

Hôpital 2007 - Groupe 1 "gouvernance"

Réunion du 16 octobre 2003

Participaient à la réunion :

M. Debeaupuis rappelle le calendrier prévu et l'ordre du jour de la réunion qui concerne les attributions et la composition des instances à l'hôpital. Il propose, pour faciliter le débat sur les aspects techniques de ces questions, de présenter des fiches préparatoires au débat qui font ressortir des dispositions possibles pour répondre aux objectifs fixés, mais qui ne préjugent pas des propositions et critiques des uns et des autres.

Il présente les fiches annoncées (voir in fine les copies de transparents)

M. Delrue (F.O.) demande si les transparents présentés vont être remis sous forme écrite

M. Debeaupuis précise que ces documents seront effectivement transmis aux participants

Mme Bocher (INPH) prend appui sur la situation constatée dans les Pays de Loire au comité de suivi de la RTT, et notamment sur la difficulté à pourvoir les postes vacants, pour s'interroger sur les risques démographiques liés à la réorganisation : sera-t-elle incitative pour les médecins à choisir la carrière hospitalière ? Si le découpage en pôle est décidé par un comité de direction restreint, ce sera contraire à la culture et donc peu attractif pour les médecins.

M. Debeaupuis rappelle que le périmètre des pôles sera fixé par le conseil d'administration après toutes les concertations utiles et que cela se fera dans l'esprit de l'amendement liberté, c'est-à-dire par un choix de l'établissement.

M. Chauvin (conférence des Présidents de CME de CH) estime que le côté restructurant de la démographie médicale ne doit pas faire refuser la réforme. Il appartient à la CME de réfléchir au périmètre des pôles; et le responsable doit être nommé après avis des médecins du pôle, localement.

M. Debeaupuis prend acte de cette position.

M. Thuillier (CMH) pense qu'il faut partir des structures actuelles et imaginer une organisation autour de l'activité (service) et de la filière (pôle) : ce double niveau est indispensable. Les responsables de structure doivent être à la CME. Quant aux nominations, elle doivent rester à l'échelon ministériel sans délégation. La structuration en service doit être maintenue, quitte à revoir éventuellement leur "géographie".

M. Debeaupuis demande à M. Thuillier si l'amendement liberté ne répond pas à ses soucis de structuration interne de l'hôpital.

M. Thuillier répond que oui, si les services persistent.

M. Sagez (CFTC) remarque qu'il n'y a pas eu de compte rendu de la première réunion et que le débat présent ne tient pas compte des préalables qui avaient alors été formulés. Sur la présentation faite par M. Debeaupuis, il se demande si le "resserrement" du CA ne va pas se faire au détriment des représentants syndicaux ce qui ne serait pas acceptable. Il souligne que l'architecture générale proposée masque la hiérarchie des services et des structures et que l'ensemble sera moins lisible. Sur les compétences du CA, il s'inquiète de la disparition du tableau des emplois permanents : l'emploi sera noyé dans le budget et donc là aussi peu lisible. D'autre part la suppression des chefs de compétence des règles concernant l'emploi des

catégories ne faisant pas l'objet d'un statut national l'amène à s'interroger sur une intention de diminuer les situations statutaires au profit de la contractualisation. Il souligne que le régime d'approbation du budget maintient la prégnance de la tutelle.

M. Janvier (conférence des Présidents de CME de CHU) fait part de son accord sur la nouvelle organisation dans la mesure où elle repose sur la responsabilisation, l'implication des acteurs dans la gestion, l'autonomie des établissements. Il insiste quant au périmètre des pôles sur la nécessité d'atteindre une masse critique et estime qu'il faut être clair sur les objectifs. 1- mettre en commun contre la dispersion des structures et l'étanchéité (la structuration interne est plus importante que la refonte des instances, d'où l'intérêt de l'amendement liberté). 2-les structures actuelles, départements et fédérations, sont des coquilles vides car la gestion ne suit pas, c'est la contractualisation qui permettra que cela marche. Sur le comité stratégique, il estime qu'il ne s'agit pas de confier la gestion aux médecins, mais de conforter la gestion du directeur en lui permettant de s'appuyer sur l'avis des médecins. Sur les attributions et la composition du CA, il souligne que l'enjeu doit être une stratégie politique forte pour l'établissement et que le président doit être une personnalité-leader.

M. Badet (INPH) s'interroge sur la composition de la CME

M. Debeaupuis lui indique que cet aspect relève du niveau réglementaire et que dans un premier temps on débat du niveau législatif.

