

Hôpital 2007 - Groupe 1 "gouvernance"

Réunion du 30 octobre 2003

Participaient à la réunion : M. Aoun (conférence des DARH), Mme Anatole-Touzet (FHF), Mme Coudrier (conférence des DG de CHU), M. Pozzo di Borgo (conférence des directeurs de CH), M. le Pr Fuentes (conférence des présidents de CME de CHU), M. le Dr Chauvin (conférence des présidents de CME de CH), M. le Dr Cazenave (conférence des présidents de CME de CHS), M. le Dr Faraggi (CHG) M. le Pr Bollaert (CMH), M. le Dr Thuillier (CMH), Mme le Dr Bocher (INPH), M. le Dr Badet (INPH), M. le Dr Poilleux (SNAM-HP), Mme Arbieu (CGT), M. Tourisseau (CFDT), M. Bonté (CFE-CGC), Mme Ricomes (FO Cadres), M. Delrue (FO), M. Wettling (UNSA), M. El Saïr (SNCH), M. Tanguy (SNCH), Mme Doucet (DSS)

M. Debeaupuis rappelle que la réunion porte sur l'organisation et la contractualisation internes des établissements publics de santé, sur la base, à enrichir et à amender, des transparents (13 à 20) présentés lors de la réunion du 16 octobre et diffusés aux membres du groupe. En réponse à l'indication donnée par certains participants d'une convocation d'une autre réunion à la même heure que la prochaine séance du groupe, il envisage de décaler d'une semaine la prochaine réunion, soit au 13 novembre, même heure et même lieu.

M. Faraggi (CHG) remarque qu'au cours de la dernière réunion, il avait été bien précisé que le "Comité de Direction" n'était pas une instance de décision, mais un organe médico-administratif de facilitation. Il lui paraît donc contradictoire de lui donner mission de nommer les responsables de pôle et d'approuver les projets de pôle.

M. Debeaupuis rappelle que l'appellation de « Comité de direction » est provisoire, et doit être écartée car elle peut laisser penser à un système de co-direction. Il note que "Comité Stratégique" risque de créer également la confusion avec les nouvelles missions, essentiellement stratégiques, du CA et propose, sous réserve d'autres suggestions, "Conseil de Politique Générale". Il rappelle que le pouvoir de décision à l'hôpital appartient au Conseil d'Administration (compétence d'attribution) et au directeur (compétence générale) et qu'il ne s'agit en aucun cas de faire empiéter le "conseil de direction" sur les attributions de l'un ou de l'autre : c'est un lieu important de préparation conjointe par le corps médical et l'équipe de direction, mais il n'a pas de pouvoir de décision autonome.

Mme Bocher (INPH) souhaite des explications préalables au débat sur le transparent 12 concernant la CME et s'interroge sur une éventuelle diminution de ses prérogatives.

M. Debeaupuis précise qu'il n'y a aucune réduction des compétences de la CME, pas plus que du CTE, puisque la première comme le second débat de TOUTES les questions qui sont soumises à délibération du CA et se prononcent également sur d'autres points, notamment pour la CME : projet médical, formation et évaluation, projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Quant à sa composition, comme pour le CTE, une des hypothèses de travail est de ne revoir sa composition qu'à l'issue des mandats en cours, c'est-à-dire en 2007, ce qui laisse le temps pour en débattre. En effet, dans les CHU, les divers corps et spécialités sont représentés. Et en CH, la composition associe tous les chefs de service avec des représentants élus des praticiens non chefs : le seul problème durant cette phase de transition serait d'associer les chefs des pôles mis en place, dans le cas sans doute marginal où ils ne seraient pas déjà chefs de service.

Mme Bocher (INPH) estime qu'il faut maintenir la collégialité de la CME et la représentation de tous les corps : il n'est pas possible de limiter la composition de la CME aux chefs de pôle.

