

II – L'ORGANISATION INTERNE

Afin d'améliorer l'efficacité médicale, l'organisation interne de l'hôpital doit être entièrement revue.

Ce chantier long et difficile s'appuie sur quatre priorités :

- 1) développer les initiatives locales en généralisant « l'amendement liberté » L 6.146-8 du Code de la Santé Publique ;
- 2) restaurer l'autorité autour du Conseil d'Administration et d'un Comité stratégique médico-administratif, véritables organes de pilotage ;
- 3) déléguer la responsabilité au médecin, chef de pôle ;
- 4) passer de 21 commissions à 3 instances réelles de concertation et de proposition.

A - La généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité :

Tous nos interlocuteurs au sommet de l'Etat et en dehors du champ hospitalier nous interpellent. Comment se fait-il que l'hôpital qui a la liberté de s'organiser ne profite pas pleinement de cette opportunité ?

Les hospitaliers, malgré le désenchantement présent ont sû s'organiser au quotidien quels que soit les défis à relever tels que l'afflux aux urgences, la difficulté à transférer les malades dans des structures de soins de suite adaptées, les soins de recours et de réanimation, la transplantation d'organes, l'évolution technologiques, les traitements innovants. ..

Plan Orsec, cas sociaux, violences : en temps réel et 24Hsur24H, du directeur, au médecin, aux soignants, à l'administration, aux services techniques, tout le monde est sur le pont, sans compter son temps, son engagement et sa bonne volonté.

A contrario, innover dans le domaine de l'organisation, relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage, voire esprit d'aventure avec tout ce que cela comporte en terme de prise de risque dans un système public, lorsque chaque jour les règlements, et les normes tombent sur la tête des hospitaliers.

Un cadre légal rénové doit inciter à l'innovation et le **règlement intérieur, voté par les instances, doit être le référentiel d'action de chaque hôpital**, sachant que ce dernier sera évalué demain sur des résultats en terme de performance médicale et économique.

Ainsi, les hospitaliers qui démontrent au quotidien leur capacité d'adaptation sauront trouver l'organisation optimale pour chaque établissement autour d'un cadre rénové :

- une délégation de responsabilités,
- de véritables organes de décision,
- des lieux de concertation moins nombreux mais efficaces.

B - L'organisation en centres de responsabilité en passant du découpage par services à des regroupements en pôle d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin

« Le centre de responsabilité est un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités.

Il recouvre des entités médicales, médico-techniques, administratives, logistiques ou mixtes. »

Ce dispositif est donc obligatoire depuis le 1/08/1983 et s'inscrivait dans le cadre de la grande réforme du budget global. Force est de constater qu'à part quelques « tentatives » le dispositif n'a pas fonctionné.

Le financement à l'activité remet les acteurs dans le sens de la marche en fournissant un paradigme compréhensible par tous : les moyens suivent l'activité, alors qu'aujourd'hui le développement de l'activité met les équipes en difficultés faute d'ajustement rapide des moyens. Dès lors, une organisation en pôles et la délégation de gestion trouvent leurs sens. Par ailleurs, la prise en charge coordonnée des patients, l'activité ambulatoire ou programmée favorisent les regroupements de moyens pour une meilleure organisation.

1 – Les pôles d'activité

Nous ne décrivons pas de modèle car chaque établissement trouvera l'organisation qui lui convient compte tenu de sa dimension, de son histoire, de sa culture, de son territoire de santé, de son architecture et de ses compétences. Vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative.

Nous donnerons néanmoins quelques orientations de façon à clarifier notre proposition et éviter l'inquiétude provoquée par le vide réglementaire :

Les services et les départements seront supprimés en tant qu'entité juridique et territoriale. Les unités fonctionnelles seront maintenues en tant qu'unité de gestion dans le cadre du projet de pôle.

Si le mot « pôle » correspond à la notion de centre de responsabilité, chaque établissement sera susceptible de choisir l'appellation qui lui convient le mieux.

Toutes les expériences étrangères et les premières initiatives françaises montrent que le nombre de centres de responsabilité doit être réduit. A terme, les hôpitaux devront descendre en dessous de 10 pour atteindre une gestion optimale.

Les hôpitaux de proximité pourront s'organiser en interne, ou s'associer aux sites de référence pour constituer un pôle dans le cadre de l'organisation du territoire de santé.

2 – Les chefs de pôles

Les responsables de pôles feront partie du Comité stratégique. Ce lien est essentiel pour assurer la cohérence entre la stratégie et la gestion et éviter la balkanisation entre pôles.

Les responsables de pôles seront membres de droit de la CME.

Le responsable d'un pôle médical ou médico-technique sera un médecin des hôpitaux. Sa fonction manageriale devra lui permettre de continuer à exercer pour partie une activité médicale sachant que son temps sera compensé. La gestion économique et administrative du pôle sera assurée par un attaché d'administration (poste et temps à définir par règlement intérieur) et la gestion des soins paramédicaux par un cadre soignant tous deux placés sous l'autorité du responsable du pôle.

