

XVII^{es} journées nationales de l'ADH
19 et 20 mars 2009

Diriger demain

compétences, métier,
responsabilités



EHESP



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES D'HÔPITAL



S

Diriger l'hôpital demain : compétences, métier, responsabilités

Sommaire

OUVERTURE	4
Fabien VERDIER	4
Représentant EDH, promotion 2008-2010	4
Jean-Luc CHASSANIOL	5
Président de l'Association des Directeurs d'Hôpital, élèves et anciens élèves de l'ENSP/EHESP	5
ALLOCUTION	8
Roselyne BACHELOT-NARQUIN	8
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports	8
SESSION I – COMPETENCES	12
Pr Antoine FLAHAULT	12
Directeur de l'EHESP	12
Actualité de la sélection et de la formation	12
Chantal DE SINGLY	12
Directrice de l'Institut du management, EHESP	12
Débat	13
Quelles compétences pour les dirigeants ?	15
Eric CORNUEL	15
PDG de la European Foundation for Management Development	15
Du noviciat à l'emploi fonctionnel	17
Danielle TOUPILLIER	17
Directrice du CNG	17
Débat	19
SESSION II - METIER	21
Gérard VINCENT	21
Délégué général de la FHF	21
Manager par tous les temps	21
Yves BARRAQUAND	21
Président Directeur Général WHEELABRATOR ALLEVARD	21
Débat	22
Chefs & directeurs adjoints : vers un fossé professionnel ?	24
Table ronde animée par Gérard VINCENT, avec :	24
Arnaud BIOUL, Directeur Michael Page Public & Parapublic	24
Céline LAGRAIS, Directrice des affaires financières du CH du Mans	24

Alain HERIAUD, Directeur général du CHU de Bordeaux	24
Samy BAYOD et Thomas DEROUCHE, EDH promotion 2008-2010	24
Manager à l'hôpital... ou ailleurs	28
Sophie GENAY	28
Directrice d'hôpital, Conseillère sociale à l'Ambassade de France à Moscou	28
Actualité et perspectives du métier dans un grand ensemble hospitalier	29
Benoît LECLERCQ	29
Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	29
Débat	31
Synthèse	33
Gérard VINCENT	33
Délégué général de la Fédération Hospitalière de France	33
SESSION III – FONCTIONS, RESPONSABILITES, GOUVERNANCE	34
Réinventer l'Hôpital	34
Dominique COUDREAU	34
Conseiller auprès de la Présidence du Directoire, Générale de Santé	34
Débat	35
Le métier de DH dans une nouvelle fonction publique	36
Jean-Ludovic SILICANI	36
Conseiller d'Etat, Rapporteur du Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique	36
Débat	36
Débat : Pouvoir managérial & pouvoir médical	38
Pr Guy VALLANCIEN, Institut Mutualiste Montsouris, Paris	38
Pr André GRIMALDI, Chef de service, Hôpital Pitié-Salpêtrière	38
Dr Francis FELLINGER, Président de la Conférence des Présidents de CME des CH	38
Débat	40
Débat : Vers une étatisation des hôpitaux ?	42
Jean-Marie LE GUEN, Adjoint au Maire de Paris chargé de la Santé, Président CA AP-HP	42
Michel HANNOUN, Président de la fédération UMP Santé	42
Jean-Luc CHASSANIOL, Président de l'ADH	42
Yves-Jean DUPUIS, Directeur général FEHAP	42
Débat	45
Conclusion	46
Annie PODEUR	46
Directrice de la DHOS	46

Ouverture

Fabien VERDIER **Représentant EDH, promotion 2008-2010**

Bonjour à toutes et à tous,

Elève directeur d'hôpital de la promotion 2008-2010, je suis le représentant de cette promotion à l'ADH.

J'ai l'honneur d'ouvrir ces journées qui ont pour thème « *Diriger demain : compétences, métier, responsabilités* ». Aussi, je voudrais en profiter pour faire passer deux messages : D'abord, je souhaite dire que mes camarades de la 47^{ème} promotion ont contribué activement à la préparation et à l'organisation de ces journées. Ils assureront la logistique (accueil, informations des participants...) ; ils sont également chargés de rédiger la synthèse de ces deux journées pour le journal de l'association (ils se trouvent au fond de la salle avec les ordinateurs) ; ils ont enfin pour mission de vous faire sourire au moment des intermèdes, en donnant un ton plus détendu tout en collant aux thèmes traités : 2 sketches vous seront proposés ce matin sur le modèle de *caméra café* et 1 sketch demain matin sur la garde administrative, moment toujours anxiogène pour un EDH. Une forte implication, donc, de la 47^{ème} promotion des EDH pour ces journées de l'ADH.

Ensuite, j'aimerais évoquer le thème de ces journées "*Diriger demain*". Elles sont, pour nous EDH, l'occasion de nous interroger sur l'avenir d'une profession, et surtout de nous projeter dans notre futur métier. Nous allons en effet prendre nos fonctions dans les hôpitaux en Avril 2010, au moment où la loi HPST trouvera ses premières applications.

J'aimerais dire un mot à propos des compétences et du métier d'un futur directeur d'hôpital à la veille de cette ambitieuse réforme. A mes yeux, nous serons et devons être des managers publics de santé. *Managers*, d'abord, parce que nous ne pourrons plus être de simples « administratifs » ou de purs « gestionnaires » ; *managers*, aussi, dans la mesure où nous disposerons de leviers pour diriger les hôpitaux ; *managers*, enfin, car nous devons donner une nouvelle dynamique à l'hôpital public, tant sur le plan de la qualité des soins que sur celui de son équilibre financier. Or, seuls des managers peuvent atteindre ce double objectif. Pour terminer, je reprendrai la citation de Lawrence Lowell¹ « *Le management est le plus vieux des métiers et la plus récente des professions* ».

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une bonne journée. Je laisse maintenant la parole à Jean-Luc Chassaniol, Président de l'association.

¹ Abbott Lawrence Lowell, juriste, professeur de science politique et président de l'Université d'Harvard (1909-1933).

Jean-Luc CHASSANIOL

Président de l'Association des Directeurs d'Hôpital, élèves et anciens élèves de l'ENSP/EHESP

C'est un honneur pour l'ADH de vous recevoir pour l'ouverture de ces XVII journées qui ont pour thème : « Diriger l'hôpital demain : compétence, métier, responsabilités. »

Ainsi en plein débat de la loi HPST, l'Association, fidèle à sa tradition, propose durant ces deux journées de débattre et d'anticiper sur les nouvelles formes de management de demain, et ce dans l'esprit qui nous anime : novateur et sans tabous, dans le droit fil des Journées de l'an passé sur « organisation des soins, coopération, territorialité » ou encore il y a deux ans sur la nécessité d'intégrer le « développement durable » dans nos démarches.

Pour ces quelques mots d'introduction, actualité oblige, je vous rappellerai les points forts défendus par l'ADH sur ce projet de loi, notamment dans le cadre des auditions de la Commission Larcher ou encore plus récemment devant Monsieur Jean-Marie Rolland, rapporteur de la loi à l'Assemblée Nationale.

Tout d'abord vous dire, Madame la Ministre, que l'ADH, globalement, approuve et défend ce projet de loi, que ce soit dans ses composantes, Hôpital, Patient, Santé, et Territoire.

Concernant plus précisément l'hôpital, l'ADH, qui retrouve dans le texte nombre de ses propositions, dont certaines très anciennes, a souhaité privilégier les recommandations suivantes :

- **A propos de la Gouvernance des établissements publics de santé,**

L'Association s'est déclarée favorable à la définition d'un pilotage clarifié et renforcé des hôpitaux, dotant le Directeur d'une capacité d'arbitrage ultime, dans le prolongement des préconisations du rapport Larcher.

- Néanmoins, afin d'adapter la loi à la taille des hôpitaux, l'Association propose de permettre à chaque établissement de définir librement la composition de son Directoire dans une fourchette allant de 5 à 9 membres dans les centres hospitaliers généraux, et de 7 à 11 dans les CHU. Il semble que nous ayons été partiellement entendus sur ce point, puisque le seuil a été relevé à 7 pour les CH et à 9 pour les CHU.

- L'Association réitère sa désapprobation à l'égard de la mesure visant à une quasi nomination des chefs d'établissements par le Directeur de l'ARS. Ce principe est à l'évidence pénalisant car il contribuera de fait à l'affaiblissement du directeur, remettant en cause le dynamisme des hôpitaux et par voie de conséquence toute la logique de la Nouvelle Gouvernance. Je me permets d'insister sur ce point, Madame la Ministre, qui est beaucoup moins anodin qu'il n'y paraît.

Notre crainte est que dans ce système nous soyons tous perdants :

- Les ARS car comme chacun d'entre nous nul n'est infallible. Mais que ce sera difficile pour eux de reconnaître une éventuelle erreur de casting (et pourtant quoi de plus difficile que le choix des hommes)

- Les directeurs, car je reste convaincu qu'un lien hiérarchique trop fort va quelque part freiner l'innovation. Il ne s'agit pas là, Madame la Ministre, de propos corporatistes mais d'un débat de fond : créativité et liberté surveillée n'ont jamais fait bon ménage.

- **Concernant la territorialité**

L'ADH réaffirme son soutien pour une démarche de Projet Médical de Territoire, garante d'un accès à des soins de qualité pour l'ensemble des citoyens.

- Dans ce cadre l'Association préconise le caractère obligatoire des Communautés Hospitalières de Territoires, assorti d'un délai de constitution de 24 mois. Les amendements, qui prévoient des aides fortes vont, il est vrai, dans ce sens.

- Une faiblesse apparaît toutefois dans le processus législatif concernant la place des CHU dans un maillage territorial mal défini. Sur ce point, l'ADH souhaite que la Commission Marescaux approfondisse les réflexions engagées et formule des propositions plus précises. De même, concernant la psychiatrie notre conseil d'administration fera prochainement des propositions. Je vous donne la première d'entre elles, arrêtée en CA hier, en « avant première » : il faut, au même titre que l'ADESM ou la Conférence des CME de CH, inviter systématiquement à la même table les conférences de CH et de CHU, ces établissements couvrant aujourd'hui largement autant – si ce n'est d'avantage – les besoins de la population en santé mentale.

- **Concernant la mission du service public hospitalier**

L'ADH :

- Exprime ses craintes à propos de l'article de la loi qui prévoit le transfert des missions du service public au secteur sanitaire privé en cas de « carence » du secteur public, « carence » qu'elle craint de voir organisée,

- Rappelle son attachement à la formation des Directeurs d'Hôpitaux dispensée par la seule Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, garante d'un pilotage uniformisé des établissements de soins dans le cadre d'un service public hospitalier « à la française », dont la qualité est reconnue par tous,

- Requiert, dans le cas des postes ouverts aux candidats issus du secteur privé, que ceux-ci suivent une formation obligatoire d'adaptation à l'emploi à l'EHESP. Là aussi, une de nos revendications essentielles (que nous avons longtemps été les seuls à porter) semble avoir été entendue.

Concernant l'Ecole - vous comprendrez mon insistance sur ce dossier - je souhaiterais vous faire part, Madame la Ministre, de la grande satisfaction de l'ADH sur son évolution, tant au niveau de son nouveau statut, universitaire, que de sa gouvernance, qui, comme les autres grandes écoles de service public, accorde désormais une place beaucoup plus large aux professionnels qu'elle forme, notamment aux anciens élèves (l'ADH, qui siège désormais dans quasiment toutes ses instances, notamment son CA, vient de signer une convention de partenariat).

Sachez aussi notre très grande satisfaction de voir aboutir une de nos revendications les plus anciennes : au delà de la formation initiale des D.H. la possibilité désormais de suivre un MBA. Sur ce point aussi l'Association a une position originale et propose qu'à terme l'obtention d'un MBA-ou tout autre diplôme de niveau équivalent- soit un des passages obligés pour la nomination aux postes les plus importants de la profession (Directeur de CHU, Directeur de CHT).

C'est volontairement que je cite ensemble CHU et CHT, car je suis pour ma part convaincu que les clivages actuels – je sais que je vais en choquer certains dans cette salle – sont derrière nous et que la direction d'un CHT sera tout aussi complexe que celle d'un CHU. A mon sens, nos systèmes de pensée actuels sont d'un autre temps et nous devons même élargir le champ de notre vision bien au delà de l'hôpital. C'est d'ailleurs pour cela qu'avec nos amis de l'Association des Administrateurs Territoriaux de France (présidée par Monsieur Jean-Christophe Baudouin) et de l'Association des anciens élèves de l'ENA (présidée par Monsieur Arnaud Teyssier) – que je remercie de leur présence à ce congrès – nous réfléchissons depuis quelques mois à des actions communes pour promouvoir ensemble la qualité du service public à la française, à laquelle nous croyons fortement et dont beaucoup, en ces temps de crise, semblent découvrir les vertus.

Enfin sachez, Madame la Ministre, que si nous sommes fiers de notre métier, Directeur d'hôpital, nous sommes également bien conscients de ses contraintes et – je reprends vos termes de la semaine passée à Clairefontaine – tout comme vous convaincus que le projet de loi ne saurait en aucun cas être gravé dans le marbre : il conviendra avant tout d'être pragmatique. Vous pouvez compter sur nous pour le faire évoluer et le faire vivre sur le terrain, au service des malades, sans oublier l'indispensable modestie, inhérente à tout ce qui touche aux soins. Nous aussi, n'oublions pas nos maîtres : « la médecine fait mourir plus longtemps » enseignait Plutarque, nous rappelant les limites de tout pouvoir, fut-il médical, et renvoyant chacun d'entre nous à sa propre finitude.

Ainsi, avec cette nouvelle loi, notre devoir est de prouver très vite notre capacité à diriger des établissements de soins dans l'intérêt de tous et de lever les craintes – que l'on peut comprendre – du corps médical car il est bien évident que l'on ne peut pas diriger un hôpital « contre » les médecins mais avec eux.

En vous renouvelent mes remerciements pour votre présence, soyez bien certaine, Madame la Ministre, qu'à travers ces journées, et avec l'aide de l'Ecole, qui doit devenir une référence internationale en la matière, nous allons réfléchir à l'évolution du mode de gouvernance des hôpitaux dans le sens non pas d'un despotisme, fut-il éclairé, mais d'un management répondant aux exigences d'une entreprise de service public du XXI^{ème} siècle.

Allocution

Roselyne BACHELOT-NARQUIN **Ministre de la Santé et des Sports**

Monsieur le président de l'Association des directeurs d'hôpital, cher Jean-Luc Chassaniol, Mesdames et Messieurs,

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » vient d'être votée solennellement hier, à l'Assemblée nationale, avant son examen prochain par le Sénat.

Le cœur de cette réforme, c'est la modernisation des hôpitaux, qui vous donne à vous, directeurs d'hôpital, une place majeure, à la mesure des responsabilités qui vous incombent.

Parce que vous êtes, au même titre que l'ensemble des professionnels de santé, directement concernés par les mesures adoptées, il est bien naturel que vous vous interrogiez sur l'avenir de votre métier, et je vous remercie de m'associer à ces échanges.

Une nouvelle fois, vous manifestez votre désir de vous approprier ces questions décisives, comme vous l'avez fait durant la préparation du projet de loi, à laquelle je vous sais gré d'avoir participé.

Le sujet de la gouvernance de l'hôpital a été un point de débat important lors de l'examen du projet de loi à l'Assemblée nationale.

Avant d'entrer dans le détail, je tiens à souligner d'emblée que le statut public de l'hôpital a été confirmé.

