

**POSITION DE LA CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CHS
POUR LES GROUPES DE TRAVAIL HOPITAL 2007
(TEXTE ADOPTE EN CONFERENCE PLENIERE DU 24/09/03)**

Ont contribué à l'élaboration de ce document :

- Charles ALEZRAH
- Jacques BOURCY
- Bernard CAZENAVE
- Michel EYNAUD
- Marie-France FRUTOSO
- Yvan HALIMI
- Jean-Paul MABRUT
- Michel POTENCIER
- Christophe SCHMITT
- Norbert SKURNIK
- Pascal TRIBOULET

Discours de Mr Jean-François MATTEI du 26 juin 2003	Commentaires et Propositions de la Conférence des présidents de CME de CHS
HOPITAL 2007	<p>En préambule, il convient de souligner que ce plan aurait gagné à s'intituler « SANTE 2007 ».</p> <p>En effet la fluidité des trajectoires de soin suppose que le système ne soit pas embolisé par une défaillance des maillons d'amont et d'aval de chacun des éléments concernés par son fonctionnement, le lieu privilégié d'ancrage de cette embolisation étant bien entendu le service des urgences. <i>Le glissement au « tout hôpital » ne peut que conduire tout naturellement au « tout urgences ».</i></p> <p>Les événements récents liés à la chaleur ont malheureusement démontré, s'il en était besoin, que l'hôpital ne peut et ne doit être qu'un acteur parmi d'autres. C'est pourquoi <i>il est indispensable de sortir d'une logique hospitalocentriste pour inscrire ce plan dans une approche globale de notre système de santé</i> responsabilisant chacun de ses acteurs et intégrant dans une dynamique de décroisement : éducation à la santé, prévention, soin, réinsertion, public, privé, associatif, médecine de ville, champ sanitaire, champ médico-social...</p> <p><i>On sait combien ce cloisonnement est particulièrement artificiel et contre-productif dans le domaine de la santé mentale.</i></p>

Introduction

Nos hôpitaux accueillent 500 000 patients chaque jour. Chaque année, les SAMU reçoivent 21 millions d'appels et 13 millions de personnes se rendent aux urgences. Au cours d'une année, tous les français vont à l'hôpital pour se soigner ou rendre visite à un proche. L'hôpital, qui s'inscrit dans notre histoire, est **un service public au cœur de notre société**. La noblesse de la mission hospitalière, entre nécessité démocratique et impératif d'excellence, nous oblige tous.

Depuis ma prise de fonction et le constat de la situation du secteur hospitalier que je dressais à Hôpital Expo l'an dernier, il ne s'est pas passé une semaine sans que je rencontre des hospitaliers. Soyons clair, certains, à juste titre, évoquent un malaise profond. Mais j'ai vu aussi beaucoup de projets fantastiques portés par des équipes hospitalières motivées et remarquables. J'ai observé l'enthousiasme de jeunes infirmières pour leur métier et j'ai été impressionné par la capacité de mobilisation des hôpitaux dès lors que la situation l'exigeait et qu'ils trouvaient des interlocuteurs tout aussi mobilisés qu'eux. L'hôpital demeure une institution magnifique dont nous pouvons tous être fiers. Il nous faut préserver ce patrimoine commun.

Or, l'hôpital vit aujourd'hui une situation de malaise récurrent. A cet égard, le titre du rapport de la mission parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital présenté par René Couanau - "**Le désenchantement hospitalier**" - est particulièrement bien trouvé. Ce désenchantement se traduit au quotidien par le découragement de beaucoup d'hospitaliers, une moindre réactivité de la communauté hospitalière aux évolutions du progrès technique médical, une poussée des griefs faits aux " tutelles ", des défauts d'organisation fréquents et surtout une perte de confiance dans l'avenir.

Que s'est-il donc passé depuis l'âge d'or de la médecine hospitalière ouvert par la réforme Debré en 1958 et qu'a refermé le début des années 1980 ? Pour simplifier, on pourrait dire que pendant cette période, la logique économique et administrative et la logique médicale se sont associées au mieux,

Introduction

Un profond changement dans l'organisation de l'hôpital, les circuits hiérarchiques et de décision est indispensable. Chacun le souhaite mais en appelant de ses vœux des transformations radicalement différentes selon la place où il se trouve (médecin, directeur, cadre...).

Pour que le bon sens puisse enfin prévaloir, il convient de rappeler que la finalité de l'hôpital est de dispenser des soins et qu'*il ne s'agit pas d'une « activité de production banale » qui serait confiée simplement à un « manager d'entreprise »*. L'organisation du soin nécessite de savoir ce que représentent la souffrance et la maladie pour l'avoir appris d'une part sur un plan théorique, mais surtout pour les côtoyer quotidiennement. La bonne gestion doit découler du soin et non le soin découler de principes de gestion. Dans cette perspective de *copilotage et d'alliance médico-administrative au service du patient*, les pouvoirs d'organisation et de décision relatifs aux soins doivent être recentrés sur les missions dévolues au corps médical, la gestion de la mise en œuvre des orientations soignantes relevant des directeurs mieux formés et plus compétents dans ce domaine. *Ce serait là la vraie révolution qui permettrait au fonctionnement de l'institution hospitalière de retrouver tout son sens.*

dans le seul intérêt du malade. Sans contrainte, **l'hôpital a conquis ses lettres de noblesse et la confiance de la population.** Grâce à la qualité des soins apportés au malade. Grâce à l'excellence de ses équipes de pointe. Grâce à l'engagement et au dévouement constant de l'ensemble de ses personnels soignants, administratifs et techniques, au service de tous les patients. Grâce enfin à l'égalité d'accès aux soins de tous qu'a vraiment réalisé le développement de la médecine hospitalière.

Puis, progressivement, sous l'effet des difficultés économiques croissantes, ce dynamisme a commencé à fléchir. **Le pouvoir administratif et le pouvoir médical se sont désunis** au point qu'actuellement, quelquefois, un véritable fossé d'incompréhension les sépare. Tout cela avec une inadéquation progressive des modes d'organisation interne aux évolutions du paysage sanitaire et des besoins et demandes des malades. Aujourd'hui, le monde hospitalier est donc un monde sous tension avec des motifs d'inquiétude permanents, comme l'application des 35 heures, l'adéquation des effectifs aux besoins des services, les restructurations...

