

## Le nouveau management des CHU

<b>PROMOUVOIR ET CONSOLIDER LA PLACE DES CHU DANS L'ESPACE INTER ET INTRA-REGIONAL .....</b>	<b>2</b>
Le fait interrégional.....	2
Le positionnement infra-régional.....	4
<b>ORGANISATION EN POLES ET INFORMATION DES MEDECINS .....</b>	<b>6</b>
La représentation des responsables de pôles – Formule de Nancy.....	6
Enquête CME et Organisation en Pôles (Juin –Septembre 2008).....	6
Quelle représentation pour les responsables de pôles au sein des instances issues de la nouvelle gouvernance ?.....	7

*En plus de ces deux thèmes, celui de la « médicalisation de la décision » a fait l'objet d'un travail qui, de mars à octobre 2008, a associé des représentants des trois conférences hospitalo-universitaires dans le cadre de la préparation de leurs Assises 2008. Réalisé en parallèle des travaux préparatoires à la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire », cette réflexion viendra en support de la table ronde du jeudi 11 décembre 2008 qui sera l'occasion de définir une plate-forme de proposition commune des trois Conférences à verser au débat parlementaire sur le projet de loi « HPST ».*

## Promouvoir et consolider la place des CHU dans l'espace inter et intra-régional

Jean-Michel BUDET, directeur général adjoint de l'Assistante Publique – Hôpitaux de Marseille

### Le fait interrégional

Initiée par quelques CHU (G4 pour le nord-ouest, HUGO pour l'ouest,...), préconisée par le comité interministériel pour l'aménagement du territoire (18/12/2003), synthétisée dans le rapport du Groupe DIACT «Coopérations inter-CHU » en janvier 2007, reprise lors des assises hospitalo-universitaires de Marseille de janvier 2007 et du séminaire de la conférence des directeurs généraux de CHU d'octobre 2007, la dimension territoriale interrégionale constitue aujourd'hui un acquis incontesté et revendiqué.

En janvier 2007, le groupe de travail de la DIACT, se fondant sur l'étude de la nouvelle fabrique des territoires (NFT : « Les coopérations interrégionales des CHU »), préconisait :

- La convergence des découpages des coopérations inter-CHU
- Des interrégions de moyens ou de projets
- L'intégration des trois domaines : soins, formation et recherche médicales

Du discours de Bordeaux du président de la République au rapport Larcher sur la réforme de l'hôpital, la notion d'interrégionalité est consacrée ... Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires », qui sera enrichi par une réflexion spécifique aux CHU annoncée à Bletterans le 18 septembre 2008, doit conduire les CHU à des actions fortes de consolidation de la gouvernance hospitalo-universitaire dans les territoires à un moment où l'ensemble des missions de service public, dont l'enseignement universitaire et post universitaire, pourront être assurées par tous les établissements de santé, quel que soit leur statut.

### Discours de Bordeaux :

- « La vision territoriale doit s'appliquer à la recherche et à la formation ».
- « Réfléchir à une politique qui apporte un soutien beaucoup plus fort aux équipes des CHU qui sont dans la compétition mondiale »
- « L'hôpital doit tendre vers l'excellence... »
- L'excellence dans l'enseignement, avec des études médicales et paramédicales qui préparent aux évolutions des métiers.
- L'excellence dans la recherche pour que l'hôpital contribue de tout son poids au rayonnement de la recherche française dans le monde ».
- L'enseignement et la recherche médicale, une priorité qui s'appuie au sein des CHU sur l'excellence d'équipes professionnelles évaluées et labellisées.
- **L'interrégion est le niveau pertinent du pilotage territorial.**
- Un pilotage national qui permet l'émergence de pôles d'excellence de niveau international.

### Rapport Larcher :

Structurer les activités d'enseignement et de recherche au niveau interrégional

Objectif :Rechercher la taille critique dans les activités d'enseignement et de recherche - Structurer les inter-régions

- 13. Renforcer le **pilotage de l'enseignement et de la recherche** : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES ;

- Pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.
- **Pilotage interrégional** : Compte tenu des exigences de spécialisation et de gradation des soins, le **niveau interrégional** apparaît le plus pertinent. Le pilotage doit être assuré par une structure chargée de la recherche et de l'enseignement, réunissant les hôpitaux et les universités, en lien avec les ARS et les régions. Les délégations interrégionales pour la recherche clinique (DIRC) assurent le soutien logistique.