Dans les établissements publics de santé, le conseil de surveillance remplacera le conseil d'administration.

Plus restreint, celui-ci sera recentré sur ses missions d'orientation stratégique et de contrôle. Un directoire à majorité médicale remplacera le conseil exécutif. Ce sera désormais le directeur qui déterminera l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et qui prendra les décisions de gestion, après avoir consulté le directoire.

Il appartiendra au chef d'établissement, assisté du président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, de conduire le projet d'établissement, en s'appuyant sur les membres de l'équipe de direction, au premier rang desquels les directeurs adjoints et le directeur des soins.

La réforme de l'hôpital renforce les pouvoirs des directeurs. Voyez-y le témoignage de notre confiance, mais prenez bien conscience, aussi, des devoirs que ce rôle accru implique.

Ne nous y trompons pas : votre tâche n'en sera pas plus facile, ni vos prérogatives illimitées.

A vous de prendre toute la mesure de vos responsabilités, puisque ce sont avant tout celles-ci qui désormais sont accrues, vis-à-vis de vos trois types d'interlocuteurs naturels que sont les élus, les personnels hospitaliers et les patients.

Je commencerai par les élus, parce que leur vision globale des besoins de la population sur leur territoire les implique pleinement dans l'élaboration des politiques de santé sur un territoire.

Cinq élus siègeront au conseil de surveillance : ils seront pour vous des interlocuteurs incontournables, présents dans la durée, et témoins à la fois des problématiques de santé et de l'effectivité des politiques menées.

Ne les ignorez pas : leur connaissance concrète des réalités du terrain vous sera plus que jamais nécessaire pour tourner vos établissements vers l'extérieur, développer des liens avec les médecins libéraux, les établissements privés, le secteur médico-social, et vous inscrire dans des dynamiques de réseaux de santé.

Des personnalités qualifiées, issues de la société civile, feront également partie du conseil de surveillance. Par leur expérience et leur expertise dans le domaine de la santé, elles participeront à l'élaboration de la stratégie.

Les responsabilités qui vous sont confiées appellent légitimement un approfondissement de la mission de contrôle du conseil de surveillance. « Pouvoirs étendus » ne signifie pas, en effet, « pouvoirs non contrôlés ».

Ainsi, le texte prévoit que vous lui remettiez chaque année un rapport d'activité, ainsi qu'un rapport budgétaire et financier.

C'est d'ailleurs cette logique de responsabilité qui m'a amenée à proposer que le directeur de l'agence régionale de santé propose au Centre national de gestion (CNG) le nom du candidat qu'il souhaite nommer. J'ai entendu sur ce point vos inquiétudes. Je voudrais vous rassurer en rappelant que c'est au CNG que revient la responsabilité d'établir la courte liste, en fonction des profils des postes à pourvoir. Cela limite grandement les risques de nomination arbitraire.

Une nomination par l'ARS est aussi une question de bon sens : qui mieux que le directeur de l'ARS pourra apprécier la complexité du poste, son environnement, les enjeux qui s'y rattachent ? Il ne faut pas, cher Jean-Luc Chassaniol, percevoir cela comme une mise au pas, mais bien comme une amélioration de la gestion nationale du corps des directeurs.

Certes, la tutelle des établissements de santé se trouve complétée par le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », mais j'ai souhaité accepter des amendements prenant en compte vos propositions. Ainsi, l'avis de la commission administrative paritaire sera requis en cas de mise en recherche d'affectation d'un membre de l'équipe de direction, sauf pour le chef d'établissement.

De même, j'ai considéré que la mise sous administration provisoire n'était pas la réponse appropriée aux difficultés que pouvaient rencontrer les hôpitaux en matière de qualité et de sécurité des soins.

Bien entendu, vous rendrez également compte à l'agence régionale de santé, qui sera, pour vous, un interlocuteur majeur.

Ses compétences seront renforcées en matière d'organisation des soins par rapport aux actuelles agences régionales de l'hospitalisation, en particulier sur deux points.

L'ARS exercera d'abord un contrôle plus étroit sur les établissements, puisque les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront désormais enrichis et porteront, au-delà des critères d'activité, plus directement sur la performance médico-économique des établissements.

L'ARS aura ensuite un rôle essentiel d'impulsion sur la coordination entre établissements de santé, et sur l'articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social. J'y reviendrai.

Vos interlocuteurs quotidiens, mesdames et messieurs les directeurs, resteront bien évidemment les personnels hospitaliers. Pour une gouvernance plus efficace, j'ai voulu une gouvernance plus resserrée. C'est la raison pour laquelle l'équipe de direction n'est pas présente au sein du directoire, afin de ne pas multiplier les sièges dans les différentes instances.

Pour autant, loin de moi l'idée d'écarter les directeurs adjoints de la gouvernance. Ils sont, soyez-en assurés, des interlocuteurs clé et, en tant que tels, ils seront entendus. Ainsi, le président du directoire pourra être assisté de ses directeurs adjoints, en tant que de besoin, sans qu'ils soient membres du directoire.

Je m'arrêterai un instant sur les médecins, et en particulier les membres de la commission médicale d'établissement, puisque leurs prérogatives, de même que les vôtres, se trouvent renforcées.

Le président de la commission médicale d'établissement devient vice-président du directoire : vos décisions ne devront jamais ignorer la dimension médicale.

De toute évidence, la loi officialise un mode de fonctionnement que vous avez d'ores et déjà depuis longtemps adopté. Je sais que partout, vous avez constitué des binômes avec vos présidents de CME, comprenant qu'on ne peut pas opposer soin et administration de l'hôpital.

Le chef d'établissement et le président de la CME sont bel et bien complémentaires. Ils mènent une action conjointe et cohérente, même si leur place et leur rôle doivent rester clairement définis.

Ainsi, le président de la CME, élu par ses pairs, ne saurait être codécideur des nominations ni cosignataire des décisions de gestion. En revanche, c'est à lui qu'incombe la responsabilité d'élaborer le projet médical que vous devrez mettre en œuvre. Sous votre autorité, il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Le pendant de cette autorité, néanmoins, ne saurait être l'obéissance : c'est bien plutôt l'engagement de la communauté médicale que vous aurez à recueillir. C'est cet engagement, ne l'oublions pas, qui fait la qualité d'un établissement.

A vous de parvenir à associer comme il se doit les personnels médicaux. La concertation et l'échange avec la communauté médicale sont plus que jamais indispensables. J'attends que vous y soyez attentifs.

Enfin, les cadres hospitaliers feront vivre la réforme. Nous mesurons tous l'importance des cadres à l'hôpital, qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques, pour une bonne organisation et une bonne mise en œuvre du projet d'établissement.

C'est pourquoi j'ai confié à Chantal de Singly, directrice de l'Institut du management à l'EHESP, une mission sur les cadres hospitaliers, afin de clarifier leur rôle en nous inspirant des expériences réussies en matière de gouvernance et de management.

Dans cette perspective, après une phase d'audition en mars-avril, des forums seront organisés dans les centres hospitalo-universitaires au mois de mai. Je compte sur vous tous, directeurs d'hôpitaux, pour faire remonter les innovations et les bonnes pratiques qui pourraient être diffusées et généralisées.

Je terminerai par eux, car c'est pour eux que vous et l'ensemble du personnel hospitalier agissez : les patients.

La simplification des procédures et la gouvernance renouvelée de l'hôpital ne visent qu'un seul et même but : améliorer les soins.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de fait, est notre priorité la plus constante.

Pour y parvenir, les établissements de santé seront plus libres de leur organisation. Mais vous devrez, en contrepartie, afficher davantage de transparence vis-à-vis des patients.

Cela passe, en particulier, par le recueil d'indicateurs de qualité, que je veux développer.

Les usagers doivent également avoir une meilleure visibilité de la politique de qualité menée à l'hôpital, d'où la présence des représentants des usagers dans le conseil de surveillance.

Améliorer les soins, c'est aussi, bien sûr, améliorer les filières de soins, au plus grand bénéfice des patients.

L'organisation en pôles répondait déjà à cet objectif. J'attends désormais que l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur et s'inscrive encore plus concrètement dans une logique de coopérations et de réseaux de santé.

Les coopérations entre établissements de santé sont à faciliter pour apporter une meilleure réponse aux besoins de santé sur un territoire.

C'est dans cette optique que je conçois les communautés hospitalières de territoire, qui permettent l'élaboration d'un projet médical commun.

Nous devons réfléchir ensemble à un juste équilibre entre proximité et économies d'échelle. Les CHT devront être suffisamment grandes pour répondre aux besoins de santé de la population, sans pour autant être de trop vastes ensembles, difficiles à gérer.

C'est dans cette optique, aussi, que doivent s'entendre les coopérations avec les établissements privés : les groupements de coopération sanitaire s'inscrivent dans une logique de proximité, proximité recherchée par les patients.

L'hôpital doit aussi devenir un interlocuteur accessible pour les médecins libéraux, et notamment développer une politique de programmation des hospitalisations sans passer par les urgences.

Pour améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé, le Dossier médical personnel est un outil incontournable. Or, il ne pourra y avoir de DMP sans une participation active des hôpitaux. La production systématique de comptes-rendus d'hospitalisation et leur communication par voie électronique sera une priorité dans les prochains mois.

Vous l'aurez compris : le dialogue avec la médecine de ville et le secteur médico-social doit impérativement être renforcé. Les ARS, je vous le disais, vous y aideront.

Ces évolutions décisives de la fonction de directeur d'hôpital doivent s'accompagner d'une évolution du statut lui-même.

Le statut de 2005 a déjà permis de moderniser les fonctions de direction, en adaptant le régime indemnitaire aux postes occupés, et en rénovant le dispositif d'évaluation.

Ce mouvement de modernisation, que d'autres fonctions publiques nous envient, doit se poursuivre. Ainsi, l'ouverture du corps des directeurs, que j'appelle de mes vœux, doit être entendue comme le signe du dynamisme et de l'attractivité de votre profession. Le centre national de gestion y travaille.

Cette ouverture restera bien entendu limitée, conformément à l'esprit du protocole d'accord de 2004.

Vous le voyez, je ne vous ai pas – encore – parlé d'économie : l'équilibre financier n'est pas un but en soi. Il ne résulte que d'une bonne gestion dans tous les domaines : une comptabilité analytique, venant en appui d'une gestion stratégique, une organisation médicale autour d'un projet cohérent qui répond aux besoins de la population, une gestion des ressources humaines dynamique...

Vous êtes tout à la fois professionnels de la gestion et professionnels de la santé publique.

Ces caractéristiques font de vous une profession à part, que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » reconnaît pleinement.

Il vous offre les outils qui vous aideront à moderniser la gestion des établissements de santé. Je ne doute pas que vous saurez vous en saisir.

C'est une belle preuve, s'il en était besoin, de la confiance que je vous porte, et que je vous renouvelle.

Je vous remercie.

Session I – Compétences

Pr Antoine FLAHAULT
Directeur de l'EHESP

Le changement de statut de notre Ecole, qui peut désormais délivrer des diplômes universitaires, a été une chance dans le climat actuel de réforme. L'universitarisation était nécessaire. Notre modèle, associant de nombreux professionnels, peut être utile à l'ensemble du monde universitaire. Nous représentons un modèle gérable, celui d'une petite université de talent. Cette Ecole est au service des compétences. Celles-ci doivent être construites dans les formations initiales puis être maintenues. Nous allons tout mettre en œuvre pour former les compétences dont vous avez besoin.

Nous devons relever le défi de mettre en place un modèle français. Celui-ci n'est pas encore suffisamment valorisé à l'international. L'Ecole cherche cette reconnaissance internationale et souhaite devenir leader européen dans son domaine. J'ai été élu Président de l'ASPHER (Association des écoles de santé publique de la région Européenne) et je souhaite, en cohérence avec cette notion d'élargissement des horizons de la formation, que les directeurs d'hôpitaux s'investissent dans cette association.

Actualité de la sélection et de la formation

Chantal DE SINGLY
Directrice de l'Institut du management, EHESP

Je vais vous présenter la formation des directeurs d'hôpital.

Les missions de l'EHESP sont inscrites dans la loi de 2004. Celle-ci insiste sur le développement des formations professionnelles et ouvre les logiques du diplôme et de la recherche en santé publique. Pour moi, la recherche et la santé publique vont ensemble.

Aujourd'hui, la formation mérite d'être développée. La santé publique doit être enseignée après avoir analysé les besoins de la population. Il sera ainsi possible de construire une offre de soin ayant du sens.

Ces dernières années, nous n'avons peut-être pas fait suffisamment de médecine. Nous voulons reprendre les séminaires qui existaient auparavant. Nous voulons aussi inciter les élèves à suivre un stage auprès d'un médecin hospitalier.

Beaucoup doit être fait également dans le management.

Pour que notre formation soit réellement adaptée, nous devons aller plus loin dans le travail de personnalisation des parcours. Nous voulons plus d'interactions entre les cours et les travaux de terrain. Il faut aussi que la recherche soit développée.

Dans un avenir proche, nous travaillons à l'élaboration d'un mastère Grande Ecole. Nous nous posons aussi la question de l'ouverture : accepter ou non des personnes n'ayant pas passé le concours. Nous n'avons pas encore pris de décision.

Nous réfléchissons aussi à la mise en place d'un doctorat, selon un modèle où le directeur d'hôpital est en même temps professeur de management.

Depuis un an, un mastère Santé Publique est ouvert à tous. Il reprend l'ensemble des disciplines et des grands domaines de l'Ecole. Je rappelle par ailleurs que nous disposons déjà des diplômes co-labelisés. Nous avons scellé des accords qui nous permettent notamment de proposer un diplôme international en management de la qualité en santé, avec l'Université technologique de Compiègne et Montréal.

En ce qui concerne les directeurs d'hôpital, nous pensons nous diriger vers un diplôme de mastère spécialisé. Ce niveau pourrait être proposé à d'autres professionnels. Par ailleurs, nous entrons dans une logique d'accréditation auprès des écoles nord-américaines en santé publique. Nous envisageons aussi la perspective de proposer un ou deux MBA, Health Care et Social Care.

La formation que nous imaginons demain pour les directeurs d'hôpital durera 27 mois et délivrera un MBA. Nous ajoutons également un certificat de Service public hospitalier. Celui-ci pourra être proposé à des personnes venant de cursus différents et qui occuperaient des fonctions de direction d'établissements de santé.

Je souhaitais aussi vous présenter l'Institut du Management. Il a pour mission de développer les connaissances et les compétences dans la gestion des établissements et des politiques de santé. Il pose par exemple la question de l'accompagnement de la mise en place des ARS demain.

L'Institut s'intéresse à trois thèmes :

- la connaissance des objectifs des actions en santé,
- les résultats de l'activité,
- la manière dont les ressources sont mises à contribution.

Nous proposons la formation Hôpital Plus, qui dure cinq semaines et permet de passer des fonctions d'adjoint à celles de chef d'établissement.

Nous avons aussi initié un Executive Health MBA dans le cadre d'un partenariat international associant l'ESCP et la London School of Economics. Nous avons mis en place des études de cas. Une visite est prévue à la London School pour étudier le système de santé anglais et nous travaillons sur le management avec l'ESCP. Pour la rentrée 2009, nous prévoyons un partenariat avec l'Université Columbia de New-York, comprenant notamment deux semaines à l'Université avec des études de cas.

Nous avons donc œuvré fortement pour offrir davantage de connaissances à notre service public français. Pour aller plus loin, nous devons recruter des professeurs ayant fait des thèses pour encadrer les recherches.

