Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS

Juin 2020

Coordonnateur de la mission : Professeur Olivier CLARIS, président de la CME des Hospices civils de Lyon

Membres de la mission :

Docteur David PINEY, président de la CME du CH de Lunéville

Docteur Radoine HAOUI, président de la CME du CHS de Toulouse

Thierry GAMOND-RIUS, directeur général du CH de Lorient

Appui IGAS :

Philippe SUDREAU, inspecteur général des affaires sociales

Antoinette ROUSTEAU, interne en santé publique

Appui logistique et opérationnel : Harold ASTRE

SYNTHÈSE

[1] En réponse à la lettre de mission de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé en date du 9 décembre 2019 et dans le cadre de Ma Santé 2022, la mission menée par le Pr Olivier CLARIS (président de la CME des Hospices Civils de Lyon) avec le Dr David PINEY (président de la CME du CH de Lunéville), le Dr Radoine HAOUI (président de la CME du CHS de Toulouse) et Thierry GAMOND-RIUS (directeur général du CH de Lorient), avec l'appui de Philippe SUDREAU (inspecteur général des affaires sociales), d'Antoinette ROUSTEAU (stagiaire IGAS) et d'Harold ASTRE, a conduit ses travaux entre janvier et juin 2020.

[2] Elle s'est appuyée sur des visites de terrain, des auditions, un questionnaire auquel 6 507 cadres et praticiens hospitaliers ont répondu, un séminaire de travail initialement programmé le 19 mars 2020 et reporté au 10 juin 2020 en raison de l'impact de la pandémie virale due au Coronavirus, et l'analyse des nombreuses contributions écrites reçues.

[3] Les auditions et visites de terrain ont eu lieu entre début janvier et début mars 2020, avant la pandémie liée au SARS-CoV-2. Cette pandémie a donc « traversé » la période de réflexions de la mission, qui a travaillé sur les recommandations entre mars et début juin 2020, chacun des membres de la mission vivant, en même temps, la crise de la COVID 19 sur ses propres lieux d'exercice professionnel. Il apparait à la mission que la pertinence des recommandations formulées dans ce rapport est encore renforcée par les enseignements que l'on peut tirer de la gestion de cet épisode sanitaire majeur à tous les niveaux.

[4] La mission a pu recueillir les perceptions de nombreux acteurs hospitaliers de toutes professions, qu'ils soient au cœur de la gouvernance ou qu'ils travaillent au plus près des patients. Ces nombreux échanges lui ont permis de dresser des constats solides quant au fonctionnement actuel de la gouvernance de l'hôpital public, à son organisation interne et aux « irritants du quotidien » qui en découlent, **et de formuler 56 recommandations pour l'améliorer, dont 20 recommandations principales peuvent être extraites.**

[5] La mission a également pu identifier, au cours de ses échanges avec les acteurs rencontrés et par le biais des réponses au questionnaire, de nombreuses initiatives déjà existantes dans certains établissements, qui donnent pleinement satisfaction et mériteraient d'être généralisées. **Ainsi, 27 items intitulés « bonnes pratiques managériales à généraliser »** sont ainsi proposés au fil du rapport, en complémentarité avec les recommandations formulées par la mission.

[6] La perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public pour l'ensemble des soignants est la problématique majeure soulevée par la plupart des interlocuteurs de la mission. Elle est notamment liée à des conditions de rémunération jugées insuffisantes au regard de contraintes assumées pour leur plus grande part par ces professionnels, comme la permanence des soins, les missions de recours, la prise en charge sociale. Le fonctionnement des services avec un nombre de professionnels de plus en plus restreint, les dysfonctionnements du quotidien, l'implication insuffisante des acteurs de terrain dans la gouvernance grèvent également l'attractivité de l'hôpital public. Les cloisonnements entre les services eux-mêmes (services cliniques, services du plateau technique, services supports) sont également mis en avant.

[7] Le service de soins, qui apparaît comme le niveau de référence pour les équipes soignantes comme pour les patients, a vu sa place progressivement dévalorisée et s'est trouvé écarté de la gouvernance. La reconnaissance réglementaire de la fonction de chef de service et de ses

responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé **(recommandation n°14),** ainsi que la valorisation de sa responsabilité par une rémunération spécifique **(recommandation n°18)** concrétiseraient l'importance du service dans la gouvernance. Le développement de l'intéressement collectif des équipes **(recommandation n°20)** et le renforcement du binôme constitué par le chef de service et le cadre de santé **(recommandation n°17)** seraient des leviers forts pour réinvestir et revaloriser cet échelon capital. Via les pôles, les chefs de service s'impliqueraient réellement dans la définition de la stratégie médicale et seraient force de proposition auprès des instances de gouvernance.

[8] Le rôle fondamental joué par l'encadrement paramédical dans le bon fonctionnement hospitalier est souligné par la mission. Ce constat renforce encore la pertinence de faire du binôme chef de service –cadre un attelage managérial central.

[9] La place essentielle que doit retrouver le service de soins ne doit pas remettre en cause l'existence des pôles. Leur utilité a été reconnue par la grande majorité des acteurs hospitaliers rencontrés par la mission. Chacun à leur place, services et pôles doivent s'insérer dans une dynamique fluide à trois niveaux : services / pôles / établissement.

[10] Le maillon capital de la gouvernance qu'est le binôme directeur - PCME (président de la commission médicale d'établissement) est perçu positivement par les intéressés eux-mêmes, qui estiment globalement qu'il fonctionne bien. Pour autant, les auditions comme les réponses au questionnaire ont fait apparaître parfois des difficultés, d'où la nécessité de poser un cadre général destiné à garantir que la pratique communément répandue devienne la norme. Ainsi, la mission propose de conforter le rôle des PCME en généralisant les bonnes pratiques qui leur permettent de disposer des compétences et des moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités **(recommandation n°31).** De plus, afin de renforcer la lisibilité du co-pilotage médical et administratif de l'établissement auprès de la communauté hospitalière, il est proposé de consolider la pratique des co-signatures par le directeur et le PCME, sur des décisions conjointes, telles que les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité, les contrats de pôles et les modifications de structure des services médicaux et médico-techniques **(recommandation n°3).** Enfin, une rémunération spécifique valoriserait la responsabilité capitale des PCME dans la gouvernance **(recommandation n°11).**

[11] Dans les orientations stratégiques de l'établissement comme dans son fonctionnement quotidien, ressort également le sentiment d'une nette coupure entre le « top management » médico-administratif de l'hôpital (formé par le binôme directeur - PCME et l'ensemble de la gouvernance) et les acteurs de terrain, en cohérence avec le besoin de reconnaissance du service. Les soignants s'estiment ainsi peu associés aux décisions prises, qu'ils jugent souvent peu en phase avec la réalité de leur quotidien, et peuvent être critiques face aux désignations des responsables médicaux dont la légitimité est parfois contestée. Cela rend nécessaire une clarification de la procédure de sélection des responsables médicaux **(recommandation n°21).** Les professionnels sont également fortement en demande d'une amélioration des circuits de décision et d'information. Au sein de chaque établissement, celle-ci doit pouvoir se décliner dans un projet de management et de gouvernance, obligatoirement intégré au projet d'établissement **(recommandation n°1).** Il paraît alors indispensable de veiller à l'existence de bonnes pratiques de communication, transparentes, efficaces et directes, favorisant la participation de l'ensemble des professionnels. Enfin, la mise en place d'une cellule de gestion de projet s'appuyant sur une sélection transparente et une contractualisation interne, associant les services supports permettrait de remobiliser les professionnels porteurs d'initiatives et de réduire les délais d'instruction et de décision **(recommandation n°13).**

[12] La mission a également pu constater que les instances de gouvernance attirent peu les professionnels de terrain, et que ces derniers sont peu au fait de leur fonctionnement. En particulier, la commission médicale d'établissement (CME) peine souvent à mobiliser les praticiens et à donner de la lisibilité à ses actions. Pour donner plus de poids aux membres de la CME et en revaloriser la place dans la gouvernance, la mission propose de renforcer son rôle dans l'élaboration du projet médical **(recommandation n°7),** et, pour les sujets relevant d'un avis simple de la CME, de les étendre notamment au plan pluriannuel d'investissement, à l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), aux nominations de praticiens et aux désignations des chefs de service et de pôle et de leurs adjoints, et d'en déterminer une procédure d'instruction **(recommandation n°10).** Le fonctionnement du Directoire apparaît également méconnu par les professionnels de terrain. Son rôle de concertation médico-administrative doit être conforté avec l'objectif d'aboutir à un consensus, son ancrage avec le terrain conforté en favorisant la possibilité pour les pôles et les services de proposer des sujets, et en leur communiquant systématiquement un relevé de décisions **(recommandation n°6).**

[13] Les praticiens exerçant des responsabilités managériales se sont dits insuffisamment formés et outillés au regard de leurs missions, leur formation initiale ne les préparant pas suffisamment à cet exercice. La mission propose alors d'établir un parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences **(recommandation n°33),** en lien avec le Centre national de gestion (CNG).

[14] Malgré un outillage juridique ancien, les délégations de gestion aux pôles et aux services sont jugées insuffisamment pratiquées, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines et les dépenses courantes. Un engagement fort dans la démarche de délégation aux pôles et aux services **(recommandation n°19)** est donc nécessaire. Concrétisée par un contrat de pôle, dont le suivi donnerait lieu à une conférence de pôle annuelle, coprésidée par le président de CME et le directeur et associant le trio de pôle et les chefs de service et cadres supérieurs, cette démarche devrait également être appuyée par la désignation de directeurs référents de pôle, facilitant sa réalisation effective.

[15] La mission a investigué de façon approfondie le retentissement des dysfonctionnements hospitaliers sur le quotidien des soignants. Il en ressort que la lourdeur des procédures, le poids de l'absentéisme, de la recherche de lits et de structures d'aval ainsi que l'absence de réponses de la « hiérarchie » sont cités parmi les irritants majeurs. Les contraintes liées à la pression financière sont également fréquemment mentionnées. La simplification des règles de la commande publique **(recommandation n°54)** faciliterait le quotidien des professionnels. Pour alléger le quotidien des soignants, la gestion des ressources humaines paramédicales devrait être facilitée, en particulier les remplacements et le maintien des effectifs. Les services support et les services de soins devraient contractualiser pour des liens renforcés et plus de réactivité, et le temps médical devrait être recentré sur le cœur de métier clinique via l'allègement des tâches administratives.

[16] Pour sanctuariser le financement de la recherche, il paraît capital de garantir la bonne utilisation des enveloppes spécifiques (maladies rares, centres de référence) et de clarifier la valorisation financière des points SIGAPS.

[17] Enfin, la mission estime qu'il est indispensable de revisiter les échelons régional et territorial dans une logique de subsidiarité qui redonne un pouvoir d'initiative aux territoires, tout en renforçant l'implication des élus et des usagers. Cela doit se traduire par une autonomie accrue des agences régionales de santé (ARS) pour la déclinaison régionale des orientations nationales, en lien avec la région, collectivité territoriale, et par la simplification du régime des autorisations de soins **(recommandation n°47).** Cela passe également par une revalorisation de l'échelon territorial qui doit devenir celui au sein duquel la démocratie en santé est à l'œuvre pour créer des synergies entre

acteurs au service d'une responsabilité populationnelle. La mission propose enfin de recentrer les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur leurs missions d'organisation territoriale de soins en simplifiant leur mode de gouvernance **(recommandation n°37).**

[18] Pour alléger les procédures à l'échelle nationale, la mission propose de simplifier et d'harmoniser les procédures de certification, notamment en laissant le choix de l'organisme certificateur et des thèmes évalués à chaque établissement **(recommandation n°50)**. Elle propose également de décentraliser les autorisations de protocoles de coopération au niveau régional **(recommandation n°51).**

Compléments ajoutés après le séminaire du 10 juin 2020, tenu avec les conférences nationales des DG et PCME de CHU et CH, de PCME de CHS, les doyens des facultés de médecine, pharmacie et odontologie, l'association des directeurs d'hôpitaux (ADH), l'association française des directeurs de soins (AFDS), et la FHF.

1. *Il est précisé que certains sujets importants, impactant les acteurs hospitalo-universitaires, n'ont volontairement pas été traités dans le rapport car ils n'étaient pas dans le périmètre de la lettre de mission adressée par Madame Agnès BUZYN au Professeur CLARIS, particulièrement la dimension universitaire spécifique des CHU et les relations avec les Universités (cf. entre autres points le rôle essentiel des doyens dans la gouvernance des CHU et dans l'animation des territoires en termes de formation et d'enseignement).*

2. *Un travail complémentaire sur l'organisation, le financement et la gouvernance du système national de santé mériterait d'être engagé dans une perspective de simplification normative et de déconcentration, de cohérence des politiques publiques et de décloisonnement des acteurs autour d'une responsabilité populationnelle.*

3. *Le constat dressé et les recommandations formulées dans le présent rapport ont fait l'objet d'une validation par les conférences nationales, associations et fédération présentes au séminaire du 10 juin 2020.*

LES 20 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES DE LA MISSION

n°	Recommandations	Echéance de mise en œuvre souhaitée
Revaloriser et réinvestir les services de soins		
14	Reconnaître réglementairement la fonction de chef de service, et particulièrement ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé.	À 3 mois
17	Faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel.	À 3 mois
18	Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de chef de service et de chef de service adjoint.	À 6 mois
20	Développer l'intéressement collectif des équipes.	À 6 mois
Conforter le binôme directeur-PCME		
3	Rendre obligatoires des cosignatures par le directeur et le président de CME, a minima sur : - Les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité ; - Les contrats de pôle ; - Les modifications de structure des services médicaux et médico-techniques.	À 3 mois
11	Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de PCME et d'animateur de commission.	À 6 mois
31	Donner aux PCME les compétences et les moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités, cf le projet de management et de gouvernance défini dans la recommandation n°1.	À 6 mois
Clarifier et associer les professionnels aux décisions		
1	Rendre obligatoires l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance comportant un volet médical déclinant les objectifs suivants : - Valeurs managériales de l'établissement ; - Modalités de désignation des responsables hospitaliers ; - Définition des liens fonctionnels entre chefs de service et cadres de santé, entre PCME et directions fonctionnelles ; - Processus d'instruction des projets ; - Politique de délégation de gestion ; - Moyens matériels et humains alloués aux responsables hospitaliers ; - Modalités de formation et d'accompagnement des responsables hospitaliers ; - Articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières.	À 6 mois
13	Mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projets copilotée par un directeur et un membre de la CME, visant à faciliter le lancement de projets médicaux et soignants sur la base d'une sélection transparente puis d'une contractualisation interne avec la gouvernance de l'établissement, associant les services supports.	À 6 mois
21	Structurer la procédure de sélection des responsables médicaux.	À 6 mois

n°	Recommandations	Echéance de mise en œuvre souhaitée
Redynamiser les instances de gouvernance		
6	Conforter le rôle de concertation médico-administrative du Directoire, et accroître son ancrage avec le terrain, en généralisant les pratiques observées : - Favoriser, dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité pour les services de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour ; - Conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance ; - Diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du Directoire (Ex : La minute du Directoire).	À 3 mois
7	Revoir les modalités d'élaboration du projet médical. La CME élabore et propose au Directoire le projet médical qui est intégré au projet d'établissement. Le PCME coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le directeur, selon une procédure médico-administrative partagée. Après concertation en Directoire, le directeur et/ou le PCME peuvent demander à la CME de compléter et / ou d'amender la proposition de projet médical dans une nouvelle proposition. Le projet final est voté par la CME pour être proposé au Directoire. Il est partie intégrante du projet d'établissement voté par les instances, comme la réglementation le prévoit déjà.	À 3 mois
10	Déterminer une procédure d'instruction des sujets relevant d'un avis simple de la CME, et étendre ces sujets au programme d'investissement et de développement du système d'information médicale, au plan pluriannuel d'investissement, à l'EPRD, aux nominations de praticiens, aux désignations des chefs de service et de pôle et aux relations ville-hôpital.	À 3 mois
Proposer des parcours managériaux aux responsables médicaux		
33	En lien avec le CNG, établir un véritable parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.	À 12 mois
Mettre en œuvre des délégations de gestion fortes		
19	Engager une démarche affirmée de délégation aux pôles volontaires portée par la gouvernance de l'établissement, tout en sécurisant les prérequis préalables : - Disposer d'un système d'information adapté et robuste permettant une comptabilité analytique performante ; - Prendre appui sur des chefs et collaborateurs de pôles formés et responsables ; - En ciblant progressivement les ressources humaines, les petits investissements du quotidien, la formation et la qualité de vie au travail.	À 3 mois
Simplifier et redonner du sens au quotidien des soignants		
54	Simplifier les règles de la commande publique.	À 3 mois
Impulser de nouvelles dynamiques partenariales aux niveaux du GHT et du territoire		
37	Recentrer les GHT sur leurs missions d'organisation territoriale de soins en simplifiant leur mode de gouvernance.	À 6 mois
47	Simplifier le régime des autorisations de soins pour redonner du temps aux managers soignants et hospitaliers. Le centrer sur les seules activités de soins comportant un recours important à des soins critiques ou urgents.	À 3 mois
Simplifier les processus nationaux		
50	Simplifier et harmoniser les processus de certification et d'évaluation (HAS, HCERES, COFRAC).	À 12 mois

n°	Recommandations	Echéance de mise en œuvre souhaitée
51	Décentraliser et simplifier les processus de recours aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et aux infirmières de pratiques avancées.	À 3 mois

SOMMAIRE

SYNTHESE **3**

LES 20 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES DE LA MISSION **7**

RAPPORT **13**

1 METHODOLOGIE SUIVIE PAR LA MISSION **13**

1.1 VISITES SUR LE TERRAIN 13
1.2 AUDITIONS 13
1.3 QUESTIONNAIRE 14
1.4 SEMINAIRE 16
1.5 ANALYSE DOCUMENTAIRE 16

2 ETAT DES LIEUX DANS LES DIFFERENTS CHAMPS DE LA MISSION : NEUF CARACTERISTIQUES MAJEURES RESSORTENT CLAIREMENT **17**

2.1 UNE PREOCCUPATION MAJEURE ET CROISSANTE : LA PERTE D'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL PUBLIC POUR LES MEDECINS ET LES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX, LIEE ENTRE AUTRES A DES REMUNERATIONS ET INDEMNISATIONS INFERIEURES AUX AUTRES SECTEURS D'HOSPITALISATION POUR DES CONTRAINTES BEAUCOUP PLUS FORTES 17
2.2 UN BINOME DIRECTEUR - PCME PERÇU DE MANIERE GLOBALEMENT POSITIVE PAR LES INTERESSES, DE MANIERE VARIABLE PAR LE RESTE DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE 18
2.2.1 Une perception globalement positive du binôme par les acteurs concernés, plus prononcée pour les directeurs que pour les PCME 18
2.2.2 Une perception du binôme variable pour les autres acteurs hospitaliers, et clairement négative pour les praticiens de terrain 20
2.3 UNE NETTE COUPURE ENTRE LE « TOP MANAGEMENT » DE L'HOPITAL ET LES ACTEURS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX DE TERRAIN, SOURCE D'UNE DEMANDE FORTE D'AMELIORATION DES CIRCUITS DE DECISION ET D'INFORMATION 20
2.4 DES INSTANCES DE GOUVERNANCE AU FONCTIONNEMENT MECONNU ET PEU ATTRACTIVES POUR LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN 21
2.4.1 Une CME ayant perdu de son tropisme auprès des praticiens des services, avec des attributions limitées 21
2.4.2 Le Directoire, une instance de gouvernance investie par ses membres mais dont le fonctionnement est méconnu par les acteurs de terrain 23
2.5 LE SERVICE DE SOINS : UN NIVEAU D'ACTION DE REFERENCE PRIMORDIAL POUR LES EQUIPES SOIGNANTES MAIS PROGRESSIVEMENT ECARTE 24
2.6 DES DELEGATIONS DE GESTION AU BENEFICE DES POLES ET DES SERVICES JUGEES INSUFFISANTES, NOTAMMENT SUR LES RESSOURCES HUMAINES ET LES DEPENSES COURANTES 26
2.7 DES RESPONSABLES MEDICAUX INSUFFISAMMENT FORMES ET OUTILLES, DES PARCOURS MANAGERIAUX A ACCOMPAGNER 27
2.8 LA LOURDEUR DES PROCEDURES, LE POIDS DE L'ABSENTEISME ET DE LA RECHERCHE DE LITS ET STRUCTURES D'AVAL AINSI QUE L'ABSENCE DE REPONSES DE LA HIERARCHIE CITES PARMI LES IRRITANTS MAJEURS 28
2.9 UN ECHELON TERRITORIAL QU'IL EST INDISPENSABLE DE REVISITER 38
2.9.1 Un niveau territorial GHT encore mal compris et vécu 38
2.9.2 Des liens et rapports avec les ARS à faire évoluer 40

3 56 RECOMMANDATIONS POUR REDYNAMISER LA GOUVERNANCE, ATTIRER, IMPLIQUER ET REDONNER DU SENS AU QUOTIDIEN DES SOIGNANTS ET REPOSITIONNER LES RELATIONS AVEC LES TUTELLES **42**

3.1 PRECISER LES CONTOURS D'UNE VIE INSTITUTIONNELLE A MEME DE RASSEMBLER ET DE MOBILISER LES ACTEURS (GOUVERNANCE, MANAGEMENT) 42
3.1.1 Pour une gouvernance synergique 43
3.1.2 Pour des acteurs de terrain plus autonomes et en capacité d'agir 51
3.1.3 Pour faciliter le travail des professionnels de terrain afin d'améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins 56
3.2 ATTIRER ET FIDELISER LES TALENTS A L'HOPITAL PUBLIC 58
3.2.1 Pour valoriser l'exercice professionnel à l'hôpital public 58

3.2.2 Pour veiller au cas particulier des Présidents de CME *59*
3.2.3 Pour renforcer et valoriser l'exercice des responsables médicaux *60*
3.2.4 Pour faire évoluer le métier de Directeur dans le cadre de la transformation du système *61*
3.3 IMPULSER DE NOUVELLES DYNAMIQUES PARTENARIALES AU NIVEAU DU GHT ET DU TERRITOIRE 62
3.3.1 Un objectif pour les GHT : resserrer les liens avec les communautés médicales, soignantes et les usagers *62*
3.3.2 Pour renforcer la structuration du territoire de santé et réaffirmer la juste place des élus *65*
3.4 REPENSER LES LIENS AVEC LES ARS 67
3.5 AU PLAN NATIONAL : SIMPLIFIER CERTAINS PROCESSUS, DEFINIR UN CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 69

LETTRE DE MISSION 75

ANNEXE : ANALYSE APPROFONDIE DU QUESTIONNAIRE 77

1 PROFIL DES REPONDANTS 78

2 DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE 81

3 LES IRRITANTS DU QUOTIDIEN 121

4 AUTONOMIE ET EFFICACITE DES ETABLISSEMENTS 137

LISTE DES ETABLISSEMENTS VISITES ET DES ACTEURS HOSPITALIERS RENCONTRES 143

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES AUDITIONNES 150

SIGLES UTILISES 155

RAPPORT

1 Méthodologie suivie par la mission

[19] La mission a démarré ses travaux de manière opérationnelle début janvier 2020.

