



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES ENSP/EHESP

Contribution de l'Association des directeurs d'hôpital A la Mission « Pacte de confiance » - 11 janvier 2013

Introduction

« Nous devons redonner de la confiance à l'ensemble des personnels hospitaliers : vous êtes l'interlocuteur décisif du gouvernement ! »

Les mots prononcés par Madame la ministre des affaires sociales et de la santé à l'occasion du lancement de la mission sur le pacte de confiance pour l'hôpital le 7 septembre dernier sont l'occasion pour l'Association des Directeurs d'Hôpital de contribuer à la réflexion. Forts des valeurs qui les animent et de la spécificité de leur métier, les directeurs d'hôpital sont autant les défenseurs que les promoteurs d'un service public hospitalier exigeant, de qualité, ouvert sur ses partenaires et soucieux d'adaptation.

Cette capacité de changement et de modernisation, l'institution hospitalière l'a démontrée au cours des 10 dernières années, marquées par des réformes d'ampleur : les hospitaliers ont été très sollicités pour faire évoluer leurs pratiques, leurs positionnements. S'ils réclament une « accalmie réglementaire » comme l'a diagnostiqué la Mission Hôpital Public très récemment, les acteurs hospitaliers, en quête de sens, ont aussi manifesté le besoin d'espaces locaux d'échanges et de partage.

L'Association des directeurs d'hôpital souhaite donc s'engager pleinement dans ce nouveau « Pacte de confiance » qui doit conduire usagers, professionnels de santé, citoyens et élus à s'engager dans un dialogue commun autour des valeurs que porte le service public hospitalier.

I) Pour un service public rénové

La place particulière de l'hôpital public dans l'exercice du SPH

Lors de l'adoption de la loi HPST, l'ADH a déploré la disparition de la notion de « service public hospitalier ». Au-delà des mots, cette notion avait un sens pour les professionnels pour l'engagement qu'il requérait dans leur exercice. Elle avait également un sens pour les usagers, pour la confiance qu'ils savaient pouvoir placer dans la dispensation des soins de haut niveau 7j/7 et 24h/24, sans discrimination et en tout lieu du territoire national.

Outre la symbolique, forte, de la notion, cela impliquait la reconnaissance d'une spécificité de l'hôpital public à l'exercice des missions de services public, spécificité en termes de responsabilité pour garantir l'égal accès aux soins de tous, et spécificité en termes de moyens consacrés à l'originalité d'un modèle qui allie soins, formation, recherche et prévention.

La spécificité du métier de directeur d'hôpital

Sélectionnés à l'issue d'un concours très exigeant, formés à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, les directeurs d'hôpital sont confrontés aux mêmes exigences que les hauts fonctionnaires issus des grandes écoles de fonction publique mais ont vocation à exercer dans un cadre spécifique, l'hôpital, qui requiert des compétences adaptées.

Les directeurs d'hôpital ont la charge de structures complexes et doivent s'assurer du maintien de l'ensemble des équilibres, fragiles, de l'hôpital public : projet médical, positionnement territorial, dialogue social, équilibre financier, qualité des soins, maîtrise des risques... En particulier, ils managent des établissements sans lien hiérarchique avec le corps médical. Cette dichotomie est par ailleurs renforcée dans les structures à dimension universitaire.

Cette spécificité semble parfois niée ou remise en cause. C'est le cas à l'aune d'une réduction massive des effectifs du corps des directeurs d'hôpital, de l'ouverture plus grande des recrutements sur postes fonctionnels, des velléités de fusion avec le corps des D3S et de la remise en question de leur formation.

L'ADH souhaite que les pouvoirs publics aient conscience que les directeurs d'hôpital participent pleinement de la pérennité et de l'adaptabilité du service hospitalier dans ses exigences de pilotage et dans ses valeurs républicaines.