Enfin, nous sommes en train de mettre en place un parcours doctoral, en réseau avec Paris V, Paris VI, HEC et d'autres universités.

Débat

Jean-Luc CHASSANIOL

Si je comprends bien, le MBA est prévu pour l'ensemble des élèves sortant de l'Ecole. Il ne s'agirait plus d'un diplôme de cursus professionnel.

Chantal DE SINGLY

Il s'agit pour l'instant d'une hypothèse.

Pr Antoine FLAHAULT

Dans la perspective d'une accréditation nord-américaine, une délégation est venue nous rendre visite. Elle a constaté que nos formations s'apparentaient au Health Care MBA. Nous pourrions donc proposer rapidement ce « produit » dès que nous serons reconnus comme

une Grande Ecole. Cependant, ce diplôme ne suffira pas pour devenir directeur d'hôpital, il faudra également avoir suivi un module obligatoire.

De la salle

La question essentielle est celle de la place du directeur, de sa reconnaissance universitaire. Il faut sortir du discours le cantonnant dans un rôle administratif. Nous sommes des hommes de santé publique, les seuls à être issus d'une école de santé publique. Votre volonté de donner un MBA est fondamentale. Nous devons pouvoir imaginer de nouveaux parcours hospitalo-universitaires. Il s'agit d'une valeur ajoutée essentielle.

Frédéric BOIRON, directeur CH de Beauvais

Je remarque qu'il n'a jamais été envisagé de faire de la formation Hôpital Plus l'équivalent d'un DU, ce que beaucoup regrettent.

Par ailleurs, comment va se passer l'évolution de l'EHESP vers une école doctorale ?

Chantal DE SINGLY

Nous nous inscrivons déjà dans la logique du DU avec le certificat, une sorte de « diplôme d'école ». Il nécessite de rédiger un mémoire approfondi.

Pr Antoine FLAHAULT

Nous pouvons maintenant créer des diplômes d'établissement, qui équivalent aux DU.

Le réseau doctoral est créé mais reste balbutiant. Nous avons aujourd'hui douze doctorants. Les élèves mèneront des thèses qui conduiront à l'obtention d'un diplôme de l'université et de l'école.

Chantal DE SINGLY

Il est complexe pour un directeur d'hôpital d'écrire une thèse et de mener son métier parallèlement. Nous devons réfléchir à une adaptation du diplôme afin qu'il ne soit pas réservé aux jeunes élèves qui entrent.

Philippe JAHAN, directeur du CH de Valenciennes

Une formation en droit privé est-elle prévue dans l'enseignement ? Certains organismes ont la prétention de fournir une formation publique et privée.

De mon point de vue, nous devons nous adapter pour offrir aux managers un pont entre public et privé.

Chantal DE SINGLY

Nous sommes tout à fait d'accord. La formation des directeurs d'hôpital n'est pas faite seulement par l'Institut du Management mais par l'ensemble des départements. Ainsi, le département des sciences humaines et sociales comprend une chaire de droit privé.

Vous avez raison, nous devons nous préparer à former des managers en santé, publique ou privée.

Bernard NUYTEN, directeur CH de Carcassonne

Il me semble très important que nous ayons une formation dans le milieu médical.

Par ailleurs, l'enjeu concernant les ARS est énorme. Leurs directeurs devront suivre de très bons stages de management.

Chantal DE SINGLY

Nous allons poursuivre les stages cliniques. L'idée est de mieux comprendre les maladies.

Michel-Léopold JOUVIN, directeur du CHS de Jury

Je ne vois pas dans les contenus un élément fondamental, à savoir la notion de développement durable en santé.

Pr Antoine FLAHAULT

Nous travaillons beaucoup avec le Comité de direction sur ces questions. Elles seront au cœur de l'ensemble de nos filières.

Un élève-directeur d'hôpital

Est-il prévu que le MBA soit mis en place pour les élèves de la promotion 2009-2011 ?

Pr Antoine FLAHAULT

Nous négocierons avec la Conférence des Grandes Ecoles pour que les élèves aient la possibilité d'obtenir le MBA.

De la salle

Ma crainte est que la recherche ne soit pas suffisamment valorisée en France, au contraire des Etats-Unis. Le fait de poursuivre ses études est souvent perçu comme la peur de se lancer dans le monde du travail. J'encourage votre volonté de développer cet aspect.

Quelles compétences pour les dirigeants ?

Eric CORNUEL

PDG de la European Foundation for Management Development

Je dirige l'EFMD, un réseau présent dans 80 pays, comptant 700 membres et ayant des activités en relation avec le management. Nos membres sont les principales écoles de management mondiales, des grandes entreprises, des institutions, des ministères, etc.

Nous avons créé une école en Chine, l'une des 20 meilleures au monde. Nous coopérons également avec les Nations Unies et la Commission Européenne. Nous menons aussi des activités de recherche.

Le monde a énormément changé, il s'ouvre, le capitalisme est présent partout. L'OMC comprend plus de 150 membres, l'Europe s'est renforcée et élargie, la pauvreté a été réduite, notamment en Asie, et la communication s'est développée à l'échelle mondiale. Ce changement s'est opéré en peu de générations. De nouvelles règles s'imposent en conséquence aux services publics.

Le changement lui-même a évolué. Auparavant, le manager était capable de s'adapter, par une formation par exemple. Désormais, le changement est discontinu et abrupt. De grandes entreprises peuvent disparaître du jour au lendemain.

Nous étions dirigés par la science dans la première moitié du XX^{ème} siècle, puis par le marketing. Aujourd'hui, nous essayons de développer un produit ou un service dans le plus court délai, tout en intégrant le client dans son élaboration. Rester au « goût du jour » est fondamental. Tous les cinq ans, la technologie devient obsolète. Les citoyens ont du mal à suivre. En Europe, entre 30 et 50 % des personnes en âge de travailler ne possèdent pas les connaissances suffisantes pour se débrouiller avec internet, la banque électronique, etc.

La globalisation a aussi connu des échecs, comme la pauvreté massive en Afrique ou la crise du capitalisme.

Concernant les managers, ils doivent faire face à une crise de légitimité suite aux divers scandales qui se sont produits ou en raison des licenciements massifs alors que leur entreprise réalise des profits. Les organisations sans but lucratif restent heureusement celles qui détiennent la plus grande légitimité. Les écoles de management ont mis en place des cours d'éthique mais cela ne suffit pas à résoudre le problème.

Pendant très longtemps, l'intérêt de l'entreprise s'est porté sur l'actionnaire. Dans les années 90, le seul objectif des managers était d'augmenter la valeur en bourse, ce qui était

aberrant. La valeur des actionnaires a détruit la valeur sociale. Des entreprises ont complètement anéanti leur culture.

Aujourd'hui, la problématique porte davantage sur l'environnement. Les clients et les employés prennent toute leur importance. Les questions de la santé et du développement durable sont prises en compte.

Le rôle du manager va donc changer. Il doit posséder trois talents : technique, humain et conceptuel. Plus la position est haute dans la hiérarchie, plus l'aspect conceptuel est important. Le manager a désormais de plus en plus la responsabilité essentielle d'attirer et de retenir les talents. En effet, de nombreux managers vont partir à la retraite et il n'y a pas suffisamment de personnel formé pour les remplacer.

La Commission européenne a publié un Livre Vert sur la Santé. La communauté de la Santé représente 10 % des emplois en Europe, dont 70 % des coûts concernent la gestion des ressources humaines. Le management des personnes est donc un point très important. Vous avez de beaux jours devant vous à condition que les ressources soient présentes et investies aux bons endroits.

En préambule, les élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2008-2010 jouent un sketch.

Du noviciat à l'emploi fonctionnel

Danielle TOUPILLIER
Directrice du CNG

Pour aborder le thème qu'il m'a été proposé de vous présenter, j'ai commencé par regarder la définition du noviciat. Dans toutes les traditions religieuses, il s'agit d'une période d'initiation pour une vie ultérieure stable.

I. Introduction

Le statut des directeurs d'hôpital est basé sur une série de décrets et d'arrêtés datant pour l'essentiel de 2005. Le directeur d'hôpital est un corps de catégorie A, avec un grade de hors-classe et une classe normale. Les acteurs de la gestion de ce corps sont au nombre de quatre : le Ministre de la Santé, le Directeur général du CNG, la Commission Administrative Paritaire Nationale et la Commission des carrières.

La Ministre de la Santé a le privilège de nommer les directeurs chefs d'établissements, hormis ceux de quelques gros établissements nommés par décret.

Le Directeur général du CNG a une compétence sur tous les autres emplois. Le CNG s'occupe de la gestion des carrières, hormis trois événements : les nominations des chefs d'établissements, les évaluations et les régimes indemnitaires.

La Commission Administrative Paritaire Nationale s'occupe de l'ensemble du dispositif de carrière. Elle gère les évolutions statutaires, les nominations, les titularisations et les mutations.

La Commission des carrières est récente. Elle a un rôle décisionnel. Un accord vient d'être signé avec les organisations syndicales pour rendre visibles les critères d'agrément aux emplois fonctionnels. Chacun doit pouvoir solliciter cet agrément au cours de sa carrière avec davantage de chances de succès que précédemment. L'examen est précédé d'un entretien, lequel est rapporté à la Commission des carrières qui décide ou non de l'agrément. Tout le monde dans le corps a vocation à être agréé un jour. Si une personne n'est pas agréée, la Commission lui indique le chemin à emprunter.

II. Modalités de recrutement

Il existe trois modalités de recrutement : le recrutement dans la classe normale, le détachement et le tour extérieur.

L'admission à l'EHESP se fait par un concours externe ou interne. Les élèves reçus entrent ainsi dans le corps des directeurs d'hôpital en étant administrateurs à l'Ecole. Leur nomination dans l'emploi se fera ensuite par le directeur du CNG.

La seconde voie d'accès est le détachement. Les personnes éligibles sont les administrateurs civils, les administrateurs des Postes et Télécommunications, les administrateurs territoriaux et les magistrats de l'ordre judiciaire. Pour être détaché, il faut un avis de la Commission Administrative Paritaire. Pour l'instant, il n'est pas possible d'être détaché dans son propre établissement mais cela sera bientôt possible. Une formation d'adaptation est obligatoire. Elle doit être réalisée dans les deux années suivant la prise de détachement.

Enfin, le tour extérieur s'adresse aux fonctionnaires provenant de corps avec un indice brut égal ou supérieur à 1 015, ayant 10 ans d'ancienneté et plus de 40 ans. La sélection est assurée par un jury sur dossier, puis une audition est organisée et le candidat est alors inscrit

sur une liste nationale d'aptitude en cas de réussite. Cette inscription est valable un an. La personne doit ensuite faire un stage. En cas d'échec, elle réintègre son corps d'origine ou entame une seconde année de stage.

III. Avancement hors-classe

Pour que les directeurs d'hôpital puissent bénéficier de cet avancement, ils doivent être en classe normale, au moins au sixième échelon et justifier de quatre ans d'exercice. Les praticiens hospitaliers, eux, doivent au moins avoir atteint le sixième échelon.

Les conditions de mobilité sont très importantes. Pour prétendre à l'avancement hors-classe, il faut avoir connu dans sa carrière au moins un changement fonctionnel et un changement d'établissement. En cas de changement de région, une seule condition suffit pour avoir accès à la hors-classe. Le décret d'août 2005 fait que les détachements valent comme une mobilité permettant l'accès à la hors-classe. La Commission des carrières prend également en considération au cas par cas le parcours réalisé dans le cadre des disponibilités. Celles-ci doivent avoir couvert une durée minimale d'un an.

IV. Les emplois fonctionnels

Les emplois fonctionnels sont des postes de haute responsabilité dans lesquels la personne est détachée pour une durée limitée éventuellement renouvelée. Le décret d'août 2005 permet que ce renouvellement soit illimité.

La nomination se fait par détachement, auquel il peut être mis fin à tout moment pour des motifs d'intérêt général. Il s'agit d'un statut d'emploi particulier, qui n'est ni un corps ni un grade.

La liste des emplois fonctionnels est très limitée, elle comprend sept catégories : les DG de CHU et CHR, les directeurs exécutifs des Groupements Hospitalo-Universitaires de l'AP-HP, les directeurs chefs d'établissements, les directeurs des services centraux de l'AP-HP, les Secrétaires généraux et directeurs généraux adjoints des HCL et de l'APHM, les sous-directeurs des services centraux de l'AP-HP et les directeurs généraux adjoints des CHR et CHU.

Les personnes éligibles sont les directeurs d'hôpitaux et les fonctionnaires de catégorie A inscrits sur liste d'aptitude. Des limitations numériques existent.

La publication des postes vacants doit être accompagnée du profil du poste. Ce profil est malheureusement souvent communiqué tardivement. Une instruction précise sur le sujet sera passée. Sans cette fiche, le poste ne sera pas publié. Il est important que les candidats soient parfaitement informés du poste qu'ils envisagent de solliciter. Les procédures de sélection ne sont pas toujours claires. Des critères indicatifs sont donc donnés mais la Commission des carrières reste souveraine dans tous les cas.

Trois formes d'agrément différentes ont été établies : directeur général de CHU-CHR, adjoints et sous-emplois fonctionnels, chefs d'établissement. Le parcours d'une personne qui postule sera étudié pour voir si les trois agréments peuvent lui être donnés. Les directeurs d'hôpital reçoivent un agrément pour cinq ans, les autres sont inscrits sur une liste d'aptitude.

Concernant la procédure de sélection, les candidatures aux postes de DG de CHU et directeur de CH emploi fonctionnel sont adressées à la Ministre et transmises à la Commission des carrières. Celle-ci sélectionne douze candidats, présentés par la Ministre au président du Conseil d'administration. Il rend son avis et la Commission rend ensuite le sien. La Ministre nomme alors dans l'emploi.

Pour les autres emplois fonctionnels, les personnes sont nommées par le DG du CNG.

V. Considérations sur la gestion de carrière

Existe-t-il un parcours idéal ? Deux itinéraires sont possibles.

Le premier correspond à une personne qui demeure directeur d'hôpital toute sa carrière, et qui combine mobilité fonctionnelle et géographique afin de gravir les échelons.

Le second parcours est celui du détachement et de la mise à disposition pour diversifier son expérience et acquérir des réflexes différents. Un parcours n'est pas plus noble qu'un autre.

Avant de prendre un poste, il faut choisir sa structure, avoir de l'intérêt pour la fonction, réfléchir à l'acquisition des compétences de chef, à la mobilité, au choix d'un établissement difficile, et enfin préparer son entretien d'évaluation.

Le CNG essaie de diversifier les parcours. Les directeurs d'hôpital sont très prisés dans la fonction publique territoriale. Le CNG leur propose un accompagnement. Lors du processus d'affectation, la personne est rattachée au CNG.

VI. Les modifications de la loi HPST

Comme vous le savez, de nouvelles procédures de nomination du chef d'établissement sont annoncées. De plus, les détachements sur emplois fonctionnels pourront se faire sur contrat mais seront limités à des postes particuliers. Par ailleurs, le directeur adjoint sera nommé par le directeur du CNG.

Débat

Antoine RAVELO DE TOVAR, consultant

Le milieu exige des diplômes. Peut-être sommes-nous en train de créer un nouveau mandarinat, en opposition avec la philosophie de la fonction publique.

Danielle TOUPILLIER

Ceux qui entrent dans le dispositif par le concours externe proviennent à 77 % de diplômes IEP. Il reste toutefois une voie importante par les concours internes et les cycles préparatoires. Le concours interne représente entre 33 et 40 % des places, ce qui est élevé.