[20] Afin de répondre aux objectifs fixés par la lettre de mission de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé jointe en fin de document, un programme de travail a été défini, en cinq axes : visites sur le terrain, auditions, élaboration d'un questionnaire national, analyse documentaire et séminaire.

1.1 Visites sur le terrain

[21] Des visites ont eu lieu entre janvier et mars 2020. Elles ont porté sur un échantillon le plus représentatif possible, à la fois sur le plan géographique et sur le type d'établissement : Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier (CH), Centre Hospitalier Spécialisé (CHS).

[22] La mission tient à remercier les acteurs ayant organisé chacune de ces visites pour la qualité et la richesse des échanges.

[23] Elles ont été l'occasion d'entretiens avec un large échantillon d'acteurs : gouvernances médico-administratives, doyens (dans le cas où l'établissement visité était un CHU), chefs de pôles, chefs de services, praticiens hospitaliers, directeurs adjoints, directeurs de soins, cadres soignants, techniques, administratifs, soignants, Elles ont souvent pris la forme d'échanges nourris avec des groupes pluri professionnels offrant une parole libre et permettant de fortes interactions y compris entre les acteurs hospitaliers eux-mêmes.

[24] Les établissements visités et les acteurs hospitaliers rencontrés figurent en fin de document.

1.2 Auditions

[25] Des auditions ont eu lieu à Paris et lors de déplacements en région entre le 15 janvier et le 12 mars 2020. Elles ont permis de rencontrer un large éventail d'acteurs et de représentants institutionnels, qui figurent en fin de document.

[26] Toutes les conférences nationales représentant les gouvernances hospitalières, médicales et administratives ont ainsi été auditionnées (directeurs généraux, directeurs, présidents de commission médicale d'établissement (PCME), des CHU, CH et CHS, doyens de médecine, d'odontologie et de pharmacie), ainsi que les fédérations nationales publiques et d'Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) : Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP), Unicancer. Les responsables des syndicats de praticiens et de directeurs ont également été reçus, ainsi que des acteurs représentant l'ensemble des professions et champs d'activité couverts par la mission.

[27] Les auditions ont le plus souvent été complétées par des contributions écrites adressées ultérieurement, montrant l'intérêt des acteurs pour les thèmes abordés dans le cadre de la mission.

[28] La mission tient à remercier toutes les personnes et organismes auditionnés.

1.3 Questionnaire

[29] 800 établissements ont été ciblés par l'envoi d'un questionnaire travaillé de manière pluri professionnelle par les membres de la mission et testé avant diffusion.

[30] Le questionnaire a été adressé le 31 janvier aux présidents de CME et aux chefs d'établissement, en leur demandant de bien vouloir procéder à sa diffusion en interne au sein de leurs établissements. La consigne précisait que ce questionnaire devait être diffusé aux « personnels exerçant des fonctions managériales dans l'établissement : cadre administratif, cadre de pôle, cadre de santé, chef de pôle, chef de service, directeur/directeur général, directeur adjoint, directeur des soins, président de CME, praticien hospitalier ».

[31] La date limite de retour des réponses était fixée au 28 février ; du fait du nombre important de réponses, elle a été décalée au 2 mars.

[32] Le questionnaire a reçu un nombre très élevé de réponses (6 507), témoignant de l'attente, de l'intérêt et de l'implication des professionnels.

[33] La part des questions restées sans réponse est faible, y compris en fin de questionnaire et malgré sa densité, en particulier sur les thèmes suivants (part de non-réponse inférieure à 5 % du total des réponses) : les circuits d'informations à privilégier, les dysfonctionnements qui compliquent le plus le quotidien, les mesures simples d'amélioration à prioriser. Le plus fort taux de non réponse a concerné le fonctionnement des instances de gouvernance et la taille budgétaire de l'établissement ; cela permet de constater un manque relatif de connaissances des acteurs sur un certain nombre de sujets.

[34] Le nombre élevé des réponses a permis une forte diversité des profils de répondants, à la fois en termes de région, de taille budgétaire, de type d'établissements (CHU, CH, CHS ; établissements supports de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), établissements parties), de catégorie professionnelle, d'âge.

[35] Au total, 6507 professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs ont répondu au questionnaire. Ils se répartissent de la manière suivante :

- 1782 professionnels paramédicaux :
  - 135 directeurs des soins,
  - 411 cadres de pôles,
  - 1 236 cadres de santé ;
- 3361 professionnels médicaux :
  - 247 présidents de CME (182 de CH, 23 de CHU et 25 de CHS et 17 n'ayant pas répondu à la question du type d'établissement),
  - 447 chefs de pôles,
  - 1096 chefs de service,
  - 1 571 praticiens ;

- 993 professionnels administratifs :
  - 211 chefs d'établissement (144 de CH, 31 de CHU, 22 de CHS et 14 n'ayant pas répondu à la question du type d'établissement),
  - 478 directeurs adjoints,
  - 304 cadres administratifs, logistiques ou techniques.

[36] 330 répondants (soit 5 % des réponses) ont classé leur profil professionnel dans la rubrique « autres ». S'y retrouvent notamment des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitalier (PU-PH), des Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), des pharmaciens, des sages-femmes, des responsables d'unité fonctionnelle. 41 n'ont pas répondu à la question.

[37] Toutes les régions françaises ont été représentées, à l'exception de la Corse et de Mayotte. Les régions les plus représentées sont Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Île-de-France, Occitanie. Les Outre-mer sont les moins représentés.

Tableau 1 : Répartition des participants par région

Région	Part	Région	Part
Auvergne-Rhône-Alpes	14,8 %	**Bourgogne-Franche-Comté**	3,4 %
Nouvelle-Aquitaine	12,9 %	**Centre Val-de-Loire**	3,4 %
Île-de-France	11,4 %	**Guadeloupe**	0,8 %
Occitanie	9,9 %	**La Réunion**	0,8 %
Grand Est	7,5 %	**Martinique**	0,2 %
Hauts-de-France	7,5 %	**Guyane**	0,1 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7,5 %	**Corse**	0,0 %
Bretagne	6,9 %	**Mayotte**	0,0 %
Normandie	6,0 %	**Pas de réponse**	1,4 %
Pays-de-la-Loire	5,5 %		

[38] Les questions fermées ont fait l'objet de tris permettant de mettre en évidence des tendances nettes dans la perception de la situation actuelle dans les hôpitaux et dans la formulation des principales attentes. Les questions ouvertes ont également été riches d'enseignement, contenant des propositions d'actions concrètes.

[39] Une analyse détaillée du contenu des réponses au questionnaire figure en annexe n°1.

1.4 Séminaire

[40] Initialement programmé le 19 mars, il a été décidé le 12 mars de reporter le séminaire au regard du contexte national et des situations de crises qui se multipliaient dans les établissements. Il s'est finalement tenu le 10 juin.

[41] Il a réuni des représentants des conférences des doyens de médecine, d'odontologie et de pharmacie, des directeurs généraux et PCME de CHU et de CH, et des PCME de CHS, de l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS), de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH) et de la FHF.

[42] L'objectif était d'une part de tester les premières orientations de la mission avec l'ensemble des représentants de la gouvernance hospitalière afin de pouvoir ajuster les propositions en croisant les regards. Il était important d'autre part d'initier une première appropriation par les acteurs pour faciliter ultérieurement la mise en œuvre de nouvelles pratiques sur le terrain.

[43] Ce décalage dans le temps a permis d'intégrer un premier retour d'expérience issu de la gestion de la pandémie virale. La mobilisation des hospitaliers pour gérer cet événement a imposé de nouvelles organisations et modalités de pilotage où chaque acteur semble avoir trouvé naturellement sa place au regard de ses compétences.

1.5 Analyse documentaire

[44] En complément des cycles d'audition et des réponses au questionnaire, de nombreuses publications et contributions ont été transmises à la mission :

- Le socle réglementaire et une synthèse des travaux engagés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur la gouvernance et le management courant 2019 (compte-rendu de réunion, documents de synthèse…) ;
- Des propositions écrites des acteurs institutionnels (fédérations, conférences, organisations syndicales…) en complément de leur audition ;
- Des publications (articles, thèses, mémoires, ouvrages…) pour approfondir des modèles internationaux ou des organisations qui ont fait l'objet d'une évaluation ;
- Des initiatives locales ou bonnes pratiques ayant fait leurs preuves et qui pourraient être généralisées (modes opératoires, retours d'expérience…).

La mission en a pris connaissance et les a intégrées pour établir son socle de recommandations. Quelques exemples ou renvois sont intégrés au rapport pour éclairer certaines propositions.

2 Etat des lieux dans les différents champs de la mission : neuf caractéristiques majeures ressortent clairement

[45] Les auditions, les visites sur le terrain et l'analyse des réponses apportées au questionnaire permettent de faire ressortir les neuf points majeurs suivants.

2.1 Une préoccupation majeure et croissante : la perte d'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens et les professionnels paramédicaux, liée entre autres à des rémunérations et indemnisations inférieures aux autres secteurs d'hospitalisation pour des contraintes beaucoup plus fortes

[46] La quasi-totalité des acteurs rencontrés lors des visites et des auditions a exprimé sa forte préoccupation sur ce sujet. En effet, que ce soit en CHU, en CH ou en CHS, les responsables ont multiplié les exemples de services fonctionnant avec un nombre de plus en plus restreint de praticiens. Une pénurie croissante d'infirmiers (IDE), d'aide-soignants (AS), de masseurs-kinésithérapeutes et de manipulateurs en radiologie est également fortement ressentie, sur tout le territoire et dans tous les types d'hôpitaux visités. Plusieurs causes à ce fréquent manque de personnel sont citées.

[47] Le sujet des rémunérations est mis en avant : les écarts importants constatés entre le service public hospitalier et les ESPIC et autres établissements privés (métiers médicaux mais également paramédicaux) ne cessent de s'aggraver. Ils sont considérés comme dissuasifs et contributifs des difficultés à fidéliser les jeunes professionnels à l'issue de leur formation, voire en fin de carrière.

[48] Le sujet de l'écart des contraintes est également très mal vécu. Les hospitaliers, tous métiers confondus, vivent d'autant plus difficilement cet écart significatif de rémunération qu'ils portent l'essentiel des contraintes associées à la prise en charge des patients les plus difficiles et l'obligation d'assurer la permanence des soins.

[49] La rémunération et la contrainte de permanence des soins ne sont toutefois pas les seuls éléments explicatifs de ce problème d'attractivité de l'hôpital public. D'autres sujets ont également été mentionnés lors des différents entretiens comme les dysfonctionnements au quotidien, une implication insuffisante des acteurs dans la gouvernance, la lourdeur et l'opacité des processus de décision, la formation et le vécu des étudiants en médecine pendant leurs stages (modalités d'encadrement d'une qualité inégale durant les stages, charge de travail très élevée).

[50] Les auditions ont confirmé que la gouvernance est impactée par les problématiques de démographie médicale et paramédicale. Elle doit en effet pouvoir s'appuyer sur une communauté stable et engagée, mais de très nombreux établissements auditionnés focalisent leur énergie sur la recherche de ressources humaines ou sur la suppléance des postes restés vacants, au détriment de l'investissement institutionnel. Ces établissements ne peuvent s'appuyer que sur des praticiens intérimaires dont l'investissement interne est souvent très limité. Inversement, la qualité de la gouvernance est aussi présentée comme un facteur d'attractivité et de fidélisation pour les professionnels.

[51] ***La mission formule en conséquence les recommandations 26, 27, 28, 29, 30 sur ce sujet de l'attractivité de l'hôpital public.***

2.2 Un binôme directeur - PCME perçu de manière globalement positive par les intéressés, de manière variable par le reste de la communauté hospitalière

2.2.1 Une perception globalement positive du binôme par les acteurs concernés, plus prononcée pour les directeurs que pour les PCME

[52] Les données chiffrées issues du questionnaire le confirment : 91 % des chefs d'établissement ont une opinion positive du fonctionnement du binôme ; cette perception est homogène pour toutes les tailles d'établissement.

[53] 72 % de l'ensemble des PCME répondants expriment une opinion positive quant au fonctionnement du binôme. Cette perception est variable selon la taille de l'établissement : 91 % de satisfaction pour les PCME d'établissements dont le budget est supérieur à 500 millions d'euros, 79 % dans le cas d'un budget compris entre 125 et 500 millions, et 66 % dans le cas d'un budget inférieur à 125 millions.

[54] Il est tout de même à noter que 26 % de l'ensemble des PCME répondants jugent que leur binôme fonctionne mal. Ce chiffre varie entre 9 % pour les établissements d'un budget supérieur à 500 millions d'euros et 32 % pour les établissements d'un budget inférieur à 125 millions d'euros.

[55] Les projets médicaux sont portés conjointement par le directeur et le PCME, selon 93 % des directeurs et 85 % des PCME répondants.

[56] Les différents entretiens menés dans le cadre de la mission ont mis en évidence que dans la grande majorité des cas, les désignations des chefs de pôles et des chefs de service s'effectuaient en bonne intelligence entre directeurs et PCME. Cette perception est validée par le questionnaire : à la question « dans la pratique, les désignations de chefs de pôle et de service sont-elles décidées conjointement par le directeur et le PCME ? », les directeurs répondent de manière positive à hauteur de 90 %, les PCME de 83 %.

[57] Par ailleurs, les sujets des moyens matériels et du temps dédiés aux PCME pour l'exercice de leurs missions ont été nettement mis en avant au cours des différents échanges en cours de mission. Le questionnaire permet d'objectiver clairement la situation nationale sur cet aspect important. A la question « concernant vos responsabilités managériales, disposez-vous de moyens dédiés suffisants ? », 81 % des PCME répondent de manière négative. Des PCME auditionnés ont pu faire état d'une difficulté pour exercer leurs missions au regard de leur manque de formation et de moyens.

[58] Le sujet de l'accompagnement de la carrière professionnelle des PCME après deux mandats a également été régulièrement soulevé.

[59] En outre, les binômes ont souvent insisté sur le fait que leur bonne entente relève davantage de la qualité de leur relation interpersonnelle que d'un respect de règles clairement définies au plan national. Ils expriment une forte attente de formalisation d'un cadre dans ce domaine.

Tableau 2 : Dans la pratique, le binôme directeur/président de commission médicale vous paraît-il fonctionner convenablement ?

	Plutôt oui	Plutôt non	Pas de réponse
Tous	55 %	35 %	10 %
Directeurs	91 %	7 %	2 %
Directeurs taille < 125 M	92 %	6 %	2 %
Directeurs taille 125-500 M	92 %	7 %	1 %
Directeurs taille > 500 M	87 %	10 %	3 %
Directeurs adjoints	84 %	15 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	63 %	20 %	17 %
PCME	72 %	26 %	2 %
PCME taille < 125 M	66 %	32 %	2 %
PCME taille 125-500 M	79 %	19 %	2 %
PCME taille > 500 M	91 %	9 %	0 %
Chefs de pôle	63 %	35 %	2 %
Chefs de service	51 %	45 %	4 %
Praticiens	37 %	54 %	9 %
Directeurs des soins	84 %	15 %	1 %
Cadres de pôle	72 %	19 %	9 %
Cadres de santé	53 %	27 %	20 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « pas du tout » à « complètement ».

2.2.2 Une perception du binôme variable pour les autres acteurs hospitaliers, et clairement négative pour les praticiens de terrain

[60] Les données chiffrées issues du questionnaire concordent avec les perceptions du binôme directeur-PCME exprimées lors des visites et des auditions.

[61] Les directeurs adjoints (84 %), les directeurs des soins (84 %), les cadres de pôle (72 %), les chefs de pôle (63 %) ainsi que les cadres administratifs, techniques et logistiques (63 %) expriment une opinion positive du fonctionnement du binôme.

[62] Les chefs de service sont partagés : 51 % d'opinions positives, 45 % d'opinions négatives.

[63] Les praticiens expriment en revanche une perception clairement négative du binôme, à hauteur de 54 %.

[64] ***La mission formule les recommandations 2, 3, 4 pour formaliser les rôles respectifs du directeur et du PCME et les recommandations 5, 31, 32 pour le sujet particulier des moyens et de la carrière des PCME***.

2.3 Une nette coupure entre le « top management » de l'hôpital et les acteurs médicaux et paramédicaux de terrain, source d'une demande forte d'amélioration des circuits de décision et d'information

[65] La mission a résumé sa perception sur ce point par une formule choc : il y a une « rupture de faisceau » entre le « top management » médico-administratif de l'hôpital (formé par le binôme directeur - PCME et l'ensemble de la gouvernance) et les acteurs de terrain, en particulier les chefs de service et les praticiens. Ces acteurs de terrain ont une forte méconnaissance à la fois des circuits de décision et des décisions elles-mêmes. Ils s'estiment ainsi insuffisamment associés aux processus de prises de décision. Ils émettent une appréciation négative sur le fonctionnement des instances, que ce soit la CME ou le Directoire.

[66] Leurs avis sur le sujet du territoire sont également très critiques. Il s'agit d'un enjeu pour la construction des organisations territoriales qui sera détaillé en 2.9.

[67] Il apparaît donc clairement qu'il y a une forte « perte en ligne » concernant la communauté médicale et plus largement les équipes de terrain. Dans les réponses au questionnaire, plus on s'éloigne du « top management », plus la perception de la bonne marche hospitalière globale est soit négative soit largement méconnue.

[68] La hiérarchie soignante non médicale (directeurs de soins, cadres de pôle, cadres supérieurs de santé) est moins coupée du top management, avec des circuits d'informations plus structurés et efficaces. Néanmoins, les cadres de proximité ont semblé à la mission dans la même situation que les praticiens et chefs de service, exprimant une perte de sens et une difficulté de positionnement au quotidien, notamment liées à une charge de travail élevée du fait de l'absentéisme, qui les absorbe entièrement.

[69] Les directeurs adjoints et les cadres administratifs, techniques et logistiques ont paru à la mission mieux informés et plus impliqués. La grande majorité de ces responsables signale par ailleurs être consciente de leur éloignement des acteurs médicaux et paramédicaux de terrain.

[70] On constate donc l'existence d'une sorte de « plancher de verre » : en dessous du pôle, les informations ont manifestement du mal à « redescendre », mais également à « remonter ». Ce constat est lié de manière logique à l'expression du délaissement progressif du niveau du service de soins durant ces dernières années.

[71] Le questionnaire permet de mettre en évidence que pour engager une nouvelle dynamique au sein des équipes hospitalières, la plupart des catégories professionnelles plébiscitent la promotion des circuits courts de décision.

[72] Des propositions concrètes ont été formulées dans le cadre de questions ouvertes :

- Staffs pluridisciplinaires de courtes durées mais structurés à tous les niveaux hiérarchiques ;
- Présence régulière des directeurs dans les services, sur le terrain ;
- Temps de rencontre réguliers par pôle et par service incluant la direction ;
- Systématisation des trinômes médico-soignants-administratifs, au niveau des pôles;
- Moments de rencontre conviviaux, réunissant plusieurs métiers ;
- Mécanismes permettant de faire remonter des informations comme des « audits agents »;
- Communication systématique des ordres du jour et des comptes rendus des réunions de la CME et du Directoire à l'ensemble des praticiens et cadres de terrain ;
- Transparence et communication systématique des lignes budgétaires par service et des crédits fléchés (crédits recherche, maladies rares, centres de référence) ;
- Retours systématiques des réunions sur les projets : lesquels sont acceptés ou refusés ; pourquoi ? sous quels délais ? sous quelles conditions ?

[73] ***Il paraît donc essentiel de faire revenir les acteurs médicaux et paramédicaux de terrain dans la dynamique hospitalière ; les recommandations 1, 13, 21 vont ainsi vers plus de transparence concernant le fonctionnement de la gouvernance et les recommandations 23, 22 proposent des moyens pour impliquer plus fortement les professionnels de terrain dans les décisions.***

2.4 Des instances de gouvernance au fonctionnement méconnu et peu attractives pour les professionnels de terrain

2.4.1 Une CME ayant perdu de son tropisme auprès des praticiens des services, avec des attributions limitées

[74] Les acteurs rencontrés au cours des visites et auditions ont majoritairement relevé la désaffection croissante des CME par les acteurs médicaux de terrain, quel que soit leur statut. La CME est perçue comme une « chambre d'enregistrement », sans réelles attributions, même consultatives.

Tableau 3 : Dans votre établissement, la CME est-elle un lieu d'échanges sur les projets institutionnels et les sujets importants?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	50 %	42 %	8 %
Directeurs	81 %	18 %	1 %
Directeurs adjoints	75 %	24 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	66 %	18 %	16 %
PCME	78 %	22 %	0 %
Chefs de pôle	49 %	50 %	1 %
Chefs de service	40 %	58 %	2 %
Praticiens	35 %	57 %	8 %
Directeurs des soins	66 %	33 %	1 %
Cadres de pôle	58 %	32 %	10 %
Cadres de santé	51 %	33 %	16 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

[75] Les données chiffrées tirées du questionnaire sont en concordance sur ce point avec les perceptions exprimées lors des visites et des auditions. A la question « dans votre établissement, la CME est-elle un lieu d'échanges sur les projets institutionnels et les sujets importants ? », 57 % des praticiens émettent une opinion négative ; seuls 35 % ont une opinion positive. Pour les chefs de service, les chiffres sont respectivement de 58 % et 40 %. Sur ce point également, la rupture de faisceau évoquée plus haut est manifeste : les directeurs expriment une opinion positive à hauteur de 81 %, et les PCME de 78 % ; les chefs de pôles sont partagés (49 % d'opinions positives, 50 % d'opinions négatives).

[76] La constitution du Directoire a manifestement eu un impact négatif sur la place de la CME selon les acteurs hospitaliers. Celle-ci est perçue comme secondaire par rapport à un Directoire où les décisions importantes sont prises.