Les directeurs d'hôpital sont un maillon essentiel de la mise en œuvre des politiques de santé

Par leur positionnement, leur formation et leur statut, les directeurs d'hôpital sont au cœur de la mise en œuvre des politiques de santé. **Le pilotage des établissements publics de santé, mission en tant que telle, procède d'une part de la capacité à mettre en œuvre, sur le champ spécifique de la politique hospitalière, les priorités des pouvoirs publics, et d'autre part, de la capacité de leur dirigeant à les situer au cœur du système de santé.**

Dans le cadre de la politique hospitalière, l'ADH souhaite insister sur le fait que les directeurs d'hôpital ne sauraient être assimilés à des gestionnaires, prioritairement préoccupés de l'équilibre financier des établissements. Bien que cet exercice fasse pleinement partie des contraintes avec lesquelles les directeurs d'hôpital ont à composer, leur mission première tient davantage au maintien des équilibres internes aux fins de délivrer aux usagers et d'assurer à l'ensemble de la population une prise en charge de qualité. Cela passe par l'organisation d'un système de permanence des soins, d'une politique de recrutement médical et paramédicale adaptée, d'un projet médical cohérent et d'un système de qualité et de gestion des risques efficace. Cela passe également par l'écoute des attentes des usagers et une implication de leurs représentants dans les décisions prises.

Par ailleurs, diriger un hôpital, c'est également prendre en compte son environnement et parvenir à lui faire jouer son rôle en articulation avec l'ensemble des acteurs du système de santé. **En ce sens, le service public hospitalier participe pleinement de la promotion d'un « service public de santé », selon la définition promue par la Fédération Hospitalière de France, qui envisage la prise en charge des usagers de façon globale, autour de parcours de soins organisés et fluidifiés.** Outre l'efficacité globale du système que doit permettre un positionnement adapté de l'hôpital dans le continuum de prise en charge, en particulier pour les personnes âgées, c'est à une meilleure satisfaction des usagers et à une amélioration des soins délivrés à la personne vers laquelle l'hôpital doit tendre.

Le service public hospitalier requiert un financement adapté

Le financement du service public hospitalier ne peut pas faire l'objet d'une régulation budgétaire telle que mise en œuvre avec la tarification à l'activité. Si ce modèle est en grande partie adapté aux activités MCO normées et bien décrites dans la nomenclature, le financement des missions d'intérêt général (au-delà de la permanence des soins ou de la précarité), implique de mettre en œuvre un financement alternatif, de l'ordre d'une dotation de service public.

L'ADH plaide ainsi pour la mise en œuvre d'une réflexion autour de la définition de critères transparents afin d'objectiver les crédits alloués aux établissements de santé pour ces missions, c'est-à-dire, pour l'essentiel, les hôpitaux publics.

Par ailleurs, nous sommes convaincus que la T2A peut, potentiellement, conduire à un système de soins inefficace et inégalitaire, qu'il s'agisse de pertinence des actes, de qualité de soins ou de coopérations. Ce système peut-être contre-productif en matière de complémentarités alors que des mécanismes incitatifs au développement des filières de soins doivent être recherchés (financement partagé entre l'établissement adresseur, lors d'une hospitalisation, et l'établissement d'accueil; recours au Fond d'Intervention Régional du FIR...) C'est pourquoi l'ADH souhaite que la T2A tienne compte de ces limites et que les incitations à la qualité en particulier soient prises en compte pour davantage donner sens à l'engagement des hospitaliers publics.

II) Pour un dialogue renforcé et une confiance renouvelée

Des principes d'autonomie et de responsabilité à insuffler

Le Pacte de confiance à l'hôpital ne peut procéder que d'un double mouvement : à l'autonomie, qui doit permettre l'initiative et l'innovation, doit correspondre la responsabilisation des acteurs dans leur ensemble afin d'insuffler de nouvelles modalités de collaboration.

En premier lieu, ce Pacte devra s'établir entre les Agences Régionales de Santé et les établissements publics de santé. L'ADH ne remet pas en cause l'exercice de la tutelle par l'ARS sur l'hôpital public. Cette spécificité (les établissements privés lucratifs notamment ne connaissent aucun contrôle de tutelle) est l'empreinte du service public hospitalier. Toutefois, l'ADH reste attachée au respect de la fonction de direction et au maintien de l'autonomie des hôpitaux qui ne peuvent être assimilés à des administrations. Il est sans doute nécessaire d'harmoniser les pratiques et de fixer un cadre qui permette un contrôle qui ne soit pas synonyme d'intrusion dans la gestion des établissements. Cela passe par la mise en œuvre de relations partenariales, fondées sur la concertation et la médiation, en favorisant comme le préconise la Mission Hôpital Public des espaces de dialogue stratégique régionaux qui implique les établissements du territoire et l'ARS.