Jean-Luc CHASSANIOL

L'ADH, en partenariat avec l'Ecole, va mettre en place une préparation au concours interne *via* l'e-learning pour multiplier le nombre de candidats.

Pr Antoine FLAHAULT

Nous ne sommes pas dans une logique de collection de diplômes. Ceux-ci permettent la mobilité.

Eric CORNUEL

Selon moi, vous souhaitez un doctorat parce que vous avez en face de vous des docteurs en médecine. Le doctorat permet de faire de la recherche, je ne suis pas convaincu de son utilité pour faire du management. En revanche, dans ce domaine, il existe le DBA, un diplôme orienté vers les personnes ayant de hautes responsabilités en entreprise.

Jean-Luc CHASSANIOL

Un bon manager doit cependant faire de la recherche. Le dogme de la mobilité n'est pas forcément bon. Il arrive que des PME gardent le même patron pendant 40 ans et parviennent au sommet mondial.

Danielle TOUPILLIER

La mobilité permet de s'ouvrir et de sélectionner ceux qui seront éligibles aux fonctions de chef d'établissement. Il faut lutter aussi bien contre une mobilité trop grande que contre une mobilité trop réduite. Les bons délais doivent être trouvés.

Jean-Luc CHASSANIOL

En termes de crédibilité, je trouve que des chefs d'établissement restant seulement deux ans dans leur fonction posent problème.

Danielle TOUPILLIER

Ce cas est rarissime. La mobilité doit permettre de gravir les échelons mais pas dans un tourbillon permanent.

De la salle

Les présidents des Conseils d'administration sont-ils les mieux placés pour orienter le choix du chef d'établissement en les recevant simplement un quart d'heure ?

Par ailleurs, le fait de donner plus de pouvoir aux ARS ne risque-t-il pas de conduire les directeurs d'hôpitaux à lui être dévoués ?

Danielle TOUPILLIER

Nous essayons d'obliger les présidents des Conseils d'administrations à recevoir les candidats au poste de chef d'établissement. De plus, les présidents ne sont pas seuls. Un avis de la Commission paritaire doit être rendu. Comme dans tout système, il y a des risques mais ils sont limités. La Commission de carrière permet de sélectionner les personnes aptes. Les sélections doivent être très pertinentes pour que nous soyons certains que la personne choisie, quelle qu'elle soit, sera compétente.

Bernard NUYTEN, directeur CH de Carcassonne

Que fera le CNG quand il y aura plusieurs candidats sur une seule région ? Le directeur de l'ARS pourrait formuler au moins trois propositions.

Danielle TOUPILLIER

Il serait intéressant de pouvoir multiplier les choix de candidature. Il y aura certainement des dispositions réglementaires en ce sens.

Pr Antoine FLAHAULT

Il me revient de conclure cette matinée.

Le métier de directeur d'hôpital est difficile et nécessite des formations de haut niveau. Il est très important que la France sache produire un travail de recherche comparative sur son système de santé. Il serait légitime qu'un grand directeur soit un PUDH, comme les chirurgiens. Nous avançons aujourd'hui sur des problématiques qui nous tirent vers le haut. Elles n'entraveront pas le déroulement des carrières.

Je vous remercie.

Session II - Métier

Gérard VINCENT
Délégué général de la FHF

Etre directeur d'hôpital aujourd'hui renvoie à des métiers différents. Le métier a connu de fortes évolutions. Nous sommes passés du directeur économe au directeur stratège. Le métier a aussi subi un changement de référentiel avec l'introduction de la Tarification à l'Activité (T2A).

Les pratiques de gouvernance changent avec l'apparition de nouveaux acteurs et l'émergence de nouvelles relations entre les personnes. De nouveaux métiers émergent également, comme ceux de directeurs délégués. Enfin, la dimension territoriale du métier se développe.

Dans ce contexte, la profession s'affranchit de la limite du statut : il ne faut pas avoir peur de l'extérieur. La nouvelle loi va permettre de clarifier les rôles et d'offrir de nouveaux leviers d'action. Le métier va nécessiter de nouvelles compétences techniques et connaîtra des challenges inédits avec la mise en place des Communautés Hospitalières de Territoire. Il doit sortir de son splendide isolement.

Manager par tous les temps

Yves BARRAQUAND
Président Directeur Général WHEELABRATOR ALLEVARO

Avant d'être chef d'entreprise, j'ai été fonctionnaire d'un corps d'Etat. Je suis fier de l'entreprise que je dirige aujourd'hui. Il existe en France des PME qui sont devenues des acteurs mondiaux. A Wheelabrator Allevar, nous produisons des petites billes qui servent de nettoyant dans de multiples processus industriels. Nous vendons dans 100 pays à 15 000 clients. Au départ, le groupe comptait moins de 50 personnes ; il en compte plus de 2 000 aujourd'hui, dont 200 en France. Il s'est développé de manière à la fois endogène et exogène.

Nous nous sommes rendus à Harvard et avons rencontré des professeurs. Ils nous ont expliqué qu'il fallait d'abord définir la *mission* puis la *vision*. La mission doit être partagée par les milliers de salariés du groupe, à tous les niveaux, ce qui permet à l'entreprise d'avancer. Si vous vous interrogez sur les missions d'un hôpital et que vous êtes en mesure de les partager avec vos collaborateurs, vous gagnerez en force et piloterez avec un fil conducteur. Les risques de vous tromper seront ainsi moins grands lorsque des opportunités d'achat se présenteront à vous.

Quand je suis entré dans le groupe, j'ai constaté qu'il était très « orienté client ». L'entreprise a connu des difficultés en 2003. J'ai voulu conserver l'atout que constituait sa force commerciale tout en relançant l'innovation et en créant une nouvelle équipe de direction.

Dans une PME, il faut faire attention aux personnes ayant accumulé une grande expérience. J'ai donc souhaité conserver deux patrons de division mais j'ai aussi recruté une nouvelle

DRH et un nouveau directeur financier par exemple. Si vous n'avez pas la liberté de choisir, vous n'avez pas la même puissance.

Ensuite, nous avons bâti une vision. Il est très important pour une entreprise d'indiquer où elle se situe. Il faut absolument un « business plan », c'est-à-dire une mise en chiffres de l'objectif que vous vous êtes fixé. L'investissement que nous avons réalisé et le business plan ont apporté une forte solidarité au sein de l'équipe dirigeante. Un effort considérable de communication a été nécessaire pour faire partager le plus largement possible notre vision du plan. Notre ambition était de renforcer notre leadership mondial. Nous avons créé un institut de formation interne et développé la recherche et l'innovation.

Nous étions gouvernés à la fois par des financiers, des banquiers et par nous-mêmes. J'ai eu la chance de pouvoir choisir mes actionnaires et de travailler avec des financiers en qui j'avais confiance. Il est essentiel de présenter aux actionnaires un plan réaliste, dont les objectifs sont atteignables. En cas de problème, il faut être transparent et le dire. Ainsi, en cas de difficulté, vous pourrez convaincre. La crise actuelle est une période très difficile. Si auparavant vous avez été honnêtes, vous allez convaincre les banquiers et les financiers de vous suivre.

Le management d'une équipe en temps de crise est très important. Il faut gérer les personnes en les rassurant et en les faisant travailler sur des produits d'avenir. Les dépenses d'innovation doivent toujours être conservées car la crise finira bien par se terminer.

Débat

Patrice BARBEROUSSE, directeur général CHU de Besançon

Comment gérez-vous la crainte des salariés ?

Yves BARRAQUAND

Il faut beaucoup leur parler, leur donner des chiffres concrets et les faire travailler sur des objectifs à court terme.

Laurent SCHOTT, directeur CH Epernay

Comment assurez-vous la synergie entre les différentes composantes de votre groupe ?

Yves BARRAQUAND

Nous avons élevé le niveau des collaborateurs. J'ai recruté des managers de haut niveau capables de gérer de nombreuses interactions. De plus, notre organisation est très décentralisée.

Jean-Yves DELANOE, directeur retraité

Pouvez-vous détailler l'équipe de proximité ?

Yves BARRAQUAND

Le Comité de direction comprend six personnes. Cette équipe est très proche, nous avons des réunions informelles toutes les semaines et formelles tous les mois. Le DRH a su recruter des personnes de grand talent alors que l'entreprise est très petite. Les directeurs opérationnels, eux, communiquent toute la journée avec les patrons des pays.

Marie BONNET, anthropologue et psychanalyste à Marseille

Avez-vous été challengé par cette dimension interculturelle ?

Yves BARRAQUAND

Notre milieu est très international. Nous apprenons par l'expérience. J'ai commis des erreurs, comme en Russie où j'ai décidé de construire une usine. Nous n'avons pas du tout compris ce que cela signifiait.

Bernard NUYTTEN, directeur CH de Carcassonne

Nos prix sont administrés mais vous, comment faites-vous pour démontrer que vos produits sont les meilleurs afin de les vendre plus cher ?

Yves BARRAQUAND

Nous montrons qu'avec nos produits, le client fera au final des économies. Je pense que dans la santé, il est aussi possible de démontrer que les prestations de grande qualité coûtent au final moins cher. Ce sont les erreurs qui coûtent très cher.

Chefs & directeurs adjoints : vers un fossé professionnel ?

Table ronde animée par Gérard VINCENT, avec :
Arnaud BIOUL, Directeur Michael Page Public & Parapublic
Céline LAGRAIS, Directrice des affaires financières du CH du Mans
Alain HERIAUD, Directeur général du CHU de Bordeaux
Samy BAYOD et Thomas DEROCHE, EDH promotion 2008-2010

Céline LAGRAIS

En introduction, le directeur adjoint doit exercer de nouvelles compétences avec la mise en place des pôles. La gestion des interactions se trouve désormais au cœur de son métier. Nous assistons également à une très forte technicisation du métier traditionnel d'adjoint. La question de la mobilité fonctionnelle se pose alors. Le modèle ancien est celui d'une personne polyvalente appelée à devenir chef d'établissement. Maintenant, les directeurs adjoints se spécialisent et n'ont plus vocation à devenir des chefs.

Enfin, le rapport au chef a changé ces dernières années et va certainement continuer à évoluer avec la loi HPST. Dans les nouveaux conseils exécutifs, l'ensemble des directeurs adjoints ne siège pas. Le chef doit donc décider qui appartient au cercle et qui n'y appartient pas. L'éloignement de l'espace de décision va ainsi s'accroître.

En tant que directeur adjoint, j'attends de mon chef qu'il donne sa vision de l'avenir de l'établissement. J'attends aussi du courage dans les décisions et dans leur mise en œuvre. Les adjoints ont également besoin de visibilité à moyen voire long terme.

Alain HERIAUD

Ce débat entre chef et adjoint est ancien. Je ne crois pas qu'il faille avoir de plan de carrière. Je ne pense pas que ceux qui avaient le plan le mieux défini sont ceux qui l'ont le mieux réussi.

Le corps médical considère qu'il est le mal-aimé dans l'hôpital mais les directeurs adjoints partagent les mêmes craintes. Le changement est générateur d'anxiété pour tout le monde. Je crois que, en tant que chefs d'établissement, nous devons indiquer à nos collaborateurs que nous conservons des lignes directrices et des ambitions. L'objectif ne peut simplement être un retour à l'équilibre.

Je pense que nous pouvons avoir demain un directoire à majorité médicale sans pour autant éclipser les collaborateurs de l'équipe de direction. Nous nous sommes trompés dans la première époque de la nouvelle gouvernance en voulant faire des médecins des directeurs de pôle. Or, la valeur ajoutée d'un médecin est d'être médecin. Le vrai rôle demain du responsable de pôle sera de savoir quelle part de marché il occupe, pourquoi celle-ci se dégrade et comment la reconquérir. Je dis au secteur médical de réfléchir à son comportement, de remettre en question ses pratiques. Demain, dans un directoire resserré et très médicalisé, il sera essentiel que le chef ait une équipe de personnes très compétentes.

Il faut se garder des carcans. La mobilité est bien pour certaines personnes, moins pour d'autres. Il faut arrêter de dire que pour être un bon directeur, il faut agir de telle manière et bouger tous les deux ans. Nous avons la chance d'avoir des personnes très bien formées, capables d'acquérir rapidement de grandes compétences professionnelles. Si ces personnes partent tous les deux ans, ce sont également des compétences qui s'en vont. De plus, des personnes partent non par motivation mais par obligation, parce qu'elles veulent faire carrière.

Je ne pense pas qu'il y ait un clivage entre chefs et non-chefs. Il faut reconcevoir l'équipe de direction. La nouvelle gouvernance ne porte pas en soi un risque de dégradation de cette équipe. Sans elle, le chef n'est rien. Il doit s'entourer de personnes de valeur.

Arnaud BIOUL

Je travaille avec le secteur public et parapublic depuis 2002 et m'aperçois que l'hôpital est en train d'évoluer. Les GPEC doivent être de plus en plus performantes. Le management devient plus transversal et se rapproche de celui de l'entreprise.

Un directeur général aujourd'hui doit davantage négocier et se reposer sur un Comité de direction. La fonction RH commence à apparaître et supplante la simple gestion du personnel. Le DRH comme le directeur financier deviennent des spécialistes et doivent avoir de l'expérience. L'école forme des cadres de haut niveau polyvalents mais la compétence métier prend de plus en plus de poids. Tout le monde ne deviendra pas directeur général.

Samy BAYOD

En discutant avec mes collègues de ce prétendu fossé, il ressort que nous sommes un peu désorientés. Les signaux ne sont pas cohérents, entre ouverture des corps et postes spécialisés. Lors des stages, il a parfois été déclaré que nous arrivions après l'âge d'or. Pourtant, je reste optimiste. Je souhaite devenir DG un jour pour participer à la stratégie de santé publique. Par ailleurs, je ne pense pas que le directeur de pôle ou le directeur financier ne déploient pas autant de stratégie que le directeur général.

Les ingénieurs à l'hôpital viennent largement du privé, ce qui me semble positif. Tout le monde apprend ainsi l'un de l'autre. Pour moi, le métier de DG d'hôpital reste toujours attirant.

Thomas DEROUCHE

En tant que novice, je découvre le débat sur le fossé entre le chef et le directeur adjoint. Nous avons passé un concours pour devenir directeur d'hôpital. La logique métier est attractive mais en passant le concours, notre objectif est également de participer à la politique de santé publique. La sur-spécialisation ne doit pas être trop desséchante pour les directeurs adjoints. Ceux-ci doivent pouvoir s'exprimer sur la stratégie de l'établissement.

Gérard VINCENT

En entrant dans ce métier, mon ambition était de gérer un projet médical. Je ne pense pas que les directeurs adjoints doivent se spécialiser de plus en plus et être écartés de la stratégie. Toute l'équipe de direction doit participer à la réflexion.

Débat

Frédéric BOIRON

Pour ma part, les mêmes interrogations se posaient à ma sortie de l'Ecole que les élèves d'aujourd'hui.

Par ailleurs, je constate que j'ai énormément besoin de collaborateurs proches et de confiance, spécialisés ou non, qui s'impliquent dans la stratégie. Il y a une véritable place pour les directeurs adjoints.

Jean-Paul BEAUREGARD, directeur adjoint CH Le Puy-en-Velay

Je me demande si le rôle du directeur adjoint est réellement devenu plus technique.

Céline LAGRAIS

C'est ce qui ressort des discussions. Aujourd'hui, il faut suivre la recherche en comptabilité analytique, par exemple. Je pense que la situation est la même dans le domaine des achats.