J'ai conscience qu'à ce jour, c'est le sens du service public dont ont fait preuve la plupart des hospitaliers qui a permis d'éviter une crise majeure. Mais j'ai également conscience de la nécessité de **moderniser l'hôpital**, de lui **redonner de la quiétude** et de la **confiance dans l'avenir.** Face aux difficultés qui sont les vôtres, et qui sont aussi les miennes, l'action me paraît la voie à privilégier. Le plan Hôpital 2007, lancé en novembre dernier, se donne ainsi pour objectifs de lutter contre les rigidités externes de l'hôpital et assouplir le fonctionnement interne.

Les premières mesures de ce plan deviennent réalité actuellement. Elles sont désormais concrètes, j'aurai l'occasion d'y revenir plus précisément dans un instant. Elles ouvriront de nouveaux espaces d'action aux établissements publics et privés. Elles permettront aussi d'accroître les synergies et les complémentarités. Elles vous donneront enfin, je l'espère, l'occasion d'exprimer toute votre ambition.

Il me semble que c'est désormais le moment d'évoquer avec vous la seconde étape du plan Hôpital 2007 : celui de la gouvernance de l'hôpital. En la matière, le temps de la réflexion était nécessaire. La mission parlementaire conduite par M. René Couanau, ainsi que les missions ministérielles de MM. Debrosse, Perrin et Vallancien sur la gestion interne de l'hôpital et de MM. Ducassou, Jaeck et Leclercq sur les CHU ont permis de clarifier les enjeux attachés à une rénovation sereine de l'organisation interne de l'hôpital. Sur la base de ces travaux, plusieurs propositions me paraissent devoir être ouvertes à la discussion. Celles-ci sont fondées sur des principes de responsabilité partagée et de contractualisation au service de la modernisation des établissements et **du meilleur soin prodigué au malade.**

Je souhaite aujourd'hui préciser les grandes orientations de cette nouvelle gouvernance hospitalière. J'ouvrirai, **dès demain, une phase de concertation étroite avec les acteurs** du système hospitalier pour concrétiser ce projet dans toutes ses dimensions. Disant cela, je pense particulièrement aux missions de recherche et de formation qui contribuent au progrès médical et à la qualité des soins. Elles impliquent divers partenariats, notamment avec l'Université au sein des Centres Hospitaliers et Universitaires. A côté des dispositions de caractère général qui s'appliquent à tous les établissements hospitaliers, un ensemble de dispositions propres aux CHU devront donc être élaborées en étroite concertation avec Luc Ferry. Au terme de cette concertation, d'ici quelques mois, j'aurai l'occasion de revenir sur l'organisation des CHU.

Hôpital 2007 est un plan d'action résolu pour alléger les contraintes qui pèsent sur l'hôpital

J'évoquai à l'instant la mission de l'hôpital, entre nécessité démocratique et impératif d'excellence. Le plan Hôpital 2007 cherche à assouplir les règles qui pèsent sur les établissements pour mieux servir ces deux exigences.

Depuis un an, en concertation avec les professionnels, nous avons entrepris une refonte de

Les trois principes organisateurs pour les acteurs aux commandes de l'hôpital (médecins et directeurs) doivent être :

- *souci de cohérence et synergie dans la dynamique institutionnelle,*
- *évaluation,*
- *contractualisation.*

la planification et de la coopération sanitaire, une rénovation des modes d'achats et d'investissement hospitaliers, une relance de l'investissement et une modernisation du financement des hôpitaux. Tous ces chantiers sont aujourd'hui en phase de concrétisation rapide. Permettez-moi de les détailler afin de faire apparaître la cohérence d'ensemble de ce mouvement d'assouplissement et de modernisation qui devrait se poursuivre par l'adaptation du régime budgétaire et comptable des établissements.

La recomposition hospitalière

a) **Le décloisonnement est la nouvelle philosophie de la recomposition hospitalière.** Les circulaires récentes sur les urgences, l'hôpital local et l'insuffisance rénale chronique, ainsi que les instructions sur les futurs SROS et le plan périnatalité, dessinent une nouvelle philosophie de l'organisation sanitaire. Celle du **décloisonnement** : entre le public et le privé, entre l'hôpital et la médecine de ville, bien sûr, mais aussi entre les hôpitaux les plus importants - notamment les CHU - et ceux qui assurent les soins de proximité et, enfin, dans les établissements eux-mêmes. La **complémentarité** résulte logiquement de cette volonté de décloisonnement. Elle s'impose plus que jamais comme une nécessité au regard des fluctuations de la démographie médicale et de celle des personnels soignants.

b) **La nouvelle planification sanitaire** s'inscrit dans cette perspective. Les grandes lignes sont simples : permettre une **adaptation** plus rapide et plus simple des capacités sanitaires aux évolutions de l'environnement, ne plus enfermer les établissements dans des indices désuets et sans lien avec la réalité, **promouvoir la contractualisation entre l'ARH et les établissements** de soins pour les autorisations. Dès cet été, l'ordonnance de simplification sanitaire prise en application de la loi votée le 10 juin dernier devrait permettre de mettre en œuvre cette nouvelle philosophie. Pour mieux prendre en compte les besoins de santé des malades.

Cette ordonnance devrait également permettre de rénover **les formes d'association des acteurs de soin entre eux et de moderniser les outils de la**

décloisonnement. Sur le principe c'est le développement de la complémentarité dans une logique de territoire de santé, qui s'inscrit dans la politique du secteur (*dans une articulation des trois niveaux fonctionnels : région ↔ territoire de santé ↔ secteur*). Plus pragmatiquement c'est devenu une réponse obligée aux effets de l'évolution de la démographie médicale et de celle des personnels soignants. Il serait important que ça n'en soit pas la seule ! La notion de compétence régionale de la planification implique pour les psychiatres la mise en place d'une instance de concertation des professionnels et des autres acteurs de la santé mentale (usagers, élus,...) du type **Conseil Régional de Santé Mentale**, CSRM, (sur le même modèle que les anciens CDSM).

La notion de secteur (continuité, accessibilité des soins, territoire, équipe pluri-professionnelle, prévention, partenariats dans la communauté...) actualisée par les travaux de notre Conférence sur « **l'hôpital dans l'espace** » et le **Conseil de Secteur** est bien reconnue et n'est pas remise en cause. Cette organisation a permis avec les évolutions législatives et réglementaires un important développement de l'extra-hospitalier, du travail en réseau et la mise en œuvre de nombreuses structures alternatives à l'hospitalisation.