M. Debeaupuis précise qu'il n'a jamais été dit que la CME serait essentiellement composée des chefs de pôle. Aucune proposition n'a été faite quant à la composition éventuelle au-delà de 2007 et pour la période de transition, le dispositif actuel, s'il est maintenu, repose sur la collégialité; l'aménagement indispensable consiste a priori à intégrer dans les CH les nouveaux chefs de pôle qui n'auraient pas été antérieurement chefs de service.

Mme Bocher (INPH) souligne qu'on ne peut pas dissocier les décisions sur les attributions et sur la composition de la CME, car les deux choses sont liées, et souhaite que la composition des CME soit revue, également en CHU, et resserrée dans les plus gros CH.

M. Tanguy (SNCH) estime qu'il y a un accord général sur l'appellation "Comité Stratégique" et ne trouve pas judicieuse la formule "Conseil de Politique Générale". Il demande que soit confirmé qu'il ne s'agit pas d'une instance de décision. Concernant la CME, il souhaite qu'on revoie la composition notamment concernant les chefs de pôle.

M. Debeaupuis confirme son propos précédent sur le "Comité de Direction" : il n'est pas une instance de décision autonome.

Mme Arbieu (CGT) est hostile à la discussion sur la base de fiches remises sur table. Elle souligne qu'il n'y a pas eu de réponses aux questions formulées lors de la première réunion le 18 septembre, notamment le préalable des moyens et d'un plan emploi/formation. Elle rappelle que pour son organisation, l'efficacité est conditionnée par la pratique démocratique dans l'établissement. 1- Le Conseil d'Administration doit être composé à égalité d'élus, de représentants de l'Assurance Maladie, de représentants des différents catégories de personnel. 2-Le Conseil stratégique ne doit pas être un échelon supplémentaire : il convient d'éclaircir sa mission qui ne doit pas réduire les prérogatives des instances. 3-Le CTE ne doit pas voir diminuer ses prérogatives, notamment concernant l'emploi. 4-Sur la contractualisation, la CGT souhaite s'en tenir à la contractualisation externe et interne avec les pôles et ne pas aller au-delà : elle est hostile à d'autres contrats qui reposeraient sur le respect de contraintes budgétaires imposées. 4-Droit de refus de travailler dans le cadre de la contractualisation si atteinte est portée aux règles statutaires et aux principes du service public. 5-la contractualisation ne doit pas remettre en cause le statut de la fonction publique hospitalière. 6-Refus de l'intéressement. 7-Maintien de la nomination ministérielle des praticiens hospitaliers et des directeurs pour éviter les risques des jeux d'influence locaux

M. Debeaupuis enregistre ces prises de position et précise que le "comité de direction" n'est pas un échelon supplémentaire et qu'il n'empiète en rien sur les prérogatives du CA, de la CME, du CTE et du directeur. Il souhaite qu'on en revienne au débat sur l'organisation interne.

M. Bonté (CFE-CGC) prend note que la définition du comité de direction (transparent 10) ne constitue pas un échelon supplémentaire de décision, mais estime qu'on a oublié les cadres dans sa composition (transparent 11)

M. Debeaupuis rappelle que les cadres soignants, administratifs et techniques notamment, peuvent être membres de l'équipe de direction définie par le directeur, et peuvent également, selon les choix du directeur, être membres du comité de direction.

M. Bonté (CFE-CGC) demande que le projet de pôle soit présenté au CTE

Mme Anatole-Touzet (FHF) rappelle que la FHF est favorable à la création d'un "Comité Stratégique" sous cette appellation. Elle estime indispensable à l'équilibre et à l'autonomie de l'institution, la nomination locale des chefs de pôle : toutefois, le comité stratégique ne peut que donner un avis, mais pas décider. Ce point reste à trancher. Elle estime qu'il faut faire évoluer la composition des instances et la resserrer pour accompagner le recentrage de leurs compétences, car il doit y avoir une cohérence d'ensemble.