Alain HERIAUD

Je suis d'accord. Aujourd'hui, le DRH doit faire de la GPEC. La politique sociale est bien plus affinée qu'il y a vingt ans, et heureusement. Cela signifie que les évolutions de l'hôpital suivent les évolutions de la société.

De la salle

Certaines équipes ne comprennent plus que des directeurs d'hôpital. Il faudrait permettre à des collaborateurs proches de voir leur compétence validée. Le fait de mélanger des personnes issues de l'EHESP et d'autres personnes représente un enrichissement. La mise en place des ARS devrait se traduire par un grand brassage, de nouveaux horizons s'ouvrent à nous.

Jean-Luc CHASSANIOL

Je pense que la pluralité est indispensable mais elle doit passer par l'Ecole. La force du service public hospitalier est d'être unique grâce à une école forte. Il n'est en revanche pas souhaitable que tous les élèves qui l'intègrent aient les mêmes origines mais l'Ecole est en train d'évoluer.

Martine ORIO, directrice AP-HP GH Mondor/Chenevier-Créteil

Je pense que la richesse de l'équipe de direction se nourrit de la technicité des différents adjoints et du partage de la stratégie.

Cette pluralité doit aller plus loin que les compétences de directeur d'hôpital. Il faut des directeurs médicaux qui peuvent enrichir notre stratégie. Nous serons ainsi crédibles face au corps médical qui est hyper-spécialisé.

Michel-Léopold JOUVIN, directeur CHS de Jury - Metz

Nous nous trouvons aujourd'hui à un tournant. Nous avons beaucoup de mal à réformer et à avancer. L'hôpital est devenu une entreprise au service du public. Nous avons un système essentiellement administré, sans perspective de dynamisme individuel ou financier.

Les médecins sont des ingénieurs de production de haut niveau. Ils ne peuvent déterminer la politique de la structure, ils doivent répondre au besoin du marché.

Christophe PHILIBERT, General Manager GE Health Care Services - Buc

Les directeurs adjoints sont eux aussi des chefs, ils animent des équipes et mènent des projets. Par ailleurs, le débat ce matin sur les diplômes m'a inquiété. Dans le secteur privé, les diplômes n'apparaissent plus sur le CV. La question essentielle est de savoir quelle a été la contribution de la personne à un projet. Le débat dure depuis quinze ans, faites qu'il ne dure pas quinze ans encore.

Philippe PEYRET, directeur d'hôpital/enseignant EHESP

Je rappelle que l'école ne forme pas des directeurs mais des adjoints spécialisés.

L'un de nos problèmes est que nous perdons de plus en plus de jeunes. Ils partent vers d'autres secteurs parce qu'ils n'arrivent pas à être intégrés dans les équipes de direction. Leur plus-value n'est pas toujours reconnue.

Frédéric BOIRON

Tout dépend des individus. Certaines équipes de direction savent très bien intégrer ces jeunes.

Samy BAYOD

Je pense que le problème de la surqualification n'est pas spécifique à l'hôpital public mais est général en France.

Bernard NUYTEN, directeur du CH de Carcassonne

Nous devons faire attention à ne pas perdre ces jeunes collaborateurs issus de l'EHESP. Ils possèdent de multiples compétences. Les directeurs adjoints ne sont pas des spécialistes mais des collaborateurs appelés à devenir directeurs d'hôpital.

Thierry LUGBULL, directeur du CH de Saint-Lô

Je suis dubitatif quant à l'ouverture vers des personnes non issues de l'École. Je suis pour ma part ravi de la qualité des élèves.

Une question essentielle est celle du projet médical. Je ne comprends pas pourquoi l'attention du Ministère n'a pas été davantage attirée sur ce point. Le projet médical est stratégique.

Alain HERIAUD

Dans les grands CHU, il est certainement plus difficile d'associer toute l'équipe de direction à un même projet. Il faut se demander comment faire, même s'il n'est pas possible d'associer tout le monde tout le temps. Nous devons mener une réflexion sur l'organisation managériale, avec la création d'un premier cercle restreint et l'association ponctuelle des autres directeurs adjoints à des projets.

La France est aujourd'hui le pays qui compte les structures les plus énormes, ce qui pose un véritable problème managérial.

Vincent PRÉVOTEAU, directeur adjoint du CH Philippe Pinel – Amiens

Pourrons-nous encore parler dans les années à venir de distinction entre directeur et directeur adjoint ? La dimension territoriale, notamment, va modifier le métier.

Gérard VINCENT

Voici un nouveau débat qui s'ouvre. Je vous propose d'y revenir après les prochaines interventions.

Manager à l'hôpital... ou ailleurs

Sophie GENAY

Directrice d'hôpital, Conseillère sociale à l'Ambassade de France à Moscou

Les conseillers pour les affaires sociales forment un réseau d'une quinzaine de personnes localisées en Europe, mais également en Russie, en Chine, au Maroc et aux Etats-Unis. Certains sont rattachés auprès des représentations permanentes de l'Union européenne à Bruxelles et de l'ONU (OMS et BIT) à Genève.

Le conseiller pour les affaires sociales est placé sous une double tutelle, celle du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville et celle du Ministère de la Santé et des Sports. Dans le pays d'accueil, le conseiller pour les affaires sociales est directement sous l'autorité de l'ambassadeur.

Les missions du conseiller pour les affaires sociales s'articulent autour de trois axes principaux :

- informer, analyser, rendre compte aux administrations que j'ai citées tout à l'heure des politiques qui sont menées dans le pays ;
- promouvoir nos politiques dans les champs de la santé et du social auprès des autorités russes ;
- mettre en place des coopérations, les favoriser, les soutenir et accompagner les rencontres entre opérateurs français et opérateurs russes.

La Russie est un pays fédéral qui s'étale sur onze fuseaux horaires et qui compte 142 millions d'habitants contre 147 millions il y a six ans. Les années 90 ont été très destructrices pour la protection sociale et le système sanitaire. Aujourd'hui, les Russes redécouvrent les vertus d'une économie moins ultralibérale.

Le poste de conseiller pour les affaires sociales en Russie est resté vacant pendant quatre ans. Tous les contacts avec les administrations russes en charge de la santé et du social avaient donc été rompus. Mon objectif était de recréer le poste et de renouer les liens avec nos interlocuteurs. De plus, ce poste en dehors de l'Union Européenne me conduit à m'orienter davantage vers la vocation humanitaire.

Mes missions consistent notamment à élaborer des accords-cadres franco-russes. Plusieurs traités de coopération ont été signés entre les deux pays. Ils se déclinent en actions concrètes sur la politique familiale, la santé au travail, les coopérations hospitalières, etc.

Comment un conseiller pour les affaires sociales peut-il valoriser sa formation de directeur d'hôpital ? J'ai dû d'abord me former aux champs du social, dans lesquels je me sentais moins à l'aise que dans les champs sanitaires. Cela dit, le métier de directeur d'hôpital confère des capacités d'adaptation à un environnement complexe, avec des interlocuteurs très variés comme les banques, les cabinets, les directions d'administration centrale, les professionnels russes de santé... La promotion des valeurs du service public revêt également une grande importance. Nous représentons un mode de management public spécifique. Le directeur d'hôpital incarne en effet l'éthique en santé. Je considère que la santé n'est pas un bien comme les autres. En Russie, des fonctionnaires de la santé et du développement social (jusqu'au ministre même), jusqu'à une date récente, cumulaient des fonctions dans le public avec des activités de consultants dans le privé. En outre, la corruption est un véritable fléau.

Ce matin, la frontière entre management public et privé a été jugée à une occasion ridicule. Je ne suis pas d'accord : nous avons une gestion des ressources humaines spécifique marquée par le respect des statuts, le dialogue social, l'égalité de traitement entre les

hommes et les femmes (en termes de nombre et de carrière). De plus, notre corps se caractérise par une forte cohésion autour de valeurs communes. Il est important qu'il existe une seule école qui forme les directeurs d'hôpitaux, tout en assurant la diversité.

Marilyne SORRET DANIS, Directrice d'hôpital en disponibilité

J'ai travaillé aux Etats-Unis. J'ai éprouvé une grande fierté à être française là-bas, mais les problèmes que connaissent les Etats-Unis sont en train de se produire en France : en effet, de plus en plus de Français n'ont plus de mutuelle et renoncent à se soigner. Nous devons tirer des leçons des expériences étrangères.

Aux Etats-Unis, l'éthique joue également un rôle très important. L'association des directeurs d'hôpitaux possède un code éthique. Les Américains sont aussi très intéressés par le dialogue social français. Aux Etats-Unis, tous les directeurs d'hôpitaux ont la même culture, puisqu'ils sont issus d'une formation commune.

De la salle

Quand vous pensez à votre retour, à quel type de poste songez-vous ?

Sophie GENAY

Je n'ai jamais eu de plan de carrière : je ne peux donc pas répondre.

Actualité et perspectives du métier **dans un grand ensemble hospitalier**

Benôit LECLERCQ
DG AP-HP

L'exposé précédent me conduit à formuler une remarque. Dans la profession, on parle beaucoup de difficultés liées à la mobilité. J'ai aujourd'hui deux postes de directeurs vacants à l'AP-HP. L'un a vocation à renforcer une cellule Europe : il a attiré 17 candidatures. L'autre est un poste de directeur des ressources humaines à l'hôpital Avicenne de Bobigny : nous n'avons eu aucun candidat !

L'AP-HP regroupe 30 hôpitaux et prend en charge 1 million de personnes par an. Nous avons 31 centres de formation et 30 unités de recherche CNRS. Etre directeur d'un ensemble hospitalier comme l'AP-HP est un métier différent de celui exercé par un directeur à Lyon, à Nancy ou à Dijon. Plutôt que de grand ensemble, il est plus juste de parler de très grand ensemble. Nous sommes à Paris, où le pouvoir se trouve concentré. Nous en sommes proches, ce qui n'est pas le cas en province.

J'ai appris mon métier à Saint-Etienne, à Mâcon, puis dans d'autres villes au gré de mes affectations et je sais que le « *background* » acquis en partie à l'école et en partie par mon expérience me sert quotidiennement, y compris à l'Assistance Publique.

Nous ne pouvons pas exercer un métier qui ignore le contexte national, et notamment les divers projets de réforme. Il existe une politique interne. J'ai poursuivi un groupe de projet et j'en ai lancé de nouveaux. Les précédents projets portaient sur les systèmes d'informations. Les trois chantiers que j'ai lancés sont différents.

Le premier consiste à regrouper nos 38 hôpitaux en 12 groupes, avec une gouvernance unique, pour apporter une meilleure réponse aux besoins de soins de la population.

Le deuxième concerne la modernisation du pilotage à travers la modernisation du siège de l'AP-HP. Je souhaite que le siège soit ramené à ses fonctions de pilotage, de stratégie, d'évaluation et de contrôle et que les fonctions techniques soient déportées. Il s'agit également de créer une seule gestion des ressources immobilières du siège.

Le troisième vise l'efficacité de la production, qu'elle soit administrative, technique ou médicale.

Le point d'orgue est l'élaboration du projet d'établissement qui intégrera toutes ces réformes. Pour mener à bien ces transformations, le fossé entre le siège et les établissements doit être comblé. Il faut également réfléchir à un management multi-sites. Enfin, des capacités d'accompagnement du changement sont nécessaires.

Nous passons d'une logique de l'offre de soins à une logique de la demande et des ressources et d'une logique « hospitalo-centrée » à une logique de réseau. Enfin, nous devons nous attacher au service client et aux principes de la démocratie sanitaire.

Assisterons-nous à une dissociation/spécialisation des filières de management ? Le programme « efficacité » par exemple est conduit par un directeur d'hôpital mais nous aurions pu choisir un contractuel de haut niveau. J'ai eu la chance qu'un directeur d'hôpital accepte de prendre en charge cette mission.

A mon avis, un bon chef d'établissement doit maîtriser au moins deux spécialités. Le « *background* » que nous acquerrons par les études, par l'école et par nos expériences variées nous est utile. On ne naît pas chef d'établissement, on le devient. La spécialisation permet de bien connaître un domaine, mais il convient de prendre garde au risque de sclérose. Il faut se documenter au-delà de son domaine de compétences.

Par ailleurs, nous devons être capables d'intégrer le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Nous devons déployer une compétence de conviction auprès de nos partenaires. Le fait que les médecins soient plus étroitement associés à la gestion exige de notre part des compétences et un exercice de qualité.

Troisième élément, je tiens à insister sur l'ouverture territoriale. Dans une grande structure hospitalière, il ne faut jamais oublier que nous nous inscrivons dans des territoires. Par ailleurs, il faut sortir de l'opposition stérile entre public et privé. Si des partenariats public-privé sont gagnant-gagnant, il faut les mettre en œuvre.

Depuis que je suis à l'AP, j'ai l'ambition de gagner de l'activité pour reprendre des parts de marché au secteur libéral hospitalier. Nous avons effectivement regagné des parts de marché. Le partenariat s'arrête aux limites de la concurrence.

Quatrièmement, il faut considérer la contrainte économique comme une opportunité. La T2A n'est pas mortifère. Elle est mortifère si nous renonçons à nos valeurs et si nous ne sommes pas capables de prendre en charge nos patients correctement. C'est parce nous jouerons à fond sur ce levier de la T2A que nous la ferons évoluer, mais cela nécessite des efforts d'organisation.

Dernier élément important, nous n'avons pas à discuter de toutes les évolutions, elles sont là. Il ne faut pas les vivre comme des contraintes, mais comme des moyens d'avancer. J'exerce encore mon métier avec bonheur, car je privilégie les aspects positifs des réformes.

Enfin, l'ouverture internationale, a minima européenne, me paraît nécessaire.

Pour conclure, le directeur d'un grand ensemble hospitalier doit savoir conduire le changement tout en rassurant. Il doit également savoir décider et assumer ses décisions,

même si ce n'est pas toujours facile. Il doit enfin se demander ce que la décision apporte aux patients et au personnel.

Débat

Jean-Luc CHASSANIOL

L'AP-HP est désormais dans le droit commun en termes de tutelle : qu'en penses-tu ?

Benoît LECLERCQ

L'amendement supprime le conseil de tutelle : la Direction du Budget, la Direction de la DHOS et la Direction de la Sécurité sociale. Désormais, c'est le Directeur régional de l'ARS qui remplira ce rôle, sous la tutelle du Ministère de la Santé. Cela dit, je n'imagine pas que les pouvoirs publics ignorent le poids de l'AP.

Frédéric BOIRON

Dans la réforme que vous menez, se pose la question de la gestion des cadres (effectifs et *outplacement*). Comment faites-vous au sein d'un établissement aussi vaste que l'AP-HP ?

Benoît LECLERCQ

La démographie naturelle aurait conduit à ce qu'il ne reste plus que 150 directeurs en 2012 si nous ne procédions pas à des recrutements. Il s'agit d'un vrai sujet. Quelle place pour nos jeunes collègues pour l'avenir ? Quelle qualification ? Un travail de fond est à mener avec l'ensemble des collègues qui travaillent à l'AP pour intégrer un parcours professionnel par anticipation. L'idée est de conserver une structure avec des avantages tout en faisant en sorte de promouvoir plus rapidement les personnes. Aujourd'hui, je suis parfois en difficulté pour trouver le cadre adapté à une fonction donnée.

Brigitte LORRIAUX, Directrice CH Tonnerre

Ce matin, un responsable de PME nous a expliqué comment il communiquait avec ses cadres. Comment faites-vous pour communiquer avec vos 300 cadres ?