En ce sens, des marges de manœuvre et une capacité d'innovation locale sont à imaginer sur la base d'une politique d'intéressement tel que des dispositifs qui par exemple, sans remettre en cause le modèle général, permettent des modulations des modalités de

recrutement pour permettre l'attractivité de certaines catégories professionnelles sensibles : IBODES, médecins anesthésistes, ...

Ce nouvel esprit participe de l'émergence d'une gestion plus souple et plus dynamique des établissements publics de santé et doit conduire à l'émergence de modalités renouvelées de reporting dans le cadre de l'exercice de la tutelle hospitalière.

Des missions fondamentales à réaffirmer par un dialogue renforcé

La réaffirmation des missions fondamentales attenantes au service public hospitalier ne peut que procéder de la mise en œuvre d'un dialogue approfondi avec l'ensemble des parties prenantes.

En particulier, le dialogue avec les usagers du système de santé procède directement de la volonté de promouvoir la qualité du service public hospitalier. Ce lien se joue à deux niveaux. D'une part, en interne aux établissements avec les représentants des usagers dont il faut prendre la mesure de leur valeur ajoutée dans le processus décisionnel. En ce sens, une meilleure association aux travaux de l'ensemble des instances consultatives de l'hôpital doit être de nature à permettre une amélioration des réponses apportées aux usagers de l'hôpital. D'autre part, les habitants des territoires dans leur ensemble sont à associer davantage à la définition des objectifs du service public hospitalier. Cette dimension interroge directement la place de l' élu, notamment dans l'accompagnement des restructurations et/ou des reconfigurations de l'offre de soins au sein d'un territoire de santé.

Par ailleurs l'approfondissement et la systématisation du dialogue avec les acteurs du système de santé, qu'il s'agisse des partenaires hospitaliers publics ou privés ainsi que de l'ensemble des autres structures, professionnels ou services, est indispensable pour tendre davantage vers un décloisonnement de l'offre de santé. Il s'agit dans cet esprit de développer une approche partenariale et territoriale de l'action publique, devant permettre une plus grande fluidité des parcours des patients, et un meilleur positionnement de chacun des acteurs en son sein.

Enfin, le dialogue avec l'Université et les organismes de recherche procède du principe selon lequel il n'est de bonne clinique qui ne se nourrisse d'une recherche de qualité. En ce sens, le développement hospitalier doit être appréhendé en partenariat avec l'UFR de médecine, mais aussi avec les représentants régionaux des organismes de recherche (ADR de l'INSERM par exemple). Les nominations sur des postes universitaires de praticiens hospitaliers doivent, autant que faire se peut, appuyer et soutenir le projet médical. Si les nominations hospitalo-universitaires suivent naturellement un rythme propre au déroulement de la carrière universitaire des médecins, elles doivent aussi être orientées par le doyen vers des activités spécialisées portées par l'hôpital, car le niveau d'universitarisation d'un service témoigne de son engagement dans la recherche clinique et nourrit les publications qui sont aussi le cœur de métier du CHU. Cette cohérence n'est atteinte qu'à partir d'un dialogue de confiance entre le doyen et le directeur. S'agissant des organismes de recherche, et bien que le lien soit plus ténu parce que moins naturel, il doit s'établir autour de projets innovants. L'exemple des DHU ou des IHU en est un. C'est un exercice transformant de la recherche translationnelle qui impacte aussi l'organisation hospitalière en ce qu'il fédère les équipes autour d'une thématique médicale qui s'en trouve renforcée aussi au plan hospitalier.

Un dialogue interne à faire évoluer

En dernier lieu, le renforcement du dialogue social interne ne pourra véritablement permettre la constitution d'un Pacte de confiance que si le dialogue au sein des instances de l'hôpital (directoire, CME, CTE, pôles), récemment rénové, peut s'effectuer en équilibre et en cohérence avec les finalités du service public hospitalier. **Pour cela, l'ADH souhaite préserver les orientations prises en matière de gouvernance mais souhaite que chacun puisse effectivement participer au processus décisionnel.** Dans cette perspective, elle tient à distinguer les logiques de gouvernance interne telles que la nomination des chefs de pôle de celles de la consultation dans le cadre des instances hospitalières rassemblant l'ensemble du personnel. Dans le premier cas, le directeur d'hôpital exerce a minima une prérogative commune à l'ensemble des cadres dirigeants, qu'il s'agisse d'établissements publics ou d'établissement privé. Dans l'autre, le directeur d'hôpital a en charge le bon déroulement du dialogue social et le souci de cohésion interne. La présence à parité du corps médical au sein du directoire participe pleinement de cet esprit et doit être préservé. Le cadre actuel du dialogue interne offre ainsi toutes possibilités d'un exercice partagé de la prise de décision. **Le temps est davantage venu d'asseoir ces règles que de les modifier.**

