

Gouvernance hospitalière

d'une dé-structuration à une
nécessaire re-régulation

Gouvernance :

Avis de la Commission générale de terminologie et de néologie, J.O. du 22/04/2009 relatif au Vocabulaire général (extraits) :

- « Mot issu de l'anglais (governance).n.f. »
- « Manière de concevoir et d'exercer l'autorité à la tête d'une entreprise, d'une organisation, d'un État ».

Cet avis précise en note que « la gouvernance s'apprécie non seulement en tenant compte du degré d'organisation et d'efficience, mais aussi et surtout d'après des critères tels que la transparence, la participation, et le partage des responsabilités ».

Plan

- La dé-structuration d'un Service Public
 - Avant 2005 : un hôpital administré
 - 2005 : une tentative de réforme cohérente
 - 2009 : HPST, un simulacre de liberté
- Une nécessaire re- régulation
 - Cohérence interne
 - Lisibilité externe
 - Statuts médicaux
- Conclusion : rétablir la confiance

La dé-structuration

1) Avant 2005 : un hôpital administré

- Des services extérieurs de l'Etat (tutelles) identifiés
 - Préfectures
 - DRASS et DDASS avec le corps de l'Inspection de la Santé
 - ARH depuis 1998
- Des organismes payeurs
 - avec un service médical de contrôle clinique sur site
- Une assemblée délibérante : le C A
- Une CME
 - aux compétences reconnues
 - dans une composition commune à tous les hôpitaux
- Une logique budgétaire
 - Budget global ; fonctionnement /investissement

La dé-structuration

1) Avant 2005 : un hôpital administré (suite)

- Des hôpitaux organisés en Services
- Un directeur nommé par arrêté ministériel
- Des psychiatres nommés par arrêté ministériel
- Affectation ministérielle dans les Secteurs
 - Procédures externes aux C H
 - Avis des Commissions Statutaires Nationales

=>Un système trop rigide ? Pas assez dynamique ?

La dé-structuration

2) 2005 : une tentative de réforme cohérente

- Des services extérieurs de l'Etat (tutelles) identifiés
 - Préfectures
 - DRASS, DDASS avec une Inspection de la Santé
 - ARH (CPOM)
- Des organismes payeurs
 - avec un service médical de contrôle moins présent sur site
- Une assemblée délibérante : le CA (compétences amoindries)
- Une CME
 - dans une composition commune à tous les hôpitaux
 - Mais aux compétences amoindries
- le conseil exécutif : compétences précises de préparation et de contrôle
- Une logique budgétaire nouvelle : EPRD et PGFP
 - Des critères de pilotage : CAF, ratios d'endettement...etc.
 - Un objectif : l'équilibre des comptes

La dé-structuration

2) 2005 : une tentative de réforme cohérente (suite)

- Des hôpitaux organisés en pôles
 - mais respect des Services, amendement « liberté » et, pour la psychiatrie, pôles monosectoriels possibles
- Un directeur nommé par un Centre National de Gestion (CNG)
- Des médecins nommés par le même CNG
 - Affectation (CNG) dans les Services
 - Introduction de listes d'aptitude aux fonctions de chef de Service et de responsable de pôle
 - Procédures externes aux C H
 - Avis des Commissions Statutaires Nationales
 - Nomination par le directeur des responsables de pôle, après avis CME, sur liste d'aptitude

La dé-structuration

3) 2009 : un simulacre de liberté

- Des services extérieurs de l'Etat refondus
 - Préfectures
 - Fusion peu lisible des DRASS, DDASS et de l' Inspection de la Santé dans des ARS pilotées par le CNP
- Disparition du Service Public Hospitalier (transformé en missions)
- Des organismes payeurs
 - avec un service médical de contrôle quasi absent des sites
- L'assemblée délibérante (CA) remplacée par un Conseil de surveillance (peu de compétences délibératives)
- le conseil exécutif remplacé par un directoire non exécutif (simple concertation, sauf projet médical)
- Une CME composée selon des règles locales, aux compétences encore réduites (plus d'avis réglementaire sur EPRD, sur les recrutements médicaux...etc.)
- Une logique budgétaire réaffirmée : EPRD et PGFP

La dé-structuration

3) 2009 : un simulacre de liberté (suite)

- Des **EPS** organisés « librement » en pôles
 - à vocation médico- économique
 - suppression des Services et de l'amendement « liberté »
 - Chefs de pôle
 - Ayant autorité sur tous les personnels, y compris médicaux
 - contrats de pôle suivis par indicateurs (objectifs ?) +/- directeurs de pôle
 - Délégations, souvent toujours « en panne »
- Un président de la CME aux attributions nouvelles, honorifiques (« N°2 de l'hôpital »), mais souvent en trompe-l'œil (simples avis)
- Un directeur, **unique décideur en interne**
 - nommé par le CNG,
 - évalué par l'ARS
 - qui se « concerte » avec le directoire

La dé-structuration

3) 2009 : un simulacre de liberté (fin)

- Des médecins nommés par le CNG dans le CH mais
 - Affectés par le directeur sur proposition du chef de pôle après avis simple du Pdt de CME, et « désaffectés » par lui (mise en recherche d'affectation)
 - Suppression des listes d'aptitude aux fonctions de responsable de pôle
 - Procédures internes aux CH sans nécessité d'avis des CME
 - Plus d'avis des CNS
 - Nomination par le directeur des chefs de pôle après avis simple du Pdt de CME

La dé-structuration

Conclusion :HPST, la dé-organisation réussie d'un S.P.(1)

- Un nouveau management pour une fausse entreprise
 - Un CdS qui n'en n'est pas un
 - Un pseudo directoire
 - Une CME déconsidérée
 - Un directeur aux ordres de son DG ARS
 - Des médecins chefs de pôle,
 - choisis par le directeur
 - gestionnaires sans compétences
 - responsables finaux désignés des difficultés futures ?