Benoît LECLERCQ

Il s'agit d'une vraie question. A Dijon, je pouvais réunir tous mes directeurs, tous mes cadres supérieurs de santé voire tous mes cadres de proximité dans un amphithéâtre en une fois. Quand je suis arrivé à Nancy, j'ai été obligé d'organiser deux réunions. Quand je suis arrivé à Lyon, j'en ai organisé quatre. A Paris, je l'ai fait une fois en deux ans et demi. Des relais doivent être mis en place. Les directeurs exécutifs doivent être porteurs des messages dans les équipes de direction. Nous avons également des supports écrits, mais ils ne font pas tout. L'un de mes objectifs est d'aller de temps en temps sur le terrain avec mes directeurs exécutifs pour veiller à ce que les messages soient bien compris. La question vaut également pour les médecins. Je réunis deux à trois fois par an, avec le président de la CME, les 38 présidents de CCM.

De la salle

L'AP-HP annonce un déficit. Selon vous, l'image du directeur d'hôpital que vous êtes peut-elle en être affectée sachant que, sous votre prédécesseur, l'AP-HP n'était pas en déficit ?

Benoît LECLERCQ

Je ne souhaite pas comparer la gestion de mon prédécesseur et la mienne, sachant que les circonstances sont différentes. Je rappellerai simplement des faits. On a demandé à l'AP-HP en 2003 de réaliser un effort d'économies de l'ordre de 350 millions d'euros. En même temps, l'Etat a apporté une enveloppe de 240 millions d'euros. Quand je suis arrivé fin 2006, j'ai bénéficié en 2007 de la dernière enveloppe. En 2008, je n'ai reçu aucune enveloppe. Cette année-là, nous avons enregistré un déficit de 20 millions d'euros. Il est annoncé que l'AP en 2009 serait en déficit de 95 millions, mais nous menons de grandes réformes qui porteront bientôt leurs fruits. Ce déficit nous est accordé comme une aide.

Nous sommes fortement contraints, mais il faut avoir à l'esprit le nombre d'emplois que nous représentons, sachant que 80 % sont des personnels soignants. Au niveau du siège, nous aurons économisé 600 emplois sur 2 000 en 2012.

Benjamin LAPOSTOLLE, Elève Directeur d'Hôpital

Ne pensez-vous pas que les opérations de regroupement conduiront à des tailles d'établissements de santé très lourdes à gérer ?

Benoît LECLERCQ

Je fais le pari contraire. De plus, la densité de population est très importante : il faut adopter la taille critique pour répondre aux besoins de la population francilienne.

Thomas DEROUCHE, Elève Directeur d'Hôpital

Dans le contexte actuel de regroupement des hôpitaux de l'AP-HP, existe-t-il un avenir à court terme pour les élèves directeurs d'hôpital qui sortiront de l'école ?

Benoît LECLERCQ

J'ai décidé de ne pas ouvrir de poste pour les élèves directeurs en 2009, pour différentes raisons. D'abord, j'ai besoin de réduire les effectifs de direction. Ensuite, je veux mettre les pouvoirs publics devant leurs contradictions. Enfin, je veux inciter les cadres de direction à bouger au sein de l'AP. Cela dit, des postes pour les élèves directeurs seront rouverts en 2010.

De la salle

Les douze directeurs de groupe hospitalier deviendront-ils membres du conseil exécutif de l'AP-HP ? Feront-ils partie du « cercle restreint » ?

Benoît LECLERCQ

J'ai tout essayé dans ma vie, mais je ne veux plus de « cercle restreint ». Aujourd'hui la Direction s'appuie sur un conseil exécutif qui fonctionne bien, avec quatre directeurs exécutifs et quelques fonctionnels. A l'avenir, les directeurs de groupe devront être associés plus étroitement au fonctionnement même de l'AP. Une organisation qui ne change pas se sclérose et finit pas mourir.

Synthèse

Gérard VINCENT
Délégué général de la FHF

Je retiendrai quelques éléments saillants de cette après-midi. J'ai repéré de nombreuses similitudes entre les préoccupations de chef d'entreprise et les nôtres. Monsieur Barraquand a insisté sur la nécessité de faire partager sa vision à l'ensemble des équipes. Les jeunes médecins se sentent souvent isolés dans leurs services. Nous avons beaucoup à travailler sur ce point. Il a aussi enjoint à ne pas cacher la vérité. Il a enfin analysé que le métier de directeur consistait, pour l'essentiel, à gérer les interactions entre les uns et les autres.

Concernant les chefs et les non-chefs, je me demande si les nouveaux métiers dont nous avons parlé n'allaient pas rapprocher les adjoints des directeurs. La technicisation des adjoints me semble inévitable. Dans les débats, a été évoquée l'idée qu'un directeur doit pouvoir choisir ces collaborateurs, ce qui n'est pas toujours facile.

Vous avez également insisté sur le fait que l'équipe de direction doit participer à l'élaboration de la stratégie.

Dans les années à venir, sous l'effet de la territorialisation, les chefs d'établissement seront moins nombreux, passant de 1 000 à 300. Cependant, le métier sera toujours intéressant.

Il faut transformer ce qui apparaît comme des menaces en opportunités. Si la psychiatrie entre dans une dimension territoriale, il s'agit d'une menace à transformer en opportunité.

Sophie Genay nous a parlé de notre capacité d'adaptation en milieu complexe et a rappelé opportunément la forte identité de notre corps autour de valeurs communes.

Benoît Leclercq vient de terminer avec brio cette après-midi. Tu as beaucoup insisté sur les aspects positifs des réformes et notamment sur la reconquête des parts de marché au secteur privé hospitalier.

En conclusion, la profession doute, mais ce doute est salutaire.

Session III – Fonctions, Responsabilités, Gouvernance

Yves MAMIE, Vice Président ADH chargé des Journées nationales, Directeur du CH de Dole

Après avoir approché la question des compétences, puis celle du métier, nous allons aborder ce matin l'exercice des responsabilités dans le cadre de la loi en gestation. Ces préoccupations sont importantes non seulement pour les directeurs mais également pour le corps médical. Les directeurs d'hôpitaux que nous sommes sont très attentifs aux responsabilités exercées par le corps médical eu égard à ses compétences et à sa formation. Il convient de souligner que nous ne percevons pas de dichotomie absolue entre les responsabilités managériales et les responsabilités médicales. Pour autant, il est nécessaire d'appréhender la question de la responsabilité en relation avec les objectifs qui incombent aux établissements publics de santé et en considération des acteurs qui assument *in fine* ces objectifs.

Réinventer l'Hôpital

Dominique COUDREAU Conseiller auprès de la Présidence du Directoire, Générale de Santé

Je voudrais commencer par vous raconter une anecdote. Je participais récemment à une réunion sur la crise avec des présidents de grandes entreprises, France Télécom, Air Liquide et Air France, entre autres. En les écoutant s'exprimer, j'ai remarqué qu'ils employaient assez souvent les mêmes mots et qu'ils étaient extrêmement crédibles. Je me demandais quelles étaient les qualités d'un dirigeant. La seule chose dont je sois certain est qu'il faut être en harmonie avec soi-même. Pour exercer ses responsabilités à un niveau élevé dans de bonnes conditions, il faut être à l'aise dans son métier.

Je ne pense pas qu'il existe un modèle idéal en matière d'organisation hospitalière. En revanche, un certain nombre de conditions sont à remplir : gérer les hommes, trouver le juste équilibre avec les médecins et poser des règles du jeu claires.

Quel modèle pour la gestion de l'hôpital public ? Le modèle PSPH me semble être une fausse bonne idée. En effet, les PSPH françaises ont des problèmes de gouvernance. La difficulté de l'hôpital public vient du fait qu'il est tributaire des contraintes de l'Etat gestionnaire.

I. Gérer les hommes

Ce qui différencie un directeur de clinique d'un directeur d'hôpital, ce n'est pas ni la formation initiale ni la motivation. Dans le secteur public, on ne s'occupe pas des personnes. Sans management des personnes, sans fixation d'objectifs, sans évaluation, sans mécanismes de motivation, des difficultés se posent inmanquablement. L'un des problèmes à régler est de savoir prendre en considération les différences entre les individus et de leur offrir des solutions pour réussir.

II. Trouver le juste équilibre avec les médecins

Un chirurgien n'a pas la moindre idée de l'économie d'un bloc opératoire. Il s'agit d'un véritable problème, notamment en France où la culture médicale méprise souvent la

gestion. Il faut faire participer les médecins à la gestion, mais un équilibre subtil est à rechercher.

Dans le privé, au départ, quelques chirurgiens se sont rassemblés pour fonder leur clinique. Ils la géraient de façon très autoritaire. Puis les groupes sont arrivés : ils ont trouvé un modèle d'organisation dans lequel la légitimité du gestionnaire était établie.

Il faut un patron dans toute entreprise mais ce patron doit être reconnu, par sa capacité à convaincre, sa qualification, son savoir-faire relationnel, etc. Les individus qui dirigent les hôpitaux aujourd'hui ont la capacité de prendre des responsabilités supplémentaires. Comment réagiront les médecins ? Jusqu'où faut-il aller ? Il ne faut pas donner à ces débats un caractère trop théorique.

III. Poser des règles du jeu claires

Je suis inquiet de voir qu'avec l'ARS, beaucoup plus qu'avec l'ARH, le directeur d'hôpital ne se trouvera pas dans la même situation qu'un directeur d'établissement privé : il sera nommé et évalué par le directeur de l'ARS. Cette consanguinité me semble dangereuse, d'autant plus que le pouvoir politique opte souvent pour des solutions expéditives.

Concernant la performance économique, il existe une véritable ambiguïté. Qui est responsable du respect du budget d'un établissement ? Dans cette consanguinité dont j'ai parlé, le régulateur régional rejette la faute sur les directeurs, lesquels mettent en cause le manque de moyens. Il n'existe pas de règles du jeu claires. Or il ne peut exister d'autonomie de gestion sans équilibre économique. Ce sujet est capital. Cela ne signifie pas que l'hôpital n'est plus une entreprise publique mais le gestionnaire doit être jugé sur des critères objectifs. Or seule la performance économique permet d'avoir un modèle simple qui permette ensuite d'être autonome dans son organisation.

Le régulateur doit annoncer clairement les règles du jeu économique et les critères d'évaluation.

En conclusion, je suis persuadé depuis toujours que l'assurance privée n'a aucune chance de prendre en charge les dépenses d'assurance maladie. Nous avons nos traditions dans lesquelles les grands responsables du secteur public sont parfaitement capables de faire de leurs entreprises des modèles de niveau mondial. Il n'existe donc aucune raison pour que nos hôpitaux publics ne soient pas en capacité d'être gérés dans des conditions de performance, à condition de donner toute sa place à la gestion économique de la performance.

Débat

Patrice BARBEROUSSE, Directeur général du CHU de Besançon

Si je deviens patron de clinique, l'équilibre financier sera mon principal objectif. En tant que directeur d'hôpital, mes marges de manœuvres sont bien plus réduites, notamment pour des impératifs d'aménagement du territoire. Mettre en avant seulement l'équilibre financier d'un hôpital public ne me semble pas possible politiquement.

Dominique COUDREAU

L'équilibre financier n'est pas l'objectif de la gestion, ce n'est qu'un moyen. L'objectif est de dispenser les meilleurs soins possibles aux patients. Si vous n'avez pas d'autonomie de gestion, vous n'exprimez pas votre savoir-faire et vos responsabilités correctement.

Le métier de DH dans une nouvelle fonction publique

Jean-Ludovic SILICANI

Conseiller d'Etat, Rapporteur du Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique

Je vais vous présenter les principales orientations du Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique.

Il m'a été demandé si ce sujet était d'actualité en temps de crise. Je pense qu'il est plus d'actualité que jamais. En effet, l'administration publique doit être la plus efficace et moderne possible. L'hôpital public doit être armé pour répondre à la situation de concurrence qui existe avec le secteur privé.

La fonction publique de métier qu'il s'agit de mettre en place est une fonction publique de carrière, dont l'accès s'effectue principalement par concours. La différence s'exprime dans une distinction entre le grade et l'emploi. Dans la fonction publique aujourd'hui, le grade a absorbé l'emploi : il ne reste quasiment plus de place pour le fonctionnel et donc pour le managérial. L'essentiel de l'énergie des responsables des organismes publics est consacré à la gestion administrative des carrières. Une simplification statutaire est nécessaire pour consacrer beaucoup moins de temps à la gestion administrative des carrières et beaucoup plus à la gestion individualisée des ressources humaines.

Cinq chantiers principaux doivent être menés pour atteindre cet objectif :

- réduire le nombre d'unités statutaires (distinguer le grade et l'emploi) ;
- mettre en place un grand marché de l'emploi public (aujourd'hui, le marché public est totalement cloisonné, ce qui oblige à recourir à des contractuels) ;
- reconfigurer le régime des rémunérations publiques (rémunérer à la fois le grade et l'emploi et coter les emplois) ;
- individualiser les carrières suivant des méthodes objectives (l'accès au sommet de la hiérarchie doit être conditionné au fait que l'agent soit compétent et ait occupé des postes difficiles, afin que ceux-ci ne soient pas occupés uniquement par des jeunes diplômés) ;
- établir des ponts entre le public et le privé. Il faut pouvoir accéder à la fonction publique par voie contractuelle, en complément de l'accès par concours.

Tous ces outils peuvent s'appliquer à l'hôpital. J'espère que les prochaines années verront la mise en place de la fonction publique de métier.

Débat

Patrice BARBEROUSSE

Monsieur Fellingner, que vous inspire l'exposé de M. Silicani alors que vous refusez la mise en place de contrat pour les médecins hospitaliers dont le statut est, disons le, fortement monolithique ?

Dr Francis FELLINGER

Nous sommes partisans d'une contractualisation pour les praticiens, avec un contrat d'affectation locale. Aujourd'hui, le praticien n'a pas d'objectif. Le manque de positionnement stratégique des établissements empêche de lui donner une visibilité quelconque à cinq ans. Ce contrat d'affectation locale doit préciser les objectifs, les moyens mis à disposition, les formations proposées et éventuellement des valences d'activité (recherche clinique, enseignement...), sur la base d'un statut de fonction publique.

Ponctuellement, nous avons besoin qu'un certain nombre de praticiens travaillent sur des contrats qui s'approchent du droit privé, mais cela doit rester une dérogation pour compléter les postes dans des situations particulières.

Jean-Luc CHASSANIOL

Dominique Coudreau, les médecins exerçant dans vos structures sont-ils contractuels ?

Dominique COUDREAU

Ils sont, pour l'essentiel, contractuels. Dans les cliniques, le contrat individuel entre la clinique et le chef praticien existe toujours, mais il est complété parce que, le plus souvent, les médecins sont organisés en société civile de moyens. Des mécanismes de cette nature sont-ils prévus ?

Jean-Ludovic SILICANI

Le contrat de droit public actuel est très moyenâgeux. Il est prévu pour les cadres et agents fonctionnaires une convention d'affectation pour une durée donnée. Cette convention préciserait les objectifs assignés, les modalités d'évaluation, la rémunération fonctionnelle du poste ainsi que la part variable liée au résultat. Sinon, il existe aussi des contrats de droit commun.

Pour répondre à Dominique Coudreau, il est possible dans le cadre de la convention d'affectation de prévoir des objectifs individuels et des objectifs collectifs.

Alain HERIAUD, CHU Bordeaux

Vous avez parlé « d'administration publique », mais l'hôpital peut-il être considéré comme tel alors qu'il est confronté à la concurrence et que les seuls fonctionnaires sont les professeurs d'Etat ? Le plus simple ne serait-il pas d'imaginer autre chose que le statut d'administration publique pour l'hôpital ?