M. Faraggi (CHG) souligne, en ce qui concerne le Comité de Direction, que cette instance existe déjà souvent dans les faits. Il est d'accord pour l'officialiser sous la réserve qu'il ne s'agisse pas d'une instance décisionnelle, mais de préparation des dossiers pour les décideurs. On ne doit pas y discuter des nominations. La représentation des médecins au comité de direction doit se faire par vote de la CME.

M. Degos (SNAM) note que le CA déciderait de la nomination et du périmètre des pôles. Il est d'accord sous la réserve que les pôles aient bien les moyens qui suivent pour assurer leurs missions. Il s'interroge sur la façon dont on pourra conduire cette dévolution des moyens. Quant à la notion de comité d'audit, il se pose des questions sur qui y participera et avec quels pouvoirs.

M. Bizien (CMH) est interrogatif sur la couverture par la CSSI de la rééducation : les plans de soins de rééducation sont complexes et divers et doivent rester dans la main des chefs de service concernés (sur ce point, M. Debeaupuis précise qu'il s'agit d'élaborer un projet de soins infirmiers, paramédicaux et de rééducation général et non des plans de soins spécifiques). Il s'interroge sur l'absence de l'Assurance Maladie à ce débat. Quant au comité de direction, il estime qu'il doit être contrôlé et censuré par la CME.

M. Aoun (conférence des directeurs d'ARH) souligne qu'avec la T2A, ce n'est plus un budget qu'on approuvera mais un état prévisionnel des recettes et des dépenses, ce qui change la nature de cet acte. Concernant le projet d'établissement, il estime que son élaboration doit être accompagnée par l'agence pour que ses objectifs soient réalistes. S'il est exécutoire de plein droit, l'établissement risque de se trouver devant une impasse.

M. Castel (conférence des DG de CHU) réaffirme son hostilité à un comité de direction qui serait un exécutif. C'est pourquoi sa conférence est favorable à un conseil stratégique et non à une quelconque co-direction. On ne saurait en effet demander des comptes à un directeur et lui imposer une direction "collective". Il faut bien préciser qu'il s'agira d'une instance de préparation, de facilitation. Sur les attributions du CA, il exprime son accord avec les propositions faites, recentrant le CA sur la stratégie et l'évaluation. Quant à sa composition, il souhaite une plus grande représentation de la société civile et du conseil régional.

M. Cazenave (conférence des Présidents de CME de CHS) souhaite qu'on tienne compte des déclarations liminaires de la première séance. Il faut que l'organisation réponde à des logiques de santé. Pour ce faire, il faut un véritable "contradictoire" équilibré avec les médecins, d'où la nécessité de maintenir une nomination ministérielle. Il estime que le comité de direction doit être un comité de stratégie de direction, présidé alternativement par le directeur et le président de la CME. Il souligne que

les établissements spécialisés en psychiatrie travaillent beaucoup en collaboration avec des structures relevant du département et qu'il est donc souhaitable de maintenir la présidence de leur conseil d'administration à un élu du conseil général.

Mme Anatole-Touzet (FHF) s'associe à la suggestion d'organisation du débat suggérée précédemment. Elle estime indispensable de donner du sens à la réforme et donc de se référer aux principes qui doivent la sous-tendre : autonomie, responsabilisation des acteurs, et donc évaluation. Elle réaffirme son attachement à la généralisation de l'amendement liberté et à l'assouplissement des règles de gestion qui sont indispensables pour permettre de la réactivité dans le cadre de la tarification à l'activité. En ce qui concerne le CA, elle rappelle la position de la FHF : resserrement du nombre des membres, modulé selon la taille de l'établissement, président élu parmi les élus et personnalités qualifiées. Sur le comité de direction, elle souhaite une meilleure dénomination, telle que comité stratégique, qui clarifie sa fonction. Sur l'organisation en pôle, par référence au principe de liberté d'organisation, les responsables doivent être désignés localement. La mission de ces derniers ne concerne pas les carrières, mais le management qui ne peut qu'être apprécié localement. Il faut laisser la liberté aux établissements de décider s'ils s'organisent en pôle et en services. Sur la compétence du CA, il faut maintenir "la participation à des réseaux de soins et les coopérations" car cela relève de la stratégie de l'établissement. La CME a un double positionnement sur le projet et sur la gestion des carrières, on peut le maintenir si cela n'est pas bloquant. Mais il faut donner une place privilégiée à l'aspect projet, qualité, évaluation. Enfin la réforme prévue doit absolument préciser la position des cadres de santé dans les dispositifs de management.