[77] Le questionnaire est illustratif sur ce point : à la question « le mode de gouvernance mis en place avec la création du Directoire vous paraît-il avoir eu un impact sur la CME dans le dispositif de gouvernance ? », 62 % de l'ensemble des répondants considèrent que cet impact a été négatif. Ces chiffres sont respectivement de 69 % pour les PCME, 76 % pour les chefs de pôles, 80 % pour les chefs de service et 76 % pour les praticiens.

[78] La mise en place des GHT a encore renforcé la perception d'une CME d'établissement affaiblie du fait de ce nouveau cadre aux enjeux territoriaux.

[79] ***La mission estime donc qu'il est indispensable de redonner à la CME des attributions véritables, concrètes et susceptibles de redonner à la communauté médicale l'envie de s'investir à nouveau dans la gouvernance des établissements au travers de cette instance, essentielle dans la dynamique de fonctionnement de l'hôpital. C'est l'objet des recommandations 7 à 11***.

2.4.2 Le Directoire, une instance de gouvernance investie par ses membres mais dont le fonctionnement est méconnu par les acteurs de terrain

[80] Le Directoire est une instance qui est apparue à la mission comme bien « installée » dans la gouvernance hospitalière, en particulier pour les acteurs qui en font partie.

[81] Le questionnaire apporte un éclairage sur ce point. A la question « dans votre établissement, le Directoire est-il le lieu de concertation et de dialogue médico-administratif sur les projets institutionnels et les projets importants ? », les directeurs répondent positivement à hauteur de 93 %, les PCME de 77 %, les directeurs adjoints de 86 %, les chefs de pôles de 63 %, les directeurs de soins de 78 % et les cadres de pôle de 60 %. Là encore, la « rupture de faisceau » est manifeste avec les chefs de services et les praticiens qui expriment une perception négative à hauteur respectivement de 55 % et de 59 %.

[82] La composition du Directoire est manifestement très variable d'un établissement à un autre, en lien avec la taille de l'établissement. Dans les structures de tailles réduite ou moyenne, tous les chefs de pôles peuvent participer au Directoire.

[83] La pratique du consensus au sein du Directoire semble également dominante, au détriment du vote. A la question posée sur ce point dans le questionnaire, les directeurs (91 %) et les PCME (78 %) confirment cette pratique du consensus entre Direction et corps médical.

[84] Les acteurs hospitaliers perçoivent néanmoins une certaine étanchéité entre le Directoire et les pôles et services. Le questionnaire confirme cette perception. A la question « les questions abordées au Directoire font elles l'objet d'échanges au sein du pôle ou du service en amont ou en aval lorsqu'elles les concernent ? », l'ensemble des répondants répond « rarement », à hauteur de 58 %. Ce pourcentage monte à 73 % pour les chefs de service et à 71 % pour les praticiens. Les chefs de pôle sont partagés (49 % « souvent » et 49 % « rarement »). Les PCME répondent majoritairement « rarement », à hauteur de 51 %. Ces résultats mettent en exergue un pilotage très centralisé, laissant peu de place à la concertation préalable au sein des pôles et service. C'est un élément qui peut expliquer la « rupture de faisceau » précédemment évoquée.

[85] ***Il ressort donc des différents entretiens menés par la mission que le mode de fonctionnement du Directoire doit être mieux expliqué. Il doit également garantir l'implication et l'information des équipes de soins. C'est l'objet de la recommandation 6***.

Tableau 4 : Les questions abordées en Directoire font elles l'objet d'échanges au sein du pôle ou du service, en amont et en aval lorsqu'elles le concernent?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	28 %	58 %	14 %
Directeurs	67 %	28 %	5 %
PCME	48 %	51 %	1 %
Chefs de pôle	49 %	49 %	2 %
Cadres de pôle	37 %	50 %	13 %
Chefs de service	18 %	73 %	9 %
Cadres de santé	19 %	58 %	23 %
Praticiens	14 %	71 %	15 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.5 Le service de soins : un niveau d'action de référence primordial pour les équipes soignantes mais progressivement écarté

[86] Les différentes auditions et visites ont largement mis en évidence que le service de soins avait été écarté de la gouvernance hospitalière depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST). Ce constat est celui d'un regret, tant le service demeure le collectif d'action fondamental des équipes soignantes ainsi qu'un identifiant majeur de la discipline d'exercice, y compris pour les patients et consultants. Ce constat s'accompagne d'une forte demande de repositionnement du service au cœur d'une gouvernance hospitalière revisitée.

[87] Le questionnaire objective cette perception. A la question « selon vous, les services ont-ils trouvé une voie d'expression au sein des pôles ? », 65 % des répondants répondent par la négative. Ce pourcentage s'élève à 77 % pour les chefs de services et 80 % pour les praticiens. Les cadres de santé expriment la même perception avec 64 % de réponses négatives, tout comme les directeurs de soins à hauteur de 61 %. Il est intéressant de noter que 66 % des PCME partagent cette analyse, ainsi que 50 % des chefs d'établissements. Les chefs de pôle eux-mêmes sont partagés sur cette question : 51 % répondent oui, mais 48 % répondent non.

[88] Force est de constater qu'au sein même de la gouvernance médicale il existe une rupture de faisceau à ce niveau. Si le pôle, malgré les limites encore constatées notamment en termes de délégation de gestion, s'est imposé comme un acteur de gouvernance institutionnelle médico-administrative, cette évolution s'est faite au détriment des services.

Tableau 5 : Selon vous, les services ont-ils trouvé une voie d'expression au sein des pôles ?

	Plutôt oui	Plutôt non	Pas de réponse
Tous	28 %	65 %	7 %
Directeurs	45 %	50 %	5 %
Directeurs adjoints	48 %	49 %	3 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	34 %	47 %	19 %
PCME	28 %	66 %	6 %
Chefs de pôle	51 %	48 %	1 %
Chefs de service	20 %	77 %	3 %
Praticiens	13 %	80 %	7 %
Directeurs des soins	38 %	61 %	1 %
Cadres de pôle	54 %	42 %	4 %
Cadres de santé	27 %	64 %	9 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle allant de 1 à 4.

[89] Le service ressort donc clairement pour les acteurs hospitaliers comme le niveau d'action à réinvestir, avec des effets positifs attendus sur tous les plans.

[90] Dans cette perspective, le binôme chef de service – cadre de proximité est ressenti de manière quasi unanime comme l'attelage managérial majeur qu'il est indispensable de reconnaître et d'installer en proximité.

[91] La forte attente en termes de reconnaissance de l'échelon du service n'a pas été exprimée lors des visites et auditions comme une remise en cause systématique des pôles. Il apparaît que les deux niveaux peuvent coexister de manière efficace et harmonieuse, chacun intervenant sur des champs d'action précisément définis. A la question « l'articulation entre les services et les pôles vous paraît-elle clairement formalisée ? », les réponses sont positives pour 66 % de l'ensemble des personnes ayant exprimé une réponse, notamment les PCME (à 60 %), les chefs de pôle (67 %), les cadres de pôle (61 %) et les cadres de santé (50 %).

[92] ***Les recommandations 14, 16, 17, 18, 20 vont ainsi dans le sens d'un renforcement du rôle des services de soins, en harmonie avec les pôles.***

2.6 Des délégations de gestion au bénéfice des pôles et des services jugées insuffisantes, notamment sur les ressources humaines et les dépenses courantes

[93] La demande des acteurs hospitaliers est forte sur ce point et a été largement exprimée lors des visites et auditions.

[94] La mission a noté un niveau contrasté de délégation de gestion d'un établissement à l'autre. Certains sont allés très loin dans la délégation, l'exemple le plus emblématique étant fourni par le CH de Valenciennes. D'autres sont nettement plus prudents, en mettant en avant les « risques » inhérents à la délégation de gestion dans un contexte de plans de retour à l'équilibre financier. Mais même ces derniers expriment le plus souvent la nécessité de renforcer la délégation de gestion, qui reste facteur de responsabilisation des acteurs de terrain dans un contexte budgétaire jugé difficile.

[95] L'expression d'une forte attente de délégation de gestion ressort également clairement de l'analyse du questionnaire.

[96] Elle part en premier lieu du constat que le niveau de délégation actuelle est jugé insuffisant par les praticiens et l'encadrement paramédical. Ainsi, à la question « comment jugez-vous le niveau de délégation au bénéfice de votre service ? », le niveau de délégation est qualifié de faible par l'ensemble des répondants à hauteur de 66 %. Ce pourcentage monte à 70 % pour les chefs de pôle, 75 % pour les praticiens et 77 % pour les chefs de service. Les directeurs de soins (47 %), cadres de pôle (69 %) et cadres de santé (71 %) partagent ce constat, tout comme les PCME (68 %).

[97] La réponse à cette question posée à l'échelon du pôle exprime une perception identique.

[98] Les auditions et visites ont mis en évidence que les domaines de délégation de gestion les plus attendus portent sur les ressources humaines, les petits travaux et une enveloppe d'équipements courants. Le sujet d'une enveloppe d'intéressement laissée à la main des pôles et des services a été également fréquemment évoqué. Là où elle est mise en place, cette pratique d'un intéressement collectif est particulièrement appréciée. Cependant, le principe de délégation n'est pas unanimement revendiqué par les chefs de pôle.

[99] L'analyse du questionnaire permet d'objectiver ces attentes. Trois rubriques ont été classées comme prioritairement attendues sur une liste proposée aux répondants :

- Autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines (pour 67 % des répondants) ;
- Capacité à pouvoir décider d'investissements courants (56 %) ;
- Possibilité de gérer une enveloppe de dépenses de fonctionnement négociée annuellement (55 %).

[100] ***Il paraît ainsi indispensable de généraliser les conditions d'une délégation de gestion adaptée à chaque pôle, comme le proposent les recommandations 15 et 19.***

Tableau 6 : Concernant la médicalisation de la gouvernance relevant des chefs de pôle, dans quels champs devrait se traduire prioritairement la délégation de gestion ? (3 choix possibles) :

	Autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines du pôle	Capacité à pouvoir décider d'investissements courants	Possibilité de gérer une enveloppe de dépenses de fonctionnement négociée annuellement	Renforcement des outils de pilotage permettant un meilleur dialogue de gestion interne	Responsabilité complète de gestionnaire sur les résultats médico-économiques du pôle	Autre
Tous	**67 %**	**56 %**	**55 %**	46 %	25 %	4 %
Directeurs	44 %	**48 %**	**54 %**	**61 %**	24 %	7 %
Directeurs adjoints	**52 %**	51 %	**59 %**	**66 %**	37 %	3 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	**44 %**	41 %	**49 %**	**46 %**	31 %	2 %
PCME	**75 %**	**57 %**	51 %	**61 %**	21 %	2 %
Chefs de pôle	**85 %**	**66 %**	**62 %**	50 %	24 %	4 %
Chefs de service	**76 %**	**66 %**	**58 %**	38 %	25 %	6 %
Praticiens	**75 %**	**62 %**	**54 %**	37 %	22 %	5 %
Directeurs des soins	30 %	**47 %**	**69 %**	**81 %**	44 %	2 %
Cadres de pôle	**70 %**	49 %	**56 %**	**60 %**	25 %	1 %
Cadres de santé	**63 %**	**48 %**	**51 %**	44 %	23 %	1 %

NB : Les trois réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

2.7 Des responsables médicaux insuffisamment formés et outillés, des parcours managériaux à accompagner

[101] Cette attente est ressortie de manière nette de l'ensemble des visites et auditions menées par la mission.

[102] Le questionnaire objective cette demande forte, en particulier au niveau des services mais également des pôles. A la question « concernant vos responsabilités managériales, vous sentez-vous assez formé ? », la réponse des chefs de service est négative à hauteur de 54 %. 44 % des praticiens répondent par la négative, 14 % de manière positive et 42 % ne savent pas répondre à cette question.

[103] Près de la moitié des chefs de pôles s'estime insuffisamment formée au management.

[104] 39 % des PCME s'expriment de la même manière.

[105] Cette proportion diminue à hauteur de 30 % pour les cadres de pôles et 28 % pour les cadres de santé.

[106] La mission a noté que la demande de formations managériales était souvent formulée avec le souhait d'une configuration pluridisciplinaire pour sa réalisation, en binôme à tous les niveaux, avec notamment la participation concomitante du chef de service et du cadre paramédical. On retrouve ici l'importance de reconstituer ce binôme comme clef de voûte de la gouvernance hospitalière de proximité.

[107] En complément, une demande est nettement perceptible en termes d'outils concrets d'aide au management. A la question « concernant vos responsabilités managériales, vous sentez-vous assez outillé ? », les réponses négatives sont très majoritaires chez les PCME (65 %), les chefs de pôle (75 %), les chefs de service (75 %) ; les réponses sont plus contrastées mais néanmoins également majoritairement négatives pour les cadres de pôle (49 %) et les cadres de santé (53 %). L'expression des praticiens est là encore très révélatrice : 49 % s'estiment insuffisamment outillés pour le management, 9 % seulement répondent de manière positive et 42 % ne savent pas répondre à la question posée.

[108] L'ensemble des acteurs ayant évoqué ce sujet a également insisté sur le fait que du temps devait être sanctuarisé pour l'exercice des responsabilités managériales. Il est indissociable de tous les leviers qui leurs seront alloués.

[109] ***Les recommandations 23, 33, 34, 35, 36 portent ainsi sur le parcours managérial des professionnels.***

2.8 La lourdeur des procédures, le poids de l'absentéisme et de la recherche de lits et structures d'aval ainsi que l'absence de réponses de la hiérarchie cités parmi les irritants majeurs

[110] La difficulté majeure exprimée par l'ensemble des acteurs hospitaliers porte sur les conséquences très négatives de la perte d'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens et certains autres métiers soignants (cf. point 2.1).

[111] Au-delà de ce sujet essentiel et dont l'acuité est croissante, la mission note une totale concordance entre les perceptions tirées des visites et auditions et les réponses au questionnaire quant à l'expression des irritants les plus fréquents au quotidien.

[112] Il est également frappant de constater le faible taux de non-réponse, limité à 2 % pour cette question fermée. Parmi 26 propositions de réponse (5 réponses au maximum étant possibles), dix irritants majeurs ressortent ainsi des 6 393 réponses au questionnaire analysées :

- La lourdeur des circuits de décision (pour 46 % de la totalité des répondants) ;
- L'absentéisme des professionnels de santé (38 %) ;

- La recherche de lits ou de structures d'aval (34 %) ;
- L'absence de réponses (qu'elles soient positives ou négatives) aux questions posées à la hiérarchie (30 %) ;
- La multiplication des procédures et process qualité (29 %) ;
- Le manque de temps pour la relation soignant-soigné (27 %) ;
- L'importance excessive des exigences de traçabilité (20 %) ;
- Les procédures liées à la gestion des ressources humaines (19 %) ;
- Les locaux vétustes ou insuffisamment entretenus (19 %) ;
- L'autonomie insuffisante de l'encadrement de proximité (19 %).

[113] De manière logique, chaque profession exprime de manière spécifique ses irritants les plus fréquents au quotidien.

[114] Les praticiens citent en majorité le manque de temps pour la relation soignant-soigné, les cadres de santé l'autonomie insuffisante de l'encadrement de proximité. Les cadres de pôle mentionnent les difficultés logistiques. Pour les directeurs adjoints et directeurs de soins revient fréquemment la lourdeur de la charge de travail liée aux enquêtes et appels à projets en provenance des tutelles. Les directeurs, les directeurs des soins et les cadres administratifs, logistiques et techniques insistent sur les difficultés de positionnement de l'encadrement de proximité. Ces mêmes cadres notent également le manque d'informations sur la vie et les projets de l'établissement. Les chefs d'établissement mentionnent entre autres l'absentéisme, la lourdeur du reporting, des appels à projets et celle des procédures liées aux marchés publics.

Tableau 7 : Quels sont les dysfonctionnements qui compliquent le plus votre quotidien ? (Choisir 5 réponses maximum)

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Lourdeur des circuits de décision	**46 %**	19 %	**30 %**	**55 %**	**42 %**	**50 %**	**54 %**	**44 %**	**26 %**	**54 %**	**49 %**
Absentéisme d'un ou plusieurs professionnels	**38 %**	**48 %**	**43 %**	**37 %**	**32 %**	**35 %**	24 %	21 %	**59 %**	**66 %**	**60 %**
Recherche de lits ou structures d'aval	**34 %**	**30 %**	**35 %**	12 %	**38 %**	**45 %**	**33 %**	**40 %**	**51 %**	**38 %**	**32 %**
Absence de réponse (positive ou négative) aux questions posées à la hiérarchie	**30 %**	8 %	9 %	**32 %**	23 %	29 %	**40 %**	**32 %**	12 %	**38 %**	**34 %**
Multiplication des procédures et process « Qualité »	**29 %**	18 %	19 %	16 %	**36 %**	**34 %**	**39 %**	**33 %**	16 %	23 %	26 %
Manque de temps pour la relation soignant-soigné	27 %	4 %	9 %	8 %	**38 %**	**33 %**	**29 %**	**42 %**	14 %	15 %	23 %
Importance excessive des exigences de traçabilité	20 %	17 %	14 %	7 %	27 %	25 %	22 %	24 %	13 %	17 %	21 %
Procédures liées à la gestion des ressources humaines	19 %	18 %	18 %	16 %	13 %	11 %	9 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Locaux vétustes ou insuffisamment entretenus	19 %	14 %	14 %	13 %	19 %	20 %	22 %	19 %	16 %	20 %	22 %

Autonomie insuffisante de l'encadrement de proximité	19 %	15 %	13 %	16 %	15 %	16 %	21 %	16 %	20 %	17 %	**29 %**
Difficultés d'approvisionnement / dysfonctionnement de flux logistiques	17 %	5 %	7 %	9 %	11 %	17 %	17 %	14 %	11 %	**26 %**	27 %
Charge de travail liée aux enquêtes et appels à projets en provenance des tutelles	14 %	**39 %**	**37 %**	17 %	26 %	15 %	14 %	8 %	22 %	13 %	4 %
Difficultés de coordination entre métiers au sein de l'équipe	12 %	19 %	**20 %**	19 %	11 %	7 %	7 %	11 %	**26 %**	11 %	12 %
Difficulté de positionnement de l'encadrement de proximité	12 %	**22 %**	19 %	**21 %**	6 %	9 %	9 %	7 %	**33 %**	18 %	12 %
Insuffisance de matériel bureautique	11 %	0 %	3 %	11 %	10 %	10 %	13 %	15 %	7 %	5 %	9 %
Organisation des transports sanitaires	11 %	9 %	11 %	6 %	13 %	11 %	11 %	12 %	11 %	11 %	13 %
Accès ou relations avec les plateaux techniques (imagerie, biologie, bloc…)	11 %	5 %	6 %	3 %	17 %	11 %	16 %	17 %	2 %	6 %	6 %
Manque d'information sur la vie et les projets de l'établissement	11 %	2 %	7 %	**26 %**	3 %	5 %	10 %	14 %	5 %	11 %	14 %
Charge de travail liée au pilotage médico-économique de l'établissement	11 %	11 %	11 %	11 %	17 %	16 %	13 %	12 %	10 %	9 %	6 %

Difficultés de management d'équipe	11 %	17 %	16 %	15 %	12 %	12 %	11 %	11 %	12 %	7 %	7 %
Procédures liées au code des marchés publics	10 %	**26 %**	10 %	12 %	13 %	10 %	13 %	12 %	14 %	10 %	8 %
Traçabilité redondante de certains paramètres	10 %	12 %	8 %	6 %	15 %	9 %	7 %	11 %	7 %	10 %	12 %
Charge de travail liée au taux de rotation des patients dans les lits	9 %	1 %	3 %	2 %	10 %	8 %	9 %	14 %	1 %	4 %	8 %
Evaluation insuffisante de la pertinence des éléments tracés	7 %	15 %	5 %	4 %	6 %	9 %	7 %	8 %	10 %	8 %	4 %
Manque d'organisation de l'équipe	6 %	9 %	11 %	14 %	4 %	4 %	3 %	10 %	7 %	2 %	3 %
Relations difficiles avec les autres services de l'établissement	5 %	6 %	5 %	12 %	2 %	4 %	5 %	6 %	2 %	3 %	4 %
Autres	12 %	18 %	21 %	22 %	13 %	21 %	19 %	12 %	17 %	29 %	22 %
Sans réponse	2 %	7 %	4 %	2 %	1 %	0 %	1 %	1 %	3 %	0 %	1 %

NB : Les cinq réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[115] L'analyse des réponses à la question ouverte sur le sujet des dysfonctionnements du quotidien a permis d'identifier notamment les points remarquables suivants :

- Manque de moyens humains *(« la problématique RH d'insuffisance de personnels est la cause première du malaise du personnel hospitalier, qu'il soit médical ou non médical »*) ;
- Glissement de tâches de secrétariat vers les médecins *(« glissements de tâches : taper soi-même les comptes rendus sur dossier médical informatisé, perte de temps, perte de ressource intellectuelle, réduction du temps passé auprès des patients, à actualiser les connaissances, à faire de la recherche et à enseigner les taches de traçabilité »*);
- Interruptions de tâches *(« interruptions de tâches incessantes liées aux sollicitations téléphoniques / avis urgents, demande de rendez-vous visite et consultation en même temps »*) ;
- Positionnement difficile des cadres de santé, plus dans la gestion que dans le management *(« importance de la charge de travail administrative RH relevant d'un poste de secrétariat ou de support RH et freinant le véritable rôle du cadre de proximité : manager des équipes et piloter des projets »*);
- Sentiment de coupure entre soignants et direction *(« circuit d'information unidirectionnel (descendant directions => soignants) provoquant un manque d'implication des intelligences de terrain dans les décisions stratégiques »*) ;
- Absence d'identification des circuits de décision (« *opacité totale des décisions* ») ;
- Opacité sur l'attribution des crédits fléchés (« *L'ARS ne contrôle jamais ou plutôt ne réprimande jamais un hôpital qui détourne les crédits fléchés* ») ;
- Manque de clarté des échanges avec les administratifs et manque de connaissance du terrain selon les soignants (« *prise de décision trop loin du terrain et souvent inadaptée* ») ;
- Modifications trop fréquentes des organisations (« *modifications des organisations régulières : on ne sait plus avec qui on travaille et comment* ») ;
- Eloignement de la direction, et des services entre eux, pour les établissements multi sites (« *Direction multi-site=> impression de survol* ») ;
- Eloignement des centres de décision : GHT et Agences Régionales de Santé (ARS) (« *Éloignement de plus en plus important des centres de décision du terrain (fusion des ARS et création des GHT, qui "diluent" la responsabilité managériale)* ») ;
- Lourdeur des procédures communes au GHT, en particulier pour les établissements non support qui peuvent se sentir pénalisés (« *avoir une vision renforcée sur l'autonomie en privilégiant le "bottom up" et en arrêtant la centralisation en cours dans les GHT source d'inefficience pour les usagers et les professionnels* ») ;
- Lourdeur des circuits de décision externes (ARS), injonctions paradoxales des tutelles (« *les injonctions paradoxales : faites des économies tout en faisant plus de qualité* ») ;
- Manque d'interopérabilité informatique et de de qualité des outils, logiciels multiples avec codes différents à utiliser simultanément (« *informatique (réseau, postes, logiciels) obsolète ou inadéquate* », « *mise en place d'outils informatiques sans interface nous obligeant à travailler sur plusieurs supports* ») ;

- Manque de personnel donc de réactivité des fonctions support *(« insuffisance des services supports pour faire correctement fonctionner les outils de travail (informatique, biomédical) »*) ;
- Absence de retours sur les fiches d'incidents *(« rien ne sert de déclarer les incidents car personne n'en tient compte, on perd du temps et on est d'autant plus contrarié »*) ;
- Manque de coordination des parcours de soins *(« manque de coordination dans les parcours de soins, délais de consultation et de recours aux spécialités parfois trop longs, même chose pour le plateau technique »*) ;
- Pression sur la durée moyenne de séjour (DMS) et les examens complémentaires pour des patients lourds *(« les DMS viennent souvent perturber les parcours de soins avec des orientations de patients pas toujours pertinentes, ce qui expose à des pertes de temps, pertes de chance possibles »*) ;
- Manque de respect aux patients lié aux conditions de prise en charge insuffisantes *(« patients avec handicap moteur, avec pathologies chroniques que l'on est obligé de recevoir dans des salles de jeu faute de place à cause d'une fermeture de lits imposée par l'administration »*).

