

Quelques mots pour préciser notre position sur la nouvelle gouvernance, au-delà des rumeurs ou de la désinformation.

Sur le principe, l'adaptation de l'organisation interne de l'hôpital est indispensable à la démarche de modernisation de l'hôpital public et doit se poursuivre.

La responsabilité des praticiens hospitaliers dans le co-pilotage de l'établissement et au niveau de la chaîne de soins, en particulier dans le management des équipes médico- soignantes ou médico-techniques, est une garantie d'éthique et d'efficacité médicale. Ceci nous paraît essentiel pour maintenir un accès équitable pour tous à des soins appropriés alliant qualité et sécurité, point fort du système sanitaire français; l'hôpital doit toutefois s'adapter aux réalités, qu'elles soient démographiques, technologiques, médico-économiques, ou européennes.

Ces principes se déclinent dans la nouvelle gouvernance proposée par notre ministre.

La discussion entre, d'une part le ministère et les organisations syndicales, d'autre part le ministère et les représentants institutionnels des établissements c'est-à-dire les conférences de directeurs et de présidents de CME et la fédération hospitalière de France se poursuit. Nous serons reçus jeudi par le cabinet du ministre et lundi par M. Mattei. Les syndicats ont leur propre calendrier de rendez-vous jusqu'à vendredi. La direction des hôpitaux nous a transmis un texte modifiant le Code de la Santé Publique actuel. La première version de ce texte, que nous avons jugé irrecevable, a été amendée mais ne correspond pas encore à nos souhaits et à nos demandes.

Les 5 conférences et la fédération hospitalière se sont réunis et nous avons pu nous mettre d'accord sur un certain nombre de points communs et ce plus facilement que nous ne pouvions le craindre.

Ces points sont les suivants :

L'organisation interne relève de l'autonomie des établissements et se décline en structures médicales, élaborées par la commission médicale d'établissement, dans le cadre du projet médical, socle du projet établissements. Ces structures, que l'on peut appeler pôle, doivent avoir une cohérence médicale ou médico-techniques.

Le conseil d'administration est présidé par un élu local (maire ou président de la communauté de communes) ou le président du conseil général pour les établissements départementaux. Ces compétences concernent la stratégie d'établissement, la politique d'évaluation, le projet établissements, le projet financier... Le président de la commission médicale d'établissement et les médecins élus par la CME siègent avec voix délibérative.

Le conseil stratégique est composé à parité de directeur et de médecins et animés, dans les centres hospitaliers, par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. Il fonctionne sur la base d'un règlement intérieur défini localement.

La commission médicale d'établissement est le lieu d'expression de débat et de proposition de la communauté médicale ; sa composition reflète toutes les composantes du corps médical sur une base représentative et paritaire entre praticiens responsables de structures et autres praticiens titulaires. Les autres médecins, non titulaires, y sont aussi représentés.

Dans notre lecture du projet Hôpital 2007, le rôle des médecins, qui sont à la base de l'activité hospitalière, est revalorisé. La remédicalisation de l'hôpital public s'accompagne d'une clarification et une

mise en cohérence des lignes hiérarchiques et de prise de décision, lignes actuellement très confuses. La CME est confortée dans ses missions, centrées sur le projet médical, la politique de qualité des soins, l'évaluation et la formation continue, mais aussi la proposition des responsables médicaux. Cette implication des médecins est indispensable pour encaisser le choc de la tarification à l'activité (T2A), qui débute dès janvier; la T2A va nous obliger à une transparence sur notre activité et à une évaluation à laquelle nous ne sommes pas habitués d'où l'angoisse de beaucoup.

Au-delà de ces positions communes, je vous détaille nos propositions :

Le conseil stratégique est composé dans les CH, sur une base paritaire, du directeur, de trois de ces adjoints choisis par lui, du président de la commission médicale d'établissement, du vice-président, et de deux élus de la CME. Ce conseil stratégique coordonne le projet d'établissement dont il assure le suivi. Il élabore le projet financier, assure la coordination et le suivi de l'activité médico-administratives des pôles. Il détermine les modalités de la contractualisation, interne, avec les pôles.

