

Réforme de la gouvernance :

Promouvoir une approche moderne et ouverte,
fondée sur l'hybridation, qui fasse encore grandir l'hôpital

Alors que le Président de la République a ouvert une réflexion sur la gouvernance de l'hôpital, nos organisations pensent utile d'exprimer leurs positions. Elles visent à promouvoir un service public hospitalier innovant, capable d'adapter ses modes de fonctionnement, tout en reconnaissant la place et les compétences de tous les acteurs de la chaîne de soins.

Ces éléments font suite aux auditions devant la mission Baille-Claris.

La gouvernance de l'hôpital sort renforcée de la crise Covid et du rapport Claris

- La gouvernance de l'hôpital peut être fière de sa réponse à la crise Covid.

La réponse de l'hôpital public, qui a pris en charge 85 % des patients Covid, a été unanimement saluée. Lors du défi qu'a constitué la crise sanitaire, la gouvernance des hôpitaux publics a fait preuve d'une cohésion et d'une créativité exemplaires. Cette capacité d'innovation, peu courante dans les institutions publiques et privées, devrait être citée en exemple et pourrait être étudiée pour en tirer les leçons. La force du collectif interne, mais aussi territorial, qui a été à l'œuvre doit être pleinement reconnue.

- Le rapport Claris et ses déclinaisons juridiques doivent permettre d'en renforcer la médicalisation.

A la suite de la crise sanitaire, un travail minutieux et approfondi a été mené à partir du rapport Claris. Six textes ont ainsi été publiés : deux ordonnances, la loi Rist, deux décrets, une circulaire. Ce corpus de grande qualité, encore très récent, pose des bases solides à une gouvernance encore davantage collaborative. Il convient d'en garantir le déploiement plein et entier au sein de l'ensemble des établissements.

- Le contexte post-Covid fragilise l'hôpital, en France comme à l'étranger.

Tous les systèmes de santé dans le monde connaissent la même crise de l'après Covid. Celle-ci est une crise post-traumatique et le fait d'une relation au travail qui a changé.

L'occulter serait une erreur de diagnostic qui disperserait les pouvoirs publics des enjeux de santé publique du moment. Pour surmonter les défis d'attractivité et la concomitance de plusieurs chocs exogènes (inflation et crise de l'énergie, Ségur sous financé dans les établissements), il est impératif que les acteurs du système hospitalier restent soudés pour conjuguer leurs capacités d'action. Il faut éviter l'écueil qui consisterait à diviser et épuiser les hospitaliers en querelles internes au moment où, au contraire, il importe d'unir toutes les forces pour ouvrir une autre séquence pour le système de santé.

L'opportunité de poser les bases d'une nouvelle maturité managériale.

La réflexion sur le management à l'hôpital peut suivre deux logiques.

1^{er} / Une logique par familles professionnelles cloisonnées (administratifs, médecins, soignants, techniques). Cette logique a l'histoire hospitalière pour elle mais se trouve remise en cause par tout ce qu'enseigne le management moderne.

2^{ème} / A l'opposé, une logique de compétences qui implique au XXI^{ème} siècle une pluralité de profils.

- La logique de familles professionnelles et ses enjeux de pouvoir.

La première logique essentialise l'exercice de telle ou telle responsabilité pour justifier des monopoles d'exercice. Dans un cas, parce qu'on a fait l'EHESP, on serait légitime, partout et dans tous les cas, pour diriger les hôpitaux. A l'autre extrême, comme l'autre face d'une même pièce, un docteur en médecine ou un chef de service serait *seul* légitime, partout et de façon systématique, pour diriger un hôpital.

Cette logique a imprégné l'histoire hospitalière en créant des *instances séparées* de concertations et des *cénacles étanches* d'instruction (le comité de direction d'un côté, le bureau de CME de l'autre, la CSIRMT enfin...). Cette logique produit des *biais d'analyse* où chacun s'enferme dans des représentations et des raisonnements. Cette logique a également généré de *représentations distinctes*, qui font du monde hospitalier un caléidoscope d'organisations représentatives. Ces représentations alimentent des *luttres de pouvoirs* qui consistent à revendiquer au fil des opportunités les prérogatives des autres acteurs. Pour autant, la finalité de ces logiques de pouvoir n'est pas l'intérêt général mais la maximisation de la marge de manœuvre de chaque famille professionnelle.