[116] Les auditions et visites ont permis à la mission de faire émerger trois leviers d'action attendus au plan national pour faire « bouger les lignes » sur ce sujet des irritants : l'augmentation des moyens humains et financiers dédiés à l'hôpital public, l'ouverture de lits supplémentaires et la revalorisation des salaires (cf point 2.1).

[117] De manière complémentaire, le questionnaire s'est attaché à recenser l'avis des professionnels de santé sur les mesures qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre pour réduire ces irritants du quotidien, dans la sphère d'action dépendante des établissements eux-mêmes. Cette question a eu un taux de non réponses très faible (3 %). Parmi les 16 mesures proposées dans cette question fermée (5 réponses au maximum étant possibles), les 10 propositions classées comme prioritaires sont les suivantes pour l'ensemble des 6507 répondants :

- Mieux impliquer l'équipe dans la définition du projet médical et de soins du service, du pôle et de l'établissement (38 % des répondants) ;
- Réinventer les pratiques managériales dans une approche décloisonnée (37 %) ;
- Déléguer à l'encadrement de proximité tout ce qui peut l'être (33 %) ;
- Garantir la présence régulière en proximité des responsables, qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs (30 %) ;
- Simplifier les outils qualité (30 %) ;
- Définir des règles de vie qui s'imposent à tous (28 %) ;
- Faire des revues de dysfonctionnement administratifs (27 %) ;
- Développer des retours d'information réguliers (27 %) ;
- Faciliter la présence des services supports dans les services de soins (pharmacie, logistique, restauration) ;
- Réorganiser globalement les parcours patients au sein de l'établissement.

Tableau 8 : Quelles pourraient être des mesures simples d'amélioration à prioriser (5 réponses) ?

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Mieux impliquer l'équipe dans la définition du projet médical et de soins du service, du pôle et de l'établissement	**38 %**	24 %	22 %	**28 %**	**35 %**	**34 %**	**39 %**	**46 %**	30 %	**43 %**	**44 %**
Réinventer les pratiques managériales dans une approche décloisonnée	**37 %**	**39 %**	**45 %**	**42 %**	**42 %**	**32 %**	**34 %**	**33 %**	**53 %**	**48 %**	**38 %**
Déléguer à l'encadrement de proximité (service, pôle) tout ce qui peut l'être	**33 %**	**31 %**	27 %	23 %	**37 %**	**47 %**	**47 %**	**34 %**	22 %	28 %	24 %
Garantir la présence régulière en proximité des responsables (médicaux, soignants, administratifs)	**30 %**	**42 %**	**29 %**	21 %	**38 %**	29 %	31 %	**28 %**	**36 %**	**33 %**	**30 %**
Simplifier les outils qualité	**30 %**	23 %	18 %	14 %	**43 %**	**41 %**	**36 %**	**30 %**	22 %	**31 %**	**31 %**
Définir des règles de vie collectives qui s'imposent à tous	28 %	**40 %**	**38 %**	**28 %**	25 %	25 %	23 %	23 %	**35 %**	**32 %**	**31 %**
Faire des revues de dysfonctionnements administratifs	27 %	15 %	26 %	**29 %**	34 %	**37 %**	**38 %**	25 %	29 %	24 %	18 %
Développer des retours d'information réguliers	27 %	**29 %**	**28 %**	**38 %**	31 %	25 %	22 %	26 %	27 %	26 %	**30 %**

Faciliter la présence des services support dans les services de soins (pharmacie, logistique…)	23 %	13 %	18 %	17 %	24 %	23 %	19 %	20 %	26 %	**31 %**	**30 %**
Réorganiser les parcours patients globalement au sein de l'établissement	21 %	22 %	20 %	11 %	26 %	25 %	20 %	20 %	**32 %**	23 %	21 %
Systématiser des « quicks staffs » au quotidien	20 %	28 %	**36 %**	24 %	17 %	18 %	13 %	17 %	**33 %**	21 %	20 %
Systématiser la diffusion des relevés de décision	20 %	12 %	18 %	24 %	21 %	16 %	19 %	19 %	21 %	28 %	22 %
Fluidifier les relations entre services	20 %	27 %	22 %	**32 %**	17 %	17 %	16 %	19 %	27 %	23 %	23 %
Disposer d'une compétence d'étonnement auprès de sa hiérarchie	19 %	14 %	19 %	21 %	15 %	16 %	20 %	17 %	11 %	22 %	23 %
Améliorer les circuits de déclaration des dysfonctionnements ou les comités de retour d'expérience	14 %	15 %	13 %	9 %	14 %	15 %	15 %	15 %	11 %	11 %	14 %
Développer l'animation du service avec la mise en place de référents thématiques	13 %	15 %	14 %	13 %	12 %	12 %	15 %	14 %	11 %	10 %	10 %
Autres	10 %	8 %	5 %	3 %	9 %	9 %	12 %	12 %	5 %	6 %	8 %
Sans réponse	3 %	4 %	2 %	6 %	1 %	3 %	2 %	3 %	3 %	0 %	2 %

NB : Les cinq réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[118] Les questions ouvertes proposées dans le cadre du questionnaire ont également permis aux professionnels de santé de faire part des initiatives couronnées de succès qui ont permis de résoudre efficacement certains de ces irritants. Etaient cités notamment :

- Des moyens de gestion des effectifs plus souples et réactifs; par exemple la gestion de l'absentéisme via des appels à volontaires (dispositifs Whoog) ou la mise en œuvre d'horaires en 12h/jour sur la base du volontariat (« *une forte demande des personnels, soignants notamment, qui y voient un intérêt de conciliation vie familiale / vie professionnelle, moins de déplacements pour se rendre au travail et plus de temps auprès de leurs proches, tout cela malgré la pénibilité inhérente à un horaire en 12heures / jour. Un suivi et une évaluation régulière sont nécessaires* ») ;
- Des mesures d'articulation entre les différents niveaux hiérarchiques permettant de faire remonter et redescendre les informations, comme la présentation systématique des points discutés lors des instances (« *sur le positionnement des cadres de proximité et manque d'information institutionnelle: présentation des points à l'ordre du jour des instances en réunion hebdomadaire des Cadres Supérieurs de Santé* ») ;
- Une articulation plus rapide et efficace des services et pôles avec les services support, via notamment la désignation de référents (« *avoir une personne ressource connue de tous au sein des pôles supports qui connaisse les contraintes des services pour lesquels il est le référent* »), la contractualisation, la présence des services support dans les services de soins (« *j'ai pris le parti de communiquer directement par voie téléphonique avec les responsables de services supports les plus accessibles. Cela semble fluidifier considérablement les relations et donc leurs réponses vis-à-vis de mes demandes* ») ;
- Des moyens d'optimisation des parcours patients ; par exemple la mise en place d'une fonction de « bed management », d'un thésaurus par pathologies clarifiant les possibilités d'hébergement entre services (« *mise en place d'un thésaurus par pathologies avec hospit/ hébergement ciblé signé par les différents chefs de services et de pôle accessible par tous sur intranet* ») ;
- La prise en charge de la souffrance au travail, notamment via des dispositifs de médiation ou de référents au sein des pôles (« *des ressources type psychologue du travail sont essentielles* ») ;
- Des mesures d'amélioration de la communication et de résolution de problèmes au sein des services, notamment via la mise en place de réunions rapides de type « lean management » (« *expérience très positive du lean management ayant permis des améliorations certaines de l'ensemble des soignants de quelques équipes et qui se disent tous heureux de travailler* »), des audits organisationnels, le travail sur les interruptions de tâches, des moments de convivialité ;
- Des moyens de soulagement des tâches de secrétariat pour les soignants, notamment par la mise en œuvre de moyens technologiques (reconnaissance vocale, prise de rdv par internet) et humains (temps de secrétariat ou d'assistant médical supplémentaire) (« *dictée numérique avec reconnaissance vocale permettant de faire CRO et courrier de sortie en direct au bloc* ») ;
- La mise en place d'une procédure de gestion de projet transparente et facilitante, avec parfois une équipe d'accompagnement (« *créer une gestion par groupe de projets au sein de l'établissement et des pôles avec des objectifs, des rendus et des rétroplannings, centrés sur l'intérêt du patient* ») ;

- Des délégations d'enveloppes dédiées à l'investissement au sein des services (« permettre le développement de projets portés par les équipes : encadrement managérial organique, investissements contractualisés avec retours sur investissement », cf. point 2.6).

[119] ***Ces sujets sont traités notamment par les recommandations 24 et 25.***

2.9 Un échelon territorial qu'il est indispensable de revisiter

[120] Deux niveaux d'amélioration du fonctionnement actuel de l'hôpital public ont été identifiés à ce titre par la mission au cours des visites et auditions : le GHT, souvent encore incompris et mal vécu dans son contenu opérationnel et sa pertinence, et les relations avec les autorités de tutelle (ARS), qu'il semble nécessaire de faire évoluer.

2.9.1 Un niveau territorial GHT encore mal compris et vécu

[121] Les avis et perceptions exprimés par les acteurs hospitaliers rencontrés au cours de la mission font écho au constat et aux propositions d'action formulés par l'IGAS dans son rapport « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) » (Claude Dagorn, Dominique Giorgi, Alain Meunier avec la participation du Pr Luc Barret) publié en février 2020.

[122] Les acteurs hospitaliers semblent être restés au milieu du gué sur le sujet des GHT. Soit les projets portés sont mal connus, soit ils paraissent comme une forme « d'entre-deux » n'ayant pas réellement encore fait bouger les lignes. L'objectif d'intégration poursuivi par cette réforme reste implicite ; la situation est donc peu propice à la définition d'instruments de portage efficaces et en mesure d'être partagés par l'ensemble des acteurs.

[123] Les répondants au questionnaire jugent en majorité que leur niveau d'information sur le projet du GHT est insuffisant, en particulier dans les CHU (61 %), et sans réelle différence en fonction de la position de l'établissement, support ou non de GHT. Cette insatisfaction est en particulier marquée chez les praticiens (65 %) à l'exception des PCME (insatisfaits à 21 %, satisfaits à 46 %), ainsi que chez les cadres de santé (insatisfaits à 58 %).

[124] De nombreux décideurs rencontrés, et en particulier les chefs d'établissements supports, souhaitent majoritairement renforcer le processus de rapprochement entre les structures hospitalières. Ils expriment le souhait d'une accélération de la mise en place de directions communes, étape préalable à d'éventuelles opérations de fusion. Cette volonté est expliquée par la nécessité d'être plus agiles dans les restructurations d'activités médicales, rendues indispensables par les fortes tensions démographiques constatées dans un nombre croissant de spécialités médicales.

[125] Cette perspective est néanmoins à nuancer. Les auditions des professionnels et les réponses au questionnaire mettent en évidence que cette trajectoire d'intégration administrative ne constitue pas l'enjeu principal. 14 % des répondants au questionnaire l'identifient comme une priorité, versus 18 % en faveur d'un modèle coopératif avec des directions autonomes. Cette proportion est la même quel que soit le profil professionnel du répondant.

[126] La priorité doit être donnée à la définition et à la mise en œuvre de filières structurées et graduées qui apportent du sens aux communautés médicales et soignantes. Il a été précisé à la mission à plusieurs reprises que la construction des GHT a majoritairement porté à ce stade sur les fonctions supports, les projets médicaux partagés (PMP) de territoire étant certes bien formalisés mais encore inégalement traduits concrètement dans les faits. Il y a donc un souhait de médicaliser la marche vers les GHT en privilégiant les projets médicaux, en prenant notamment appui sur l'outil

jugé efficace que sont les postes partagés. Aller plus loin nécessitera un travail sur les statuts et des incitations financières fortes, facilitant encore plus les exercices partagés. Les récentes orientations définies sur ces sujets par la DGOS vont clairement en ce sens.

[127] Il semble également nécessaire de faire évoluer les modes d'action des instances de gouvernance territoriales : comité stratégique du GHT, Commission Médicale de Groupement (CMG). Le questionnaire met en effet en évidence une perception globalement négative du comité stratégique : à la question « avec la constitution des GHT, le fonctionnement actuel du comité stratégique du GHT vous paraît-il avoir eu un impact sur la dynamique de l'établissement ? », les répondants toutes catégories confondues répondent à hauteur de 68 % que cet impact a été négatif (67 % pour les répondants membres d'un établissement support, 75 % pour un établissement partie). La perception est d'autant plus négative que le niveau hiérarchique diminue : pour 60 % des directeurs, 66 % des directeurs adjoints, 68 % des PCME, 82 % des chefs de pôle, 77 % des chefs de service, 76 % des praticiens. La communauté médicale appréhende mal les instances de gouvernance du GHT par rapport à son établissement et les circuits de décisions.

[128] Sur cette même question, les cadres expriment également une perception majoritairement négative, à hauteur de 62 % pour les directeurs de soins, 63 % pour les cadres de pôle, 57 % pour les cadres de santé, et 53 % pour les cadres administratifs, logistiques ou techniques. Les acteurs les plus proches du terrain remontent ainsi un alourdissement des procédures liées au GHT, notamment de commandes, compliquant leur quotidien.

[129] ***La mission estime nécessaire de redonner du sens à l'échelon du GHT en le recentrant sur le projet médico-soignant et en faisant évoluer sa gouvernance, comme le traduisent les recommandations 37, 38, 39, 40. Un nouveau pilotage territorial, au-delà même du GHT, paraît également indispensable.***

Tableau 9 : Avec la constitution des GHT, le fonctionnement actuel du Comité stratégique du GHT vous parait-il avoir eu un impact sur la dynamique de votre établissement?

	Impact positif		Impact négatif		Pas de réponse	
	Support du GHT	**Partie du GHT**	**Support du GHT**	**Partie du GHT**	**Support du GHT**	**Partie du GHT**
Tous	19 %	17 %	67 %	75 %	14 %	8 %
Directeurs	49 %	28 %	46 %	70 %	5 %	2 %
Directeurs adjoints	29 %	27 %	66 %	69 %	5 %	4 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	23 %	19 %	49 %	61 %	28 %	20 %
PCME	35 %	27 %	64 %	72 %	1 %	1 %
Chefs de pôle	18 %	10 %	79 %	89 %	3 %	1 %
Chefs de service	14 %	10 %	76 %	84 %	10 %	6 %
Praticiens	8 %	9 %	84 %	83 %	18 %	8 %
Directeurs des soins	44 %	23 %	56 %	74 %	0 %	3 %
Cadres de pôle	27 %	19 %	61 %	71 %	12 %	10 %
Cadres de santé	25 %	19 %	54 %	67 %	21 %	14 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle de 1 à 4.

2.9.2 Des liens et rapports avec les ARS à faire évoluer

[130] Les ARS sont des interlocuteurs jugés comme légitimes et incontournables par les acteurs hospitaliers rencontrés dans le cadre de la mission.

[131] Néanmoins, leurs positionnements et leurs modes d'action doivent être revus, selon ces mêmes acteurs, qui expriment un niveau d'autonomie des établissements insuffisant.

[132] A la question « comment jugez-vous le niveau d'autonomie de l'établissement vis-à-vis des autorités de contrôle ? », les réponses sont claires : ce niveau est perçu comme insuffisant par 53 % de l'ensemble des répondants tous métiers confondus, et satisfaisant pour seulement 17 % d'entre eux.

[133] Les attentes des acteurs hospitaliers rencontrés sont nettement focalisées sur deux sujets : recentrer les ARS sur leurs missions de régulation de l'offre de soins et alléger la transmission de données, jugée trop lourde.

[134] Le questionnaire permet d'objectiver ces deux attentes. A la question « quelles évolutions vous paraissent susceptibles d'apporter une plus grande souplesse et une meilleure efficacité de fonctionnement pour les établissements ? », les répondants classent en première position l'item « repositionner les ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets » (55 % des répondants). Vient en deuxième position l'item « simplifier le reporting auprès des autorités de tutelle sur la base d'indicateurs simplifiés et réduits » (50 % des répondants).

[135] Enfin, la mission a relevé que les PCME ne sont pas assez souvent activement impliqués dans le dialogue avec les ARS.

[136] ***Les recommandations 45, 46, 47, 48 proposent ainsi un repositionnement des relations avec les ARS.***

[137] ***Les niveaux du territoire et de la région doivent être réinvestis, les recommandations 12, 42, 43, 44 s'y attachent.***

[138] ***Enfin, les recommandations 49 à 56 portent sur des sujets de portée nationale et sur les modalités de mise en œuvre.***

3 56 recommandations pour redynamiser la gouvernance, attirer, impliquer et redonner du sens au quotidien des soignants et repositionner les relations avec les tutelles

[139] **56 recommandations sont formulées par la mission.**

[140] **Elles sont réparties en cinq rubriques :**

- **Préciser les contours d'une vie institutionnelle à même de rassembler et de mobiliser les acteurs (gouvernance, management) ;**
- **Attirer et fidéliser les talents à l'hôpital public ;**
- **Impulser de nouvelles dynamiques partenariales aux niveaux du GHT et du territoire ;**
- **Repenser les liens avec les ARS ;**
- **Au plan national : simplifier certains processus, définir un calendrier de mise en œuvre des recommandations de la mission.**

[141] **Ces 56 recommandations sont complétées au fil du rapport par 27 « bonnes pratiques managériales à généraliser », identifiées par la mission au cours de ses nombreux échanges et par le biais des réponses au questionnaire.**

3.1 Préciser les contours d'une vie institutionnelle à même de rassembler et de mobiliser les acteurs (gouvernance, management)

[142] Le management hospitalier est en débat depuis plusieurs années. Le mot même de management est interrogé voire contesté car certains y voient une dérive en provenance du monde des entreprises privées. La dénonciation du « nouveau management public » traduit un malaise culturel face à des méthodes qui peuvent être perçues comme dégradantes à la fois pour les soins et les professionnels des soins.

[143] Pour autant, les organisations complexes comme les hôpitaux ont besoin d'un pilotage. Ce pilotage doit être équilibré pour être pertinent, mais aussi compris et accepté dans la durée par les professionnels. L'imposition de règles, d'injonctions ne saurait suffire à obtenir le consentement à une autorité quelle qu'elle soit.

[144] Ce pilotage doit reposer sur une base large de responsables de terrain identifiés et reconnus dans les secteurs les plus proches des patients, en favorisant le plus possible une autonomie en proximité s'intégrant dans un projet d'établissement dont le projet médical fixe le cap.

[145] Il repose nécessairement sur des responsables institutionnels engageant leur responsabilité à un autre niveau de manière toute aussi exigeante.

[146] Le pilotage du management d'un établissement hospitalier doit donc viser à entraîner la communauté des soignants (praticiens, personnels paramédicaux et autres professionnels) et l'ensemble de la communauté hospitalière dans un projet commun, les fonctions administratives et de support permettant aux professions de santé de réaliser leurs missions.

[147] Les responsables de service et de pôle doivent également être aptes à s'assurer d'actions de prévention des risques psycho-sociaux auxquels sont exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux.

[148] Les acteurs de terrain doivent ainsi être confortés dans leurs missions par le sens que les responsables institutionnels donnent à leur pilotage.

3.1.1 Pour une gouvernance synergique

Recommandation n°1 Rendre obligatoires l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance comportant un volet médical déclinant les objectifs suivants :

- Valeurs managériales de l'établissement ;
- Modalités de désignation des responsables hospitaliers ;
- Définition des liens fonctionnels entre chefs de service et cadres de santé, entre PCME et directions fonctionnelles ;
- Processus d'instruction des projets ;
- Politique de délégation de gestion ;
- Moyens matériels et humains alloués aux responsables hospitaliers ;
- Modalités de formation et d'accompagnement des responsables hospitaliers ;
- Articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières.

[149] L'ensemble des mesures préconisées par la mission vise à garantir une gouvernance représentative des acteurs, transparente pour les services, participative et efficiente. L'objectif de ces propositions est de renforcer l'autonomie et la bienveillance du management. Elles doivent être mises en œuvre systématiquement dans l'ensemble des établissements publics de santé avec la souplesse d'adaptation nécessaire à la prise en considération des spécificités de chaque établissement.

[150] Si la pratique relevée paraît déjà conforme à ces objectifs dans l'immense majorité des établissements, le besoin de formalisation d'un cadre laissé à la main des établissements est apparu comme une évidence à la mission, sous la forme d'un document unique intégré au projet d'établissement.

[151] Les directeurs de soins doivent être étroitement associés à la réflexion sur ce projet de management et de gouvernance, en liens forts avec le directeur et le PCME.

3.1.1.1 Conforter le binôme directeur et président de CME

[152] Le fonctionnement du binôme directeur chef d'établissement – PCME est la clef de voûte de la gouvernance hospitalière. Au-delà des textes, cette responsabilité managériale oblige chacun des deux acteurs à créer les conditions d'une collaboration fluide et efficace, au service de l'institution.

[153] Afin de conforter ce binôme, la mission propose les quatre recommandations suivantes.