Il s'agit d'une structure destinée à assurer la cohérence du fonctionnement de l'institution et non sa gestion quotidienne qui relève de la direction et des responsables de pôles.

Cette structure est l'officialisation de ce qui se passe dans beaucoup d'établissements.

La commission médicale d'établissement, lieu d'expression de débat et de proposition la communauté médicale, un fonctionnement déterminé par le règlement intérieur, précisant les adaptations nécessaires au contexte local. Ce règlement est approuvé par le conseil d'administration.

Sa composition doit reflète et toutes les composantes du corps médical de l'établissement, sur une base représentative, paritaire entre praticiens responsables de structures et autres praticiens titulaires. Les praticiens contractuels, assistant, en formation, et la sage-femme sont également représentés. Comme actuellement elle élit son président, son vice-président et ses deux représentants au conseil d'administration et au comité stratégique. Cette élection confère à toute leur légitimité aux représentants de la CME.

La CME élabore, en concertation avec le conseil stratégique, le projet médical. Ce projet définit l'organisation médicale interne de l'hôpital, en particulier le découpage de structures (pôles). Il peut prévoir de structures transversales transdisciplinaires. Ce projet, complétée par le projet de soins paramédicaux qui en découlent, et la base du projet d'établissement.

La commission médicale donne également un avis sur le projet financier annuel, sur l'organisation la permanence des soins, sur l'organisation la formation médicale continue des praticiens, l'évaluation des pratiques, le suivi la qualité des soins étaient-ils gestion des risques sanitaires.

Le la commission médicale proposait responsable de pôles, nommé par arrêté conjoint du directeur du président de la commission médicale d'établissement.

Le président de la commission médicale d'établissement, élu pour quatre ans, est le représentant de la communauté médicale et le garant de la logique médicale dans le pilotage de l'établissement. Son élection et la limitation des mandats lui assura sa légitimité son autorité et son indépendance par rapport à l'administration. Son rôle doit être conforté et sa responsabilité reconnue. Il cosigne le contrat d'objectifs et moyens, contrat de pôles, les contrats de chef de pôles, et les engagements médecins. Il doit disposer de manière réglementaire des moyens d'assurer sa mission (secrétariat, temps médical compensatoire, pris en charge des frais...). En tant qu'élu, il siège au conseil d'administration avec voix délibérative. Ceci évite une double logique médicale qui serait contraire à la cohésion de la communauté médicale.

Les pôles d'activité médicale ou médicale technique.

Leurs nombres, leurs organisations, sont définis en fonction du contexte local, par le projet médical et leur création repose d'abord sur des objectifs médicaux ou médico- techniques. Ils correspondent à une masse critique d'activité réaliste et justifiant un centre de responsabilité. Ils peuvent regrouper des disciplines complémentaires ou différentes, et être multisites. Leur taille est définie localement. Selon le cas ils peuvent être découpés en unités fonctionnelles ou en services.

La responsabilité du pôle est confiée un praticien titulaire, proposé par la CME, qui anime l'équipe et en assure le management. Ce praticien bénéficie d'une formation d'adaptation à l'emploi; il est lié à la direction d'établissement par un contrat interne et secondé dans ses tâches par un cadre administratif et

un cadre paramédical placés hiérarchiquement sous sa responsabilité. Il s'appuie sur un projet de pôle, discuté dans le cadre d'un conseil de pôles, et inscrit dans le projet médical pour garder la cohérence d'ensemble. Ce projet de pôles précise si besoin l'organisation des unités fonctionnelles ou services, dont les responsables sont désignés sur proposition du chef de pôles. Ce projet fait l'objet d'un avis des instances. Un bureau médical du pôle rassemble l'ensemble des praticiens titulaires du pôle ; ce bureau médical copilote la gestion et l'activité médicale coordonnée par le praticien responsable. Ce bureau médical détermine notamment le profils des praticiens et donne un avis sur les candidats rôle tenus après publication de postes vacants et auditions si besoin des postulants.