M. Debeaupuis note cette prise de position, notamment sur le resserrement de la composition de la CME

Mme Coudrier (Conférence des Directeurs Généraux de CHU) prend position pour l'appellation "Conseil Stratégique". Elle rappelle que la présence du doyen au conseil stratégique dans les CHU doit se faire dans le maintien de la parité entre médecins et administration, le DG président étant hors

parité. Sur les transparents 13-14, elle estime qu'il est contradictoire de faire nommer le chef de pôle par le comité stratégique alors que le contrat est signé par le directeur qui a seul le pouvoir de délégation. S'ajoute le problème du retrait éventuel de délégation de gestion au chef de pôle.

M. Debeaupuis précise que nomination par le comité de politique générale peut se traduire par une nomination par le directeur et le président de CME qui par ailleurs négocient ensemble le contrat avec le chef de pôle. Le contrat est signé par le directeur et peut être également cosigné par le président de CME.

Mme Coudrier (conférence des Directeurs Généraux de CHU) précise que sa conférence demande une nomination locale des chefs de pôle, c'est-à-dire par le directeur qui signera aussi le contrat

M. Poilleux (SNAM-HP) demande que la composition de la CME soit fixée avant de discuter ses attributions. Il est favorable à la création d'un "Comité Stratégique" et à la libre organisation. La création des pôles doit se faire sur proposition de la CME. Il demande le maintien des services actuels. Quant à la nomination des chefs de pôles, il souhaite qu'elle se fasse sur proposition des médecins du pôle, après avis de la CME et du CA, par le préfet de région ou le ministre.

M. Thuillier (CHG) demande le maintien des services, car le pôle fait référence au circuit du patient, il est donc fondé sur l'activité des services.

M. Badet (INPH) estime qu'il convient de fixer la composition des CME avant d'en arrêter les compétences. Sur l'organisation, il rappelle que la raison d'être de l'hôpital, c'est le contrat non écrit entre un patient et son médecin, or c'est le service/spécialité qui traduit en terme d'organisation ce contrat de base. Quant au chef de pôle, il doit être indépendant pour contractualiser et donc nommé par l'autorité ministérielle. Il s'interroge sur la nécessité pour la tarification à l'activité d'une organisation en pôle.

M. Tourisseau (CFDT) au vu des débats, s'interroge sur l'utilité d'un comité de direction si on vide son rôle de tout contenu : autant ne pas l'inscrire dans la loi, si c'est un simple lieu supplémentaire d'examen des dossiers qui seront vus en CTE, en CME, en CA. Il s'interroge aussi sur l'utilité de parler de "libre" organisation si au bout du compte on demande à l'Etat de tout prévoir dans les lois et règlements. Il estime que si le chef de pôle n'est pas nommé localement, la contractualisation perd toute signification. Il demande dans le transparent 15 que soit prévu comme pour la CME, un avis du CTE sur les projets de pôle.

M. El Saïr (SNCH) estime que la fonction de chef de pôle est une fonction de management et qu'elle doit donc faire l'objet d'une nomination locale. Sa légitimité vient du projet d'établissement. Quant à la nomination, elle doit appartenir à celui qui a le pouvoir de nomination à l'hôpital.

M. Tanguy (SNCH) ajoute que de même que le contrat d'objectifs et de moyens avec l'A.R.H. est cosigné par le président de la CME, la nomination des chefs de pôle sur le même mode est possible.