Mme Harvieu (CGT) demande qu'un PV soit fourni pour toutes les réunions, notamment la première où les positions générales ont été rappelées. Elle insiste sur le fait que les questions prioritaires sont celles des moyens donnés aux établissements et du bilan de la situation actuelle (démographie, difficultés de fonctionnement révélées par la canicule, emplois). Elle estime que les éléments présentés sont à la fois assez précis et flous pour que chacun puisse mettre ce qu'il veut. Elle note l'absence de prise en compte de la démocratie et des enjeux de santé. Sur la composition du CA, elle refuse une marginalisation des syndicats et formule à nouveau l'exigence de l'élection de toutes ses composantes et la représentation de la Sécurité sociale par ses élus. Elle s'interroge sur la signification de la création d'un comité de direction qui apparaît comme une confiscation des pouvoirs du CA. Elle estime que l'on va vers une déstructuration de ce qui existe : normes et règles statutaires.

M. Martinez (conférence des directeurs de CH) est d'accord avec les positions de M. Castel sur le comité de direction : le management est une affaire délicate et il ne faut pas de confusion. Le comité de direction doit être un organe facilitateur et non de direction, car celle-ci ne se partage pas. L'appellation de comité stratégique serait préférable. Il n'est pas favorable à l'émergence d'un "projet de soins" qui fédérerait le projet médical et le projet de soins infirmier étendu aux paramédicaux. Il faut conserver le concept clair de "projet médical". Sur le conseil d'administration, il demande le maintien de la présidence au maire et sur les attributions, récuse l'idée de comité d'audit et le pouvoir de "récusation" du directeur. Il souhaite pour la CME une "géométrie plus adaptée" notamment en terme de nombre de membres. Il estime que la compétence du CA en matière budgétaire est devenue un exercice artificiel dont se défient les présidents de CA. Il note toutefois que l'E.P.R.D. dans le cadre de la T2A va changer les choses. Pour le CTE, il faudra clarifier les compétences respectives avec le CHSCT. Quant à la structuration en pôles, il estime indispensable de décloisonner l'hôpital, d'avoir des entités plus regroupées, de procéder à la nomination locale des responsables et d'évaluer la réalisation des responsabilités confiées.

Mme Briand (CFDT) rappelle l'objectif fondamental de la réforme : comment être plus efficace pour les malades et la qualité des soins. La réponse à cet objectif repose sur un noyau dur : tarification à l'activité, organisation en pôles, mise en place de groupements de coopération sanitaire, contrats. On doit donc faire bouger instances et structures dans ce but. La base du système, c'est le conseil de pôle (son chef, ses responsables, son organisation, etc.). Sa composition est à voir, peut-être l'élection mais pas sur liste syndicale, l'essentiel c'est sa mission : il doit donner obligatoirement son avis avant toute décision concernant le pôle. Le rôle du chef de pôle est donc très important. Mais de ce fait le président de la CME

devient capital par sa fonction fédératrice. Mme Briand rappelle également les propositions faites par son organisation de fusion de la CME et du CTE dans une instance avec un collègue médecin, un collègue cadres, un collègue salariés pour éviter les redondances. Quant au comité de direction, il existe déjà de façon informelle dans nombre d'établissements, puisqu'il en est ainsi, il n'est peut-être pas utile de légiférer. Quoi qu'il en soit, le directeur doit diriger et être bien identifié.

Mme Anatole-Touzet (FHF) tient à préciser sa position : la Fédération n'est pas opposée à ce que la présidence du CA soit donnée au maire, mais il peut-être intéressant de laisser la possibilité d'un autre choix au CA.

M. Castel (conférence des DG de CHU) souhaite également compléter son propos en précisant que sa conférence est favorable au maintien du maire président de droit du CA.

M. Thuillier (CMH) précise qu'il défend la nomination des PH par le ministre mais que son syndicat n'est pas hostile à la nomination locale des responsables de pôle. Il est favorable, en ce qui concerne le CA, à ce que le président soit un élu et que ce soit le maire pour les établissements communaux.