Le chef de pôle sera recruté sur **profil de poste** définissant :

- le projet du pôle
- le périmètre de ses responsabilités
- les moyens mis à sa disposition
- la rémunération complémentaire
- les modalités d'évaluation

Il sera proposé par les médecins du pôle à partir de candidatures internes ou externes à l'établissement. Il sera nommé par le Directeur avec lequel il passera, après délibération du Conseil d'Administration, un contrat cosigné par le Président de la CME. Ce contrat précisera les objectifs et le niveau de délégation de gestion. Cette nouvelle fonction nécessitera par une formation managériale adaptée.

Le mandat est de 5 ans renouvelable après évaluation. Il peut être mis fin prématurément au contrat si les engagements ne sont manifestement pas tenus.

C – Le pilotage de l'hôpital, restaurer l'autorité autour du Conseil d'administration et du Comité stratégique

Les freins au bon fonctionnement des établissements sont connus :

- le renforcement de la tutelle dans la gestion (textes, contrôles, commissions, crédits fléchés etc...);
- un conseil d'administration le plus souvent déresponsabilisé, simple conseil de surveillance sans moyens financiers ni expertise médicale suffisante;
- un cloisonnement et une lutte des pouvoirs entre les médecins, les soignants et l'administration.

Deux signes encourageants :

- **tous les administrateurs que nous avons rencontrés souhaiteraient jouer un vrai rôle et les élus sont attachés à leur hôpital ;**
- **les directeurs et les présidents de CME coopèrent pour conduire leur hôpital malgré toutes les vicissitudes.**

L'autonomie de l'hôpital devra donc se construire autour de l'articulation d'un conseil d'administration restauré dans sa légitimité et d'un comité stratégique à l'autorité reconnue.

1) Le Conseil d'Administration :

Le Conseil d'Administration doit retrouver son rôle : il valide les choix stratégiques et financiers, notamment avec la tarification à l'activité qui tourne le dos à la logique de demande de crédits, est garant de l'organisation et de l'exécution des contrats. Ceci passera par une formation des administrateurs.

Ce renouveau est la condition du retour à une réelle autonomie.

a. ➤ **Attributions** : Sur proposition du Comité Stratégique, le Conseil d'Administration délibère sur :

- le plan stratégique, les programmes de santé publique et évalue annuellement leur mise en œuvre ;
- le projet financier et affecte les résultats;
- les règlements intérieurs ;
- l'organisation en pôles, centres de responsabilité ;
- les modalités d'intéressement ;
- les contrats entre le directeur et le chef de pôle ;
- les modalités contractuelles de recrutement des médecins ;
- il se prononce sur les indicateurs de résultats en terme de qualité et de gestion.

b. ➤ **Composition** : l'évolution devra garantir un engagement, une ouverture sur

l'extérieur et un meilleur équilibre avec trois collèges :

- les élus avec une meilleure prise en compte de l'intercommunalité et pour certains de leur dimension régionale;
- les professionnels, médecins émanant de la CME et les personnels issus du CTE ;
- la société civile avec les représentants des usagers et des personnalités qualifiées.

c. ➤ **Présidence** : le Président sera élu parmi les membres du Conseil, à l'exception des salariés de l'hôpital

d. ➤ **Fonctionnement** : défini par règlement intérieur.

2) Le Comité Stratégique :

La conduite de l'hôpital sera assurée par un exécutif fort associant l'administration et le corps médical au sein d'un comité stratégique.

Les changements proposés seront d'une telle ampleur qu'il faudra qu'une direction forte et reconnue tienne « le gouvernail » et travaille en symbiose avec les responsables de pôle afin d'assurer la cohérence entre la stratégie et sa mise en œuvre sur le terrain. C'est à cette instance, après accord du Conseil

d'Administration, de rendre compréhensible le changement , faire comprendre les enjeux et mettre en phase les responsables et les personnels pour atteindre les objectifs tournés vers la satisfaction des patients.

a. ➤ **Attributions** : Le Comité stratégique :

- Elabore le projet stratégique, les programmes de santé publique et leur mise en œuvre ;
- Gère les ressources dans le cadre du projet financier ;
- Gère les risques et analyse la qualité du service rendu aux malades;
- Met en place et coordonne les pôles (centres de responsabilité) : leur découpage, le choix des responsables et la contractualisation interne.

Ses propositions sont soumises au vote du Conseil d'Administration, après avis des instances.

b. ➤ **Composition** :

Le Directeur Général, le Président de la CME et leurs principaux collaborateurs,
le doyen pour les CHU, ainsi que les responsables de pôles.