Cette organisation (qui n'empêche pas la mise en œuvre, lorsque nécessaire de structures intersectorielles) ne peut que faciliter l'inscription de l'action des équipes de psychiatrie dans une logique territoriale de bassin de santé. **La logique de territoire est inscrite dans la culture d'approche communautaire de la psychiatrie de secteur de nos établissements.**

recomposition hospitalière. Le groupement de coopération sanitaire, modernisé, devrait ainsi devenir un outil plus simple pour les établissements. Je veux insister sur quelques innovations importantes :

- Outil de liaison entre établissements, quels que soient leurs statuts, le GCS devrait permettre d'associer également des personnes physiques. C'est une innovation importante pour ouvrir les modalités de coopération avec les médecins libéraux, par exemple pour les centres hospitaliers de proximité ;
- Le GCS n'est pas une structure de plus : il a vocation à se substituer aux autres formes de coopérations actuellement en vigueur comme le SIH ou le GIP. Cette substitution d'un seul outil à plusieurs simplifie les choses ;
- Enfin, le GCS, devrait pouvoir être employeur et détenteur d'autorisations d'activité.

Il s'agit d'innovations majeures pour moderniser et simplifier les modes de reconstitution hospitalière.

c) Le plan hôpital 2007, c'est aussi le volet de l'investissement. Sa relance, au service de la modernisation et de l'excellence hospitalière, va accroître de **6 milliards d'euros en cinq ans** les investissements dans le parc hospitalier. Les modalités de mise en œuvre de ce volet du plan sont connues depuis plusieurs mois. L'ensemble des opérations retenues in fine dans le plan sera déterminé au cours de l'été. Ma volonté de voir ces opérations aboutir est, vous le savez, déterminée. Nos concitoyens ne comprendraient pas que les ressources publiques consenties pour moderniser l'hôpital ne s'incarnent pas, à brève échéance, dans des projets concrets visant à améliorer le service médical rendu aux patients.

Au-delà du niveau des crédits, j'ai souhaité élargir, dans le projet d'ordonnance, le champ des possibilités concernant **les procédures d'investissement dans le domaine hospitalier**. Cela a pour but de simplifier et accélérer la

Le **groupement de coopération sanitaire** peut être un outil de formalisation administrative et de financement intéressant pour les multiples formes de coopération nécessaires en santé mentale.

En psychiatrie, la nécessaire association entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du social devrait trouver ici des possibilités de concrétisation.

Le haut niveau d'**investissement** devrait permettre une modernisation du parc hospitalier. La psychiatrie est-elle réellement incluse dans cet effort national ? Certains « bruits » la disent exclue de cette enveloppe... *L'état actuel de l'hospitalisation psychiatrique dont le rapport de Chapiro et collaborateurs montre bien l'indignité, nécessite qu'elle soit une priorité nationale en matière d'investissement.* Il nous faut des engagements clairs dans ce domaine.

réalisation des projets. Les établissements devraient donc pouvoir recourir, je le souhaite vivement, à des marchés de conception/réalisation/maintenance ou aux baux emphytéotiques. Ils permettent, moyennant un loyer de longue durée, de faire réaliser un bâtiment par une entreprise spécialisée. Les hôpitaux doivent se concentrer sur la définition de leurs besoins qui est stratégique. Ils doivent également savoir déléguer la construction de leurs bâtiments qui n'entre pas dans leur cœur de métier. D'une logique de suivi fonctionnel de la construction, les établissements pourront ainsi passer à une logique de performance du bâtiment construit.

Le remodelage de la gestion interne

Au-delà de la relance de la modernisation et de la recomposition hospitalière, j'en viens maintenant aux assouplissements de la gestion interne des établissements. Et en premier lieu à **la réforme à venir du code des marchés publics qui devrait aboutir à la rentrée**. En la matière, la volonté d'une transposition aussi directe que possible des normes européennes constituera une véritable simplification pour les établissements hospitaliers. Le relèvement des seuils, la simplification des commissions d'appels d'offre, la suppression de la nomenclature, l'introduction de la procédure de dialogue compétitif pour les opérations complexes constituent autant d'avancées, parmi d'autres, qui visent à débureaucratiser l'achat hospitalier pour le rendre plus efficient, plus efficace et plus rapide ; et pour tout dire pour le remettre au service des hospitaliers.

Les deux principes d'exigence républicaine et d'excellence nous guident aussi pour **la mise en œuvre de la tarification à l'activité**. Je ne reviendrai pas sur les effets néfastes du budget global. Il a pu laisser croire à de nombreux hospitaliers que la santé était affaire, avant tout, de comptabilité. Si la vigilance est la règle s'agissant des comptes sociaux, l'optimisation de l'allocation de ressources ne peut pas procéder de la seule vertu des acteurs au mépris des motivations profondes des personnels qui œuvrent au sein des hôpitaux.

Par ailleurs le développement de l'extra hospitalier a nécessité des investissements à l'extérieur des établissements qui sont financés sur des sections d'investissement faible au détriment des investissements de l'intra-hospitalier eux-mêmes nécessités pourtant par les restructurations indispensables en intra et par l'état déplorable des unités de soin.

Dans les restructurations patrimoniales, la psychiatrie n'a quasiment jamais été aidée. Nous nous sentons donc d'autant plus concernés par cette « relance de l'investissement » que dans nombre d'établissements les conditions d'accueil sont encore déplorables au regard du respect de l'intimité et de la dignité des malades. Il ne faudrait pas qu'encore une fois, la psychiatrie soit oubliée.

La réforme à venir du code des marchés publics apparaît comme un outil de dynamisation de l'investissement hospitalier, à la condition de **prévenir le risque d'opacité des procédures**.

La tarification à l'activité permet en principe d'envisager un budget évolutif en fonction de la réalité des activités.

Néanmoins on peut légitimement se poser la question du risque inflationniste d'une telle tarification et si elle n'implique pas un risque de limitation de l'activité

Au plan des principes, la tarification à l'activité vise, en remboursant au même tarif un acte réalisé à Dunkerque ou à Biarritz, à respecter un principe d'équité auquel nous sommes tous attachés. Elle retient aussi une meilleure prise en compte des innovations, avec des modalités spécifiques pour les médicaments et les dispositifs implantables innovants et coûteux. De même, les activités de réanimation, de soins palliatifs, d'urgence feront l'objet d'une valorisation particulière afin que ces activités de service public ne soient plus considérées comme une charge financière mais qu'elles soient légitimement reconnues à leur juste valeur. Les charges spécifiques qui pèsent sur certains établissements, telles les charges liées à la mission universitaire, feront, quant à elles, l'objet de dispositions particulières.