M. Bonté (CGC-CFE) se déclare hostile à la marginalisation des syndicats au CA compte tenu des chiffres avancés par M. Debeaupuis. Il est hostile au pouvoir de "débarquement" du directeur. Il s'interroge sur le Comité de direction où il n'y aurait plus que 4 directeurs ce qui est moins que le nombre actuel de directeurs dans les comités existants. Il s'interroge également sur le rôle de l'encadrement qui est nommé par concours et dispose souvent aujourd'hui d'une délégation pour engager des dépenses, rôle qui sera remis en cause par la délégation au chef de pôle. Il souhaite également que sur les questions où le même avis est demandé, la CME et le CTE puissent délibérer ensemble.

M. Debeaupuis, pour lever toute ambiguïté, rappelle précisément la composition actuelle des conseils d'administration selon la catégorie des établissements et précise la portée des propositions faites. Il indique par ailleurs qu'il ne faut pas confondre équipe de direction et comité de direction.

M. El Saïr (SNCH) indique qu'il est favorable au recentrage des attributions du CA sur la stratégie et l'évaluation ainsi qu'au renforcement de la représentation des usagers qu'il souhaiterait même plus importante. La présidence doit être confiée à un élu mais pas obligatoirement au maire. Il est hostile à la possibilité pour le CA de solliciter la fin de mandat du directeur. Sur le comité de direction, il demande qu'on ne nourrisse pas l'ambiguïté d'une direction bicéphale : le comité doit avoir un rôle d'avis et de préparation. Il préférerait l'appellation de comité stratégique. Il s'agit en effet de donner plus de cohérence à l'hôpital, avec des médecins et des directeurs qui s'impliquent dans la définition de la stratégie. Dans le même esprit, le responsable de pôle doit être nommé localement après avis du comité stratégique. En revanche, la nomination des PH doit rester ministérielle. Pour ce qui est de la CME et du CTE, il se déclare hostile au droit d'alerte. Il s'affirme en revanche partisan de réunions communes de ces deux instances. Il est également favorable à un comité des soins associant médecins et paramédicaux. Il demande que soit précisé le rôle des cadres en particulier dans les conseils de pôle.

Mme Briand (CFDT) suggère que la CSSI devienne la Commission des Activités Paramédicales. Elle complète son intervention en précisant qu'il lui paraît utile que le DSSI et le Président de CME travaillent en lien dans les pôles. Elle s'interroge sur la place des usagers : présence au conseil d'administration et/ou dans les conseils de pôle ? Enfin sur le droit d'alerte du CTE, elle précise que cela lui paraît inutile "s'il s'agit de faire plaisir [aux organisations syndicales]".

Mme Bocher (INPH) précise que là où existent de trop petits services, elle est favorable à leur fédération. Elle donne son accord pour que soit vu dans le détail la faisabilité d'un resserrement du nombre de participants à la CME dans les établissements où il est très important. Elle insiste pour que le projet médical ne soit pas à dimension purement intra-hospitalière mais qu'il intègre réseaux et coopérations. Elle estime que la nomination ministérielle à tous les niveaux n'est pas un problème et qu'elle peut être très simple dès lors qu'on sollicite tous les avis locaux, très souvent concordants. Sur le comité de direction, elle demande qu'il n'y ait pas de confusion des genres : c'est un organe de facilitation. Elle estime enfin

que le problème central des pôles, c'est l'attribution de moyens en cohérence avec les missions ainsi que des objectifs de soins évalués.

M. Chauvin (conférence des Présidents de CME de CH) estime qu'il faut veiller à ce que le conseil de pôle ne soit pas ce qu'a été le conseil de service : ce doit être un endroit de démocratie. Sur l'importance numérique de la CME, il estime que l'essentiel, c'est l'équilibre entre chefs de pôle et de service et autres praticiens.

M. Delrue (FO) déclare que le problème des moyens est essentiel. Il s'interroge sur la marge de manœuvre des établissements compte tenu des contraintes imposées par les SROS, la mise en place de territoires de santé et l'exigence de transversalité. Sur le droit d'alerte, il rappelle qu'il est hostile à la contractualisation et que l'essentiel c'est que le directeur dirige. En ce qui concerne le CA, il est hostile à la réduction des représentations syndicales et prend position pour la présidence de droit du maire. Sur les attributions, il est hostile au comité d'audit et au pouvoir d'injonction. Quant aux conseils de pôle, il estime qu'ils ne doivent pas être élus sauf à créer de la confusion.