Nos organisations considèrent que cette première logique correspond à l'âge adolescent du management hospitalier.

- La management moderne nous invite au contraire à privilégier une logique de compétence en mêlant des profils différents pour favoriser une hybridation.

L'efficacité repose au XXI^{ème} siècle, dans toutes les organisations du monde, sur une *pluralité de profils*. Celle-ci crée les conditions pour rechercher toutes les solutions à un problème, sans en exclure aucune. Elle repose sur *l'intelligence collective* et la stimulation de l'originalité de chacun, à partir de son histoire personnelle et professionnelle et de ses sensibilités propres.

Elle implique de se fonder sur une logique de compétences, qui fait fi des familles d'appartenance, qui sont un point de départ et non pas un point d'arrivée.

Dans la logique de compétence, diriger un établissement est *un métier* avec des attendus précis. Ce métier s'apprend par *une formation* et *un parcours*. Ce métier implique de dépasser la légitimité d'origine de sa famille professionnelle pour acquérir une autre légitimité, celle du dirigeant, qui repose *in fine* sur la capacité d'une part à protéger le moyen-long terme de l'entité dont on est responsable, et, d'autre part, à affirmer un leadership permettant de gagner une adhésion, complète ou partielle, dans des institutions complexes aux enjeux multiples (complexités internes et externes, enjeux sanitaires, scientifiques, économiques et industrielles, politiques enfin).

Nous considérons que la réforme mérite mieux que des enjeux de pouvoir qui nous tirent vers le bas.

Nous pensons qu'il convient de continuer à *faire grandir l'hôpital* en le dotant d'une *maturité managériale nouvelle*.

Deux contresens majeurs nous semblent à éviter.

Si l'on se place du point de vue de l'intérêt général, deux pièges apparaissent clairement pour nos organisations.

- Le risque de dyarchie

L'élargissement du champ de la co-décision nous paraît être particulièrement inopportun.

Il ne s'agit pas d'une position dogmatique de principe mais d'un constat résultant de l'examen attentif des textes actuels.

Une nouvelle évolution juridique concernerait nécessairement les aspects budgétaires et la représentation externe de l'établissement. Elle aboutirait *de facto* à une dyarchie à la tête des établissements. L'unicité de la décision du chef d'établissement, corollaire de l'unicité de sa responsabilité pénale, financière et administrative de celui-ci, serait alors une pure fiction.

Une telle dyarchie nous semble totalement contraire à l'intérêt général pour trois raisons :

- Aucune institution publique n'a fait un tel choix. Les exemples venus du droit des sociétés ne sont pas pertinents dans la mesure où ils reposent sur un principe de solidarité entre associés qui les engage sur un plan personnel.

- Le risque de blocage serait évident en cas de désaccord. Or des décisions difficiles demeureront nécessaires dans les établissements dans les années qui viennent.

- Un risque de déresponsabilisation des deux têtes exécutives ne serait pas absent dans un schéma où la responsabilité est diluée.

- Le schéma CLCC

La gouvernance des CLCC, dont les principes ont été posés dans la France de l'après-guerre, relève également de la logique de familles professionnelles de l'hôpital.

Un médecin serait *par nature et dans tous les cas* légitime pour diriger les hôpitaux publics. Selon cette logique, un monopole remplacerait alors un autre monopole.

Une approche sérieuse du sujet de la gouvernance de l'hôpital, plus encore compte tenu des enjeux actuels, doit nécessairement reposer sur la notion compétence, tout en assurant la capacité à accéder à celle-ci pour différents profils.