M. Faraggi (CHG) insiste sur le fait que la nomination des chefs de pôle doit avoir un caractère de distance et donc être ministérielle, comme cela marche fort bien pour les chefs de service et de départements. S'il y a des pôles, il ne faut pas que le responsable soit nommé par le directeur. Il s'interroge sur la nature du pôle : est-ce une structure de coordination ? Le Comité Stratégique lui paraît très utile pour préparer et faciliter et ainsi gagner du temps grâce à la qualité de la préparation, mais il n'a pas vocation à nommer des chefs de pôle. Par ailleurs, il s'interroge sur l'amendement liberté dont on voit bien qu'il n'a pas marché. Il faut se demander pourquoi avant d'en généraliser le principe. Il ne voit pas d'inconvénient en revanche à ce qu'on regroupe des services là où ils apparaissent trop petits. Il estime que dans les transparents présentés, la CME a des pouvoirs "abrasés".

M. Cazenave (conférence des Présidents de CME de CHS) se déclare favorable à un co-pilotage médico-administratif actif de l'hôpital, par alternance. Il s'interroge sur qui nomme les responsables de pôles logistiques. Sur la libre organisation, il se demande s'il est obligatoire de changer ce qui marche. Enfin il réaffirme la nécessaire indépendance des praticiens dans l'exercice de toutes leurs responsabilités par rapport aux pouvoirs locaux, ce qui appelle une nomination des responsables de pôle par le pouvoir régalién.

M. Fuentes (conférence des Présidents de CME de CHU) estime que l'esprit de la réforme, c'est l'association du corps médical à ce qui relève actuellement de la compétence exclusive du directeur. Cela doit se traduire par la co-signature du président de la CME pour un certain nombre de documents essentiels dans la vie de l'institution. Le Comité Stratégique ne constitue pas une nouvelle couche décisionnelle et les CME doivent conserver toutes leurs prérogatives. Pour jouer son rôle, le comité stratégique doit avoir une composition restreinte. Sur la notion de pôle, il faut préciser les choses. Le pôle, c'est une structure d'activités médicales qui se complètent : son chef est responsable d'une activité médicale et/ou médico-technique, et de sa qualité. Le pôle, structure de gestion, repose sur un contrat de gestion qui ne fixe pas seulement les moyens ou les ressources mais aussi les objectifs médicaux à atteindre. Le contrat doit être négocié et signé avec le directeur et le président de la CME. Le projet de pôle doit être en cohérence avec le projet médical et le projet d'établissement.

M. Debeaupuis demande une précision : s'agit-il de proposer une dissociation de l'organisation médicale et de la contractualisation ? Cette notion n'apparaissant pas dans le document des assises hospitalo-universitaires de Nice.

M. Fuentes (conférence des Présidents de CME de CHU) précise que pour répondre aux missions de l'hôpital, la démarche cohérente reste unique mais en deux temps assez rapprochés, l'organisation doit reposer sur des pôles à caractère médical qui ensuite deviennent des pôles de contractualisation. Il confirme par ailleurs son approbation pour voir renforcé le rôle de la CME en matière d'évaluation des pratiques médicales et des praticiens.

M. Chauvin (conférence des Présidents de CME de CH) indique que selon lui le "Comité Stratégique" est un organe de co-pilotage paritaire où il y a donc stricte égalité entre médecins et administratifs (directeur compris). Cela existe déjà dans nombre d'établissements, mais il convient de le formaliser. Il estime que l'autonomie de gestion n'a de sens que si l'organisation en pôle s'accompagne d'une nomination locale du responsable. Il propose la nomination par le directeur sur avis conforme de la CME et la signature des contrats internes conjointement par le directeur et le président de CME. Le pôle doit élaborer un projet dont le contenu appelle qu'il soit examiné par le CTE

Mme Coudrier (conférence des DG de CHU) complète son propos en précisant que le pôle se définit à la fois par ses objectifs médicaux et par sa dimension de gestion et de contractualisation. Le pôle est un des éléments forts du développement de la stratégie de l'établissement ce qui postule une nomination locale de son responsable. Cela peut se faire, après avis requis, par décision signée conjointement par le directeur et le président de la CME.