Recommandation n°2 Décider conjointement le projet médical et la politique de qualité et de sécurité des soins par le directeur et le président de CME.

[154] Le binôme directeur-PCME doit s'engager sur les deux leviers d'actions majeurs que sont le projet médical et la politique de qualité et de sécurité des soins. Dans cet objectif, une décision conjointe constituera un marqueur fort de cet engagement partagé.

Recommandation n°3 Rendre obligatoires des cosignatures par le directeur et le président de CME sur les sujets suivants, a minima :

- Désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité : chefs de pôle, chefs de service, responsables d'UF (Unité fonctionnelle), membres médicaux du Directoire, responsabilités transversales (ex : hygiène, DIM (Département de l'Information Médicale), risques associés aux soins…)
- Contrats de pôles ;
- Modification des structures des services médicaux et médico-techniques.

[155] Ces co-signatures renforcées constituent une attente forte pour les acteurs, en premier lieu les PCME et les responsables médicaux, y compris sur les sujets pour lesquels la réglementation actuelle prévoit une signature du directeur « sur proposition » du PCME. Elles sont également très majoritairement approuvées par les différentes conférences mais également par les directeurs d'hôpital interrogés.

[156] Les réponses au questionnaire sont claires sur ce sujet et légitiment si besoin était la pertinence de cette proposition. A la question « sur les questions relevant d'une décision conjointe du directeur et du PCME, quelle modalité vous paraît-elle devoir être privilégiée ? », l'ensemble des répondants classe en première position la proposition « co-signature avec responsabilité juridique partagée » à hauteur de 40 % des répondants, loin devant l'item classé en deuxième position « avis conforme du PCME », pour 19 % des répondants.

[157] Sur les sujets les concernant, les Doyens devront également être associés à cette co-signature. Cela concerne notamment les nominations de chefs de pôle dans les CHU.

Recommandation n°4 Systématiser un visa du président de CME sur le volet médical des documents engageant légalement l'établissement (CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens), conventions avec les universités et organismes de recherche, etc), attestant de l'implication de la communauté médicale.

[158] Cette proposition vise à trouver un équilibre entre deux exigences :

- La prise en compte du fait qu'il ne peut y avoir sur le plan juridique qu'un seul acteur responsable au nom de l'établissement, qui est le directeur ;
- Le nécessaire engagement de la communauté médicale sur les documents de nature médicale ou scientifique, prenant la forme d'un visa du PCME, mandant de cette communauté.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : généraliser la préparation du Directoire et des instances collégiales de chefs de pôle par le directeur et le président de CME.

Le PCME est associé à la préparation du Conseil de Surveillance et le directeur à celle de la CME.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : la pratique d'un comité d'audition des candidats à un emploi fonctionnel de chef d'établissement. Il est piloté par le président du conseil de surveillance et intègre entre autres des représentants de la gouvernance de l'établissement.

La mission a bien noté que ce mode d'action pour la nomination des chefs d'établissement est déjà à l'œuvre selon des formules variables, en particulier pour les plus importants par la taille. L'existence de ces comités d'audition a ainsi été relevée pour plusieurs CHU ; ils sont présidés par le maire et associent le PCME, le doyen de la faculté de médecine voire parfois le président de l'université.

Ce mode d'action collégial a semblé pertinent à la mission, car il garantit que les acteurs appelés à formuler un avis se sont donnés les moyens de mesurer la capacité de la future gouvernance de l'établissement à agir de concert. Il viendrait s'insérer dans la procédure nationale en vigueur.

Recommandation n°5 Délivrer lors du premier mandat de PCME une formation obligatoire d'adaptation aux fonctions, sur le modèle de celle des directeurs.

[159] Cette recommandation vise à la fois à :

- Doter les PCME des compétences nécessaires pour exercer leur mandat et les conforter dans leur prise de fonctions ;
- Favoriser l'acquisition d'une culture commune au « top management » par le biais d'une formation mutualisée et adaptée à leurs responsabilités partagées dans la gouvernance.
- Pour cela, prévoir une maquette avec modules communs directeurs/PCME, comportant par exemple des mises en situation pour accroître la fluidité de la communication entre eux et avec les autres acteurs.

3.1.1.2 Rendre plus intelligibles en interne les rôles et missions du Directoire

Recommandation n°6 Conforter le rôle de concertation médico-administrative du Directoire, et accroître son ancrage avec le terrain, en généralisant les pratiques observées :

- Favoriser, dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité pour les services de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour ;
- Conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance ;
- Diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du Directoire (Ex : La minute du Directoire).

[160] Les réponses au questionnaire ont mis en évidence la méconnaissance des attributions du Directoire prévues par le code de la santé publique par les acteurs hospitaliers, en particulier par les chefs de service, les praticiens et les cadres de proximité.

[161] Il semble donc utile de rappeler la mission première de concertation médico-administrative de cette instance essentielle dans la gouvernance hospitalière, en lien avec le renforcement de la communication interne de l'établissement.

[162] Il s'agit d'abord de répondre à la critique fréquemment exprimée auprès de la mission d'une forme d'opacité du fonctionnement du Directoire et d'éloignement du terrain ; il s'agit également de permettre aux services d'y faire remonter leurs préoccupations.

[163] La pratique de recherche du consensus, qui semble déjà très majoritaire selon les réponses recensées dans le cadre du questionnaire, doit également être la règle pour renforcer encore le positionnement du Directoire. Cela doit conduire à privilégier un dialogue médico-administratif libre,

ouvert et équilibré. Aussi, la mission ne propose pas d'instaurer le principe systématique du vote, ce qui bien sûr n'empêche pas d'y recourir si les acteurs le jugent utile.

[164] La mission souligne l'importance de la participation du directeur des soins au Directoire au titre de président de la CSIRMT. C'est un marqueur fort du rôle central de l'encadrement paramédical dans l'ensemble du fonctionnement des hôpitaux. Elle scelle également la force d'une dynamique devant unir directeur, PCME et directeur des soins.

[165] Il paraît indispensable à la mission de répondre aux critiques relatives au manque d'information quant aux orientations discutées en Directoire, fréquemment exprimées par les acteurs hospitaliers des services rencontrés. Généraliser la diffusion de relevés de décision à l'encadrement hospitalier participerait à une plus grande transparence des processus de gouvernance internes aux établissements.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : systématiser la signature conjointe du directeur et du PCME de l'ordre du jour et des relevés de décisions du Directoire.

Cette pratique symbolise la cohésion du binôme directeur-PCME, indépendamment de la qualité des relations interpersonnelles des acteurs en place, en amont (préparation de l'ordre du jour) et en aval (relevés de conclusions) du Directoire.

La concrétisation de cet engagement sous forme de co-signatures permettra une perception renforcée par l'ensemble de l'encadrement hospitalier de la cohésion de ce binôme.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : assouplir la composition du Directoire pour permettre à un plus grand nombre de participants d'être invités, tout en conservant le principe actuel de majorité médicale ; en associant ponctuellement un ou deux représentants des usagers.

La mission a constaté une grande variété de composition du Directoire selon les établissements, en fonction principalement de leur taille mais pas uniquement. Du fait de la pratique consensuelle et de son rôle principal de concertation, les établissements ne se sont généralement pas limités à la composition réglementaire.

Il s'agit ainsi de généraliser les initiatives locales d'ouverture à des praticiens exerçant certaines responsabilités, chefs de pôle ou responsables transversaux par exemple.

3.1.1.3 Revitaliser la CME

Recommandation n°7 La CME élabore et propose au Directoire le projet médical, qui est intégré au projet d'établissement. Le PCME coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le directeur, selon une procédure médico-administrative partagée. Après concertation en Directoire, le directeur et/ou le PCME peuvent demander à la CME de compléter et / ou d'amender la proposition de projet médical dans une nouvelle proposition. Le projet final est voté par la CME pour être proposé au Directoire. Il est partie intégrante du projet d'établissement voté par les instances, comme la réglementation le prévoit déjà.

[166] La mission propose donc d'affirmer la place centrale de la CME pour préparer et définir le projet médical. Cette prérogative vise à redonner à la CME son plein rôle sur un sujet aux enjeux forts, tant en termes de mobilisation des professionnels que d'appropriation par les acteurs.

[167] Le PCME est conforté dans ses prérogatives actuelles, tant comme coordonnateur de la politique médicale de l'établissement, que responsable avec le directeur de l'élaboration du projet médical. Cette organisation doit lui permettre de prendre appui sur l'ensemble des ressources de l'établissements pour élaborer le projet médical et impliquer très largement la communauté médicale et soignante ainsi que la direction.

Recommandation n°8 Réinvestir la CME de ses compétences, dans le champ déjà réglementairement attribué, en matière d'élaboration du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

[168] Les CME semblent s'être progressivement désinvesties en pratique de cette prérogative, pourtant majeure. Pour y parvenir, le processus d'élaboration et de validation doit suivre celui du projet médical, en s'appuyant sur des ressources partagées avec la Direction qualité.

[169] Les démarches de médicalisation et de simplification engagées par la HAS (Haute Autorité de Santé) pour la prochaine itération de la Certification (V2020) doivent être plus fortes afin de permettre des approches plus décentralisées et moins normalisatrices, afin de faciliter son appropriation par les CME.

Recommandation n°9 Affirmer l'importance de l'implication de la CME dans le programme d'amélioration de la pertinence des soins au titre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

[170] Cette dimension de la pertinence des soins a été mise en avant par beaucoup d'acteurs hospitaliers au cours des visites et auditions menées par la mission. Systématiser cette dynamique permet d'entraîner l'ensemble des équipes sur ces sujets aux enjeux qualitatifs et médico-économiques majeurs. Cela permettrait également de mieux préparer la certification HAS V2020.

[171] Certains exemples de retours sur investissement très significatifs (dépenses de médicaments, d'examens de biologie, d'imagerie) ont été relevés au cours de la mission.

[172] Il paraît important d'élever cette notion au niveau des compétences de la CME sur la politique qualité pour impulser une nouvelle dynamique sur le sujet.

Recommandation n°10 Déterminer une procédure d'instruction des sujets relevant d'un avis simple de la CME, et étendre ces sujets aux domaines suivants :

- Le programme d'investissement et de développement du système d'information médicale,
- Le plan pluriannuel d'investissement,
- L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD),
- Les nominations de praticiens,
- Les désignations des chefs de service et de pôle,
- Les relations ville-hôpital.

[173] Cette recommandation permet de redonner du poids et du sens aux missions de la CME, en renforçant la procédure d'avis et en lui attribuant la possibilité d'en émettre sur des sujets aux enjeux majeurs pour les établissements.

[174] La mission propose ainsi de déterminer une procédure d'instruction médico-administrative partagée des sujets relevant d'un avis de la CME, sous la forme d'un processus itératif entre la CME ou l'une de ses sous-commissions et le Directoire, assurant un consensus institutionnel avant décision. Par exemple : les avis émis par la CME sur les nominations de praticiens et les désignations

des responsables de pôles et de services sont au préalable instruits dans le cadre d'une commission des effectifs médicaux. La mission propose également que le président de CME soit impliqué régulièrement dans les processus d'élaboration de l'EPRD et du PGFP, et de priorisation des choix d'investissement, afin qu'ils soient présentés conjointement et consensuellement par lui-même et le directeur devant la CME et le directoire. L'EPRD et le PGFP présentés à l'ARS sont arrêtés par le directeur.

[175] L'élargissement des domaines de compétences de la CME proposé par la mission reflète les attentes exprimées par les acteurs de terrain, en particulier les chefs de service et les praticiens. Il correspond par ailleurs à des pratiques déjà mises en place dans un certain nombre d'établissements, à la satisfaction des différents responsables concernés, qu'ils soient administratifs ou médicaux.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : favoriser la constitution de sous-commissions dédiées de la CME, animées par un membre de la CME avec l'appui d'un membre de la direction, et figurant au règlement intérieur de la CME.

Ces sous-commissions pourront se saisir en particulier des sujets suivants :

- Affaires médicales ;
- Qualité, sécurité et pertinence des soins,
- Finances ;
- Equipements lourds ;
- Qualité de vie au travail et prévention des risques psychosociaux ;
- Médiation ;
- Systèmes d'information ;
- Filières, visant à assurer leur bonne articulation avec les services, les pôles, la ville, entre elles, voire un partage de bonnes pratiques et une mutualisation des demandes entre les responsables de filières ;
- Think tank jeunes, visant à faire participer les jeunes praticiens aux prises de décisions sur des sujets dédiés à définir en amont, qui pourra constituer une sous-commission supplémentaire et constituer un terreau favorisant l'émergence de futurs responsables.

Ces sous-commissions sont élargies en tant que de besoin pour favoriser l'implication de l'ensemble de la communauté médicale.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : associer les usagers et des représentants de la médecine de ville aux travaux relatifs au projet médical, à la qualité et à la sécurité de soins, et aux conditions d'accueil des patients, et ponctuellement à la CME selon des modalités inscrites au règlement intérieur de celle-ci.

Il s'agit de répondre à la volonté croissante d'investissement des représentants d'usagers sur les sujets au cœur des prestations offertes par l'hôpital à la population.

Cette bonne pratique permet également de mieux répondre aux exigences nouvelles fixées par la certification V2020.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : formaliser les missions des représentants des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique en CME.

Les représentants des internes auditionnés par la mission ont fait part de leur constat d'une insuffisante participation des étudiants lors de la CME, du fait de missions non définies.

La production d'un support pédagogique national tel que produit par l'ANEMF sous forme de MOOC pourrait accompagner cette démarche.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : définir les missions du représentant de la CME au CSE (Comité Social d'Etablissement) et privilégier la présence du président de CME ou de son représentant.

La mission rappelle l'importance que soit présent lors de ces futurs CSE, qui constitueront des lieux forts de négociation avec les partenaires sociaux, un représentant de la communauté médicale ayant la légitimité suffisante pour peser efficacement dans la conduite du dialogue social, en appui de l'équipe de direction.

Il s'agit également de marquer par un symbole fort, inscrit au règlement intérieur du CSE, l'intérêt de la communauté médicale envers les partenaires sociaux.

Recommandation n°11 Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de PCME et d'animateur de commission.

[176] Cette rémunération pourra être directe (prime de fonction, temps de travail additionnel) ou indirecte (cumuls de droits à congés bonifiés ou droits individuels à la formation).

3.1.1.4 Dynamiser les outils managériaux

Recommandation n°12 Organiser le repérage, l'accompagnement et la valorisation des praticiens susceptibles de s'investir institutionnellement dans des missions transversales ou des sous-commissions de la CME.

[177] Cette recommandation vise à garantir la participation de l'ensemble des praticiens qui le souhaitent aux travaux menés par la CME, en particulier les plus jeunes.

[178] Ils pourront trouver leur place dans l'une des sous-commissions de la CME ou s'investir dans des missions transversales.

[179] Cette démarche pourrait être incarnée par un praticien référent membre de la CME, chargé de faire connaître largement la possibilité de s'impliquer, de centraliser les bonnes volontés et de les mettre en lien avec les sous-commissions ou les responsables des missions transversales. Ce référent aurait la responsabilité de garantir la participation réelle des praticiens s'étant portés volontaires pour les travaux menés.

[180] Les praticiens qui s'investissent dans la CME doivent pouvoir bénéficier de la reconnaissance d'un temps dédié dans les tableaux de service afin de reconnaître et valoriser leur engagement.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : veiller à l'existence de bonnes pratiques de communication, transparentes, efficaces et directes, favorisant la participation de l'ensemble des professionnels.

Les échanges menés par la mission ont fait remonter une grande difficulté de beaucoup de professionnels à avoir une visibilité sur la gouvernance hospitalière et la stratégie mise en œuvre par l'établissement : prise de décisions, choix budgétaires, priorisation des projets, etc. Ainsi, les chefs de service et praticiens ayant répondu au questionnaire avaient une perception négative du Directoire et de la CME comme lieu de concertation, à l'opposé de celle du « top management », du management intermédiaire et des administratifs (voir annexe 1), par définition au fait de ces mécanismes.

Malgré le fonctionnement globalement satisfaisant de la gouvernance, cette méconnaissance se traduit par une perception d'opacité ; elle rend difficile la remontée d'informations du terrain ainsi que la participation réelle des professionnels aux prises de décisions ; elle favorise ainsi le sentiment de rupture forte entre le « top management » d'un côté, et les acteurs de terrain de l'autre. Les services, et dans une moindre mesure les pôles, disaient ainsi échanger peu sur les thèmes évoqués en Directoire (voir annexe 1).

Malgré la bonne volonté de certains, des pratiques d'information massive se révèlent également contre-productives, certains professionnels évoquant des boîtes mail surchargées ou de multiples réunions pas nécessairement utiles, contribuant à la fatigue et au sentiment d'inutilité de tout investissement hors de la pratique clinique.

Il apparaît donc nécessaire de généraliser l'évolution des modes d'information de l'ensemble des professionnels :

- De façon transparente, pour que chaque professionnel soit destinataire de ce qui le concerne et ait l'opportunité de faire remonter les informations nécessaires en temps utile ;

- De façon efficace, en privilégiant les formats concis et en ciblant les destinataires de chaque message en veillant à ne pas surcharger chacun d'information inutiles ;

- De façon directe et participative dès que possible, les modes de communication privilégiés par les professionnels ayant répondu au questionnaire (voir annexe 1) étant en majorité directs : réunions de service, encadrement de proximité, et réunions du bureau de pôle.

Cette formalisation de la communication interne de l'établissement peut prendre la forme d'une fonction dédiée dans l'organigramme et s'appuyer, par exemple, sur ces bonnes pratiques :

- L'intégration d'une information sur l'organisation de la vie institutionnelle lors de la journée d'accueil des professionnels,

- Une charte de bon usage des boîtes mails,

- Des réunions directes entre la direction et l'ensemble de l'encadrement dans un format « assemblée générale », participatives et conviviales, avec par exemple la présence occasionnelle d'un « grand témoin »,

- Des outils innovants favorisant la concertation de manière efficiente, comme des sondages dématérialisés;

- De manière générale, un effort de concertation des professionnels de terrain sur les décisions qui les concernent directement.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : assurer une réponse systématique de la hiérarchie médicale, soignante et administrative aux sollicitations des professionnels de terrain.

Ces bonnes pratiques de réponse systématique permettent de garantir des relations de travail de confiance et efficaces. Elles évitent la démobilisation des professionnels de terrain.

Elles peuvent se concrétiser dans une charte intégrée au règlement intérieur de l'établissement et engageant l'ensemble des professionnels, voire être complétées par une disponibilité directe accrue des services administratifs, par exemple via des lignes téléphoniques d'astreinte pour les problèmes urgents.

Recommandation n°13 Mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projets copilotée par un directeur et un membre de la CME, visant à faciliter le lancement de projets médicaux et soignants sur la base d'une sélection transparente puis d'une contractualisation interne avec la gouvernance de l'établissement, associant les services supports.

[181] Le fait de pouvoir impulser et mener à bien des projets est capital pour les professionnels hospitaliers, en particulier au niveau des services et des pôles. C'est notamment un moyen de se doter de matériel plus adapté, de mener une formation, d'améliorer le fonctionnement d'un service ou d'une unité, c'est-à-dire de se sentir partie prenante du management de son environnement immédiat et de la gestion de l'établissement.

[182] Il ressort à la fois des entretiens menés sur le terrain par la mission et des réponses au questionnaire, que les modalités de conduite de projet dans les établissements de santé sont perçues par les professionnels de terrain, à la fois comme peu transparentes quant à ceux qui sont retenus ou non, et peu efficientes, notamment du fait de la difficulté à coordonner les services support, ce qui les fait traîner en longueur.

[183] Ainsi, 51 % des chefs de pôle citaient comme l'une des sources principales de leurs difficultés le manque d'attention portée par l'institution aux projets du pôle.

[184] La mission propose donc de formaliser dans chaque établissement une cellule de gestion de projets, qui sera chargée de centraliser puis de sélectionner les projets selon des critères définis à l'avance et connus de tous, et de coordonner l'ensemble des acteurs, en particulier les services support, pour réaliser les projets selon un calendrier défini dès le début du processus. Elle pourrait également permettre de répondre à des projets novateurs émergents hors cycles EPRD et PGFP.

[185] Cette cellule, copilotée par un directeur et un membre de la CME, sera dotée des moyens de fonctionnement nécessaires.

3.1.2 Pour des acteurs de terrain plus autonomes et en capacité d'agir

3.1.2.1 Revaloriser le service, pierre angulaire de l'hôpital

Recommandation n°14 Reconnaître réglementairement la fonction de chef de service, et particulièrement ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé.

[186] Le niveau du service de soins est celui où le sentiment d'implication et d'appartenance des équipes est le plus fort. C'est également celui que la patientèle reconnaît. Il faut capitaliser sur cette richesse, en impliquant réglementairement le chef de service, et avec lui le cadre de santé, sur les sujets listés ci-dessus, aux enjeux majeurs pour les équipes.

Recommandation n°15 Intégrer le service dans le processus de délégation de gestion

[187] La généralisation d'une lettre de mission au chef de service co-signée par le directeur, le PCME et le chef de pôle peut permettre de mieux définir ses objectifs et de lui déléguer des attributions complémentaires.

[188] Reconnaître et donner davantage d'autonomie et de responsabilité aux services doit se traduire dans le projet managérial de l'établissement. Il est proposé de décliner le contrat de pôle en volets par service comprenant la délégation de gestion, les chefs de service étant associés à la signature du contrat de pôle dans le cadre de cette délégation.

Recommandation n°16 Permettre la désignation conjointe par le directeur et le PCME d'un chef de service adjoint en fonction de la taille de l'établissement, afin d'assurer une permanence de la gouvernance dans le service, sur la base d'une proposition du chef de service.

[189] La présence régulière sur le terrain, dans le service, du chef de service est capitale de par son exemplarité, sa capacité d'entraînement, son autorité médicale.

[190] Compte tenu des nombreuses tâches auxquelles il doit faire face, la désignation d'un adjoint permet d'assurer une continuité dans la présence d'une chefferie médicale quotidienne.

[191] Certains établissements ont déjà mis en place ce « tandem », à la satisfaction de tous les acteurs.

[192] La co-désignation officielle par le binôme directeur-PCME et l'avis porté par la CME donneraient une complète légitimité à cette fonction de chef de service adjoint.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : généraliser les entretiens annuels confraternels entre le chef de service et les membres de son équipe médicale.

Impliquer ses collègues suppose de consacrer du temps à chacun en dehors de la prise en charge des cas cliniques. Existant dans certains établissements ou annoncés dans le projet d'établissement dans d'autres cas, les entretiens confraternels sont de nature à tisser des liens différents et développer une écoute permettant de prévenir et /ou résoudre les problèmes ou les fragilités.