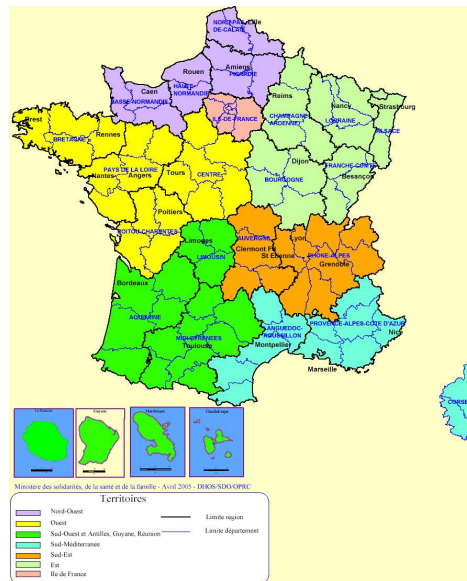
Cadres des futures Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), les territoires de santé doivent présenter une certaine homogénéité et une cohérence quels que soient les acteurs ; la circulaire 2003-450 du 4 septembre 2003 précisait ainsi déjà: « Le découpage retenu pour ces interrégions est le même pour les cinq activités concernées par un SIOS. En effet, disposer d'un territoire identique pour ces activités permettra de créer des liens durables et une dynamique de travail entre les ARH, les établissements de santé et notamment les CHU, aussi bien dans les aspects de soins, que de prévention, de formation et de recherche ». INSERM, CNRS, Agence de biomédecine se sont progressivement engagés vers une harmonisation interrégionale qui reste inachevée notamment pour les canceropôles. En matière de recherche : les DIRC, le GIP CeNGEPS, les PHRC s'inscrivent résolument dans ce nouvel espace ; pour la formation médicale, l'interrégion est l'échelon traditionnel de coopération (interrégions, subdivisions)... mais reste limité aux modules de formation et s'engageant timidement vers la gestion partagée des effectifs d'internes ou de chefs de cliniques-assistants ; pour les soins lourds et rares, les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire ont acté la nécessité de ces coopérations et répartitions.

Ce développement de l'interrégionalité répond à une exigence de taille critique dans la compétition européenne et internationale avec en toile de fond l'idée évoquée de regrouper les CHR-U de façon à ramener leur nombre à une petite dizaine et obtenir une taille crédible pour les équipes de chercheurs (Rapport du professeur Even : « Faillite et carences de la recherche médicale universitaire » juillet 2008).

L'interrégionalité apparaît ainsi comme :

- un outil de régulation de la démographie médicale face à des situations criantes d'inégalités de dotations et d'encadrement des études médicales entre et au sein des interrégions
- une faculté de partage des coûts très élevés de la recherche clinique dans un contexte de grande incertitude des financements
- un moyen de rationalisation et d'amélioration de la qualité des soins rares
- une réponse aux défis de la masse critique nécessaire et de la tentation parallèle du démembrement de certaines missions comme l'enseignement.

La mise en œuvre de l'interrégionalité nécessitera la mise en place d'une gouvernance interrégionale et d'affectation de moyens financiers à ce nouvel espace territorial : mutualisation de tout ou partie des crédits enseignement, recherche, innovation (enveloppe MERRI), coefficient géographique correcteur T2A interrégional pour aboutir à une équité en matière d'offre de soins au regard de la morbidité, mortalité des interrégions, budget interrégional d'innovation, budget interrégional SIOS avec un prélèvement à la source sur l'ONDAM ou sur l'enveloppe CHU.



Le projet de loi hôpital, patients, santé et territoires traite de l'interrégionalité aux articles L.1434-14 (territoires de santé et conférences de territoires) et L 6131-1 (améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche). Cela paraît fort modeste aux regards des enjeux qui supposeraient **l'inscription obligatoire de cette interrégionalité** et de la mise en cohérence de tous les acteurs de la recherche autour des **sept interrégions** dont les périmètres doivent être stabilisés.