Si deux échelles tarifaires s'appliqueront dans un premier temps, l'une pour le privé, l'autre pour le public, cette réforme conduira à terme à une harmonisation des rémunérations entre les deux secteurs.

Au plan pratique, la réforme du financement fera l'objet d'une montée en puissance progressive à partir de 2004 et ne devrait concerner, dans un premier temps, qu'une partie du budget hospitalier. Pour certains hôpitaux, ce nouveau mode de financement présente un intérêt majeur car les équipes soignantes verront ainsi leurs efforts reconnus. Il me paraît important de prévoir en ce domaine des mécanismes d'incitation et, le plus possible, de valoriser le volontariat. C'est d'ailleurs cette voie de l'incitation qui me paraît également devoir être privilégiée en matière de développement de l'accréditation des établissements de santé ou de recours aux missions d'audit hospitaliers sur lesquels je vais revenir dans un instant.

L'évolution du régime budgétaire et comptable des établissements

La réforme du financement des établissements hospitaliers ne saurait être neutre pour le régime budgétaire et comptable des établissements hospitaliers. Il faut en ce domaine tenir compte des réflexions développées par nombre d'hospitaliers sur la nécessité d'un assouplissement pour formuler

(comme cela existe déjà dans le privé) ? Cela est-il compatible avec le cahier des charges du service public hospitalier (voir éclatement de l'activité des hôpitaux avec la canicule dans les services d'aval des services d'urgence) ?

Par ailleurs la tarification unique nationale est-elle compatible avec le maintien d'un plateau technique suffisant dans des régions défavorisées? N'y a-t-il pas un risque de concentration des équipements dans les grands centres urbains au détriment d'un « maillage » au plus près des populations par cette ***psychiatrie de proximité dans la communauté à laquelle nous tenons ?***

La notion à terme de convergence tarifaire entre public et privé (qui permet la concurrence) ne signifie-t-elle pas l'abandon des missions spécifiques du service public (et notamment en psychiatrie tout l'extra hospitalier) ?

La solution ne serait-elle pas de laisser une double tarification : une pour le public et une pour le privé ? ou alors ne faudrait-il pas envisager une mise à plat des cahiers des charges et des missions du public et du privé (plus particulièrement en psychiatrie) ?

Compte tenu du champ et de la nature de ses missions, ***la psychiatrie devrait être prise en compte dans les mêmes termes que les activités de réanimation, de soins palliatifs et d'urgence et faire l'objet d'une valorisation particulière de ses missions de service public liées aux soins dans la durée de certains patients*** (notamment de réhabilitation et d'accompagnement psychosocial).

<p>les propositions pertinentes.</p> <p>La logique d'ajustement des ressources et des dépenses va, en effet, se trouver progressivement inversée. Ce sont les recettes attendues au regard des prévisions d'activités qui détermineront, dans une large mesure, le niveau de dépenses possibles et non, comme aujourd'hui, les prévisions de dépenses qui conduiront au niveau de ressources à allouer. Les travaux à mener et les orientations à privilégier se concentrent ainsi, par exemple, sur le passage d'un budget limitatif à un budget évaluatif ou l'évolution de l'organisation et des circuits comptables</p> <p>D'ores et déjà, des travaux techniques ont été engagés sur ces sujets, sur la base d'une lettre de mission signée conjointement avec le Ministère des Finances. Ils associent, l'ensemble des directions d'administration centrale concernées : direction du budget et direction générale de la comptabilité publique pour le Ministère des Finances, direction de la sécurité sociale et direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins pour le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Les hospitaliers seront sollicités pour nourrir et compléter ces travaux à partir de leurs expériences.</p> <p>Enfin, pour accompagner les mutations nécessaires dans les organisations, j'ai installé la mission d'expertise et d'audit hospitalier. Cette dernière a d'ores et déjà, adressé à l'ensemble des établissements français une plaquette de présentation décrivant les thèmes de mission retenus dès cette année. Les établissements qui s'engageront volontairement dans la démarche bénéficieront ainsi d'une expertise, en matière par exemple de temps d'attente aux urgences, d'achats hospitaliers ou bien encore de temps de travail médical. Une fois anonymisés, les résultats de ces missions seront mis à disposition de l'ensemble des établissements.</p> <p>C'est dans cet ensemble cohérent d'assouplissement des contraintes internes et externes qui pèsent sur l'hôpital que doit s'inscrire la modernisation de la gouvernance</p>	<p>Le volontariat et l'expérimentation progressive devront rester les bases des réformes. Reste à préciser ce que recouvre le principe d'expérimentation (méthodologie, possibilité pour l'institution de revenir en arrière si l'expérimentation s'avère négative, etc...).</p> <p>La constitution de banques de données comparatives (à condition qu'elles ne soient pas uniquement gestionnaires) devrait permettre, au-delà de la mise en concurrence des établissements (pas toujours pertinente), le partage dynamique des meilleures expériences : cela devrait nous être particulièrement utile en psychiatrie dans la connaissance des expériences de secteur.</p>
--	--

hospitalière. C'est une démarche de projets qui me semble, en la matière, devoir être privilégiée. En prévoyant aussi un accompagnement spécifique à cette évolution de la même façon que les missions " Tarification à l'activité ", Appui à l'investissement " et " Audits hospitaliers " ont pour but d'accompagner les volets du plan Hôpital 2007 que je viens d'évoquer.

Une démarche de projets pour moderniser la gouvernance hospitalière

J'ai déjà eu l'occasion de dire que l'évolution de l'hôpital ne se fera pas contre ceux qui le font vivre au quotidien. Ce projet de modernisation de la gouvernance hospitalière sera le vôtre ou ne sera pas. C'est une conviction profonde qui m'anime : celle du partenariat et de la confiance. C'est pourquoi je souhaite ouvrir quatre grands chantiers sur :

- La gouvernance hospitalière : les modalités d'organisation et la contractualisation interne ;
- Les statuts de praticien à l'hôpital ;
- - Le statut de directeur d'établissement ;
- - Le régime budgétaire et comptable

La concertation et la négociation s'organiseront, pendant plusieurs mois, au sein de ces chantiers, chacun piloté par un chef de projet issu de la DHOS. Ils associeront des représentants des différentes composantes représentatives de l'hôpital. Je crois également utile qu'un comité de pilotage soit constitué pour assurer la coordination de l'ensemble de ces travaux et s'associer, en tant que de besoin, l'appui de groupes-experts hospitaliers pour assurer et tester la faisabilité et l'acceptabilité des changements envisagés.