Leurs modalités d'organisation sont définies dans le projet managérial médical.

Recommandation n°17 Faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel.

[193] Le chef de service doit, si ce n'est « choisir » le cadre de santé, être réellement impliqué dans son affectation. Cela passe par un dialogue équilibré en ce sens avec la Direction des soins et le cadre du pôle.

[194] Dans cet esprit, le chef de service doit avoir un lien fonctionnel avec le cadre de santé pour mener à bien son organisation et son projet de service. Le chef de service et son cadre forment un vrai binôme, un attelage, qui permet de créer les conditions d'une implication de l'ensemble des équipes médicale et soignante.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : ouvrir la possibilité aux chefs de service de participer à l'évaluation des agents du service.

Si l'on veut retrouver un service de soins fort, avec un chef de service impliqué dans le management au quotidien des équipes, il paraît important de le responsabiliser, quand il le souhaite, dans les procédures d'évaluation annuelle des agents, a minima ceux occupant des fonctions transversales et sensibles.

Le binôme chef de service-cadre de santé doit définir les modalités d'une telle évaluation partagée, en lien avec la direction des soins, le cadre de pôle et la DRH (Direction des Ressources Humaines) de l'établissement. Cette politique peut s'organiser au sein d'un volet du projet managérial.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : renforcer la présence de référents pharmaceutiques et logistiques dans les services de soins.

Un nombre important d'établissements a déjà structuré la présence, au sein des services de soins, de préparateurs en pharmacie, de référents logistiques ou de restauration.

Ces interactions au cœur du soin ont des effets positifs en termes de qualité de soins, de recentrage des équipes soignantes sur leur cœur de métier (cf. le manque de temps dans la relation soignant-soigné largement exprimé à travers le questionnaire), mais aussi de sécurité des prises en charge.

Le développement de la pharmacie clinique, avec la présence de pharmaciens cliniciens dans les services de soins, est également à encourager fortement : elle apporte une sécurité accrue du processus de prescription médicamenteuse, particulièrement exposé en termes de risques, et des gains médico-économiques fort sur les dépenses de titre 2.

Recommandation n°18 Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de chef de service et de chef de service adjoint.

[195] Cette rémunération pourra être directe (prime de fonction, temps de travail additionnel) ou indirecte (cumuls de droits à congés bonifiés ou droits individuels à la formation).

3.1.2.2 Rendre plus opérationnel le pôle comme structure médico-économique d'appui

Recommandation n°19 Engager une démarche affirmée de délégation aux pôles volontaires portée par la gouvernance de l'établissement, tout en sécurisant les prérequis préalables :

- Disposer d'un système d'information adapté et robuste permettant une comptabilité analytique performante ;
- Prendre appui sur des chefs et collaborateurs de pôles formés et responsables ;
- Cibler progressivement les champs suivants : ressources humaines (masse salariale et sur la base du Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés, remplacements, intérim), petits investissements du quotidien, formation, qualité de vie au travail.

[196] L'attente d'une délégation renforcée au niveau des pôles ressort de manière nette dans une grande partie des auditions et visites menées par la mission.

[197] Le niveau de délégation doit être discuté et contractualisé avec le binôme directeur-PCME en tenant compte du choix du pôle.

[198] Cet objectif de délégation de gestion renforcée doit être inscrit dans le projet de management et de gouvernance de l'établissement, et porté fortement par le binôme directeur-PCME.

[199] Les établissements étant allés loin dans la délégation de gestion ont témoigné que des étapes préalables de préparation étaient indispensables.

[200] Une action de formation approfondie doit en particulier être proposée aux responsables de pôle. La désignation de chefs de pôles adjoints est à envisager lorsque la taille du pôle le nécessite.

[201] Le système d'information doit également être suffisamment performant pour disposer d'une comptabilité analytique fiable, permettant la production de tableaux de bord mensuels simples d'accès.

Recommandation n°20 Développer l'intéressement collectif des équipes.

[202] L'intéressement des équipes est apparu à la mission comme un élément de motivation important, en particulier dans le cadre d'une délégation de gestion renforcée. Il doit permettre de renforcer ou soutenir la cohésion d'équipe pluri-professionnelle sur la base du projet de service.

[203] Il peut prendre la forme d'une enveloppe annuelle dédiée aux petits travaux et aux équipements courants, ou être entièrement laissé à la main des pôles quant aux choix d'utilisation, dans le respect des orientations fixées par le projet d'établissement. Cette enveloppe peut donc concerner des actions de formation, d'accompagnement ou d'animation aussi bien que des actions matérielles.

[204] Cette proposition s'inscrit dans la continuité de la mesure 3 du plan « Investir pour l'hôpital » présenté le 20 novembre 2019 par le Gouvernement, visant à « mettre en place une politique de valorisation financière des équipes engagées dans les projets de transformation ».

Bonnes pratiques managériales à généraliser : mettre en place une conférence de pôle annuelle, coprésidée par le président de CME et le directeur, associant le trio de pôle et les chefs de service et cadres supérieurs, pour formaliser une feuille de route.

Ce point de rencontre annuel, travaillé en amont de manière approfondie entre équipes du pôle et directions fonctionnelles, a pour objectif de formaliser une feuille de route par pôle. Les chefs de service et cadres supérieurs y sont présents.

Cette feuille de route prend la forme d'un document décrivant les projets retenus pour l'année ou les deux années à venir, les moyens affectés, leurs calendriers prévisionnels de réalisation, les responsables missionnés pour chacun des projets.

Cette feuille de route constitue un levier managérial fort. Elle crée les conditions pour que tous les acteurs (services, pôles, directions administratives) se mettent en cohérence ensemble pour atteindre les objectifs ainsi tracés par écrit.

Les pôles organisent la concertation avec les chefs de service sur la répartition des crédits.

Une synthèse semestrielle peut être réalisée dans le cadre d'un dialogue pour l'ensemble de l'établissement, permettant ainsi une information large des équipes sur l'état d'avancement des projets menés.

L'animation conjointe par le chef d'établissement et le président de CME de ce cycle de conférences de pôles annuelles constitue un marqueur fort d'une gouvernance médico-administrative soudée et impliquée, facilement perceptible par les équipes.

3.1.2.3 Renforcer les duos et trios médicaux, soignants et administratifs, garants de la qualité du travail en équipe

Recommandation n°21 Structurer la procédure de sélection des responsables médicaux.

[205] Il ressort des constats de la mission que les responsables médicaux (chefs de pôle et de service) sont parfois considérés par l'ensemble des praticiens comme manquant de légitimité, du fait notamment d'un mode de désignation qui ne fait intervenir aucun avis de la CME. Leur possible longévité à leur poste alors qu'ils ne font pas nécessairement l'unanimité est également critiquée. Ce

manque de légitimité nuit à la cohésion interne au pôle et au service, à la conduite de projets et à la communication des informations nécessaires à la vie de ces entités.

[206] Il ressort du questionnaire que les praticiens dans leur ensemble peuvent parfois être de ce fait à l'écart des processus de prise de décision, ce qui peut alimenter le sentiment de déconnexion avec la gouvernance de l'établissement et d'impuissance à agir sur le quotidien, aboutissant parfois à un désengagement décrit précédemment.

[207] La mission préconise donc de clarifier et de rendre publique la procédure de nomination des responsables médicaux, sur la base :

- D'un appel à candidatures diffusé largement auprès de la communauté médicale ;
- De la présentation par chaque candidat de son projet devant un comité d'audition ;
- D'un vote pour avis de la CME ;
- D'un accompagnement en cours de mandat ;
- D'un bilan de fin de mandat dont les modalités sont définies à l'échelon de l'établissement ;
- D'un retour systématique par le PCME et le chef d'établissement des motivations de leur décision conjointe pour chaque candidat non retenu ou non renouvelé.

Recommandation n°22 Impliquer le responsable médical dans la procédure de sélection du cadre soignant de son pôle, et le nommer dans ses fonctions conjointement avec le directeur des soins.

[208] La proposition faite plus haut pour le service est formulée dans le même esprit au niveau du pôle.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : pour, entre autres, faciliter l'élaboration puis le suivi de la réalisation effective de la feuille de route du pôle, favoriser en fonction de la taille de l'établissement la désignation de directeurs référents de pôle.

La présence de directeurs référents auprès des pôles ressort comme une vraie valeur ajoutée pour les établissements qui l'ont mise en place. Elle doit être adaptée en fonction de la taille des établissements.

Présent très régulièrement auprès des équipes, le directeur référent de pôle fait le lien entre services, pôles et directions fonctionnelles.

Membre de l'équipe de direction, il a la légitimité nécessaire pour porter les messages et diffuser les informations de la direction. Il relaie également les informations et demandes relevant du pôle, dans tous les domaines.

Facilitateur pour le chef de pôle et ses collaborateurs, ce directeur référent dispose ainsi d'une approche plus transversale de l'établissement s'il est par ailleurs directeur fonctionnel.

Recommandation n°23 Former systématiquement les trios (pôle) et duos (service) managériaux aux démarches de médiation, de prévention des risques psycho-sociaux ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe de type PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe) mis au point par la Haute Autorité de Santé.

[209] Cet investissement dans le management soignant et hospitalier au plus près des services est une condition importante avec la revalorisation des carrières pour redonner de l'attractivité à l'hôpital public.

[210] Il permettrait également d'appliquer la recommandation concernant la certification des établissements de santé visant à la rendre optionnelle afin de privilégier les approches de terrain.

3.1.3 Pour faciliter le travail des professionnels de terrain afin d'améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins

Recommandation n°24 Faciliter la gestion des ressources humaines paramédicales pour donner de la souplesse à l'exercice de ces professionnels, diminuer l'absentéisme et redonner du temps aux cadres de santé dans les services de soins.

[211] La présence de professionnels paramédicaux en nombre suffisant est essentielle à la qualité des soins prodigués aux patients et à la qualité de vie au travail des équipes. La gestion de l'absentéisme constitue par ailleurs une charge de travail lourde pour les cadres de santé, qui les éloigne du terrain.

[212] Plusieurs leviers permettent de faciliter la conciliation entre l'exercice de ces professionnels et leur vie personnelle, et de diminuer les conséquences de l'absentéisme :

- Sur la base du volontariat, l'organisation du travail en 12h permettant moins de jours travaillés au total, notamment lorsque les temps de trajet domicile-lieu de travail sont importants ;
- Pools de remplacement par pôle ;
- Remplacement rapide des professionnels absents par des volontaires, notamment via des solutions numériques (applications WHOOG ou MEDGO par exemple).

Bonnes pratiques managériales à généraliser : assurer une réactivité optimale des fonctions support et un lien renforcé de celles-ci avec les services de soins via une contractualisation.

Pour assurer la résolution rapide des problèmes quotidiens liés aux fonctions support (informatique, commandes, restauration, etc), un lien direct et réactif doit être garanti entre les services support et les services de soins. Certains établissements ont ainsi proposé de contractualiser entre chaque service support et l'ensemble des services de soins :

- La mise en place d'un référent de chaque service support qui soit l'interlocuteur pour chaque service de soins ;

- Un retour systématique sur les fiches d'incident dans un délai rapide ;

- Une disponibilité directe de chaque service support par des lignes téléphoniques d'astreinte pour les problèmes urgents.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : investir dans des solutions informatiques interopérables utilisées par les soignants.

La charge de travail liée au manque d'interopérabilité informatique des différents logiciels (lourdeur, inefficacité, plusieurs codes et plusieurs logiciels pour le dossier patient, la biologie, l'imagerie concernant les médecins par exemple), doit être considérablement réduite.

Ce sujet majeur justifie des investissements importants pour diminuer la lourdeur d'utilisation et la perte de temps quotidienne.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : promouvoir les circuits courts de décision au plus près du terrain, par exemple par les méthodes de « lean management » visant à l'amélioration solidaire de l'efficacité en équipe. [lean management : comprendre ce qui plait, travailler en équipé, résoudre les problèmes à temps].

La prise de décision au plus près des professionnels de terrain, de façon rapide et prenant en compte leurs demandes et projets, doit être privilégiée. Un tel principe de subsidiarité doit être défini à l'échelle de chaque établissement au sein du projet managérial.

La réactivité des services supports constitue une condition majeure de réussite de ces dispositifs.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : Recentrer le temps médical sur un cœur de métier clinique en diminuant le temps passé aux tâches de secrétariat.

Plusieurs leviers permettent d'alléger la charge de secrétariat assumée par les médecins afin qu'ils se recentrent sur leur pratique et aient le temps nécessaire pour leurs patients.

La mission recommande :

La modernisation des outils médicaux : dictée des comptes rendus avec reconnaissance vocale par exemple ;

La modernisation des outils de secrétariat : prise de rendez-vous en ligne par exemple ;

La juste allocation du temps de secrétaire ou d'assistant médical par praticien.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : généraliser les fonctions de « bed management ».

Chaque pôle d'une certaine taille devrait disposer d'un gestionnaire de flux pour la recherche des lits et le maintien d'une disponibilité capacitaire opérationnelle, soulageant ainsi les soignants de ces tâches très chronophages.

Les médecins, les internes, les cadres dans de nombreux services consacrent en effet un temps considérable à la recherche de lits, à la recherche des bons interlocuteurs pour l'organisation d'un parcours de soins ou de santé.

Il est nécessaire d'alléger ces charges qui sont aussi des charges cognitives pesant sur les conditions d'exercice de la responsabilité médicale.

Ces fonctions doivent s'appuyer également sur un travail d'équipe médicale et soignante pour organiser la sortie dès l'entrée, analyser en continu les durées de séjour et la pertinence des protocoles en lien avec une évaluation par les patients de leurs conditions de prise en charge.

Recommandation n°25 Offrir la possibilité d'élargir le champ d'application de la rupture conventionnelle.

[213] La rupture conventionnelle est prévue pour les personnels relevant de la fonction publique. Elle devrait être une possibilité offerte pour traiter plus rapidement les aspirations de certains personnels médicaux titulaires à construire et financer un changement de projet professionnel lorsque toutes les autres modalités d'évolution interne ont été tentées.

[214] Le changement des cultures professionnelles qui est à l'œuvre a mis à l'agenda des chefs d'établissement et des présidents de CME de nombreuses situations conflictuelles à l'issue incertaine. Si le dispositif de médiation nationale et régionale est une excellente initiative, il ne pourra traiter toutes les situations avec le panel de solutions actuellement disponibles.

[215] La mission fait cette proposition tant pour permettre d'avoir des perspectives pour l'accompagnement des personnes que pour donner un levier permettant de mieux utiliser l'énergie des responsables à des dossiers institutionnels.

[216] Dans certains services, un règlement à l'amiable fluide, à la main des acteurs locaux, peut apporter une solution rapide à des problèmes parfois anciens et difficiles pour la vie quotidienne.

3.2 Attirer et fidéliser les talents à l'hôpital public

3.2.1 Pour valoriser l'exercice professionnel à l'hôpital public

Recommandation n°26 Revaloriser l'exercice médical et paramédical dans les établissements publics, en termes de prise en compte des contraintes de permanence des soins et de rémunération des personnels médicaux et paramédicaux.

[217] Tous les acteurs hospitaliers, quels que soient leurs métiers, ont fortement insisté auprès de la mission sur la nécessité d'une revalorisation financière des conditions d'exercice à l'hôpital public.

[218] Cette recommandation vise à mettre un terme à l'asymétrie de contraintes et de rémunérations entre les exercices public et privé de santé afin d'éviter les départs de professionnels dans le secteur privé.

[219] Les rémunérations, et en particulier, l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) sont à revaloriser pour les professionnels médicaux. Il s'agit également de mieux reconnaître et indemniser les contraintes inhérentes au service, notamment celles relatives aux gardes et astreintes.

[220] Les grilles de rémunération des professionnels paramédicaux doivent également être revalorisées significativement, comme l'indemnisation associée au travail de nuit, de week-end et de gardes et astreintes.

Recommandation n°27 Favoriser la mobilité des carrières médicales en lien avec le centre national de gestion (CNG).

[221] Les carrières médicales hospitalières, et en particulier hospitalo-universitaires, se déroulent souvent dans un établissement unique. Cette polarisation géographique limite la capacité des hauts potentiels managériaux à s'exprimer dans des établissements éloignés ou en difficulté.

[222] La mobilité des professionnels médicaux pourrait être incitée par des mesures telles que la mise en place d'une indemnité de mobilité en faveur des établissements publics les plus en difficulté, mais aussi par une reconnaissance statutaire et la prise en charge des frais de changement de résidence.

Recommandation n°28 Définir et mettre en œuvre un projet social médical.

[223] Ce projet social médical, élaboré à l'initiative de la CME, comprendra a minima :

- Les modalités d'accueil et de formation des nouveaux arrivants (ex : kit nouvel arrivant, dispositif d'accompagnement) ;
- Les modalités de prévention des risques psycho-sociaux en lien avec le CNG ;
- Un plan d'amélioration des conditions de travail ;
- Un dispositif local de conciliation ;
- Un dispositif de repérage, d'accompagnement et de valorisation des praticiens susceptibles de s'investir institutionnellement (cf recommandation n°12).

Recommandation n°29 Améliorer les conditions de formation des étudiants en médecine et en santé.

[224] L'attractivité des établissements de santé pour les futurs praticiens est un levier primordial pour le recrutement. Il s'agit ainsi d'améliorer la formation et les conditions de travail des étudiants, via :

- L'organisation d'un retour régulier des évaluations de stages vers la gouvernance des établissements, en région comme en local ;
- La rédaction d'une charte d'accueil et d'accompagnement des externes et des internes dans les services, élaborée et cosignée par le doyen de la faculté concernée, le PCME et le directeur général ;
- La sanctuarisation du temps dédié par les maîtres de stages à la formation des étudiants, externes et internes ;
- L'organisation d'un suivi systématique par la médecine du travail de l'établissement ;
- La favorisation des dispositifs de médiation en lien avec le coordonnateur de DES en cas de difficultés.

Recommandation n°30 Permettre le redéploiement des dépenses d'intérim au profit de mesures d'attractivité dans le cadre d'un régime dérogatoire.

[225] Cette mesure dérogatoire aux règles de rémunération pourrait contribuer à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public en permettant à chaque établissement de réinvestir la charge financière de l'intérim médical dans un dispositif pérenne de renforcement de l'attractivité et de fidélisation.

[226] Cette possibilité de dérogation pourrait être encadrée par la nécessité pour le directeur et le PCME de contractualiser avec les pôles et les services concernés.

3.2.2 Pour veiller au cas particulier des Présidents de CME

Recommandation n°31 Donner aux PCME les compétences et les moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités, cf le projet de management et de gouvernance défini dans la recommandation n°1.

[227] Les PCME rencontrés par la mission, ainsi que ceux ayant répondu au questionnaire, ont fait remonter des préoccupations fortes quant aux moyens dont ils disposent pour remplir leurs missions (cf partie 2.2.1). Ce constat fait écho aux résultats des questionnaires menés par les Conférences ces dernières années.

[228] Au regard des enjeux associés à l'impératif d'une gouvernance synergique, il est essentiel, pour renforcer leur rôle et leur investissement, de fixer un cadre général prévoyant :

- D'accompagner le parcours managérial de formations du PCME en début et lors de son mandat avec des formations complémentaires de haut niveau ;
- De définir le corpus de responsabilités associé à l'exercice du PCME dans le cadre de la nouvelle réglementation via une fiche métier nationale ;
- De garantir au PCME des moyens dédiés pour accomplir sa mission : temps dédié avec remplacement sur les plannings médicaux, indemnité, collaborateur, secrétariat, définis dans le projet managérial et de gouvernance de l'établissement.

[229] Des dispositions doivent être prises pour que ces recommandations, déjà prévues par la réglementation soient réellement appliquées.

Recommandation n°32 Anticiper la gestion de la carrière des PCME après leur mandat.

[230] Une préoccupation largement partagée par l'ensemble des conférences de PCME, de directeurs, la FHF et le CNG est l'avenir professionnel de ces derniers à la fin de leur mandat. En effet, l'éloignement de la pratique clinique, mais aussi l'acquisition de compétences et d'une expérience rares et riches rendent nécessaires la valorisation des acquis et l'ouverture à des postes de responsabilités dans d'autres institutions.

[231] Pour cela, la mission recommande de :

- Proposer systématiquement aux PCME un bilan de carrière organisé par le CNG 6 mois avant la fin de leur mandat afin d'objectiver leurs compétences et leur expertise ;
- Faciliter la prise de responsabilités managériales ultérieures au sein d'établissements de santé et d'agences (directeur, conseiller médical en ARS), dans le cadre de missions spécifiques (médiation, gestion de projet, etc.) ou de chantiers nationaux.

[232] Les directeurs généraux d'ARS rencontrés ont été favorables à ces propositions de passerelles qui permettraient de diversifier le recrutement au sein des ARS et leur permettraient de bénéficier d'expertises de terrain accrues.

[233] Des solutions d'adaptation de statuts et de reprise d'ancienneté doivent être travaillées dans cette perspective.

3.2.3 Pour renforcer et valoriser l'exercice des responsables médicaux

Recommandation n°33 En lien avec le CNG, établir un véritable parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.

[234] Les praticiens exerçant des responsabilités managériales ont largement rapporté manquer de formation et d'outils pour l'exercice de leurs responsabilités, alors même que le management n'est pas appris au cours de leur formation initiale.

[235] Pour favoriser la prise de responsabilités de praticiens compétents et engagés, la mission propose :

- D'anticiper ou accompagner la prise de responsabilités managériales par une formation au management ;
- De valoriser financièrement la prise de responsabilités en lien avec la mesure 7 du plan « Investir pour l'hôpital » les discussions nationales en cours ;
- De compenser sur les plannings le temps médical dédié aux responsabilités ;
- D'organiser un suivi par l'intermédiaire d'entretiens annuels et d'entretiens de carrière systématiques ;
- De valoriser la montée en compétences et l'expérience par l'anticipation des parcours professionnels ;
- De proposer des actions de coaching pour les responsables qui en ressentiraient le besoin.

[236] Cet objectif implique d'adapter les règles de renouvellement des mandats des responsables médicaux lorsqu'elles existent. Les logiques de projets, de bilans, et de transparence dans les procédures de désignation ou d'élection doivent progressivement s'imposer. La reconnaissance locale des compétences et des acquis d'expérience mis au service du projet d'établissement sont préférables à une limitation normative qui génère de plus en plus souvent des difficultés (manque de candidats, dispositions locales dérogatoires,…) et à une perte in fine pour la collectivité.