Par ailleurs, un tel schéma se heurte à plusieurs limites évidentes :

- Des limites intrinsèques au modèle (caractère monothématique de ces établissements, statut privé, taille des CLCC, modèle économique spécifique laissant une place très importante au mécénat) ;

- Des limites en termes de modalités de mise en œuvre (à la fois chez les médecins et du fait des conséquences prévisibles chez les directeurs) ;
- Des limites d'acceptabilité en changeant radicalement le rôle de certains acteurs.

Des propositions qui déclinent cette vision fondée sur la compétence et l'ouverture

1. Nous sommes favorables à la constitution d'un vivier pour nommer des profils plus divers à la tête des hôpitaux.

Selon des modalités à déterminer (remontée par chaque établissement et/ou appel à manifestation d'intérêt), il s'agirait d'identifier des profils dotés d'un potentiel managérial important et qui seraient intéressés pour diriger un établissement public de santé, qu'il s'agisse d'un Centre Hospitalier, un Établissement de Santé mentale ou un CHU.

Ces profils concerneraient des médecins, pharmaciens, odontologistes, mais aussi des directeurs des soins, des coordonnateurs généraux de soins, des administrateurs de l'Etat et des ingénieurs.

Suivant le principe d'égalité d'accès aux emplois publics, ceux-ci seraient sélectionnés en fonction de leur parcours et ne pourront être nommés sur place suivant le principe en vigueur déjà actuellement pour les chefs d'établissement, afin de respecter un principe d'impartialité. Les modalités juridiques et statutaires de leur intégration seront à préciser dans un souci d'attractivité et d'équité pour une même fonction exercée.

2. Garantir une application complète du rapport Claris.

Les textes publiés suite au rapport précité sont récents et distincts, en rendant la lecture complexe. Les différentes enquêtes menées sur le sujet montrent que les préconisations sont bien appliquées dans les CHU et les CH de grande taille. C'est plus inégal dans les établissements de taille moyenne ou de petite taille.

Nous considérons qu'il est fondamental de mettre le Président de la commission médicale d'établissement en situation d'exercer pleinement ses prérogatives. La fonction de Président de commission médicale d'établissement est une fonction essentielle à une gouvernance équilibrée et sereine d'un établissement de santé mais c'est aussi une fonction difficile à assumer. Elle couvre un champ très large et le Président de CME doit assumer un rôle délicat, parfois ingrat entre les médecins et la direction générale. Il doit également veiller, avec le directeur général à libérer les énergies de terrain, au sein du pôle et du service, en promouvant un management de proximité et l'implication des acteurs.

Il convient pour nos organisations de veiller rigoureusement à l'application des textes en vigueur, en renforçant les décharges d'activité des PCME, en favorisant la circulation de l'information et en assurant un reporting de cette application auprès des ARS.

En revanche, cette application exhaustive ne saurait s'accompagner de nouvelles évolutions dans les prérogatives des acteurs. L'examen attentif du droit positif, en

raison notamment de ses dernières novations, montre en effet qu'une nouvelle évolution conduirait mécaniquement à une dyarchie à la tête des établissements de santé et introduirait un risque de blocage (cf supra) contraire à l'intérêt général.

3. Assurer une médicalisation des équipes de direction.

Les équipes de directions actuelles sont diverses (managers, magistrats, ingénieurs, directeurs de soins). Elles ont un haut niveau de compétence et démontrent une adaptabilité à toute épreuve mais elles comportent une étrangeté en ne comprenant pas de médecins (à l'exception de quelques grands CH et quelques CHU).

Dans la logique d'hybridation qui nous paraît importante, nous pensons qu'il faut envisager en fonction des contextes locaux la nomination de médecins au sein des équipes. Ceux-ci pourraient soit exercer des responsabilités en lien avec l'exercice médical, soit des responsabilités sans lien direct, en apportant leur analyse des sujets, au niveau local ou territorial.

Selon nous, cette médicalisation ne doit en rien affaiblir le Président de la commission médicale d'établissement, mais, au contraire, faciliter son rôle. Le Président de la commission médicale d'établissement est et doit rester, par sa légitimité, l'interlocuteur médical principal du directeur. Aussi, nous proposons que cette médicalisation puisse être définie localement dans ses modalités et puissent se décliner de façon progressive et apaisée au sein de chaque gouvernance hospitalière.