Parallèlement, dans chacun de ces domaines, les réflexions nécessaires à l'élaboration des dispositions concernant les CHU devront se poursuivre.

Je souhaite que les travaux puissent s'engager sans attendre la fin de l'été afin que nous puissions inscrire notre réforme dans le tempo

parlementaire de fin d'année. Il ne s'agit pas, vous l'aurez compris, de forcer outre mesure l'allure mais de soutenir un rythme d'évolution qui permette aux hôpitaux de bénéficier dès l'année 2004 de nouveaux dispositifs de pilotage.

Je suivrai étroitement l'ensemble de ces chantiers avec l'aide de mon Cabinet. J'attacherai personnellement une grande attention à la cohérence d'ensemble du déroulement des travaux.

Enfin, je souhaite associer à ce dispositif classique un espace d'expérimentation. En effet, d'une part, vous vous en doutez, il n'y aura pas de ruptures brutales dans l'organisation de nos hôpitaux. Il y aura évidemment une période transitoire pour passer de l'ancienne organisation à la nouvelle et chacun ira à son rythme. Dès lors, chaque hôpital en fonction de sa maturité, de son histoire, de la volonté des hommes et des femmes qui le composent, pourra choisir le moment de sa transformation. Afin d'encourager et d'inciter les établissements (**y compris les C. H. U.**) à s'y engager, nous mettrons en place, dès l'automne, un comité d'experts qui facilitera le travail interne des établissements et les aidera à faire connaître leurs expériences, leurs réussites et aussi les obstacles rencontrés. L'objectif de ce comité est **de susciter et d'accompagner les établissements volontaires** pour s'inscrire, à titre de précurseurs et de pilote, dans ces nouvelles orientations. Ces expériences seront très précieuses pour éclairer l'avenir et permettre à l'ensemble des autres établissements d'évoluer à leur rythme.

Les propositions à discuter sur la gouvernance, l'organisation et la gestion hospitalières

La situation de rigidité et de cloisonnement interne de l'hôpital public fait souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent. Elle impose une évolution de sa gouvernance. Cette évolution doit permettre de rénover la gestion interne de l'hôpital en lui donnant plus de souplesse, de réactivité, et d'efficacité.

Cette question est fondamentale pour l'avenir de l'hôpital. On a pu me taquiner, ici ou là, sur les

rapports que je demandais. Je dois vous avouer que, malgré 35 ans de vie hospitalière, à tous les niveaux, je ne crois pas avoir la science infuse. J'ai voulu solliciter les avis et ces rapports ont aussi été une première phase de consultation des acteurs.

Les orientations qui me semblent les plus prometteuses pour l'avenir sont basées sur des principes de responsabilité, de clarté et de souplesse.

L'évolution de la gouvernance

Reconnaissons-le, il arrive de plus en plus souvent, du fait des contraintes et de la dilution des responsabilités, qu'on ne sache plus très bien qui dirige l'hôpital. Au-delà de ce constat, le fossé entre le monde médical et le monde administratif devient peu à peu une entrave au bon fonctionnement de tous les jours. C'est pour cela que l'évolution de l'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital est souhaitable. Elle pourrait s'organiser, en clarifiant le rôle de chacun, selon un schéma simple :

- La stratégie et le contrôle reviendraient au conseil d'administration ;
- La gestion relèverait d'un comité de direction placé sous l'égide du directeur général et associant, ce qui est une nécessité, l'administration et le corps médical réunis ;
- La définition de la politique médicale, de formation médicale continue et d'évaluation serait confiée à une Commission Médicale d'Etablissement nouvelle formule, reflet de l'organisation médicale de l'établissement.

a) Le conseil d'administration devrait être centré sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle renforcées. *En matière stratégique*, il pourrait adopter les orientations clé de l'établissement, comme le projet d'établissement ou l'organisation interne de l'hôpital, sur proposition du comité de direction. Le conseil pourrait ensuite avoir pour *mission d'évaluer et de suivre*, sur la base d'indicateurs de résultats, la mise en œuvre du projet d'établissement. Enfin, *ses pouvoirs de contrôle pourraient être renforcés* : il pourrait avoir la capacité de mettre en place d'un comité d'audit,

Le directeur dirige l'établissement

La présidence du « comité de stratégie de direction » doit revenir à un médecin (Le président de la CME pour ne pas cliver les médecins) ou à la limite une alternance directeur/président de CME dans un turning rapide (annuel ou tous les 2 ans ?) si les compétences de ce CSD (Comité de Stratégie de Direction) sont étendues à tous les domaines (même les domaines non médicaux) de l'établissement. ***En effet la stratégie des établissements de santé ne se limitant pas au champ médical, il importe que le comité stratégique de direction soit concerné et émette un avis quant à la nomination des directeurs, directeurs adjoints, directeurs de soins et autres postes clés dans le fonctionnement de l'établissement.*** A cet effet, le comité stratégique de direction pourrait auditionner les candidats selon la même procédure que celle retenue pour les chefs de pôles (voir plus loin).

La commission médicale doit aussi conserver le champ de ses prérogatives actuelles, notamment le projet médical et la gestion des carrières médicales mais cette gestion doit être dynamique et prospective en fonction du projet médical (voir plus loin). ***Elle doit en outre traduire dans sa composition l'expression et l'implication de l'ensemble des acteurs de la communauté médicale.***

OK sur le renforcement des missions du Conseil d'administration.

d'enjoindre le comité de direction de mettre en œuvre un plan de redressement, et en cas de dérive, de proposer la fin du mandat du directeur.

La composition du conseil pourrait être adaptée à cette évolution, en étant plus resserrée. Cette évolution pourrait aussi permettre d'octroyer une plus grande place qu'auparavant aux élus et aux personnalités qualifiées, avec l'entrée au conseil, d'une part, d'élus régionaux, départementaux et intercommunaux, et, d'autre part, de représentants d'usagers, de médecins libéraux et du conseil économique et social régional.