### Le positionnement infra-régional

Cette question de l'interrégionalité conduit naturellement à la problématique des CHU dans l'espace territorial. Le projet de loi tout en unifiant le statut et le mode de gouvernance de l'hôpital public sous le vocable établissements publics de santé (article L 6141-1) fait toujours référence au CHU et au rattachement territorial des établissements publics. Cependant, il n'intervient pas pour définir le niveau de rattachement des CHU, historiquement établissements publics communaux. On peut regretter l'absence de volonté d'inscrire ces établissements dans un espace plus conforme aux réalités à minima intercommunal. A l'heure où s'instaure une nouvelle répartition de compétences entre conseil de surveillance et directoire, l'opportunité aurait pu être saisie.

En tout état de cause est posée la question du positionnement des CHU dans leur espace territorial régional et interrégional surtout lorsque cohabitent plusieurs CHU dans une même région. Le risque est grand, même si le projet de loi à l'article L 6132-2 interdit à un établissement de santé d'adhérer à plus d'une communauté hospitalière, de voir se multiplier les structures de coopérations dédiées, même sous un vocable unique (le groupement de coopération sanitaire ou GCS), pour des actions très hétérogènes au côté de communautés hospitalières de territoires dépourvues de référence territoriale encadrée. Cette possible application débridée du dispositif législatif doit conduire à rechercher les garanties d'une cohérence des actions de coopération (emboîtement des structures,...). En contrepartie, dans la mesure où la loi autoriserait deux types de communautés (fédératives et intégrées), une superposition des communautés pourrait être autorisée au profit des communautés fédératives dans un espace territorial homogène et conforme au découpage en territoires de santé.

Plusieurs propositions peuvent être faites pour asseoir la place des CHU dans la gouvernance territoriale,

au niveau interrégional :

- Achever la mise en cohérence des périmètres interrégionaux
- Définir les compétences et moyens partagés
- Unifier la gouvernance interrégionale dans une Union hospitalo-universitaire interrégionale
- Organiser les relations entre les interrégions et leur promotion

au niveau intrarégional :

- Organiser la gouvernance du ou des CHU ainsi que des activités hospitalo-universitaires dans l'espace régional,
- Organiser la gouvernance du CHU dans son propre territoire de santé
- Initier des pôles d'activités intra-régionaux, intra ou trans-territoires
- Prévoir une place pour les CHU dans la gouvernance de chacune des communautés de territoire
- Réviser les découpages territoriaux à l'aune des périmètres des CHU

**Les participants aux Assises hospitalo-universitaires de Lille de décembre 2008 suggèrent de retenir deux propositions principales :**

**Proposition 1**

**Créer de directoires interrégionaux comprenant directeurs généraux, présidents de CME et doyens pour les Unions hospitalo-universitaires interrégionales**

**Proposition 2**

**Reconnaitre le rôle du CHU dans la région pour les aspects hospitaliers (recours) et universitaires (formation, labellisations, recherche) par la participation des CHU à la gouvernance de chacune des communautés hospitalières de territoire de leurs régions.**

## **Organisation en pôles et Information des médecins**

### **La représentation des responsables de pôles – Formule de Nancy**

*Pr Jean-Luc SCMUTZ, président de la CME du CHU de Nancy*

En janvier 2006, l'ensemble des responsables de pôles du CHU de Nancy s'est réuni sous la forme d'une « conférence des responsables de pôles » pour notamment analyser le fonctionnement du conseil exécutif.

En effet, les responsables de pôles, qui ne participaient pas au conseil exécutif, considéraient qu'ils étaient en manque d'informations.

Par cette pétition, ils ont émis le souhait d'être informés des décisions du conseil exécutif par rapport aux quatre responsables de pôles qui en faisaient partie et de participer plus largement à l'activité de cette instance, à titre consultatif.

Sur le plan pratique, ils ont donc demandé la connaissance préalable de l'ordre du jour, au minimum 8 jours avant, afin de pouvoir intervenir sur certaines questions.

Les responsables de pôles ont également demandé à avoir accès à un relevé rapide et précis des avis du conseil exécutif.

A la suite de cette pétition, il a été décidé que tous les trois mois, le conseil exécutif serait élargi, dans sa seconde partie, à tous les responsables de pôles. Mais il n'est pas exclu de les inviter à chaque séance, selon les thématiques traitées à l'ordre du jour.

L'ordre du jour du conseil exécutif est adressé 8 jours avant la réunion, par courrier électronique, en demandant aux responsables de pôles d'apporter toute suggestion sur les différents sujets abordés.