M. Pozzo di Borgo (conférence des directeurs de CH) rappelle que l'objectif de la réforme c'est de conforter l'autonomie, donc la souplesse de fonctionnement, des établissements et de simplifier les processus de décision. L'autonomie renforcée postule que les nominations soient locales et non extérieures, il convient également de préserver l'unicité du pouvoir de décision. Simplifier nécessite de restreindre le nombre de pôles et de revoir la complexité de l'organisation en service. Il insiste sur le fait que la notion de contrat implique responsabilité, évaluation ("rendre compte"), sanction.

Mme Bocher (INPH) demande qu'on ne perde pas de vue l'objet de l'hôpital . Le problème est moins le mode de nomination que l'organisation. Il ne faut pas d'énormes structures pour ne pas démotiver les PH. Il faut une nomination ministérielle pour garantir l'indépendance des praticiens. Les organisations internes doivent être à la bonne taille.

M. Tourisseau (CFDT) complète la notion de co-pilotage mise en avant par les conférences de présidents de CME. Il faut être attentif aux enjeux de pouvoir dans les nominations locales, c'est pourquoi il serait opportun qu'il y ait un pilotage commun médico-administratif. Il permettrait de s'assurer que les projets de pôle sont cohérents avec les objectifs et les moyens. La nomination par le ministre n'est pas "plus logique" que la nomination locale. La notion de co-pilotage doit permettre de sortir de ce blocage.

M. Tanguy (SNCH) rappelle qu'un contrat commence par des objectifs de santé et de qualité, mais qu'on ne peut éluder les aspects économiques. Il estime que la condition pour l'indépendance du médecin, c'est la nomination des PH par le ministre. En revanche, il considère qu'il en va différemment

pour les nominations des responsables qui ont à mettre en œuvre les objectifs du projet d'établissement en cohérence avec le SROS.

M. Delrue (FO) affirme que concernant les pôles et services, il est opposé à une nomination locale et rappelle son attachement à l'indépendance des PH. Il indique sa méfiance à l'égard de pôles dont le seul objectif serait une logique économique et de conformité au SROS, ainsi qu'à l'égard de la contractualisation qui vise à soumettre pôles et services aux contraintes .

Mme Anatole-Touzet (FHF) demande qu'on en revienne à l'esprit de la réforme. Il y a besoin d'améliorer l'organisation de l'hôpital comme l'ont montré tous les rapports qui sont sortis sur le sujet. Tous pointent des dysfonctionnement et l'enjeu est d'y mettre fin. Le problème est de savoir si tout le monde partage ce diagnostic qui fonde "Hôpital 2007". Elle estime qu'il faut aller au bout de la logique d'autonomie : 1-vraie délégation aux PH dans les pôles; 2-besoin d'approche transversale au service du patient et donc "volumes" plus importants : le pôle est une filière pluridisciplinaire; 3-projets et contrats de pôle doivent être fondés sur le projet médical et la délégation de gestion

Mme Coudrier (conférence des DG de CHU) rappelle que c'est la contractualisation qui fonde la notion de pôle, de responsabilité de gestion et donc de nomination, sinon, ça n'a pas de sens.

M. Debeaupuis souhaite esquisser une synthèse. Il indique que des propositions plus précises seront faites pour tenir compte des apports de cette réunion. Il note un certain nombre d'éléments :