Enfin, il me paraît souhaitable d'engager une **réflexion approfondie sur la question de la présidence du conseil d'administration**. Celle-ci est aujourd'hui attribuée de droit au Maire. Cela pose question notamment parce que les zones de desserte des établissements hospitaliers s'étendent aujourd'hui, souvent, bien au-delà d'une commune, aux circonscriptions départementales et régionales. Dans les opérations de restructuration, fusion ou association, les maires peuvent être confrontés à de réelles contradictions. Je m'interroge donc sur la possibilité que le président du conseil d'administration puisse être élu, par exemple, au sein des collègues d'élus et de personnalités qualifiées du conseil. Je sais cependant que cette question est sensible. Chaque solution présente des avantages et des inconvénients. Je n'en ferai ni un point de doctrine ni l'enjeu de la réforme. Un travail de concertation et de réflexion approfondi sera donc mené avec les élus et les professionnels sur cette question. Je souhaite que la discussion ait lieu et je m'en remettrai à la solution dégagée.

b) J'en viens à une entité " nouvelle " : le comité de direction. Je sais bien que, d'ores et déjà, dans nombre d'établissement, une structure de ce genre a déjà été mise en place. Mais il me paraît souhaitable d'institutionnaliser cette évolution et de clarifier le rôle de ce comité. Il aurait pour vocation d'assurer la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur général. Ceci recouvrerait une *fonction d'élaboration et de proposition*, pour soumettre au conseil un certain nombre d'orientations, qu'il s'agisse, par exemple, des projets stratégiques et financiers ou du choix de nouveaux médecins. Il pourrait ensuite avoir une *fonction opérationnelle*

L'entrée au CA de plus d'élus et de représentants de la « société civile » peut être, en théorie, une manière de rapprocher les choix stratégiques de l'hôpital de la population desservie ; néanmoins le souci des élus est souvent plus « quantitatif » que « qualitatif » (notamment au niveau des personnels) et il faut qu'au sein du CA le projet médical puisse être correctement défendu (veiller donc à ce que la représentation médicale issue de l'établissement soit suffisante c'est à dire au moins égale à ce qu'elle est actuellement). De même une représentation trop large de l'ARH au sein du CA fragiliserait cet équilibre indispensable à la qualité des débats et des décisions sur le projet médical d'établissement. En effet il nous semble qu'il ne faut pas confondre les deux temps du projet médical, celui de l'élaboration au sein de la CME et de l'établissement et celui de la négociation avec l'ARH au niveau des COM.

La notion d'*Etablissement Départemental de santé mentale* pour bon nombre de nos hôpitaux psychiatriques devrait pouvoir être retenue car l'échelon départemental (qui disparaît de plus en plus des logiques de planification sanitaire) reste l'*échelon pertinent pour la planification médico-sociale et sociale*.

Ce qui impliquerait le maintien de la présidence du CA au président du Conseil Général pour les EPDSM. Quand les établissements de santé mentale ont une compétence territoriale différente du département, cela pourrait être un élu départemental ou une autre collectivité (région, mairie, ...).

Nous rappelons que le niveau départemental doit être intégré à l'échelon régional au sein du CRSM (voir plus haut).

d'organisation et de gestion, pour la mise en œuvre des orientations validées par le conseil d'administration, la mise en place de l'organisation interne de l'hôpital en " pôles ", comme je vais l'évoquer dans un instant, ou encore la contractualisation interne et la désignation des responsables médicaux des " pôles ".

La véritable innovation, dans la création de ce comité de direction, réside dans sa nature mixte administrative et médicale. Cette mixité vise à réconcilier les logiques différentes qui s'expriment à l'hôpital et à dépasser les clivages, au service du seul intérêt général de l'établissement. *La composition du comité pourrait donc être restreinte et duale, administrative et médicale, à part égale, sous la présidence du directeur de l'établissement.*

c) Il me paraît également indispensable de doter l'hôpital d'un "dispositif de sécurité", pour éviter toute dérive. Si l'établissement ne parvenait pas, dans son nouveau cadre de responsabilité, à prendre les mesures de gestion nécessaires et suffisantes à son équilibre, le directeur d'ARH, saisi éventuellement par le conseil d'administration, pourrait disposer donc d'un double pouvoir :

- *Un pouvoir d'injonction*, d'abord : en cas d'écart important entre les objectifs prévus et les réalisations constatées, ou bien de déficits chroniques, le directeur de l'ARH pourrait demander au conseil d'administration d'intimer au comité de direction la mise en œuvre d'un plan de redressement. Cette demande pourrait faire suite à une procédure d'*alerte* ;

- *Un pouvoir de suspension*, conditionné à l'usage préalable du pouvoir d'injonction : 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 provisoire ". Concrètement, cette administration provisoire serait alors assurée par une sorte de " comité des pairs " regroupant des médecins et des non-médecins préalablement nommés, par exemple, dans le statut de **conseillers généraux des hôpitaux**.

La composition proposée pour le « comité de stratégie de direction » est de deux membres de droit

- Président de la CME
- Le directeur de l'établissement.

Le nombre de membres du comité de stratégie de direction est fixé par règlement intérieur de ce comité approuvé par la CME et le CA.

Le Président de la CME constitue, en lien avec la CME, l'équipe médicale du Comité de Stratégie de Direction.

Le directeur de l'établissement choisit, au sein de l'équipe de direction, en nombre égal à celui des médecins les membres représentant l'administration au sein du comité de stratégie de direction. Le directeur des soins doit obligatoirement faire partie de cette représentation de l'administration.

La présidence du comité de stratégie de direction est assurée par le Président de CME ou alternée (voir plus haut).

Comment et par qui seront désignés ou choisis ces conseillers généraux et à quel niveau (départemental ? régional ? national ?)

d) Les missions de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) pourraient être recentrées sur la définition de la stratégie médicale et de la politique de formation médicale continue et d'évaluation. L'essentiel des attributions consultatives antérieures de la CME donne satisfaction mais son *rôle stratégique pourrait être conforté par une implication plus forte dans la définition de la politique médicale de l'établissement et dans l'organisation de la formation médicale continue.* La CME devrait aussi, par ailleurs, être dotée d'un pouvoir d'alerte en direction du conseil d'administration.

Sa composition apparaît en revanche amenée à évoluer. Une représentation fonctionnelle de l'organisation médicale de l'établissement devrait se substituer ainsi à ce qui était une simple représentation catégorielle des médecins. Seraient ainsi membres de droit de la CME l'ensemble des responsables médicaux des "pôles ". Cette représentation fonctionnelle n'étant d'ailleurs pas exclusive de la détermination par l'établissement, à travers son règlement intérieur, d'une représentation médicale complémentaire. La CME continuerait, bien entendu, à élire son président, cette fonction de président de CME devenant plus attractive, avec une indemnisation personnelle et un remplacement de temps médical. Et ceci devrait aussi être le cas pour les établissements privés.

e) Le CTE (comité technique d'établissement) devrait être conforté. *Son rôle et sa composition demeurerait 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.

f) Enfin, 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, tout le monde en convient (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.).