Recommandation n°34 Intégrer une formation aux outils du management, à la gestion et aux politiques de santé dans le cursus de 3ème cycle des études médicales.

[237] Les praticiens chargés de responsabilités managériales endossent ces fonctions sans formation initiale, ni au management, ni à la gestion, ni aux politiques de santé.

[238] Une initiation de base à ces trois valences lors du 3ème cycle, permettant de faciliter le management dans les unités fonctionnelles ou les services, et de partager une culture commune avec les responsables administratifs, paraît indispensable à la mission. Elle est également importante dans la perspective d'un exercice décloisonné et pluri-professionnel. Elle pourrait justifier un enseignement transversal universel sur le modèle développé pour la qualité et la sécurité des soins.

3.2.4 Pour faire évoluer le métier de Directeur dans le cadre de la transformation du système

Recommandation n°35 Diversifier le recrutement des directeurs d'hôpital : affiner l'évaluation des compétences managériales et revoir l'ingénierie de la formation pour y répondre.

[239] La mission retient l'expression forte formulée par le directeur de l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) lors de son audition: « il faut former des professionnels de santé publique au management et pas seulement former des managers à la santé publique ».

[240] Le recrutement des directeurs d'hôpital est aujourd'hui très majoritairement concentré sur une origine universitaire de haut niveau et très « resserrée ». Bien que cette proportion, qui se trouvait autour de 80 % il y a 10 ans, soit en très nette diminution, étaient ainsi diplômés de l'un des dix Instituts d'études politiques (IEP) de France :

- 68 % des candidats admis au concours externe de directeur d'hôpital en 2017 ;
- 62 % des candidats admis au concours externe de directeur d'hôpital en 2018 ;
- 54 % des candidats admis au concours externe de directeur d'hôpital en 2019 ;

Source : rapport 2019 du jury du concours de directeur d'hôpital, CNG.

[241] Le recrutement doit s'ouvrir davantage à d'autres parcours, notamment aux acteurs soignants motivés pour renforcer leur appétence pour les responsabilités managériales (praticiens, cadres paramédicaux mais également administratifs, logistiques et techniques).

[242] Les voies d'accès existent théoriquement déjà aujourd'hui (3ème concours, concours interne) mais elles sont peu adaptées aux trajectoires des acteurs hospitaliers. Il est nécessaire de les revoir.

[243] Il conviendrait ainsi de redéfinir un dispositif favorisant davantage la promotion interne de professionnels hospitaliers désireux d'accéder à des fonctions de Direction, via le concours EHESP.

[244] Ces cursus se préparent sur plusieurs années. A titre d'exemple, un praticien hospitalier (PH) pourrait suivre au sein de son établissement des DU et / ou masters / validation des acquis de l'expérience (VAE), afin de préparer au mieux le concours d'entrée à l'EHESP.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : faire connaître et faciliter la voie d'accès contractuelle et statutaire pour les praticiens comme chef d'établissement.

Ces voies d'accès existent mais sont encore méconnues. Il est nécessaire de les faire connaître et de les adapter aux praticiens potentiellement intéressés.

Un praticien hospitalier, qu'il soit ou non universitaire, a ainsi la possibilité déjà aujourd'hui de candidater à un emploi de directeur général de CHU. Il peut également postuler à un poste de chef d'établissement, y compris un emploi fonctionnel au titre de la catégorie « non fonctionnaire », en qualité d'agent public. Il doit alors suivre une formation d'adaptation à l'emploi organisée par l'EHESP en fonction de sa trajectoire professionnelle antérieure.

Au-delà des dispositifs existants, un accompagnement individualisé par le CNG des profils médicaux intégrant une VAE pourrait encourager des projets de carrière de ce type.

Recommandation n°36 Prendre appui sur le CNG pour gérer et accompagner les hauts potentiels managériaux.

[245] Afin de diversifier les modes d'accès aux emplois de direction (en hôpital, en ARS), il est nécessaire de mettre en place au niveau national une dynamique de repérage et de suivi des hauts potentiels managériaux, parmi les directeurs et les praticiens.

[246] La méthode « assessment » (évaluation des compétences d'un candidat), déjà en partie mise en œuvre au plan national pour certains emplois de haut niveau au sein de la fonction publique, pourrait ainsi être développée et étendue.

[247] Il est proposé de confier au CNG la responsabilité de la coordination de ce dispositif national, en lien avec tous les acteurs concernés.

3.3 Impulser de nouvelles dynamiques partenariales au niveau du GHT et du territoire

3.3.1 Un objectif pour les GHT : resserrer les liens avec les communautés médicales, soignantes et les usagers

[248] Les auditions et les résultats au questionnaire ont mis en évidence la forte variabilité des dynamiques des GHT mais aussi la lourdeur associée à leur gouvernance. Les acteurs partagent leur ambition en termes d'objectifs de prise en charge commune et graduée du patient, d'égalité d'accès

à des soins sécurisés et de qualité, et de rationalisation de modes de gestion en commun. Certains acteurs regrettent la trop grande priorité qui a été donnée aux mutualisations, expliquant en partie le désintérêt des professionnels de terrain pour des projets très éloignés de leur quotidien. Le top management des établissements lui-même ne se retrouve pas dans le formalisme attendu et dans un nombre d'instances considérable.

[249] La mission considère que le modèle actuel de gouvernance des GHT doit être repensé. Une remise en ordre et une simplification sont nécessaires. Ce modèle doit être au service d'une stratégie et d'une action. Il ne doit pas être un objet contraignant et chronophage lorsque la valeur ajoutée est nulle ou négative.

Recommandation n°37 Recentrer les GHT sur leurs missions d'organisation territoriale de soins en simplifiant leur mode de gouvernance.

[250] La loi de janvier 2016 et ses décrets d'application ont abouti à un empilement d'instances qui se réunissent peu et dont l'utilité est fortement mise en doute. Elles distraient un temps médical et de direction considérable sans réelle plus-value pour la dynamique d'ensemble. C'est aussi un facteur favorisant la « rupture de faisceau » au sein des établissements entre les pilotes institutionnels et les professions de santé sur le terrain.

[251] En complément des attributions-socle des CMG telles qu'elles ont été définies par les groupes de travail nationaux fin 2019, la mission recommande de laisser à chaque GHT la latitude de préciser leurs déclinaisons locales dans le règlement intérieur de chaque CMG. Son fonctionnement et les attributions du PCMG en termes de pilotage du projet médical partagé doivent refléter les évolutions recommandées précédemment pour la CME et le PCME. Lorsque de nouvelles délégations sont envisagées, il convient de veiller à éviter toutes redondances entre compétences CME et compétences CMG.

[252] Tout en définissant mieux les circuits de décision et de communication avec un principe de subsidiarité, et afin d'alléger la comitologie perçue comme trop lourde et chronophage par les acteurs hospitaliers, la mission propose de repositionner les acteurs sur leur valeur ajoutée « naturelle » et de supprimer les instances suivantes :

- Le comité territorial des élus, dont les membres auraient une place plus forte au sein du conseil territorial de santé que nous proposons de doter de pouvoirs d'initiative plus importants (recommandation n°41) ;
- Le comité des usagers et la CSIRMT de groupement au profit de leur participation à une sous-commission mixte médicale / soignante / usagers de la CMG (recommandation n°38) ;
- Le comité de dialogue social du GHT, qui n'a pas réellement lieu d'être, car le lieu d'expression réelle du dialogue social se trouve dans chaque établissement de santé.

[253] Le temps ainsi retrouvé serait mieux investi dans l'animation des liens avec la médecine de premier recours et les autres établissements de santé non membres du GHT, notamment au sein du comité territorial de santé.

Recommandation n°38 Encourager la définition conjointe de projets médicaux et de soins partagés pour créer les conditions d'une dynamique médico-soignante associant également les usagers et les professionnels de ville.

[254] La mission incite à faire évoluer les projets médicaux partagés (PMP) vers des projets médico-soignants partagés (PMSP). Certains GHT sont déjà engagés dans une telle dynamique. Elle a vocation

à assurer l'implication de l'ensemble des équipes soignantes et la cohérence entre les projets médicaux et de soins partagés.

[255] Dans cet objectif, une sous-commission mixte médicale / soignante / usagers pourrait être créée au sein des CMG. Elle associe à ses travaux des représentants de la CMG, des CSIRMT des établissements parties, des usagers, des professionnels de ville et de tout autre partenaire nécessaire à la construction des parcours de santé. Cette sous-commission pourrait avoir les objectifs suivants :

- Mise en œuvre opérationnelle des filières de soins du projet médical et de soins partagés ;
- Assurer la cohérence et la convergence médico-soignantes notamment en termes d'harmonisation des pratiques organisationnelles et de soins ;
- Développer des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- Évaluer les filières et notamment l'impact sur le service rendu à l'usager.

Recommandation n°39 Légitimer la CMG au travers de membres exclusivement issus des CME des établissements parties. La composition de la CMG est définie dans la convention constitutive. Elle tient compte des effectifs médicaux des établissements parties.

[256] Cette recommandation permet de garantir une représentativité équilibrée et « professionnelle » des CMG.

[257] Les PCME des établissements parties sont membre de droit de la CMG.

[258] Le directeur de l'établissement support est invité permanent de la CMG, ainsi que les chefs d'établissement des établissements parties.

[259] La sous-commission mixte médicale/soignante/usagers est représentée au sein de la CMG.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : laisser à chaque GHT la liberté de définir les attributions précises de la CMG, dans son règlement intérieur.

Cette souplesse garantit de prendre en compte les spécificités de chaque GHT, dont la mission (à l'instar du rapport IGAS publié en février 2020) a bien relevé les fortes disparités.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : installer le président de CMG dans son rôle de pilotage du projet médical partagé.

Sur le modèle des moyens alloués au président de CME, la convention constitutive du GHT doit prévoir ceux qui lui sont attribués ainsi que son articulation avec la gouvernance du GHT et celles des établissements, mais aussi des modalités électives qui lui assurent une légitimité au regard de ses formations et acquis d'expérience.

Il doit devenir un interlocuteur identifié par l'ARS et les gouvernances des établissements pour tous les sujets relatifs aux compétences de la CMG.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : désigner un directeur délégué au GHT.

Beaucoup d'établissements et de GHT ont mis en place cette fonction de directeur délégué, qui apporte une nette valeur ajoutée dans la coordination efficace de tous les acteurs territoriaux concernés.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : confier aux Etablissements Publics en Santé Mentale ou à une Communauté psychiatrique de territoire (CPT) le volet psychiatrie et santé mentale du PMP. La CPT dispose d'un siège avec voix consultative au sein de la CMG.

La mission a relevé l'efficacité de certaines CPT dans l'élaboration et la mise en œuvre du volet psychiatrie et santé mentale du PMP.

Cette dynamique permet une intégration harmonieuse au sein des GHT, tout en reconnaissant une place spécifique à la thématique de la psychiatrie et de la santé mentale.

Dans le cas où des CHS disposent de l'exclusivité de l'offre de psychiatrie, la création d'une CPT doit rester optionnelle.

Recommandation n°40 Permettre aux GHT de simplifier et de partager leur gouvernance en prenant appui sur une personnalité morale (Etablissement de santé public territorial). Faciliter la fusion des instances des établissements publics de santé sur le périmètre des directions communes dans le cadre d'un droit d'option.

[260] Comme l'évoque l'IGAS dans son rapport de décembre 2019 « Bilan d'étape des Groupements hospitaliers de territoire » (Claude Dagorn, Dominique Giorgi et Alain Meunier, avec la participation du Pr Luc Barret), la mission souligne l'intérêt d'approfondir la possibilité de confier une personnalité morale aux Groupements hospitaliers de territoire volontaires. Ce modèle doit promouvoir un modèle de gouvernance médico-administrative similaire à celui des établissements. Il doit également permettre de garantir un niveau de subsidiarité dans la décision en prenant notamment appui sur des délégations.

3.3.2 Pour renforcer la structuration du territoire de santé et réaffirmer la juste place des élus

Recommandation n°41 Revaloriser le rôle du conseil territorial, redéfinir ses missions et adapter son périmètre au service d'une responsabilité populationnelle.

[261] Le système de santé devra affronter des défis importants dans les années à venir : globalisation des prises en charge de la population dans une stratégie incluant la prévention et l'éducation à la santé, les soins organisés autour des notions de parcours et de gradation, le développement des dispositifs de coordination et de partage d'informations, la prise en compte des facteurs environnementaux et socio-économiques, l'évolution parallèle vers des modes de financement plus globalisés et au parcours.

[262] Cette évolution majeure nécessite une approche qui permette d'adapter la mise en œuvre des priorités nationales et régionales au contexte de chaque territoire autour d'un Projet Territorial de Santé, déclinaison du PRS, voire d'enveloppes budgétaires permettant le financement de cette déclinaison territoriale.

[263] L'émergence de cette notion de responsabilité populationnelle doit s'articuler sur un territoire pertinent correspondant à un ou plusieurs bassins de vie cohérents, et en tenant compte de la sectorisation en psychiatrie. Sans doute faudra-t-il pour cela redéfinir certains périmètres géographiques des territoires. Elle doit également s'accompagner d'un lieu d'échange, de concertation et de coordination représentatif des acteurs du territoire où se construisent les politiques partagées et les actions de coopération.

[264] Le Conseil Territorial, créé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, paraît à la mission légitime pour remplir ce rôle et devenir la pierre angulaire de la démocratie en santé sur son territoire. Il est déjà composé des acteurs en santé institutionnels et libéraux, de

représentants des collectivités territoriales, des usagers, du secteur médico-social et d'associations intéressées par les questions de santé et d'environnement. Cette proposition permettrait de placer les élus à un niveau pertinent en termes d'organisation du territoire, en lien avec la proposition de suppression du Comité territorial des élus de GHT, les groupements hospitaliers de territoire ne constituant qu'un des acteurs en santé.

[265] Il paraît nécessaire à la mission d'appuyer la gouvernance territoriale sur ce Conseil Territorial en confortant son rôle et en le dotant de compétences plus affirmées, y compris en termes de régulation, ainsi que d'une capacité d'initiative et d'innovation. Il doit pour cela disposer d'outils juridiques et de moyens de financement de ses actions avec davantage d'autonomie. Pour ne pas multiplier les structures administratives, le GHT pourrait constituer dans un premier temps le support logistique et administratif du Conseil.

[266] Pour être encore assez rares, les expériences passées dans ce domaine se sont révélées positives par leur capacité à sortir de logiques purement concurrentielles pour identifier des priorités de territoire et créer du lien entre acteurs.

Recommandation n°42 Rendre obligatoire la définition de projets territoriaux de santé (PTS) impliquant obligatoirement l'ensemble des acteurs du territoire, et en cohérence avec les projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

[267] Au titre des compétences du Conseil Territorial, la priorité doit être l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé, déclinaison locale du PRS (Projet Régional de Santé) comportant si nécessaire un volet spécifique : l'identification de priorités propres au territoire appuyée sur des objectifs communs de qualité et de sécurité des prises en charge. Un plan d'action disposant de financements négociés avec l'ARS pourrait décliner la mise en œuvre du PTS.

[268] Ce dispositif permettrait de créer une dynamique territoriale associant les acteurs en santé (GHT, CPT, CPTS, libéraux, hospitalisation à domicile-mais également les acteurs du domicile comme le secteur social). Il permettrait également d'assurer la cohésion des différentes politiques et des financements dans une logique territoriale et non plus en tuyaux d'orgue, comme c'est encore trop souvent le cas.

Recommandation n°43 Créer des postes universitaires de territoire.

[269] La polarisation des professionnels hospitalo-universitaires, si elle permet de créer des filières d'excellence, peut mettre à mal l'attractivité des établissements non universitaires pour les internes et les jeunes praticiens, mettant en difficulté ces établissements.

[270] La création de postes hospitalo-universitaires de territoire, à valence universitaire dûment rétribuée, dans des établissements non universitaires (CH, CHS), sans en galvauder la valeur, permettrait d'améliorer l'attractivité des établissements non universitaires pour les jeunes praticiens, mais aussi leurs pratiques et leurs échanges avec les CHU du territoire.

[271] La mission encourage à généraliser l'expérimentation menée par les UFR (Unité de Formation et de Recherche) de médecine d'Angers, Caen, Reims et Tours. Elle permet de reconnaître une valence universitaire portée par l'UFR sur un poste de praticien hospitalier d'un CH. La qualité universitaire est garantie par le CNU (Conseil National des Universités). Ces praticiens ont la capacité de former des internes et des assistants à temps partagé, mais aussi de mener des projets de recherche au niveau du territoire. Ce dispositif prend appui sur des financements extérieurs de la valence universitaire.

[272] Au regard des enjeux de formation et de recherche, cette dynamique doit pouvoir s'accompagner par la création de postes d'hospitalo-universitaires par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : encourager la création de centres de simulation partagés sur le territoire et en faire des lieux de pluridisciplinarité.

Le développement des centres de simulation est un enjeu majeur pour l'avenir des formations médicales et paramédicales. Leur déploiement et leur répartition doivent permettre de répondre aux besoins des professionnels en formation initiale et continue.

Leur répartition homogène et leur ouverture sur le territoire sont des éléments importants pour l'attractivité et la qualité des pratiques professionnelles.

Recommandation n°44 Permettre une convention unique de la recherche à l'échelle du territoire (pouvant regrouper plusieurs GHT), permettant l'inclusion de patients de l'ensemble des établissements parties (cf. le projet soutenu par le Comité National de Coordination de la Recherche (CNCR)).

[273] La création d'un guichet unique territorial permettrait de renforcer le maillage sur la recherche, associant efficacement CHU et CH (cf. les initiatives de création de « maisons de la recherche » déjà mises en œuvre dans certains territoires).

[274] Il doit faciliter la structuration d'un dispositif d'appui à la recherche clinique en psychiatrie. Il s'agit d'un dispositif technique, d'animation et d'articulation des Dispositifs ou Fédérations Régionales de Recherche Clinique en Psychiatrie et Santé Mentale, qui s'articule avec la coordination nationale des dispositifs régionaux de recherche clinique en psychiatrie et santé mentale.

[275] L'attractivité des hôpitaux publics français en serait renforcée vis-à-vis des firmes pharmaceutiques internationales notamment mais également pour les chercheurs académiques, offrant une possibilité d'ouverture de protocoles de recherche et donc d'inclusion de patients à la fois plus large et plus rapide.

3.4 Repenser les liens avec les ARS

Recommandation n°45 Associer systématiquement au chef d'établissement le président de CME pour les réunions et échanges des établissements avec les tutelles (ARS, Assurance maladie…), pour tous les sujets relevant de ses compétences.

[276] La mission considère que la pratique qui consiste à associer le PCME au dialogue avec l'ARS, particulièrement sur les sujets relevant de son champ d'intervention, généralement effective, doit être confortée et développée. Elle constitue en effet un des éléments de médicalisation des échanges entre établissements et autorités de tutelle. Cette recommandation permet de renforcer l'action et la lisibilité du binôme directeur-PCME.

[277] Elle doit se traduire par une invitation nominative aux réunions de l'ARS sur tous les sujets relevant d'une compétence partagée avec le directeur, mais aussi par une copie de chacune des correspondances avec l'établissement dans ces domaines.

Recommandation n°46 Repositionner les ARS sur leur rôle de régulation, d'accompagnement de projets et de responsabilité dans l'organisation territoriale.

[278] Il ressort nettement des auditions et des visites menées par la mission une attente forte des acteurs hospitaliers d'une montée en régime des ARS sur l'accompagnement de restructurations d'activité, y compris dans des contextes politiquement sensibles.

[279] Cet axe nécessite que le rôle des Délégations Territoriales (DT) des ARS soit revalorisé, par des compétences accrues et une réelle autonomie. Elles doivent pouvoir être légitimes pour assurer le lien avec les territoires et les acteurs comme l'articulation entre le PRS et les PTS. Une telle évolution est particulièrement nécessaire dans les grandes régions où le risque de distanciation des liens entre l'ARS et les territoires est avéré.

[280] Les tensions démographiques croissantes rendent indispensables ces prises de décision de restructurations d'activité, que les établissements hospitaliers ne peuvent porter seuls.

[281] Dans cette perspective, il paraît légitime d'utiliser tous les leviers à disposition (régime des autorisations, appels à projets, cahiers des charges…) pour favoriser un décloisonnement des secteurs public et privé et un partage de la pénibilité associée à la permanence des soins.

[282] Enfin, des missions d'audit et/ou de pilotage en ARS pourraient être confiées à des praticiens qualifiés et reconnus.

Recommandation n°47 Simplifier le régime des autorisations de soins pour redonner du temps aux managers soignants et hospitaliers. Le centrer sur les seules activités de soins comportant un recours important à des soins critiques ou urgents.

[283] La pandémie due au SARS-CoV 2 a montré récemment la réactivité et la rapidité de décision en termes d'autorisations de soins dont les ARS ont pu faire preuve.

[284] Le régime des autorisations de soins est devenu très complexe et son mode d'élaboration favorise une inflation des exigences normatives, sans qu'il soit démontré que cette tendance ait été à l'origine d'une meilleure régulation des dépenses et d'une amélioration des prises en charge.

[285] Le suivi de ces exigences normatives impose un travail administratif considérable aux praticiens, aux cadres comme aux directeurs. Il dévie les ARS comme les acteurs hospitaliers de leurs missions d'animation sur le terrain. Ce travail de mise en lien devrait prévaloir sur la fabrication de lourds dossiers et sur les reportings dont les résultats sont trop rarement utilisés.

[286] La mission propose que ce régime d'autorisation ne soit maintenu que pour les activités de soins comportant un recours important à des soins critiques ou urgents. Les établissements disposant de ces autorisations seraient automatiquement autorisés pour les activités de médecine et de chirurgie.

[287] Pour les autres activités ne nécessitant pas le recours aux soins critiques et urgents, la régulation devrait relever du PRS / PTS et trouver sa traduction par la voie contractuelle en indiquant les pathologies devant donner lieu à transfert systématique vers les établissements de recours et de référence sur la base des recommandations des sociétés savantes ou de la Haute Autorité de santé.

[288] Ainsi, il faudrait envisager un tout autre cadre politique aux chantiers de révision du régime des autorisations lancés en 2018. Trop de temps est consacré à des discussions qui ne devraient pas relever d'une normalisation des pratiques mais du suivi d'indicateurs de santé publique devant être portés à la connaissance de la population et de ses représentants.

[289] La mission propose que désormais, avant toute mise au point et parution d'un texte normatif devant régir une activité de soins, une étude d'impact préalable soit réalisée afin de mesurer les besoins démographiques en professionnels de santé dans les régions et les besoins de financement.