- la cohérence d'ensemble de la réflexion doit donner des garanties comprises par tous sur l'autonomie des établissements et l'indépendance des médecins
- la création des pôles ne se surajoute pas aux services et autres structures. Chaque établissement doit réfléchir sur son organisation qui sera entièrement nouvelle, même si certaines structures antérieures (services, départements, fédérations, etc..) sont conservées dans le nouveau dispositif, avec ses nouvelles modalités de nomination et de responsabilité : il faut bien en effet définir qui est responsable et de quoi dans la conduite générale des unités, ce qui a des implications importantes de responsabilité civile ou pénales éventuelles en cas d'incident.
- L'organisation interne est fixée par le CA sur proposition du comité de politique générale, donc également après avis de la CME et du CTE
- Créer une organisation interne en vue de la contractualisation nécessite une formalisation précise
- Sur la nomination des responsables de pôle, 2 écoles existent avec des positions bien tranchées, mais des variantes sont en discussion :
 1. Nomination par le ministre, avec ou sans délégation pour certaines situations,
 2. Nomination locale, par décision du directeur, du comité de politique générale, co-décision du directeur et du président de CME, ou du conseil d'administration. La dernière formule, la nomination par décision du Conseil d'Administration, après avis CME et CTE et préparation par le comité de politique générale n'offre-t-elle pas toutes les garanties en matière d'indépendance des responsables de pôles, et d'autonomie des établissements, les praticiens continuant par ailleurs de voir leur compétence reconnue par une décision ministérielle lors de leur entrée dans la carrière (nomination comme PH) ?

M. Faraggi précise qu'il n'a pas d'opposition à la nomination locale de responsables de pôles, à l'instar des actuels coordonnateurs de fédération, mais s'ils ont vocation à se substituer aux actuels chefs de service ou de département, il appartient pour lui au ministre de reconnaître la compétence médicale du chef de pôle.

M. Debeaupuis poursuit en notant que l'organisation retenue relance le débat sur l'interaction entre projet d'établissement ou contrat pluriannuel de moyens et d'objectifs, établis et validés pour 3 à 5 ans, et les projets de structures médicales, présentés par des responsables dont le temps de nomination ou de renouvellement ne coïncide pas nécessairement avec le temps du projet médical. Le projet de pôle, alors que ce n'est pas le cas aujourd'hui du projet de service, doit-il être examiné par les instances ? La réduction du nombre de pôles, par rapport aux services et départements actuels, et leurs contours plus importants, plaide pour une présentation de chaque projet de pôle aux instances, CME et CTE, avec avis donné au comité de politique générale qui prépare le projet d'établissement.

M. Tourisseau (CFDT) intervient pour dire que le projet de pôle doit répondre à des orientations plus générales et qu'il doit pouvoir faire l'objet de remarques de la CME, mais aussi du CTE. Il note que si les responsables de pôle devaient être nommés par le ministre, il serait logique qu'ils reçoivent du ministre une lettre d'objectifs sur la réalisation desquels ils seront évalués comme tous les responsables nommés par le ministre.

M. Tanguy (SNCH) affirme qu'il lui paraît indispensable que le CTE examine les projets de pôle car il y a des aspects d'organisation du travail

M. Cazenave (conférence des présidents de CME de CHS) met en garde contre les interrelations entre projet médical et projets de pôle : il ne peut s'agir ni d'une simple compilation ni d'une déclinaison.

M. Chauvin (conférence des Présidents de CME de CH) souligne que le nombre de pôle devant être beaucoup plus restreint que le nombre de services, l'examen par le CTE des projets ne constituera pas une charge lourde et récurrente : il faut donc le faire

Mme Coudrier (conférence des DG de CHU) remarque que l'évaluation du CA sur la mise en œuvre des objectifs donc de ceux des pôles, impliquera automatiquement une saisine des autres instances.

M. Debeaupuis confirme qu'avec des pôles moins nombreux, il y aura examen tant par le CA que par les autres instances

M. Wettling (UNSA) indique que son organisation n'est pas favorable à l'élection des conseils de pôle qui ne se situerait pas dans la légitimité syndicale du CTE

M. Debeaupuis fait observer qu'il faut y réfléchir, mais que le système actuel de tirage au sort n'est pas très satisfaisant

Sur demande de **M. Bonte**, **M. Debeaupuis** précise que si dans un pôle médical le responsable est obligatoirement un PH, à l'intérieur d'un pôle, une équipe, en fonction de la nature de son activité, pourrait désormais être confiée à la responsabilité d'une sage-femme ou d'un cadre.