Importante pour le dépassement d'une logique de tuyaux d'orgue, cette médicalisation de l'équipe de direction l'est aussi pour la constitution d'un vivier de médecins qui se prépare le cas échéant à l'exercice de fonctions ultérieures de directeur d'établissement.

A minima, cette médicalisation pourrait faire l'objet d'une expérimentation.

4. Faire évoluer le dispositif de formation.

Pour les médecins qui intégreraient le vivier de potentiels chefs d'établissements, une formation spécifique devrait être proposée par l'EHESP.

Pour les médecins qui seraient intéressés pour intégrer l'équipe de direction, une formation continue agile devrait également être conçue par l'EHESP.

L'exercice de la fonction de direction implique une formation et un parcours professionnel. Il faut permettre l'un et l'autre, selon des modes souples qui n'en fassent pas des obstacles.

5. Reconnaître la spécificité des CHU.

Au sein des CHU, les Doyens des UFR ou des pôles santé occupent une place majeure en cohérence avec la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. A ce titre, le Doyen est vice-président du directoire. De même, les directoires des CHU sont dotés d'un vice-président recherche nommé en accord avec le PDG de l'Inserm. Ces spécificités doivent être impérativement protégées.

6. Reconnaître la place des soignants.

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, joue un rôle essentiel dans la gouvernance des établissements. Il pilote et coordonne les organisations des soins paramédicaux et manage l'ensemble des métiers paramédicaux. Il représente 50 % des professionnels de l'hôpital. Son rôle et sa place doivent être réaffirmés. A ce titre, nous proposons qu'il devienne vice-président du directoire.

7. Donner plus de marges de manœuvre aux ARS, en renforçant l'action de proximité et la volonté de libérer les initiatives dans les territoires.

Le renforcement de l'action des ARS en proximité de acteurs de terrain et des territoires doit être poursuivi alors que le système de santé demeure fragilisé. Cette gestion de proximité montre son efficacité à l'occasion de la mise en œuvre de l'article 33 de la loi Rist. De même, le décret du 7 avril 2023 relatif au droit de dérogation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé doit être salué en permettant aux directeurs généraux d'agir rapidement, dans une relation de confiance avec les acteurs des territoires, afin de s'appuyer sur l'esprit d'initiative, la créativité et l'envie d'agir qui habitent souvent les professionnels de terrain directement confrontés à la demande de soin et à la détresse de la population.

Au total, la réforme voulue par le Président de la République nous offre l'opportunité de renforcer la maturité managériale de l'hôpital, déjà voulue et engagée par de nombreux acteurs locaux qu'ils traduisent dans leurs modalités de gouvernance, en mettant à distance des logiques cloisonnées qui ne sont pas compatibles avec le niveau de contraintes et les enjeux du système de santé.

Pour cela, elle doit placer au centre de son raisonnement, non pas telle ou telle réponse atavique et stéréotypée, mais une **volonté d'hybridation** qui repose sur la compétence et l'ouverture à une pluralité de profils.

Cette logique d'ouverture est celle qui est actuellement déclinée dans toute la haute fonction publique de l'Etat. A ce titre, nous souhaitons que la réforme de la haute fonction publique se traduise par une transposition rapide du statut des administrateurs de l'Etat qui prenne en compte les responsabilités particulièrement exigeantes qui y sont exercées. De même, la volonté forte et légitime des pouvoirs publics de promouvoir la transversalité au sein de la sphère publique doit se traduire par l'exercice d'autres responsabilités au sein du service public pour les dirigeants de la fonction publique hospitalière. Une respiration plus large au sein des métiers du service public ne peut être que bénéfique à son attractivité, aujourd'hui questionnée, et à sa performance.

| | | |
|--|---|---|
| Vincent PREVOTEAU Président de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH) | Philippe EL SAIR Président de la Conférence des DG de CHU (CNDG) | Laurence LAIGNEL, Présidente de l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) |
|--|---|---|

| | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
|---|---|---|