En pratique, l'importance de ce Comité, nécessite l'existence d'un bureau composé du Directeur Général, du Président de la CME et de leurs proches collaborateurs.

c. ➤ **Présidence** : le Directeur Général, représentant légal de l'institution

d. ➤ **Fonctionnement** : défini par règlement intérieur.

D – La concertation, passer d'une vingtaine de commissions à trois instances :

Imaginons que dans un hôpital, chaque commission se réunisse 2 fois par an et émettent 10 propositions.

Cela fait environ 200 avis que les directeurs, déjà submergés par les tâches administratives, sont bien souvent dans l'incapacité d'assurer le suivi.

Avec 1000 établissements, cela se chiffre en centaines de milliers d'heures de réunion.

Nous proposons la suppression de ces commissions sachant que chaque hôpital aura la possibilité d'en maintenir certaines ou en créer d'autres en fonction des besoins propres à l'établissement.

Par contre, cette libération de temps va redonner de l'air à trois instances : la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement et un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ayant compétence sur la gestion des risques et de la qualité.

1 – La Commission Médicale d'Etablissement, un vrai rôle institutionnel : le projet médical, l'évaluation et la formation

Sa place n'est plus à prouver. Elle a montré son importance dans la construction de l'hôpital.

La nouvelle organisation avec le Comité Stratégique et les pôles, fera évoluer son rôle. Les nominations de médecins seront gérées par le Comité Stratégique après propositions des pôles. Il faut donc recentrer la C.M.E. sur la politique médicale.

Dans l'esprit qui anime nos propositions, nous considérons que la composition, les attributions et l'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement relèveront du règlement intérieur.

Le tronc juridique commun, comportera les dispositions suivantes :

- Les responsables des pôles sont membres de droit de la Commission Médicale d'Etablissement.
- La Commission Médicale d'Etablissement :
 - participe à l'élaboration du Plan Stratégique (projet médical, projet d'établissement)
 - organise la Formation Médicale Continue et son évaluation
- émet un avis sur :
 - le projet financier
 - le choix des chefs de pôles
 - le projet des pôles, leur fonctionnement et leur suivi
 - les dispositions contractuelles de recrutement des médecins
 - les modalités d'intéressement individuels ou collectifs

Le Président de C.M.E. du fait de l'importance qu'a pris sa fonction doit être reconnu.

Son temps médical doit être aménagé et compensé. Des moyens matériels et administratifs doivent lui être attribués.

Sa signature doit posséder une assise réglementaire.

Il doit ainsi signer avec le Directeur :

- le Contrat d'Objectifs et de Moyens
- les contrats des chefs de pôles
- les contrats des médecins

Dans les C.H.U., il doit signer avec le directeur Général et le doyen la demande de révision des effectifs hospitalo-universitaires.

2 – Le Comité Technique d'Etablissement une instance à responsabiliser

Le Comité Technique d'Etablissement, au delà de ses attributions actuelles, sera informé annuellement de la mise en œuvre du plan stratégique, des indicateurs de résultats (qualité – coût) et émettra des avis et des propositions. Celles-ci seront étudiées par le Comité stratégique qui apportera des réponses motivées.

L'évolution du pilotage de l'hôpital nous amène à proposer que le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et deux médecins assistent aux réunions de

cette instance. En effet, il est nécessaire que le lien entre l'organisation du corps médical et celle des autres catégories de personnel puisse être abordé. Cela se justifie plus encore avec la mise en œuvre de la RTT et la démarche qualité. Il serait souhaitable que les personnels soient désignés par collègues afin d'assurer au-delà du fait syndical, une vraie représentation de tous les professionnels que l'on retrouvera au Conseil d'Administration.

3 – Le Comité de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Conditions de Travail

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.), dans sa forme actuelle, est à bout de souffle.

Les séances sont longues, les questions redondantes, les syndicats se plaignent que les problèmes ne soient pas réglés, soit par inertie, soit par renvoi à d'autres commissions.

Le contrôle à posteriori des responsables des vigilances ne nécessitent plus les commissions ad hoc (CLIN, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance etc...). Ces domaines relèveront de chaque praticien responsable. Par contre ces problématiques transversales concernent tous les acteurs. La sécurité des patients est aussi celle des personnels et inversement. Dans un but d'efficacité et d'appropriation de la gestion des risques, il nous paraît judicieux de regrouper les représentants des personnels, les vigilants et le responsable qualité.

Cette instance verra donc ses attributions étendues aux questions suivantes :

- avis sur les procédures de gestion des risques et de la qualité ;
- suivi des avis de l'ANAES dans son domaine de compétence ;
- analyse et avis sur les indicateurs de résultats et propositions d'actions.

LES PROPOSITIONS

- 4 ➤ Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation ;**
- 5 ➤ Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin ;**
- 6 ➤ Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction ;**
- 7 ➤ Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles pour recentrer l'action sur le soin.**