Cette nécessité s'appuie tout d'abord sur le besoin d'une part de maintenir des équilibres favorables à la prise de décision et à la mise en oeuvre efficace des politiques publiques et des objectifs fixés au service public hospitalier. D'autre part, elle est inéluctablement liée aux liens entre les objectifs définis et la responsabilité aux contours multiples du décideur. Dans ce cadre, la gouvernance doit être stabilisée et organisée en adéquation avec cette responsabilité juridique, financière, sociale et administrative du dirigeant. Elle doit dès lors permettre la prise de décision efficace et partagée. Sur ce point, l'Association des Directeurs d'Hôpital réitère sa volonté de maintenir le binôme naturel et indispensable Directeur-Président de CME. Le mode de gouvernance doit alors concilier décision et dialogue dans le processus de décision. Un processus qui doit s'appuyer sur une organisation simple et efficace, permettant au décideur de décider et de piloter. Le dialogue est nécessaire, mais l'organisation de la gouvernance ne doit pas amplifier les points de blocage. Aussi doit elle permettre au directeur d'hôpital, profondément attaché aux valeurs du Service Public Hospitalier et oeuvrant pour l'accomplissement de ses missions, de prendre les décisions et assurer les arbitrages nécessaires aux objectifs qui lui sont fixés et dont il est, in fine, l'unique responsable.

La poursuite du mouvement engagé sur la délégation de gestion à l'hôpital constitue, aux yeux de l'ADH le noeud gordien du dialogue à l'hôpital en période de forte contrainte financière. La délégation de gestion suppose que soit adoptée une motion de confiance entre le directoire, la CME, le CTE et les pôles pour que chaque niveau trouve son positionnement stratégique et managérial et que puisse être réinstaurée de la proximité dans les processus de décision. Cette confiance renouvelée dans le cadre actuel des instances représentatives de l'hôpital doit permettre de limiter une expression plus organisée du dialogue au sein même des pôles, où notamment les cadres de proximité jouent également un rôle prépondérant. Le directeur, appuyé de l'avis de ces instances, devra imaginer, selon le principe d'autonomie interne, les modalités les plus à même de répondre à cet objectif.

L'évolution de ce dialogue interne passe également par la conception et la mise en oeuvre d'une organisation de travail plus équilibrée et par une gestion des ressources humaines modernisées. L'hôpital est une entreprise de main-d'oeuvre enfermée dans ses contradictions : elle doit ajuster sa masse salariale aux aléas de l'activité tout en devant préserver le statut de la fonction publique hospitalière auquel tous les acteurs sont attachés. L'ADH est favorable à la recherche de marges de manoeuvres organisationnelles qui à la fois préserveraient le ciment social que représente le statut tout en assouplissant le quotidien hospitalier, dans l'esprit de ce que propose la Fédération Hospitalière de France dans le cadre de l'agenda social du gouvernement. De même, l'ADH affirme son soutien dans la mise en place de crèches et de logements pour le personnel médical et non médical. Et elle

appelle au développement sur l'ensemble du territoire des dispositifs de formation des chefs de pôle et à l'accélération des expérimentations relatives aux nouveaux métiers hospitaliers. L'ADH soutient l'introduction de davantage d'égalité et de mixité dans la gestion des emplois et dans les nominations internes mais également d'équité dans le choix des critères pour la certification des établissements ou pour l'évaluation du management des établissements.

Enfin, l'hôpital a trop souvent souffert de l'image négative véhiculée par les médias, tout en conservant sa place de favori dans les enquêtes d'option sur les services publics menées auprès des Français. Pour gagner en reconnaissance, il est indispensable de favoriser une communication plus positive de l'image de l'hôpital notamment en promouvant son rôle en tant qu'acteur économique et en soutenant les innovations de gestion qu'elles portent. L'ADH est également favorable à la mise en place de campagne nationale et régionale de valorisation des activités de l'hôpital.