La commission médicale doit conserver le champ de ses prérogatives actuelles, notamment le projet médical et la gestion des carrières médicales mais cette gestion doit être dynamique et prospective en fonction du projet médical

En outre il est indispensable de trouver le moyen de ***mieux associer dans son fonctionnement les personnels soignants non médicaux*** (cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, soignants non cadres, psychologues, assistantes sociales, secrétaires médicales...) ***à la politique de soins de l'établissement pour qu'ainsi cette instance devienne vraiment la commission du « Projet médical » de l'établissement.***

Les chefs de service ou de pôles en sont membres de droit. La légitimité des autres membres de la CME est élective.

Quand elle gère les carrières médicales de manière nominative et particulière, la CME siège en commission restreinte limitée aux seuls médecins.

OK pour pouvoir d'alerte.

Après l'évolution de la gouvernance, voyons, en second lieu, la simplification de l'organisation interne

La pierre angulaire de la simplification de l'organisation interne de l'hôpital devrait être la **liberté d'organisation**. Le principe général qu'il me paraît souhaitable de mettre en œuvre est de laisser l'hôpital choisir le mode d'organisation qu'il juge le plus adapté et de développer des modalités souples de **contractualisation interne**. C'est d'ailleurs ce qui est déjà possible avec "l'amendement liberté" de la loi de 1991, qui deviendrait simplement la règle et non plus une exception.

Sous la terminologie de "pôle" ou de "service", serait désormais regroupé l'ensemble des organisations actuelles (services, département ou fédérations). Je reconnais bien volontiers que la sémantique est secondaire et que son changement permanent est plutôt synonyme de confusion que de réforme en profondeur. De fait, les établissements pourront décider de maintenir leur organisation à l'identique. L'objectif étant, bien entendu, de les inciter à une véritable réorganisation interne et à **une responsabilisation des chefs de "pôle", de "départements" ou "services", comme on voudra**. Ceux-ci seraient à la fois des médecins et des gestionnaires et disposeraient de pouvoirs importants, en contrepartie de cette responsabilité. Pour cela, l'outil contractuel devrait être privilégié, aussi bien sur un mode externe, à travers le contrat d'objectif et de moyens signé avec l'ARH, que sur un mode interne et une **contractualisation interne** renouée et étendue, non seulement collective mais aussi individualisée.

Ce **contrat** conclu entre le "pôle" et le comité de direction pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle, pour, par exemple, décider des achats pour son "pôle" de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments ; il serait également souhaitable qu'il puisse également facturer directement les prestations extérieures réalisées par son "pôle". Les termes de cette

Le concept de contractualisation apparaît flou et demande à être clarifié quant à ce qu'il peut recouvrir (modalités, critères, objectifs, outils).

Il est important que la gestion administrative (comme les commandes, les suivis des comptes...) ***soit assurée par un personnel administratif détaché, le chef de pôle étant responsable des choix et de leur priorisation en fonction de sa politique de soins***. Cette responsabilité pour pouvoir s'exercer pleinement suppose en outre que ***son avis soit sollicité pour les recrutements et les affectations à l'intérieur du service de l'ensemble du personnel (y compris médical)***. Cette fonction doit en outre être prise en compte dans ses modalités de rémunération.

La procédure de nomination d'un chef de pôle doit tenir compte de ***deux conditions indispensables et indissociablement liées*** :

1 - Pour être responsable d'un pôle il est nécessaire d'être inscrit préalablement sur une liste d'aptitude ouverte aux spécialistes compétents après la validation d'une épreuve dite de compétence institutionnelle.

2 - La désignation du chef de pôle doit être prononcée par le ministre après avis de la CME siégeant en commission restreinte, du comité stratégique de direction et du CA Une lettre de cadrage précisant le profil du poste (missions, contrat, modalités d'évaluation, durée...) est portée à la connaissance des candidats qui sont auditionnés sur cette base par le comité stratégique de direction.

L'ensemble de cette procédure doit permettre cohérence et synergie dans la dynamique institutionnelle.

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 pourrait être assisté, dans ses fonctions, par un cadre infirmier et par un encadrement administratif. **Il pourrait gérer 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 assurerait les affectations et la gestion du personnel en son sein. **Il devrait aussi suivre et évaluer l'activité du "pôle"** à partir d'indicateurs budgétaires et d'indicateurs de qualité et de performance. Cette nouvelle fonction importante de responsable de " pôle " donnerait lieu à une indemnité spécifique.

Pour qu'une délégation de gestion aussi importante soit opérationnelle, **une certaine "masse critique" d'activité** est nécessaire. Il ne me paraît pas souhaitable de la fixer dans un texte, mais plutôt que chaque établissement, en fonction de sa taille et de ses choix, puisse la définir, dans son règlement intérieur par exemple.

Sur la base de cette nouvelle organisation, la contractualisation devrait permettre de donner du sens à des **formes d'intéressement collectives et individuelles** prévues par les textes mais restées lettre morte jusqu'à présent et ce pour l'ensemble des personnels, médicaux ou non. Les modalités générales de l'intéressement au sein de l'établissement devraient être validées par le conseil d'administration en fonction, par exemple, d'objectifs d'organisation, d'activité médicale, ou d'économie.

Par l'importance de la diversité de ses missions, de ses lieux d'intervention, de la population desservie et d'une nécessité de cohérence et de continuité du travail de l'équipe pluriprofessionnelle, *le secteur psychiatrique recouvre très bien cette masse critique d'activité et devrait devenir un véritable centre de responsabilité.*

Dans la mesure où la psychiatrie est une discipline dont la particularité est de pouvoir restreindre les libertés individuelles, *il n'est pas concevable que la nomination des praticiens hospitaliers ou responsables de pôles puisse dépendre de quelque manière du contextuel politique des pouvoirs locaux.* Dans ce domaine aussi il vaut mieux prévenir que guérir.

La rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination

Les médecins hospitaliers

Les statuts des médecins hospitaliers (je ne parle pas ici du statut hospitalo-universitaire) devraient être simplifiés. A terme, il ne pourrait plus y avoir que deux types de statuts : *un statut de titulaire*, les praticiens hospitaliers, dont le temps de travail pourra varier au cours de la carrière, résolvant par là même le problème récurrent de la proratisation des temps partiels ; et *un statut de contractuel*, qui pourrait regrouper les actuels contractuels et le nouveau statut des attachés.