Un compte-rendu bref est adressé aux responsables de pôles dans la semaine qui suit chaque réunion du conseil exécutif.

Le président de la CME rencontre, pendant 1 h 30, tous les responsables de pôles quelques jours avant chaque séance du conseil exécutif. Cette rencontre est utile pour préparer le conseil exécutif en examinant toutes les questions inscrites à l'ordre du jour. Des questions d'actualité peuvent éventuellement être proposées dans le cadre des questions diverses du conseil exécutif.

### **Enquête CME et Organisation en Pôles (Juin –Septembre 2008)**

*Docteur Sylvia BENZAKEN, vice-président de la CME du CHU de Nice*

En mai 2005 est parue l'ordonnance qui réorganise le fonctionnement des établissements publics en créant le Conseil Exécutif et en instituant le découpage en pôles d'activité.

Dans quelques semaines va paraître une loi visant de nouveau à réformer le management des établissements de santé et redéfinissant notamment les missions des acteurs médicaux que sont les chefs de pôles et la Commission Médicale d'Etablissement.

Afin de mesurer l'appropriation et l'étendue des réalisations faites depuis 2005... et dans l'attente de 2009, nous avons donc réalisé au cours de l'été 2008, dans le cadre du groupe management des Assises Hospitalo Universitaires 2008, une enquête auprès des présidents de CME de CHU.

Par ailleurs, à l'écoute d'une communauté médicale qui se dit « mal informée », nous y avons associé un état des lieux des modes de communication des CME vers le corps médical.

Ce questionnaire simple et ne comportant qu'une page recouvrait les items suivants :

Le nombre de pôles médicaux ou médico-techniques

La création d'une instance regroupant les responsables de pôles (chefs de pôles)

La proportion de responsables de pôles (chefs de pôles) à la CME et au Conseil

Exécutif

Les modes de communication de la CME dans l'établissement

Première conclusion : l'adhésion et l'intérêt de la communauté médicale pour une réforme, au vu du taux de réponse de 100% !

Deuxième conclusion : chaque Etablissement a adapté les nouveaux outils à son environnement tant en termes de découpage que de pilotage médico administratif, tous ont intégré en peu de temps ce nouveau mode de fonctionnement!

Troisième conclusion : une volonté évidente de diffuser les informations à l'ensemble de la communauté médicale et de partage avec tous les acteurs hospitaliers soignants et managériaux.

### **Quelle représentation pour les responsables de pôles au sein des instances issues de la nouvelle gouvernance ?**

*Pr Luc BARRET, président de la CME du CHU de Grenoble*

Un premier constat s'impose à savoir que la place des responsables de pôles au sein des instances issues de la nouvelle gouvernance est pour le moins contrastée et d'importance variable. Ceci d'autant que deux formes de gouvernance se sont mises en place dans la périphérie des pôles sans passerelle institutionnelle prévue par les textes entre les deux autre que le Directeur général et le président de CME.

Il existe tout d'abord une gouvernance classique délibérative représentée par le Conseil exécutif (CE), la Commission médicale d'établissement (CME) et in fine le Conseil d'administration (CA), dont les compositions sont réglementairement définies avec une marge de manœuvre quant au nombre de membres pour le CE laissée à la discrétion du DG et du président de CME dans des limites fixées par décret (Art. L 6143-6-1 du CSP).

En l'état actuel de la loi, la présence de responsables de pôles est réglementairement uniquement envisagée au sein du conseil exécutif dont au moins la moitié des membres de la partie médicale doivent exercer une fonction de responsable de pôle. Leur présence reste néanmoins soumise au préalable de leur désignation par la CME, en faisant remarquer que le texte ne prévoyant pas une désignation faite par la CME en son sein, les responsables ainsi désignés n'en seront pas nécessairement membres. A l'inverse, leur élection en tant que membre de la CME n'est pas un obstacle à leur désignation par celle-ci.

Il faut de plus souligner que l'élection à la CME se faisant par collège et par corps, leur qualité de responsable de pôle n'est pas protégée par rapport au verdict des urnes, aucun quota de responsable de pôle n'étant pris en compte dans la répartition des élus. L'évolution prévue de cette gouvernance sous forme du Directoire et du Conseil de Surveillance n'apporte de ce point de vue aucune évolution sauf que leurs membres devraient être nommés par le Directeur général après avis du Président de la CME pour le Directoire (futur

Art L6143-10 du CSP) et désignés par la CME pour le Conseil de Surveillance (futur Art L6143-1 du CSP).