La discussion sur les pôles d'activité ne doit pas se centrer exclusivement sur le chef de pôles ou sur la taille des pôles qui peut être extrêmement variable mais doit prendre en compte de la notion d'équipe médicale et soignante réunie autour d'un projet de pôle, centré de façon générale sur la meilleure efficacité et pour les pôles médicaux une meilleure prise en charge du patient. Si l'établissement et ses équipes médicales le souhaitent, la coexistence des services, en tant qu'équipe médicale, et des pôles n'est pas incompatible.

Les praticiens hospitaliers.

La conférence se prononce pour le maintien d'un statut national, unique, accessible après concours ouvrant inscription soumise nationale d'attitude. Les modalités du concours peuvent être simplifiées avec que concours surtitres ou entretiens avec un jury pour l'ensemble des médecins ayant suivi un cursus communautaire européen. L'inscription sur la liste doit être limitée dans le temps, avec une durée suffisante qui pourrait être de huit ou dix ans. Après inscription sur la liste d'attitude le praticien hospitalier doit bénéficier d'une formation obligatoire d'adaptation à l'emploi hospitalier (principe de base du fonctionnement d'un hôpital, de son environnement sanitaire et social, notion de gestion et d'animation d'équipe etc.). La réflexion doit également porter sur le déroulement de carrière, avec possibilité d'adaptation de réorientation, en particulier pour les disciplines fortes contraintes physiques. Le recrutement se fait par les établissements, au fil de l'eau, afin d'offrir une meilleure réactivité aux besoins des établissements et des équipes médicales et de pouvoir profiter des opportunités d'offres de services. Ce recrutement se ferait par l'institution hospitalière, sur profil de postes et après proposition motivée de l'équipe du pôle. La nomination est confirmée par le ministre et pour les candidats non retenus peut faire l'objet d'un recours, auprès d'une commission nationale statutaire. Le contrat local d'affectation, signé conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, garant du choix médical et pouvant s'entourer de l'avis de la CME, précisant notamment les responsabilités particulières (unités fonctionnelles d'activité transversale de services), les valences (enseignement recherche etc.) les modalités particulières de rémunération (concrétisation des gardes, plages additionnelles, etc.) les perspectives en termes de profit de carrière ou de formation, les périodes probatoires et les critères d'évaluation, et enfin une clause de non-concurrence en cas de départ. Le recrutement des praticiens hospitaliers titulaires est priorisé, l'appel à des contractuels qui bénéficient d'un statut de praticiens attachés ou contractuels étant réservé aux postes non pourvus, à certaines spécialités particulières le justifiant pas la création d'une équipe médicale dans l'établissement et à la phase d'intégration de praticiens libéraux.

Les médecins ont tout à gagner à s'impliquer dans la gestion de leur outil de travail. Cette implication forte peut être stimulante et redynamiser l'hôpital. Elle doit également permettre, au-delà de l'évidence médicale, d'instaurer le dialogue social nécessaire avec l'ensemble de nos équipes. Cette adaptation de l'organisation interne, sur la base de choix médicaux, est rendue indispensable en raison des nouveaux modes d'allocation de ressources plus conformes à l'activité réelle et aux besoins. Elle doit également s'accompagner d'une réflexion sur une organisation territoriale et graduée de l'offre de soins, pour s'adapter aux réalités démographiques et permettre de constituer des équipes médicales viables. Pour nous cette réforme doit se mettre en place de façon progressive, pragmatique, en débutant très vite par des expérimentations sur la base d'un volontariat accompagné et aidé, particulièrement lors de la réflexion sur les nouveaux projets médicaux, moment clé dans la vie d'un hôpital. Nous sommes également conscients que cette réforme ne peut pas tout résoudre et que les contraintes

financières restent préoccupantes pour répondre au vieillissement de la population, au progrès et à l'innovation thérapeutique.

Amicalement,

*Francis Fellingner,
Président de la Conférence Nationale des présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des
Centres Hospitaliers*