

# MISSION D'ACCOMPAGNEMENT DE LA RÉFORME SUR LE TERRAIN (loi HPST, 2 ans plus tard)

---

## **Missions**

- ❑ Dialogue sur les difficultés concrètes et leurs solutions
- ❑ Recensement des réussites ou adaptations mises en place.

**Appuis** : ARS – Délégations régionales FHF –ANAP

**Membres** : 3 directeurs (Frédéric Boiron)  
4 médecins (Francis Fellingner)  
2 directrices des soins

## **Méthodes** :

- ❑ « Mission Hôpital Public »
- ❑ Choix de 2 thématiques :
  - la Gouvernance ;
  - le Territoire de Santé et les Coopérations
- ❑ 2 rencontres (format variable) par Territoire de Santé, de septembre 2011 à Janvier 2012 (n ≈ 50)

# 5 CONSTATS OU ENSEIGNEMENTS

---

## 1. Un hôpital public actif, en mouvement

- Contestées ou acceptées, les nouvelles dispositions sont mises en œuvre et des observations pertinentes sont à formuler.
- Malgré tout souvent « minorité agissante – majorité distante » car liens avec :
  - perspectives financières
  - tensions démographiques +++ en régions
  - train continu des réformes
  - injustice quant au discours négatif sur hôpital public et au sentiment de non reconnaissance du travail réalisé.

# 5 CONSTATS OU ENSEIGNEMENTS

---

## 2. Une nouvelle échelle hospitalière : le territoire

- Intérêt et nécessité des coopérations (démographie, concurrence du privé, projet médical avec filières de soins)
- Une forte attente malgré des obstacles réglementaires mais personne(s) – dépendantes

## 3. Un besoin d'information et de formation

A mieux partager avec l'ensemble des équipes hospitalières (trio de pôle / et au sein des services)

# 5 CONSTATS OU ENSEIGNEMENTS

---

## 4. La demande d'une accalmie réglementaire

- Légalité des équipes hospitalières : on applique
- Contournement pour rester efficaces (ajustements locaux)
- Décision vécue comme toujours plus partagée et la responsabilité pénale comme toujours plus individuelle.
- Nouvelles circulaires, questionnaires ...

## 5. Relations complexes avec autorités de tutelle

- Craintes :
  - . Modèle type AP régionale
  - . Nouvelle bureaucratie sanitaire
  - . Injonctions constantes, caractère chronophage
- Attente de management territorial efficace en valorisant et soutenant les initiatives ou acteurs locaux.

# SYNTHÈSE SUR LA GOUVERNANCE (1)

---

## Gouvernance mise en place.

### Évolution importante des instances.

- Binôme directeur / Pdt de CME :
  - relation constructive même si craintes persistent
  - « *doivent s'entendre et même bien s'entendre* »
- **Rôle reconnu du Directoire comme instance de :**
  - pilotage stratégique,
  - préparation des décisions +++

## Regret du conseil exécutif.

### Rigidité absolue de composition et taille du Directoire, d'où :

- multiples formules de Directoire élargi en permanence ou sur invitation
- parfois convocation d'un Conseil Stratégique.

# SYNTHÈSE SUR LA GOUVERNANCE (2)

---

## □ Modèle polaire :

- accepté dans les grands établissements, surtout si liens forts avec projet médical HU.
- mal adapté aux petits établissements.
- contrats et projets de pôle non mis en place dans leur plénitude
  - demande de temps : outils en attente
  - délégation limitée
- le trio d'encadrement :
  - le chef de pôle : légitimité de terrain +++
  - Cadre Supérieur Pôle : forte motivation et importance de la qualité relation avec le médecin Chef de Pôle +++ (formation commune)
  - Cadre Administratif : organisation instable, souvent Directeur adj.-associé / délégué.

# SYNTHÈSE SUR LA GOUVERNANCE (3)

---

## □ **Modèle polaire :**

- la référence reste au service,
- pour certains praticiens, ressenti du « décrochage » entre le pouvoir médical (Directoire / Chefs de Pôle) et le reste de la communauté médicale.
- difficulté à faire circuler l'information,
- efforts management du CDP PM/PNM pour associer les structures internes +++.

## □ **Modification du vécu des directions :**

(délégation vers les Pôles, déséquilibre au sein des équipes de direction en fonction participation ou non au Directoire, relation avec les ARS, regroupements territoriaux ou de GH ...)

# SYNTHÈSE SUR LA GOUVERNANCE (4)

---

- **Conseil de surveillance :**
  - Rigidité de sa composition, notamment si CHT ou fusion d'établissement.
  - Sentiment de perte de responsabilité locale des représentants des collectivités, pallié ici ou là par des réunions thématiques.
- **CME :** une instance majeure dont le positionnement fait débat :
  - déficit de candidatures, absentéisme, non reconnaissance accordée au rôle des médecins, flou quant à son rôle pour la QSS
  - Présidents de CME et praticiens souhaitent être associés à la stratégie (propositions Fourcade)
- **CSIRMT :** pertinence à associer ses travaux à cause de la CME sur la QSS.



# SYNTHÈSE SUR TERRITOIRE ET COOPÉRATIONS

---

## **Pas de recette pour engager une dynamique mais :**

- ❑ Rôle majeur du directeur / Pdt CME
- ❑ Importance du soutien tutelles et si possible du politique

Le mode de financement est un obstacle +++ (T2 A – perte des recettes).

## **Quelles sont-elles ?**

- ❑ Regret perte des Synd. Inter Hospitaliers
- ❑ Communauté hospitalière de Territoire (CHT)
  - Après une phase conventionnelle / contractuelle
  - Avant le choix d'une structure juridique faire partager un concept et des objectifs
  - Disposer d'une personnalité morale afin d'éviter des montages juridiques complexes
- ❑ Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)
  - Formule plus répandue
  - GCS moyens → GCS établissement (pas souple).

# LES 10 PROPOSITIONS

---

- 1. Valoriser la notion de service public hospitalier.**
- 2. Corriger les effets négatifs de la T2A.**
- 3. Stabiliser le cadre législatif et réglementaire actuel.**
- 4. Introduire une plus grande souplesse des règles juridiques.**
- 5. Organiser un appui régionalisé et territorialisé.**
- 6. Rénover les relations entre ARS et établissement.**
- 7. Soutenir la dimension managériale.**
- 8. Valoriser les réussites et les acteurs qui les animent.**
- 9. Achever et clarifier, lorsque c'est nécessaire, le positionnement des instances.**
- 10. Soutenir le rôle spécifique des CHRU comme irriguant le territoire de référence.**