Jean-Ludovic SILICANI

La commande passée portait sur les services publics, dont l'hôpital fait partie. D'autres administrations sont livrées à la concurrence, comme les secteurs de l'enseignement ou de l'ingénierie. La tendance est à l'extension de cette concurrence. Près de la moitié des 5 millions d'emplois publics se trouvent aujourd'hui soumis à la concurrence.

Sans la réforme Debré de 1958, il n'existerait plus d'hôpitaux publics. Il faut de nouveau faire preuve d'imagination en admettant, dans certains cas, que des contrats soient proposés pour sauver l'hôpital public.

Débat : Pouvoir managérial & pouvoir médical

Pr Guy VALLANCIEN, IMM, Paris

Pr André GRIMALDI, Hôpital Pitié-Salpêtrière

Dr Francis FELLINGER, Président de la Conférence des Présidents de CME de CH

Dr Francis FELLINGER

Concernant le pouvoir managérial, tout l'enjeu des réformes des quinze dernières années a été de passer d'une vision médicale et gestionnaire à une vision plus partagée.

Je partage tout à fait ce qu'a dit Dominique Coudreau sur la formation des médecins à l'économie et au management. Nous avons fait intervenir il y a quelques années un cardiologue canadien. Il a commencé par présenter une comparaison médico-économique des systèmes hospitaliers français et canadien, ce qui a impressionné tout le monde.

La thématique de notre débat est, pour moi, complexe, car je ne vois pas comment distinguer pouvoir managérial et pouvoir médical.

Pr André GRIMALDI

Je suis clinicien, en charge des patients. Je n'ai pas de compétence en santé publique ou en gestion. Nous sommes présentés comme des producteurs de soins, mais je m'y oppose. L'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, parce que les patients ne sont pas des clients. Ils ne souhaitent pas être là. De cette situation naissent deux pouvoirs légitimes.

Le premier est le pouvoir médical. La personne doit être protégée, ce que font les comités d'éthique. La personne en face de vous doit être traitée comme étant la plus précieuse au monde. La limite du pouvoir médical est que le patient n'est pas seul et que les moyens ne sont pas illimités.

Le deuxième pouvoir est le pouvoir de gestion qui vient des moyens donnés par la collectivité, lesquels sont limités.

Le serment que nous prêtons porte sur le « juste soin au juste coût », c'est-à-dire le coût le plus bas. Vous avez raison, les médecins n'ont pas de formation de gestionnaire. Le gaspillage en médecine n'est pas une faute économique, mais éthique : ce que vous gaspillez, vous en privez un autre malade. Nous constatons que la rentabilité n'est pas un gage de non gaspillage : de fait, il est possible d'être rentable tout en gaspillant. Comment se fait-il que des médicaments soient remboursés alors qu'il en existe des équivalents qui coûtent moins cher ?

Je pense que les deux pouvoirs, le pouvoir de gestion et le pouvoir médical, sont condamnés à s'entendre sur l'organisation des soins. En cas de conflit, il appartient à l'ARS de trancher. La difficulté est que nous venons d'un autre pouvoir, le pouvoir monarchique, le pouvoir mandarin. Quand ce pouvoir a disparu, d'autres se sont affirmés, plus corporatistes. Le directeur d'hôpital se trouve donc face à une communauté médicale éclatée.

Par ailleurs, la philosophie du pouvoir en France m'étonne. Dans la loi HPST, le responsable de pôle s'appellera désormais « chef de pôle » ! Dans notre pays, nous sommes fascinés par le pouvoir à l'allemande mais nous le pratiquons à l'italienne !

Pr Guy VALLANCIEN

Je ne suis pas d'accord avec André. Pour moi, l'hôpital est la plus belle des entreprises, puisqu'elle produit du bien-être et de la santé, que 70 % de son chiffre d'affaires est dédié au personnel et que, de plus, elle est difficilement délocalisable.

La question du management se pose. Je ne comprends pas ce qu'est une CME. Celle-ci doit s'occuper uniquement de la qualité médicale ; elle doit être le lieu du projet médical et du comité d'éthique de production. Chacun doit pouvoir s'adresser à ce comité d'éthique pour signaler que dans son service, des limites sont atteintes. Ces comités permettent de rassurer les médecins.

Par ailleurs, il est simple de suivre des indicateurs de qualité : par exemple pour la chirurgie, le taux de décès dans le séjour, le taux de complications et le taux de transfert dans un autre service pour complications.

Ce que je viens de dire est valable également pour les cliniques. J'ai toujours milité pour qu'il y ait un comité d'entreprise, avec un collège des médecins. Nous sommes la seule entreprise publique où il n'y en ait pas.

Il existe un seul patron à l'hôpital : il s'agit du directeur. Il n'est pas nécessaire de cosigner. L'organigramme permet de parer à la mésentente : les hommes ont tout intérêt à s'entendre.

Dr Francis FELLINGER

Je pense que la CME est le lieu de la discussion du projet médical et le lieu de la discussion de la qualité. Pour qu'un projet avance, il faut une cohérence globale. Le Président de CME doit également participer activement aux arbitrages pour permettre la mise en œuvre du projet médical et corriger éventuellement la qualité.

Nous reprochons à la loi HPST de fragiliser le directeur, en remplaçant le conseil exécutif. Il sera difficile pour le directeur d'avoir une vision stratégique. Le chef de pôle, lui, sera perçu par ses pairs comme l'agent du directeur. Un conflit de légitimité ne manquera pas de se poser rapidement. Certes, on peut construire une théorie, mais on s'inscrit dans une histoire. Je crois qu'anéantir le passé conduit à rétrécir l'avenir.

Dominique COUDREAU

Je suis convaincu qu'il faut un patron unique. Il y a quelques années, le conseil national d'éthique a été sollicité pour mener une réflexion sur « T2A et éthique médicale ». Le rapport qu'il a produit n'a pas apporté de réponse. Aujourd'hui, il faut donner plus de pouvoir au directeur.

Jean-Ludovic SILICANI

J'ai toujours été étonné par le manque de proposition de mes amis médecins sur ces questions de politique de santé publique. Ils auraient pourtant toute la légitimité pour le faire.

Pr André GRIMALDI

J'ai écrit un livre, mais je fais ce que je peux ! Nous en sommes à la troisième ère scientifique. La première a été celle du modèle anatomo-clinique. Avec le modèle biologique, les CHU ont été créés, mais avec une division du corps médical. Le troisième modèle scientifique est apparu avec le SIDA, qui a mis en avant les problèmes de prévention, d'éducation des patients, etc. La santé publique en France est incapable de se projeter. Les approches doivent être plurielles.

La T2A est parfaitement adaptée à une médecine de procédures et de gravité moyenne, mais elle est inadaptée à certains domaines de la médecine, par exemple les soins palliatifs, où un paiement à la journée relèverait du bon sens. Il faut donc un système de financement multiple, car la médecine est plurielle. Il s'agit là d'un grand chantier que la loi n'organise pas parce qu'elle est dominée par une pensée unique.

Pr Guy VALLANCIEN

Une T2A ne se met pas en place rapidement. Cela dit, les services de médecine sont généralement à l'équilibre voire parfois bénéficiaires.

Le patron doit être unique et doit supporter seul le risque. Les vraies qualités d'un manager sont le charisme, la justice et la capacité à déléguer. La délégation financière a manqué lors de la création des pôles.

Débat

Christophe GAUTIER, directeur du CH de Pau

Vous renvoyez le directeur au décompte de ses dotations. N'a-t-il pas une certaine légitimité pour s'investir dans la politique de santé ? Par ailleurs, pensez-vous qu'un directeur nommé, face à une communauté médicale composée de praticiens hospitaliers inamovibles, soit en position de résister à une situation conflictuelle ?

Dr Francis FELLINGER

Je pense que les réformes engagées depuis 1990 ont visé à construire un équilibre pour profiter des compétences des deux voies, celle des directeurs d'hôpitaux et celle de la communauté médicale. Les directeurs d'hôpitaux nous ont sauvés du naufrage de l'université française. Il convient aujourd'hui de dépasser ce stade. La CME ne fait pas tout ; elle élabore avec l'équipe de direction. Le véritable cœur de la réforme de 1995 n'est pas la CME, mais le conseil exécutif, qui est symboliquement paritaire. Là, nous allons vers un directoire qui ne sera pas paritaire, mais qui risque de ne pas être efficient. Nous avons eu beaucoup de mal à construire la confiance ; nous allons hélas passer d'un management partagé à un management dans la défiance.

Alain HERIAUD

Je ne vois pas en quoi cette loi est si désastreuse. Est-ce le fait de passer d'un comité exécutif à un directoire ? Que je sache, le corps des directeurs est plutôt favorable au fait que ce directoire soit désormais à majorité médicale. La double signature est stupide car, comme le disait Francis Fellingier, en cas de problème, un seul des signataires sera renvoyé.

A l'hôpital, nous sommes des hommes et des femmes qui partageons les mêmes valeurs. Je m'oppose au qualificatif de « directeur administratif ». Nous sommes des hommes de santé publique. Dans notre management quotidien, nous consacrons l'essentiel de notre temps à définir la stratégie avec les médecins. Je m'étonne que cette loi apparaisse comme un épouvantail. Partout en France, se sont développées ces derniers mois des formations à la gestion et au management à destination des responsables de pôle. La loi ne change pas tout cela.

Pr Guy VALLANCIEN

Dans toute entreprise, le directoire doit être composé d'un petit nombre de personnes afin d'être à même de décider : il s'occupe de la stratégie. Le niveau en dessous est le comité exécutif.

Jean-Luc CHASSANIOL

La loi permettra à chaque directeur de s'organiser comme il le souhaite, en fonction de la taille de son établissement, alors qu'auparavant tout le monde devait entrer dans le même carcan.

Cette loi nous permettra de mettre en place un *process* de management, avec à la clé une seule personne qui décide. Arrêtons avec la double signature !

Bernard NUYTEN, directeur de Carcassonne

N'avez-vous pas l'impression tous les trois d'être enfermés dans vos dogmes ? L'important n'est pas le pouvoir, mais ce que l'on en fait. La séparation arbitraire entre l'administratif et le médical est complètement dépassée. Tout le monde travaille dans le même établissement. Le conseil exécutif fonctionnait bien ; je ne vois pas pourquoi un nombre maximum de membres est imposé.

Pr André GRIMALDI

Les pôles universels sont des bricolages. Pourquoi ne peut-on pas penser une organisation et un financement pluriels ?

Je suis à l'opposé de vous sur la question du pouvoir. Je pense que le pouvoir nécessite un contre-pouvoir : c'est cette confrontation qui est productive. La négation des contre-pouvoirs mène à des catastrophes dans une société complexe qui a à gérer des problèmes complexes.

Je pense que le système public doit être complémentaire (et non concurrent) avec les établissements privés.

Pr Guy VALLANCIEN

La loi HPST vise précisément à favoriser la complémentarité entre les CHU et des institutions privées.

Dr Francis FELLINGER

Je n'ai jamais dit que la légitimité, la déontologie, l'éthique étaient une exclusivité médicale et n'étaient pas partagées par les directeurs. Je pense que personne n'a l'exclusivité.

Nous obéissons tous à des dogmes. Je constate que le système mis en place il y a deux ans est subitement remis en cause alors qu'il commençait à bien fonctionner.

La T2A a été une bonne chose. En revanche, les modalités d'application sont un autre problème. L'équilibre est facile à trouver : il suffit de changer les tarifs. On peut équilibrer ou déséquilibrer les établissements comme on veut d'une certaine façon. Le vrai problème est le découplage entre les tarifs et la réalité des coûts.

En préambule, les élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2008-2010 jouent un sketch.

Débat : Vers une étatisation des hôpitaux ?

Jean-Marie LE GUEN, Adjoint au Maire de Paris chargé de la Santé, Président CA AP-HP

Michel HANNOUN, Président de la fédération UMP Santé

Jean-Luc CHASSANIOL, Président de l'ADH

Yves-Jean DUPUIS, Directeur général de la FEHAP

Yves MAMIE, Vice Président ADH

Nous avons souhaité entrer dans le vif du sujet, au besoin par une formule provocatrice, avec la question posée à cette table ronde. Cette question affleure au moment où la loi HPST vient d'être votée par l'Assemblée Nationale. Jean-Luc Chassaniol s'est exprimé hier sur le sujet de la désignation des directeurs sur proposition du directeur général de l'ARS. La Ministre a confirmé qu'il s'agissait d'une disposition qu'elle ne souhaitait pas modifier, ce qui soulève un certain nombre d'interrogations. Le directeur devient-il la simple courroie de transmission d'un certain nombre de directives ?

Il est clair cependant qu'aujourd'hui, les établissements publics de santé doivent assumer, comme les entreprises, la gestion des rapports avec leurs parties prenantes (*stakeholders*), et, à cet effet, ils doivent pouvoir disposer d'une capacité d'initiative et d'autonomie responsabilisée. Les hôpitaux pourront-ils garder cette capacité relationnelle avec les acteurs que sont les personnels médicaux et non-médicaux, les usagers, les administrateurs et tous les autres partenaires ?

En d'autres termes, le renforcement du pouvoir des directeurs, proposé par la loi, serait-il un piège, une situation limitée à sa dimension faciale, dans le cadre d'une véritable reprise en mains des pouvoirs par l'Etat ?

Jean-Luc CHASSANIOL, Président ADH

J'insisterais pour dire que la loi est très dangereuse pour les ARS. La plus grande difficulté est le choix des hommes. Quand un DARS se trompera dans le choix d'un directeur, que se passera-t-il ? Tout le monde risque d'être perdant. Aucun directeur de clinique ne sera sous la dépendance directe d'une ARS. Trop de hiérarchie tue la créativité. Que pensez-vous de cette nouvelle tutelle de l'ARS ?

Jean-Marie LE GUEN

Dans les milieux spécialisés, le débat sur la loi a souvent été vécu comme une discussion binaire entre ceux qui défendaient un certain type de pouvoir médical et ceux qui plaidaient plutôt pour des prérogatives renforcées pour les directeurs d'hôpitaux.

En y réfléchissant bien, vous vous rendez compte que vous serez au moins autant les victimes que les praticiens de cette loi, qui a pour objectif de permettre enfin à l'hôpital de parvenir à l'équilibre budgétaire. Vous êtes sous la hiérarchie d'un ARS. Vous serez la cheville ouvrière sur laquelle s'appuieront la force descendante et la force montante. Bonne chance à vous !

Sur la forme, j'ai le sentiment d'avoir été trahi, puisque l'amendement a été passé pour des raisons politiques alors que le gouvernement avait annoncé qu'il n'accepterait pas ce type de principe. Il s'agit d'une mesure vexatoire et, en outre, elle n'est pas réaliste dans la

mesure où par exemple l'AP-HP est dans un cadre qui dépasse la problématique de l'Ile-de-France. Je suis favorable à la territorialisation de la problématique hospitalière. Le fait de travailler avec l'ARS Ile-de-France me paraît parfaitement légitime. Je ne demande pas de privilège. En fait, ceci est un faux semblant parce que le budget de l'AP-HP sera discuté avec les autorités régionales et avec les autorités gouvernementales.

Michel HANNOUN

De nombreux intervenants souhaitent depuis de nombreuses années qu'il n'existe pas de régime dérogatoire. Aujourd'hui, il s'agit d'une évolution qui est décidée. Je note la modération sur la forme évoquée par Jean-Marie Le Guen.