M. Debeaupuis propose de formuler quelques éléments de synthèse de la discussion générale sur le sujet :

- l'organisation interne de l'établissement ne doit pas être hospitalo-centrée mais pensée en fonction des réseaux, des coopérations, de l'environnement.
- les propositions esquissées visent un objectif : améliorer l'organisation dans l'intérêt du malade et l'attractivité pour les personnels
- au cours des deux prochaines réunions, il s'agit d'affiner la réflexion des deux précédentes à partir de propositions et de contributions
- pour terminer la réunion du jour, il serait bon d'approfondir la discussion sur les attributions du CA et le comité de direction
- sur les compétences du CA, il n'y a eu que la proposition de Mme Anatole de réintroduire la participation aux réseaux et les coopérations. A priori, c'est le projet d'établissement qui doit prévoir les stratégies de réseau et de coopération, mais c'est à étudier.

M. Badet (INPH) réaffirme que le comité de direction doit être un lieu de facilitation. Il faut donc redonner au CA la compétence sur les créations d'emplois car on ne voit pas le comité de direction faire cela.

M. Cazenave (conférence des présidents de CME de CHS) est aussi favorable à la compétence du CA sur le tableau des emplois

M. Faraggi (CHG) soutient la position de M. Cazenave

M. Janvier (conférence des présidents de CME de CHU) attire l'attention sur les imbrications entre postes universitaires et non universitaires et les croisements de décision qui impliquent à la fois l'EPS et l'UFR de médecine. Il est donc nécessaire de faire valider par les instances de décision des deux partenaires.

M. Debeaupuis estime que c'est au CA qu'il appartient de fixer dans le projet de l'établissement les besoins en personnel médical en fonction des stratégies de développement, mais sur les postes à pourvoir, c'est moins de stratégie que de gestion qu'il s'agit et cela relève plutôt du Comité de direction

Mme Harvieu (CGT) demande si c'est volontairement qu'on a proposé de supprimer dans les compétences du CA les structures médicales et l'emploi. Confier cela au comité de direction, c'est enlever un pouvoir fondamental au CA. Elle affirme son hostilité à cette proposition.

M. Debeaupuis précise que le CA a bien la compétence de décider des structures médicales et médico-techniques à travers l'organisation en pôle. D'autre part, en ce qui concerne la structure des emplois, elle doit être annexée à l'Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes comme l'un des éléments permettant de fonder avec précision les prévisions budgétaires et de s'assurer que l'on est dans la continuité de la stratégie.

M. Martinez (conférence des directeurs de CH) souligne, concernant le budget, que le risque aujourd'hui, est un vote négatif du CA qui entraîne la saisine de la Chambre Régionale des Comptes pour établir un projet de budget. Il souligne que c'est une situation déstabilisante pour toute l'institution et qu'il serait préférable que la procédure d'examen par l'ARH puisse se poursuivre.

M. Aoun (conférence des directeurs d'ARH) ajoute que cette situation va être complètement changée par la mise en place de la tarification à l'activité

M. Martinez (conférence des directeurs de CH) souligne l'utilité de mettre en place un système d'évaluation des médecins de la même façon que pour les directeurs

M. Debeaupuis précise que la réforme de la FMC prévoit une évaluation et que le rôle de la CME sera renforcé à cet égard

Mme Bocher (INPH) regrette les manques qui existent depuis longtemps en matière de formation continue des médecins

M. Cazenave (conférence des présidents de CME de CHS) suggère de lier l'évaluation avec la progression des carrières. Il souligne que la tarification à l'activité va entraîner une anticipation prévisionnelle des recettes qui influera sur le niveau de dépense possible : il est donc important que les emplois qui vont en être dépendants soient votés par le CA

M. Degos (SNAM) estime que la tarification à l'activité exigera une stratégie pluriannuelle de développement des réseaux dont le CA doit débattre. Il demande que le doyen soit membre du CA pour attirer l'attention sur les besoins de formation dans la fixation des dotations pour les missions d'intérêt général et d'incitation contractuelle (MIGAC). Il souligne qu'il est indispensable que la CME se prononce sur le budget.

M. Debeaupuis précise que l'avis de la CME sur le budget, comme sur toutes les questions examinées par le CA, est bien prévu.

M. Bonté (CFE-CGC) insiste sur le vote du tableau des emplois par le CA pour être sûr que les moyens seront là pour atteindre les objectifs

M. Chauvin (conférence des Présidents de CME de CH) estime que le CA doit inscrire son projet dans les projets de territoire et le projet médical régional

M. Debeaupuis rappelle les prochains rendez-vous et lève la séance à 17h 45.