Quant à l'actuel Conseil d'Administration, aucune représentation ne leur est réservée de droit.

Seule en définitive, leur élection à la CME « *intuitu personae* » ou leur désignation par celle-ci en cette qualité en tant que membre du CE sont donc de nature actuellement à faire participer certains responsables de pôle de façon effective au fonctionnement des instances à caractère délibératif mais il faut alors le noter de manière limitative et quelque peu arbitraire.

Ce premier type de gouvernance coexiste avec une gouvernance que l'on pourrait qualifier de participative qui va plus directement impliquer les responsables de pôle.

Cette gouvernance s'articule autour des pôles qui définissent leur projet en cohérence avec le projet d'établissement et qu'ils mettent en œuvre par un contrat conclu sur une base annuelle signée par le DG et le président de CME (Art L 6145-6 du CSP). Le responsable de pôle a ainsi un rôle majeur dans la préparation du contrat et son exécution qui le fait dialoguer avec les 2 têtes de l'exécutif après une phase d'instruction menée en concertation interne avec les différentes composantes du pôle et les directeurs référents. La co-signature du contrat par le Président de CME et le Directeur Général permet de garantir l'inscription de ce contrat dans un projet médicalement concerté dans toutes ces dimensions institutionnelles et exécutives. Un état de fait qu'il faudrait à mon sens garder dans le nouveau projet de loi HPST.

Malgré ce temps de contact et/ou de négociation avec l'exécutif, aucune passerelle n'est prévue entre les 2 formes de gouvernance en l'absence de texte prévoyant l'examen des contrats par l'une quelconque des instances délibératives. Il leur est simplement dévolu le rôle de donner leur avis sur les critères d'évaluation définis par le CA après avis du conseil de pôle, de la CME et du Conseil Exécutif, l'évaluation elle-même étant conduite par les cosignataires du contrat à savoir le DG et le Président de CME d'une part et le responsable de pôle d'autre part (Art L 6145-6 du CSP).

Dès lors se pose de façon claire non seulement la question de l'association des responsables de pôles au travail délibératif ou au minimum à leur correcte information sur celui-ci mais aussi la question du regard des instances délibératives sur le moteur même de la gouvernance qu'est le contrat.

Pour associer les responsables de pôles au travail délibératif, il paraît cependant difficile d'hypertrophier la CME par l'inclusion en son sein de l'ensemble des responsables de pôles ce qui aurait pour effet de modifier l'équilibre des représentations du corps médical.

Une solution serait de constituer une représentation supplémentaire désignée par élection au sein d'un collège spécifique, celui des responsables de pôles. Le risque serait de faire émerger un groupe de pression supplémentaire et un concurrent potentiel au leadership du président de CME en la personne du président du collège des responsables de pôles qui ne manquera pas d'apparaître. Ce responsable de collège tirant sa légitimité d'une double élection et nomination en tant que responsable de pôle puis de responsable du collège.

Est-ce réellement souhaitable au moment où se pose la question du pilotage médical de nos établissements ?

Une solution plus sage est la solution Nancéenne, que nous avons également mise en place à Grenoble et ailleurs j'imagine (voir l'enquête menée par le Dr Sylvia Benzaken) à savoir assurer une information régulière sur l'état d'avancement de la gouvernance délibérative et



s'appuyer sur leurs avis pour la faire progresser par des réunions régulières animées par le président de CME avec l'ensemble des responsables de pôles.

Il reste par contre à instaurer de façon toute aussi importante des passerelles entre les deux gouvernances par des modifications réglementaires qui imposeraient notamment qu'un bilan de la mise en œuvre des contrats soit obligatoirement présenté en CME et au futur Conseil de surveillance.

Faut-il pour autant que les instances se prononcent sur chaque contrat ? Je ne pense pas que cela soit opérant et ce serait surtout très lourd à mettre en application. Par contre, il faudrait prévoir que les instances puissent être appelées en arbitrage à la demande d'une des parties en cas de conflit dans la négociation ou l'exécution du contrat.

Voici donc quelques modestes éléments de réflexion à enrichir par nos discussions aux assises.