Sur la question de l'étatisation, chacun aujourd'hui revendique son appartenance à une fonction publique, l'une des trois nationales, à côté de la fonction publique d'Etat et de la fonction publique territoriale.

L'hôpital est-il une entreprise ? Pour moi, l'hôpital n'est pas une entreprise car il ne peut pas déposer son bilan, mais l'autonomie que vous revendiquez doit être prise en compte pour des raisons d'efficacité.

La création des ARS est-elle un piège ? Elles ont été revendiquées dans toutes les campagnes présidentielles depuis 1995, par des candidats de droite comme de gauche, afin de rapprocher la décision des acteurs du terrain.

Le directeur de l'ARS sera nommé en conseil des ministres et lui-même nommera les directeurs d'hôpitaux, ce qui suscite des craintes. Vous avez dit à juste titre que le choix des hommes est important. Vous ne trouvez pas choquant que le ministre se trompe sur le choix des hommes, mais vous êtes choqué si c'est le représentant du ministre au plus près de la décision qui se trompe !

Vous dites que trop de hiérarchie tue la créativité, mais l'inverse est vrai également : l'absence de hiérarchie ne facilite pas la créativité.

Sur le plan pratique, il est attendu des références claires à l'hôpital : un directeur qui est un véritable patron. Globalement, il est clair que la réputation d'un hôpital dépend d'abord de la qualité des soignants. Cela dit, un hôpital mal géré aura des difficultés, y compris pour faire fonctionner les équipes médicales.

La loi dépasse le cadre strict de l'hôpital. Elle rappelle la place centrale du patient, l'organisation sur le plan du territoire et le rôle de la prévention. Il ne faut pas se laisser aller à la caricature. Peut-être serait-il temps d'arrêter de considérer que toute évolution est une catastrophe. Les mêmes qui ont prédit le pire défendent maintenant le système mis en place.

Jean-Luc CHASSANIOL

L'ADH approuve globalement le projet de loi, sauf sur certains points.

Yves-Jean DUPUIS

Je suis ancien directeur d'hôpital. Cette loi a pour nous des aspects très positifs et quelques aspects négatifs (disparition du service public au profit du secteur privé) que les députés ont corrigés (et que les sénateurs, je l'espère, vont confirmer).

Pour moi, il n'y a ni privatisation ni étatisation du système. Il est nécessaire de mieux gérer l'hôpital public et de parvenir à l'équilibre financier des établissements : tels sont les objectifs visés par la loi.

Le pouvoir régalien sur le système de santé est de plus en plus puissant. Le directeur d'hôpital se trouve rattaché au pouvoir central. La nomination du directeur d'hôpital par les ARS est une évolution naturelle, qui découle de 40 années d'évolution de l'hôpital public.

La loi permet à l'ARS d'acquérir des compétences bien plus larges que l'ARH et aux établissements de créer des filières de soins sans être freinés par tous les barrages administratifs. Elle favorisera également les complémentarités entre les différents acteurs, qu'ils soient publics ou privés.

Jean-Luc CHASSANIOL

Nous avons trouvé que nombre de députés tenaient des discours très pro-médecins et anti-directeurs.

Jean-Marie LE GUEN

Nous n'avons jamais opposé un groupe à un autre, mais il nous est apparu que cette loi entraînait une marginalisation des élus et du monde médical. En outre, elle opposera plutôt les pratiques et les corps à l'intérieur de l'hôpital plutôt qu'elle ne les rassemblera.

A une époque, il existait des mondes très opposés et des attitudes méprisantes du corps médical vis-à-vis de la gestion. Aujourd'hui, le monde médical s'est profondément transformé vers une prise en charge de réformes essentielles telles que la T2A. Si le gouvernement ne mesure pas la profondeur du traumatisme du corps médical, il en résultera des attitudes régressives de la part de celui-ci : le fonctionnement de l'hôpital n'a rien à y gagner.

Personne n'a à gagner à dresser les communautés les unes contre les autres. Depuis la loi Juppé, il est apparu que l'on était incapable de mobiliser le monde médical libéral sur des objectifs de maîtrise médicale.

Annie PODEUR

Sur l'amendement, la position du gouvernement était défavorable mais la majorité l'a voté.

Par ailleurs, il est demandé à la loi plus qu'elle ne peut apporter. Elle est un support qui permet de clarifier les responsabilités, notamment juridiques. Elle ne définit pas dans le détail la mise en œuvre managériale.

Enfin, vous êtes évalués aujourd'hui par le directeur de l'ARH. L'évaluation prend en compte les objectifs contractualisés entre l'établissement et l'ARH mais également l'apport personnel du chef d'établissement dans la réalisation de ces objectifs. Sur les nominations, aujourd'hui, le directeur de l'ARH émet un avis. De plus, le CNG ne disparaît pas. La proposition du directeur général de l'ARS ne sera pas arbitraire. Aujourd'hui, le directeur de l'ARH et le président du conseil d'administration effectuent un choix sur une *short list*. Avec cette loi, il s'agit seulement d'une formalisation et peut-être d'une clarification par rapport à une réalité vécue.

Michel HANNOUN

En 1981, Gaston Deferre menait les lois de décentralisation. J'étais l'un des opposants. Un soir, Gaston Deferre m'a confié : « Mais pourquoi vous acharnez-vous à critiquer ma loi ! Dans six mois, ils m'auront tout repris ». J'ai retenu la leçon ! Une loi crée une inquiétude parce qu'elle modifie un certain nombre d'habitudes, mais avec la loi HPST, la modification n'est pas aussi grande qu'il y paraît ou que certains auraient souhaité. En réalité, il faut donner le temps à la mise en œuvre. Un texte de loi n'est pas gravé pour l'éternité. Les éléments se mettent en place et évoluent et un certain nombre de préoccupations trouveront leur solution : la T2A est un bon exemple de ce point de vue.

Certains critiquent cette loi parce qu'elle opposerait le pouvoir médical et l'administration à l'intérieur de l'hôpital. A l'hôpital, il existe un pouvoir financier, un pouvoir syndical et, de plus

en plus, un pouvoir du patient. Dans la communauté hospitalière, il s'agit de vivre ensemble, sans oublier que la communauté soignante se compose des médecins, des infirmières, etc.

Au fond, c'est une loi de clarification, c'est une loi du vivre ensemble, au service du public.

Débat

Henri POINSIGNON, Directeur AFSSET

Quelle place pour les élus dans l'organisation hospitalière et dans l'ARS ? Faudra-t-il attendre le XXI^{ème} siècle pour arriver à la régionalisation ?

Michel HANNOUN

Il ne s'agit ni d'une régionalisation ni d'une décentralisation, mais d'une déconcentration. L'Etat conserve toute une série de responsabilités. Il faut éviter la disparité entre les régions. Le financement est national et général. Pour ma part, je pense qu'il fallait aller jusqu'au bout.

Yves-Jean DUPUIS

Je ne crois pas que les collectivités locales soient prêtes à recevoir les problèmes de santé. Par ailleurs, en ce qui concerne la gouvernance de l'établissement, le lien hiérarchique est clair avec un patron nommé par le président du conseil d'administration, doté des pouvoirs réels et apte à passer des contrats avec le personnel médical et avec l'ensemble des personnels. Globalement, le fonctionnement est satisfaisant : à aucun moment, on ne pose la question des pouvoirs, la préoccupation dominante étant de répondre aux besoins de la population, le plus possible en atteignant l'équilibre financier.

Annie PODEUR

La territorialisation est au cœur de la loi. L'ancrage territorial fait sens pour déployer l'ensemble des dispositifs, qu'ils soient de prévention ou de soins, au service d'une population. L'ARS aura des antennes de délégation départementales. S'agissant de l'organisation des soins elle-même, il faudra définir, au travers des schémas hospitaliers mais aussi ambulatoires, des territoires pertinents. Les prises en charge pointues devront être interrégionales.

Conclusion

Annie PODEUR
Directrice de la DHOS

Je suis heureuse d'être parmi vous pour conclure ces XVII^{èmes} Journées de l'ADH. En qualité de Directrice de la DHOS, je souhaite vraiment entretenir avec vous un dialogue permanent et constructif.

Je sais à quel point le succès des réformes dépend de la mobilisation des dirigeants hospitaliers et des acteurs de terrain que vous êtes tous. Je suis bien consciente des efforts qu'il vous faut déployer dans vos établissements pour expliquer le sens de ces réformes, pour convaincre, pour écouter et comprendre ce qui est attendu de vous.

I. Le sens de la réforme et ses enjeux

Le projet de loi HPST a fait l'objet d'un vote par l'Assemblée nationale. Il reste à franchir l'étape du Sénat. La réforme est attendue. Elle implique une profonde mutation de l'organisation sanitaire, bien au-delà de l'hôpital, et elle induit une évolution majeure du fonctionnement des établissements de santé dans lesquels les directeurs et leurs équipes auront un rôle majeur à jouer.

Les enjeux principaux de la réforme sont au nombre de quatre.

1. Garantir un meilleur accès aux soins pour tous les Français sur l'ensemble du territoire

La réforme est l'aboutissement d'une réflexion longue et dense. L'accessibilité aux soins est placée au premier rang des priorités du gouvernement sur le champ de la santé. Les directeurs et leurs équipes, les médecins, les soignants sont les garants de cette prise en charge des patients au sein des établissements hospitaliers et médicosociaux.

2. Assurer une prise en charge de qualité et veiller à une optimisation de la sécurité des soins

Le titre de la loi le reflète bien, le patient est placé au cœur du système de soin. Il doit pouvoir bénéficier, quel que soit son lieu de vie, son statut social, sa pathologie, d'une prise en charge de qualité et sécurisée.

3. Favoriser le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial

Le projet de loi impose l'impératif du décloisonnement pour fluidifier le parcours du patient et rendre le pilotage externe de l'hôpital plus cohérent. L'hôpital ne peut plus vivre en autarcie, il doit poursuivre son ouverture sur la ville et sur d'autres établissements sanitaires et médicosociaux. C'est la raison pour laquelle les opérations de coopération sont si importantes. C'est la raison pour laquelle il faut veiller à une graduation des soins qui soit lisible pour le patient. C'est la raison pour laquelle la loi vous permet de participer à la diversification des prises en charge.

4. Moderniser les établissements de santé et responsabiliser les acteurs hospitaliers à tous les niveaux hiérarchiques

La modernisation des établissements de santé passe par la rénovation de la gouvernance des hôpitaux, par la dynamisation et la simplification de leur gestion, par la redéfinition et la

clarification du pilotage interne de l'hôpital et par la croissance de notre activité. Le directeur disposera de pouvoirs stratégiques et juridiques renforcés en ayant à sa disposition les leviers qui sont nécessaires à une gestion dynamique de son établissement. En coordination étroite avec le président de la CME, il doit pouvoir s'appuyer sur des chaînes de responsabilités qui soient clarifiées et des circuits décisionnels qui soient déconcentrés au niveau des pôles.

Le management doit être mis en œuvre conjointement entre les présidents de CME et les directeurs, même si la responsabilité juridique revient au directeur.

II. La place essentielle des directeurs dans la mise en œuvre de la réforme

Vous serez au cœur de la mise en œuvre de la réforme et garants de sa réussite.

Dans une entreprise, le management se vit, il ne s'écrit pas avec des circulaires et des décrets. Le principe directeur qui guide la réforme est la liberté d'organisation des établissements. Le deuxième principe est une gestion en subsidiarité au plus près du terrain, sans centralisation excessive.

La fonction de direction est éminemment importante et elle doit évoluer pour permettre aux établissements de poursuivre des efforts de modernisation. La place des directeurs et de leurs équipes est centrale. Elle a une contrepartie : la clarification de notre part et avec vous de nouvelles conditions d'exercice, et sans doute une évolution des statuts.

La complémentarité des directeurs et des médecins est essentielle. Les deux fonctions ne sont pas interchangeables mais il faut une acculturation réciproque, c'est-à-dire que les médecins doivent développer des compétences managériales et les directeurs ne pas hésiter à approfondir leurs connaissances médicales et leurs connaissances de l'organisation des soins au quotidien.

Le projet de loi HPST met en lumière les deux impératifs qui sous-tendent l'action du ministère, et particulièrement de la DHOS, en matière de pilotage des établissements. Nous vous donnons plus de responsabilités, donc les exigences seront plus grandes, mais en contrepartie, nous vous devons plus encore de considération.

La loi affiche des pouvoirs, des responsabilités juridiques. Vous présiderez le directoire, fixerez l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, arrêterez le projet médical. Les exigences à votre encontre seront accrues : rechercher l'efficacité et l'optimisation de l'organisation afin d'assurer une prise en charge de qualité au meilleur coût, accepter une évaluation plus performante et professionnalisée pour vous et pour vos collaborateurs, être transparent vis-à-vis de la tutelle, des membres du directoire, du conseil d'administration qui deviendra un conseil de surveillance et des instances consultatives, ouvrir le recrutement du personnel de direction de la fonction publique hospitalière à de nouveaux acteurs de façon à mixer les profils et les compétences et avoir constamment le souci de renforcer vos compétences managériales et de gestion.

Face à ces devoirs, nous vous devons la reconnaissance. Les injonctions peuvent vous sembler contradictoires, en tout cas difficiles à concilier. Nous vous demandons des gains de productivité tout en maintenant un climat social sain. Je suis également consciente que les chefs d'établissement sont les seuls responsables, y compris devant les autorités judiciaires. La réforme qui se met en œuvre vous donne un bon positionnement stratégique en fixant des objectifs et des résultats à atteindre pour les chefs d'établissement, pour les directeurs adjoints et pour les chefs de pôle. Nous vous demanderons de rendre compte et de faire du *reporting*. C'est la meilleure garantie contre l'arbitraire. Le directeur a alors les moyens d'être un véritable manager, un chef d'équipe, un fédérateur des différentes composantes de l'établissement.

La réflexion sur la fonction de direction fera l'objet de travaux qui seront pilotés par la DHOS et le CNG.

Depuis deux ans, le comité consultatif national paritaire pour les directeurs d'hôpitaux ne s'était pas réuni. Nous avons eu notre première réunion cette semaine. Nous serons à vos côtés et nous écouterons vos attentes.

Je voudrais en conclusion m'adresser aux plus jeunes d'entre vous. Le métier de directeur d'hôpital est un très beau métier, à haute responsabilité. Il vous offre une très grande liberté d'action. C'est un métier qui requiert des professionnels engagés, multi-compétents et surtout courageux.

Deuxième message, le métier est complexe. Il a beaucoup évolué. Vous aurez des injonctions qui vous paraîtront difficilement conciliables, mais c'est le propre de toute fonction à haute responsabilité. Plus vos pouvoirs sont importants, plus vous êtes exposés. Vous devez avoir un comportement exemplaire.

Troisième message, le métier de directeur ne peut pas être exercé en solitaire depuis un bureau. Allez sur le terrain, rencontrez les médecins et les partenaires : c'est là que vous acquerez votre légitimité.

Dernier message, vous ne devez jamais perdre de vue que l'action est entièrement tournée au service du patient et du public.

Vous pouvez compter sur le soutien de la DHOS qui essaie d'accompagner le mouvement de modernisation de notre système de santé et d'amélioration de l'organisation des soins. J'ai besoin de vous, j'ai besoin de cadres de direction motivés et engagés et j'ai besoin que vous croyiez, au-delà des préventions, aux réformes à venir parce que c'est la pérennité de notre système de santé solidaire qui est en jeu.

Partenaires ADH des XVII^{èmes} journées de Paris :

