification de la procédure de nomination des PH.

Le Ministre demeurerait l'autorité de nomination avec une possibilité de délégation de signature au directeur de l'ARH.

Les postes de praticiens hospitaliers ne seraient plus soumis à autorisation de l'ARH. Les postes seraient créés par l'établissement lui-même au vu de ses besoins et de ses moyens ; moyens qui dépendront à terme de son activité, et donc des choix qu'il opèrerait. L'absence d'autorisation administrative pour les postes permettrait une publication au gré des besoins tout au long de l'année des profils de postes recherchés par l'établissement.

L'accès à la liste nationale d'aptitude devrait être simplifié. Un accès de droit, **peu après la délivrance du diplôme d'études spécialisées**, à la sortie du clinicat ou après une période de post-internat, pendant un laps de temps limité, devrait être étudié.

Une fois inscrit sur la liste d'aptitude, un praticien hospitalier pourrait répondre à toute publication de profil de poste, en se présentant dans le « pôle » concerné. Après avis du responsable de « pôle », la candidature serait adressée à l'ARH par le comité de direction pour nomination par le ministre. Des procédures de recours pour les candidats non retenus par le comité de direction seront bien sûr prévues.

Modernisation de la gestion des PH.

Un **Centre National de Gestion**, serait placé auprès du ministre, en dehors de l'administration centrale.

Il aurait notamment vocation à tenir à jour la liste d'aptitude, publier en temps réel les profils de postes adressés par les établissements en utilisant les outils modernes de communication, et suivre la carrière des praticiens.

Enfin, une **position « hors cadre »** assurerait une plus grande fluidité pour les praticiens souhaitant une mobilité, et permettrait de trouver facilement des solutions transitoires dans certaines situations délicates.

Une simplification de la nomination et de la gestion des directeurs d'établissements

Simplification de la procédure de nomination

Le Ministre demeurerait l'autorité de nomination pour les chefs d'établissement avec une possibilité de délégation de signature au directeur de l'ARH.

Les directeurs adjoints, cadres de direction des établissements hospitaliers n'ayant pas la responsabilité de chefs d'établissements, **seraient recrutés directement par le directeur de l'établissement** (après publication du poste).

Pour les Chefs d'établissements, après définition, par le Conseil d'Administration, d'un profil de poste, les candidatures seraient examinées par le Conseil d'Administration après publication de la vacance de poste par le Centre National de Gestion. En vue de la nomination, le Conseil d'Administration transmettrait ensuite son avis au Ministre. Les postes seraient publiés au gré des besoins et non à date fixe, aucun poste de directeur d'hôpital ne pouvant être pourvu sans avoir fait l'objet préalablement d'une publication.

Modernisation de la gestion.

Un **Centre National de Gestion**, serait placé auprès du ministre, en dehors de l'administration centrale.

Il assumerait les tâches de gestion opérationnelle :

- Publication des postes en temps réel (à la fois les postes de directeurs adjoints et les postes de chefs d'établissement) en utilisant les outils modernes de communication et de diffusion de l'information (site Internet)
- Gestion des positions « hors cadre » ;
- Définition et mise en œuvre d'une méthodologie d'évaluation des directeurs d'hôpitaux ;
- Suivi des carrières et des évaluations.

La création d'un groupe ad hoc de 200 à 300 personnes, serait destinée à alimenter obligatoirement les postes de chefs d'établissement des 200 plus gros hôpitaux de France, classés en emplois fonctionnels. Ce groupe serait alimenté par des profils de nature diverse (principalement corps des directeurs d'hôpitaux, mais également candidats externes) faisant l'objet d'une sélection par une commission d'habilitation de façon transparente, objective et professionnelle, pouvant préconiser le suivi d'une formation adaptée à certains candidats. L'appartenance à ce groupe aurait une durée déterminée.

Une évaluation des directeurs modernisée.

L'évaluation des directeurs serait confiée aux directeurs d'ARH et menée selon des procédures professionnelles et une méthodologie élaborée par le Centre National de Gestion, en charge également du respect de cette méthodologie et du suivi des évaluations.