Concernant les praticiens hospitaliers, la rigidité du système ne vient pas pour l'essentiel de la nomination par le ministre, mais de l'annualisation du tour de recrutement. *Je n'ai donc pas l'intention de remettre en question cette nomination*, quitte à envisager un système de délégation de signature au directeur de l'ARH. Le plus important, me semble-t-il, est de simplifier les *procédures* de nomination.

Les postes de praticiens hospitaliers pourraient ne plus être soumis à autorisation. Actuellement, la nomination d'un praticien hospitalier ne peut s'effectuer que sur un poste autorisé par l'ARH. Cette obligation gêne les établissements dans l'adaptation de leur projet médical. Les postes devraient donc être 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 aura opérés. L'absence d'autorisation administrative pour les postes devrait permettre 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 pourrait aussi 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, me paraît devoir être étudié. Ce délai dépassé, l'inscription sur la liste se ferait comme actuellement. Une fois inscrit sur la liste d'aptitude, un praticien

La prise en compte de la dimension institutionnelle inhérente aux fonctions de praticien hospitalier ne peut s'accommoder d'une telle simplification (l'exercice de la spécialité en libéral n'étant pas de même nature). Aussi *l'inscription sur la liste d'aptitude devrait être conditionnée par l'évaluation (au niveau national ou régional ?) des capacités du médecin à exercer en institution.*

Nécessité de l'avis du chef de pôle pour éclairer la commission statutaire électorale (nationale ou régionale ?)

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.

La gestion des PH devrait être modernisée. Un **Centre National de Gestion**, placé auprès du ministre, mais en dehors de l'administration centrale pourrait ainsi 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 communications, 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.

Les directeurs d'hôpitaux

La fonction de direction est une mission essentielle et difficile. Elle nécessite que l'on revalorise la fonction de chefs d'établissements et que l'on modernise les procédures de gestion du corps des directeurs. Trois éléments devraient permettre de moderniser cette gestion :

Premier élément : un **Centre National de Gestion**, comme pour les praticiens hospitaliers, devrait assumer des tâches de gestion opérationnelle des directeurs. Il publierait les postes également en temps réel (à la fois les postes de directeurs adjoints et les postes de chefs d'établissement) en utilisant les mêmes outils modernes de communication et de diffusion de l'information (site Internet). 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. Il assurerait la gestion des positions " hors cadre " créés aussi pour les directeurs. Il définirait et mettrait en œuvre une politique et une méthodologie d'évaluation des directeurs. Il suivrait les carrières et les évaluations.

Deuxième élément : **la création d'un groupe ad hoc** de 200 à 300 personnes, qui serait destiné à alimenter les postes de chefs d'établissement des 200 plus gros hôpitaux de France au moins, classés

en emplois fonctionnels. Ce groupe serait alimenté par des *profils de nature diverse* (corps des directeurs d'hôpitaux avant tout, 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. Je souhaite sur ce point évoquer la transformation de l'ENSP en grand établissement intégré au service public de l'enseignement supérieur. Ne nous y trompons pas, cette transformation est une chance pour l'ENSP, qui va ainsi voir les formations qu'elle délivre, reconnues par un diplôme de l'Université. C'est aussi une chance pour la santé publique et la formation des experts de demain dont notre pays a besoin car l'ENSP prendra toute sa place dans une formation en santé publique de haut niveau.

Troisième élément : l'évaluation des directeurs.

Une profonde modernisation des procédures actuelles d'évaluation des directeurs est également nécessaire. Le système actuel de notation a montré ses nombreuses limites. L'évaluation des directeurs pourrait être 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.

Parallèlement, la procédure de nomination et d'évaluation devrait être simplifiée. Là aussi, cette simplification ne devrait pas remettre en cause la nomination par le Ministre mais assurer une gestion plus rapide et plus souple des postes vacants.

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

Pour les postes de chefs d'établissement, la procédure de nomination serait simplifiée. Après définition, par le conseil d'administration, d'un profil de poste et du "mandat" du directeur recherché, les candidatures seront examinées par le

conseil après publication de la vacance de poste par le Centre National de Gestion. En vue de la nomination, le conseil transmettrait ensuite son avis au Ministre.

Voici donc l'état de mes réflexions sur les évolutions que je pense souhaitables et possibles pour préparer l'hôpital de demain. Il nous faut désormais entrer dans le temps de la concertation. Comme je l'évoquais, tout à l'heure, je souhaite l'organiser à partir de quatre groupes de travail. Chacun s'attellera à l'un de ces thèmes : la gouvernance interne, la gestion et le statut des directeurs, la gestion et le statut des médecins, et le régime budgétaire et comptable de l'hôpital. Ils auront pour mission de les approfondir et de me proposer à l'issue de leur travail, des projets de textes législatifs et réglementaires. Chacun de ces groupes sera coordonné par un membre de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, qui définira sa composition, le calendrier des travaux, et celui des consultations proposées aux représentants syndicaux et professionnels. Pour encadrer et coordonner l'ensemble de cette dynamique, je mettrai en place **un comité de pilotage national**, présidé par le directeur de la DHOS.

En conclusion, je voudrais insister sur mon attachement aux valeurs du service public hospitalier. Pour préserver ces valeurs, il faut en même temps que l'hôpital s'ouvre sur son environnement et qu'il s'y adapte. En effet, le tissu sanitaire combine à la fois la médecine ambulatoire, l'hôpital public et privé et les établissements médico-sociaux et sociaux. L'ensemble forme une chaîne, on le voit quotidiennement en matière de permanence des soins. Comme cette organisation évolue, il faut aussi que l'hôpital s'adapte. La vocation du plan Hôpital 2007 est de donner à l'hôpital les moyens de cette adaptation afin de conforter son avenir et son rayonnement.

*Au-delà d'une analyse point par point des mesures proposées, si nous adhérons globalement au diagnostic d'un hôpital dont la très mauvaise santé appelle des remèdes indispensables et urgents, ces remèdes devraient avoir **le souci premier de rétablir chez des professionnels « désenchantés », confiance dans l'avenir de leur institution** ; et ce en veillant notamment à ne pas contribuer à accroître leur vécu d'insécurité actuel par une fragilisation des statuts de la fonction publique hospitalière déjà peu attractifs (en particulier en psychiatrie), risque dont ce plan ne nous semble pas avoir pris toute la mesure.*

Yvan HALIMI
Président

Bernard CAZENAVE
Secrétaire Général