La dé-structuration

Conclusion :HPST, la dé-organisation réussie d'un S.P.(2)

- Une organisation interne dérégulée
 - Suppression des Services
 - Des chefs de pôle cooptés par le directeur
 - Des médecins cooptés par le chef de pôle
 - Une CME composée selon des règles locales
 - Un président de la CME à l'autorité réelle mal définie
 - Une autorité interne du directeur sans appel

=> un management « personne dépendante » pour le meilleur ou pour le pire

La dé-structuration

Conclusion :HPST, la dé-organisation réussie d'un S.P.(3)

- Une ligne hiérarchique externe renforcée
 - Directeur soumis sans contrôle au DG ARS
 - à ses contraintes d'enveloppe
 - à ses analyses financières
 - à ses choix « politiques »
 - DG ARS soumis au Conseil National de Pilotage des ARS
 - Un CNP intergouvernemental

Une re régulation nécessaire

- Une cohérence interne (1)
 - La place du directeur ?
 - Un directeur irresponsable devant son CA ou son CdS : un management en trompe-l'oeil !
 - Un management avec CdS et directoire : un directoire c'est une direction réellement collégiale, nommée par le CdS et responsable devant lui
 - Un management avec CA et directeur : le directeur est nommé par le CA et responsable devant lui
 - Un directeur responsable seulement devant l'ARS : inutilité des CdS ou des CA ?

=> **Quelle « respiration » institutionnelle ?**

Une re régulation nécessaire

- Une cohérence interne (2)
 - la place de la CME ?
 - **Assemblée d'un corps professionnel indépendant**
 - organisée selon les responsabilités médicales (services/secteurs)
 - à la représentation redéfinie
 - impliquée dans la politique générale de l'hôpital
 - **Responsable de la politique médicale**
 - projet Médical
 - qualité et sécurité des soins
 - qui vote sur le projet de CPOM, EPRD et tableaux des effectifs, projet social et DPC
 - **Co-gérant les ressources médicales** : recrutements, responsabilités médicales de Service et de pôle, DPC, discipline de première instance

Une re régulation nécessaire

- Une cohérence interne (3)
 - la place du président de la CME ?
 - Représentant élu de la communauté médicale
 - Responsable devant son assemblée
 - « N°2 » confirmé, à l'autorité réelle
 - Conseiller du directeur dans les affaires générales
 - Co -décideur sur les questions médicales
 - Co- décideur dans la gestion des ressources médicales
 - Interlocuteur obligé des tutelles, directement, et par le biais des conférences régionales des présidents

Une re régulation nécessaire

- Une cohérence interne (4) : ne pas multiplier les instances !

- Un **directoire** ? si et seulement si il s'agit d'une réelle direction collégiale !
- Un **conseil exécutif** ? pour veiller à l'exécution des décisions d'un CA
- Un conseil stratégique ?
 - Espace de préparation des projets ?
 - Composition ?
 - Fonction de la taille de l'hôpital ?

=> Des compétences clairement définies pour davantage de transparence, participation et partage des responsabilités

Une re régulation nécessaire

- Une régulation externe cohérente et lisible
 - Des règles stables et annoncées a priori
 - Un calendrier budgétaire respecté
 - Une autorité de régulation
 - à l'organigramme lisible
 - avec des correspondants médicaux identifiés
 - Dont les décisions sont soumises à arbitrage
 - Préfet de Région ? Président de Région ?
 - Chambre Régionale des Comptes ?
 - Ministère ?

Une re régulation nécessaire

- **Des statuts médicaux redéfinis**
 - **Garantissant l'indépendance du corps professionnel +++**
 - Nomination, affectation, mutation extérieures au C H
 - Avis de la CME
 - Instance consultative de recours : CNS
 - **Des psychiatres indépendants des autorités locales**
 - Des responsabilités médicales reposant sur la reconnaissance par les pairs
 - CME : assemblée des professions médicales, co-gestionnaire des ressources médicales du CH
 - **Un concours d'admission évaluant des aptitudes au service public**

Conclusion : restaurer la confiance pour préparer l'avenir

Restaurer la confiance

une gouvernance clarifiée par des règles nationales

- Entre instances délibératives et de contrôle
- Sur la composition et les compétences des CME
- Un directeur et un président de CME à l'autorité confirmée dans leurs domaines respectifs, responsables devant leurs assemblées.
- Des statuts garantissant l'indépendance des professions médicales

Conclusion : restaurer la confiance pour préparer l'avenir

Préparer l'avenir

Une loi audacieuse sur la Santé Mentale

- Qui réaffirme les principes fondamentaux du Secteur de psychiatrie
- Qui élargit ses missions à la Santé Mentale dans des territoires pluridimensionnels (selon les domaines)
- en lien fort (*organique ?*) et sans discontinuité avec le médico- social
- reconnaissant aux psychiatres chefs de secteur une autorité stratégique pour coordonner l'ensemble de ces missions avec l'ensemble des partenaires du territoire
- Permettant de dédier des moyens « sanctuarisés » sur la base d'une analyse de besoins validée localement (Conseil local de santé mentale ? Conférence de territoire ?) et en Région (Conseil Régional ?)
- Des structures publiques « *hospitalo-décentrées* » ??