Recommandation n°48 Donner davantage d'autonomie aux ARS pour la déclinaison des objectifs nationaux dans un contexte régional revalorisé.

[290] Il ressort des réponses au questionnaire que l'essentiel de la pesanteur bureaucratique qui pèse sur les établissements via les ARS trouve son origine dans les remontées nationales que celles-ci doivent assurer. Le caractère irritant car détaillé, redondant et lourd des reportings imposés aux établissements ne constitue souvent qu'une déclinaison régionale de ceux qui sont imposés aux ARS.

[291] La mission propose donc que celles-ci bénéficient d'une plus grande autonomie dans la déclinaison régionale des objectifs nationaux et d'une plus grande souplesse dans la gestion des moyens mis à leur disposition, particulièrement le FIR (Fonds d'Intervention Régional), qui pourrait dans cette logique être redimensionné à la hausse.

[292] Elle propose également de fixer une limite annuelle au nombre d'enquêtes nationales et régionales afin de préserver les fonctions d'animation des managers soignants et hospitaliers comme celles des ARS.

3.5 Au plan national : simplifier certains processus, définir un calendrier de mise en œuvre des recommandations de la mission

Recommandation n°49 Revoir les modalités de fonctionnement et les règles d'instruction du COPERMO.

[293] Beaucoup des acteurs hospitaliers rencontrés au cours de la mission ont souligné les difficultés liées au dispositif COPERMO : absence des responsables hospitaliers aux différentes étapes d'instruction des dossiers, transparence insuffisante, rigidité des critères d'analyse, inadaptations des exigences à l'évolution du contexte hospitalier et sanitaire global.

[294] La mission considère que le dispositif COPERMO doit être maintenu dans son principe, dans un souci de préserver une instruction rigoureuse des projets d'investissements publics de grande ampleur. Néanmoins, ses règles de fonctionnement et ses critères d'instruction doivent être revus :

- présence systématique de l'hôpital concerné à chaque étape d'instruction des dossiers, aux côtés de l'ARS ;
- évolution des critères de jugement des dossiers, intégrant les besoins populationnels, assouplissant le dogme du 70 % de l'activité à réaliser en ambulatoire et revoyant les exigences souvent très lourdes en termes de réductions capacitaires et de ratios effectifs / activités ;
- ajustement du critère du taux de marge brut aux spécificités de chaque établissement concerné et à sa trajectoire financière observée sur plusieurs exercices ;
- révision des ratios immobiliers aujourd'hui trop rigides et décalés de l'évolution des besoins de prise en charge des patients ;
- transparence et « lissage » des taux de participation financière de l'Etat, aujourd'hui d'un montant très variable d'une opération à l'autre et insuffisamment expliqués.

[295] La mission propose également, au-delà du seul sujet du COPERMO, que soit ouverte une réflexion sur la modification des règles actuelles de financement des opérations d'investissement hospitalières majeures, notamment en associant plus étroitement qu'elles ne le sont aujourd'hui les collectivités territoriales.

Recommandation n°50 Simplifier et harmoniser les processus de certification et d'évaluation (HAS, HCERES, COFRAC).

[296] Tout en reconnaissant l'importance et l'impact de la certification HAS et de l'évaluation HCERES (Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) sur l'amélioration de la qualité des soins, les établissements publics de santé soulignent leur lourdeur, leur coût, et l'important temps de travail que ces démarches nécessitent.

[297] De même, les contrôles COFRAC (Comité Français d'Accréditation) sont fréquents, onéreux et tout aussi consommateurs de temps, ce qui justifie une approche plus pragmatique et réaliste, et moins technocratique.

[298] Ces processus d'évaluation des établissements de santé devraient être simplifiés, c'est-à-dire produits le plus possible à partir de données directement disponibles via les systèmes d'information des établissements. Leur harmonisation et leur articulation, tant en termes de contenu que de calendrier, permettrait d'établir une véritable stratégie pluriannuelle d'évaluation continue cohérente.

[299] Afin d'inciter les acteurs nationaux à simplifier leurs processus, la mission propose que la démarche de certification obligatoire des établissements de santé leur laisse plus d'autonomie, en laissant aux établissements le libre choix de l'organisme certificateur et des thèmes de gestion des risques qu'ils entendent faire évaluer. Cela permettrait aux équipes de s'approprier la certification dans le but d'une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

[300] En contrepartie de cette autonomie retrouvée, les établissements de santé devraient s'engager à publier sur leur site internet un compte qualité sur leur gestion des risques mentionnant l'appréciation du comité des usagers sur la politique de l'établissement.

[301] La mission propose également que les établissements aient la liberté d'organiser l'évaluation externe de leur politique de recherche en recourant à des évaluations croisées nationales ou internationales indépendantes avec obligation de les publier sur leur site internet.

Recommandation n°51 Décentraliser et simplifier les processus de recours aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et aux infirmières de pratiques avancées.

[302] Ces processus sont actuellement trop longs pour apporter des bénéfices rapides pour les prises en charge et pour le recentrage des médecins sur leurs fonctions d'expertise auprès des patients. Leur décentralisation doit être mise en œuvre, en lien avec la mesure 9 du plan « Investir pour l'hôpital ».

[303] Leur instruction pourrait se faire à l'échelon régional. Cette décentralisation s'appuierait ainsi sur un comité interprofessionnel régional, composé de représentants des établissements (médicaux et paramédicaux), des ordres et des URPS avec proposition de méthode, instruction des dossiers et proposition d'avis au directeur général de l'ARS.

Recommandation n°52 Fiabiliser les financements des établissements de santé en articulant les calendriers de validation annuels et en garantissant une cohérence pluriannuelle.

[304] Faire coïncider la validation de l'EPRD avec l'annonce du financement des établissements de santé afin d'éviter des mesures restrictives inutiles et de respecter au mieux une vraie stratégie médicale.

[305] Garantir la stabilité des modalités de financement des établissements de santé en cours d'année budgétaire, et leur cohérence pluriannuelle selon une déclinaison régionale contractualisée.

[306] Requestionner l'apport de projections à long terme comme le PGFP (Plan Global de Financement Pluriannuel), au vu de l'impact des nouvelles orientations politiques et des ajustements budgétaires inévitables.

Recommandation n°53 Simplifier les dispositifs de dérogation aux réglementations ou modes de financement en vigueur.

[307] Les retours d'expérience démontrent la complexité des dispositifs mis en place par les administrations pour accélérer les innovations en santé, prévus par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

[308] De nouvelles modalités plus souples doivent être proposées pour mettre en place des initiatives à l'échelon local, sous la responsabilité de la CME et de la direction, pouvant impliquer dans un 2ème temps une reconnaissance régionale, voire nationale.

Recommandation n°54 Simplifier les règles de la commande publique.

[309] Les établissements doivent pouvoir négocier avec des règles de mise en concurrence simplifiée pour un montant inférieur à 2 millions d'euros afin d'accélérer les délais de décision pour les achats d'équipement mais aussi d'améliorer la capacité de négociation des prix.

[310] Dans le domaine des travaux, cette possibilité devrait être possible pour des montants inférieurs à 30 millions d'euros (hors taxes).

[311] Ce type de mesures de souplesse n'emporterait pas de risques d'absence de contrôle des pratiques et des fonds utilisés. En effet, un élément de réassurance pour les autorités de contrôle consisterait à étendre l'obligation de déclaration publique d'intérêt et de déclaration de patrimoine à la Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique pour tous les directeurs impliqués dans la chaîne de l'achat public et pour tous les responsables de services et de pôles médicaux.

Bonnes pratiques managériales à généraliser : encourager la constitution de réseaux de CHU et les faire bénéficier d'une reconnaissance officielle au sein de chaque région autour des sujets d'intérêt partagés (Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire, démographie HU, recherche…).

Des initiatives efficaces sont déjà menées en France. Peuvent ainsi être cités les exemples de HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) associant les CHU d'Angers, Brest, Nantes, Rennes et Tours, du G4 (Lille, Amiens, Caen, Rouen) et de HOURAA (Hôpitaux Universitaires Rhône Alpes Auvergne).

De tels réseaux permettent de créer les conditions d'une approche mutualisée sur des sujets transversaux majeurs, tout en maintenant l'existence de chacun des 32 CHU français.

Les tensions démographiques croissantes, les réflexions à mener sur des thématiques par nature inter-régionales (par exemple transplantations, activités de recours très spécialisées), les enjeux forts autour de la recherche, de l'enseignement et de la formation rendent nécessaire la généralisation de cette approche en réseaux fédérant les CHU par entités inter-régionales cohérentes.

Recommandation n°55 Produire périodiquement une revue de la littérature internationale sur les différents modèles de gouvernance et leur impact sur la qualité et l'efficience des soins et encourager la recherche dans ce domaine en France.

[312] De nombreuses contributions ou questions évoquées lors des auditions concernaient des comparaisons avec les modalités de gouvernance des autres pays.

[313] Au regard des enjeux dans ce domaine, il paraît nécessaire de pouvoir s'appuyer sur un corpus scientifique qui éclaire les décideurs dans leur organisation et facilite des adaptations au sein de leur gouvernance.

[314] La mission a constaté le faible niveau de production en France sur le sujet. Au regard de son importance pour l'élaboration des politiques de santé, il parait essentiel de promouvoir la recherche dans ce domaine. L'EHESP l'a d'ailleurs inscrit comme un des axes de son programme de travail.

Recommandation n°56 Garantir une mobilisation collective en prenant appui sur un socle réglementaire et sur une dynamique de projets dans les établissements :

- Définir sans attendre un projet managérial et de gouvernance et généraliser les bonnes pratiques managériales qui ne relèvent pas d'un cadre réglementaire ;
- Offrir un droit d'option à la main des acteurs locaux : synchroniser le renouvellement et les désignations des chefs de pôle dans les 6 mois qui suivent l'installation de la CME ;
- Sanctuariser en 2021 les financements des formations managériales pour les Présidents d'instances médicales, et en 2022 pour les responsables médicaux ;
- Déterminer un calendrier de déploiement de la délégation de gestion avec une cible à 3 ans dont le suivi sera assuré par l'ARS.

[315] La Loi d'organisation et de transformation du système de santé prévoit de corréler le renouvellement des instances médicales d'établissement et de groupement au 1er semestre 2021 afin de prendre en compte les évolutions législatives attendues sur la gouvernance médicale.

[316] De nombreuses propositions formulées par la mission s'appuient sur des organisations institutionnelles qui ont fait leurs preuves dans les établissements. Elles peuvent être mises en œuvre sans attendre par les acteurs en responsabilité, d'autant qu'elles ne nécessitent pas obligatoirement d'évolution réglementaire. Une première impulsion pourrait donc être lancée dès septembre 2020 en confiant la responsabilité aux établissements de définir et adopter avant la fin de l'année un projet de management et de gouvernance (recommandation n°1). Ce travail serait utile à l'actualisation des règlements intérieurs des établissements et des conventions constitutives de Groupements hospitaliers de territoire en 2021.

[317] L'installation en 2021 de nouvelles CME et des CMG est l'opportunité d'accélérer le mouvement de remobilisation des hospitaliers dans la gouvernance sur la base d'un cadre réglementaire rénové. Cette dynamique doit pouvoir s'appuyer sur des Présidents d'instance bénéficiant de capacités managériales et d'une maitrise des règles de gestion et du système de santé. Le déploiement d'un dispositif ciblé d'accompagnement à la prise de fonctions ou de renforcement des compétences (cf les recommandations proposées) sera un prérequis indispensable. Il doit pouvoir s'appuyer sur des formations de haut niveau pour être efficace. Pour ce faire, des financements ciblés seront nécessaires, issus par exemple des fonds ANFH non consommés en 2020, ou de l'enveloppe pluriannuelle de 150 M€ votée dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2019 pour les investissements courants (2ème année). Un financement dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) devrait être offert.

[318] En parallèle, la réaffirmation du rôle des Chefs de service et des Chefs de pôle est une nécessité, que ce soit en termes de responsabilité associée à la dynamique de l'équipe de soins autour du patient, que de celle de l'institution avec un rôle dans les processus de gestion (cf les recommandations proposées). En prenant appui sur les procédures internes d'appel à candidature et de désignation intégrées au Projet de management et de gouvernance, la mission propose un droit d'option, laissé à la main des responsables locaux, sur une synchronisation d'un renouvellement des

chefs de pôles dans les 6 mois qui suivent l'installation de la CME. Cet objectif permet d'une part un alignement de la chaine managériale médicale. Il marque d'autre part les responsabilités nouvelles qui leur seront confiées dans une perspective de délégation de gestion affirmée et de projets de services ou de pôle qui feront l'objet d'évaluations périodiques et d'un bilan en fin de mandat. Le financement des formations managériales liées à leur désignation doit donc être également garantie, en prenant appui par exemple sur l'enveloppe pluriannuelle de 150 M€ prévue en 2021 et 2022.

[319] Ce calendrier permet de mettre en place une délégation progressive aux pôles d'activité cliniques et médico-techniques, en cohérence avec la compétence des responsables médicaux désignés et la maturité des organisations institutionnelles. Au regard de l'ancienneté du cadre juridique et de l'ambition portée par l'ensemble des Conférences sur le sujet, une accélération du mouvement de délégation aux pôles est à engager dès maintenant, même si elle peut se mettre en place de manière différenciée au sein d'un même établissement. Un objectif visant à finaliser la démarche pourrait être fixé au 31 décembre 2022. Il est nécessaire pour maintenir la mobilisation des acteurs. Il oblige à travailler dès à présent sur le repérage et l'accompagnement des praticiens amenés à prendre des responsabilités dans les prochaines années.

[320] Les membres médicaux du Directoire devront quant à eux être désignés à l'issue de ces différentes procédures pour finaliser l'architecture de la gouvernance médicale.

[321] En complément du rôle des manageurs médicaux qui seront nommés ou renouvelés, une dynamique de projets est indispensable pour mobiliser, fédérer et donner des perspectives aux équipes soignantes. L'obligation pour chacun d'élaborer un projet de service ou de pôle, en cohérence avec le projet médical de l'établissement, est à ce titre un levier majeur. Si un calendrier pourra être établi au sein de chaque établissement dans un délai compatible avec la prise de fonction, la perspective d'un nouveau projet médical partagé de GHT au 1er juillet 2022 est une opportunité. Il doit être acté pour devenir un levier supplémentaire pour organiser les soins sur le territoire. L'annonce d'un nouveau plan d'investissement par le Président de la République, associé aux engagements du plan « Investir pour l'hôpital », devrait encourager et faciliter ces démarches.

[322] La publication d'un calendrier réglementaire fixant ces différents objectifs parait indispensable pour mettre les établissements devant une obligation de résultats. Un suivi régulier par l'ARS de l'avancée de ces travaux doit garantir leur aboutissement.

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Le Ministre

Paris le 9.12.2019

N/Réf : CAB AB/PEGASE/ D-19-030681

Monsieur le Professeur,

Afin de faciliter et d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 » à l'hôpital public, j'ai annoncé le 20 novembre dernier avec le Premier ministre un ensemble de mesures destinées à consolider les efforts déployés pour transformer notre système de santé tout en restaurant des marges de manœuvre pour les professionnels hospitaliers.

Garantir dans chaque hôpital un mode de prise de décision inscrit dans une gouvernance stable, apaisée et fédératrice est apparu comme une priorité absolue.

C'est pourquoi nous avons annoncé, sur la base des travaux participatifs menés avec les représentants hospitaliers durant l'année 2019, un virage vers la médicalisation accrue de la gouvernance de l'hôpital et des groupements hospitaliers de territoire.

Ainsi, le président de la commission médicale d'établissement sera investi d'un pouvoir de codécision sur le projet médical et la structuration des activités médicales, sur les nominations de responsables médicaux et sur la priorisation des choix d'investissement. A l'échelle du GHT, dont les instances sont en cours de redéfinition dans le cadre des travaux du comité de suivi national, le président de la commission médicale de groupement pilotera le projet médical partagé. Enfin, afin de faire vivre le principe de proximité et de subsidiarité, le service et son encadrement médical seront réinvestis.

Sur ces enjeux, votre mission consistera, au regard de votre expertise, à rendre opérationnelle cette nouvelle gouvernance remédicalisée en proposant un schéma cible et des schémas de transition. Elle devra notamment proposer des solutions pratiques pour rendre plus efficaces les liens entre la CME et les directions support des établissements, sans excès de réglementation.

.../...

Professeur Olivier CLARIS
Hospices civils de Lyon
Centre Hospitalier Universitaire de Lyon
3 Quai des Célestins
69002 Lyon

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

Par ailleurs, au fil des années et des réformes, le pilotage des hôpitaux s'est alourdi et rigidifié, freinant parfois le bon fonctionnement des services de soins au quotidien. La lenteur de certaines décisions indispensables pour mettre en œuvre la stratégie d'établissement sont souvent cités comme facteurs d'exaspération des professionnels de terrain.

C'est pourquoi je souhaite que votre mission aborde, également, la question de la simplification des processus de fonctionnement, dans le but d'aboutir plus rapidement à des organisations fluides et agiles à l'hôpital public. Pour cela, vous vous attacherez en particulier à :

- Faire un état des lieux des « irritants » du quotidien au sein des établissements de santé et des obstacles qui demeurent faisant apparaître la situation de l'hôpital comme bloquée. Tous les champs de la vie hospitalière pourront être investigués : procédures de contrôle et de reporting au sein de l'établissement mais également vis-à-vis des tutelles, outils de contractualisation, pratiques de management, gestion des équipes ;
- Evaluer la mise en œuvre du principe de délégation de gestion au sein des pôles, services de soins et autres organisations médicales et identifier les facteurs d'échecs ou de réussite ;
- Formaliser des préconisations et recommandations de bonnes pratiques organisationnelles qui permettront d'alléger les procédures et fluidifier les circuits de décisions pour favoriser l'innovation et les prises d'initiatives sur le terrain.

Du fait du caractère singulier des enjeux de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris vis-à-vis de l'ensemble des autres établissements publics de santé, vous réserverez, en phase finale de votre mission, un cadre de travail spécifique à l'élaboration de propositions propres au CHU d'Île-de-France.

Pour mener à bien votre mission, vous vous entourerez en tant que de besoin, sous votre impulsion, d'un directeur de centre hospitalier, d'un président de CME de centre hospitalier général, d'un président de CME de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et d'un professeur des universités – praticien hospitalier de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Chacun d'entre eux bénéficiera également d'une lettre de mission spécifique. Vous procéderez à chaque étape de vos travaux aux auditions et concertations nécessaires.

Vous veillerez également à la cohérence de vos analyses avec les travaux qui sont menés par les pilotes des chantiers dans le cadre de Ma Santé 2022. Vous pourrez également solliciter en tant que de besoin la Direction générale de l'offre de soins et le Secrétariat Général des Ministères Sociaux.

L'objectif et le calendrier sont ambitieux, mais nécessaires au vu des enjeux, pour les professionnels de santé comme pour les patients. Je souhaite que vous me remettiez pour le 31 mars 2020 un rapport faisant état de vos conclusions et recommandations assorties d'une méthodologie de déploiement afin de garantir une mise en œuvre rapide des actions qui seront retenues.

Je vous prie d'agréer, Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous

Agnès Buzyn

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

ANNEXE : Analyse approfondie du questionnaire

Méthodologie

800 établissements ont été ciblés par les envois, à destination des présidents de CME et des directeurs ou DG, charge à eux de diffuser le questionnaire à leurs lignes hiérarchiques respectives.

Le questionnaire a reçu un très grand nombre de réponses (6507), témoignant de l'attente et de l'implication des professionnels.

Dans l'ensemble, la part des questions restée sans réponse est globalement faible, même en fin de questionnaire, en particulier sur les thèmes suivants (<5 %) : les circuits d'information à privilégier, les dysfonctionnements qui compliquent le plus le quotidien, les mesures simples d'amélioration à prioriser. Le plus fort taux de non réponse concernait les questions sur le fonctionnement des instances de gouvernance et sur la taille budgétaire de leur établissement.

Création de filtres d'analyse systématique pour chaque question à réponse fermée :

- Selon 3 pôles professionnels :

  Soignants non médecins (directeurs des soins, cadres de pôle et de santé),

  Médecins (chefs de service, chefs de pôle, praticiens, PCME),

  Administratifs (Directeur, Directeur adjoint, cadres administratifs, logistiques et techniques)

- Par niveau de management :

  Top management (Directeur, PCME),

  Management intermédiaire (chef de pôle, cadre de pôle, directeur adjoint, directeur de soins, cadre administratif, logistique et technique),

  Management de proximité (Chefs de service, cadre de santé)

  Non manager (praticien)

- Par type d'établissement : CH, CHU, CHS ;
- Par fonction de l'établissement au sein du GHT : support ou partie.

Analyse des réponses de nature qualitative selon trois prismes :

- Les exemples de bonnes pratiques et d'initiatives innovantes pour améliorer la gouvernance et résoudre les irritants du quotidien ;
- Les verbatim en « positif » ;
- Les verbatim en « négatif », notamment dans le but d'identifier d'éventuels irritants non encore repérés.

[323] Remarques :

- Beaucoup de questions sur la gouvernance sont décrites comme opaques et hors sol pour certains professionnels qui ne comprennent pas le sujet et/ou la formulation des questions (« PCME ») ou n'ont aucune visibilité sur la réalité (praticiens et cadres de santé notamment),
- La question des moyens humains et financiers ressort de façon majeure des verbatim.

1 Profil des répondants

1.1 Une représentativité globale des régions satisfaisante

[324] Toutes les régions françaises ont été représentées, à l'exception de la Corse et de Mayotte. Les régions les plus représentées sont Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Île-de-France, Occitanie. Les Outre-mer sont les moins représentés.

Tableau 10 : Région

Région	Part	Région	Part
Auvergne-Rhône-Alpes	14,8 %	**Bourgogne-Franche-Comté**	3,4 %
Nouvelle-Aquitaine	12,9 %	**Centre Val-de-Loire**	3,4 %
Île-de-France	11,4 %	**Guadeloupe**	0,8 %
Occitanie	9,9 %	**La Réunion**	0,8 %
Grand Est	7,5 %	**Martinique**	0,2 %
Hauts-de-France	7,5 %	**Guyane**	0,1 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7,5 %	**Corse**	0,0 %
Bretagne	6,9 %	**Mayotte**	0,0 %
Normandie	6,0 %	**Pas de réponse**	1,4 %
Pays-de-la-Loire	5,5 %		

1.2 Un panel varié en termes de taille budgétaire

[325] 37 % des répondants ont répondu « Ne sait pas » à cette question.

[326] Si l'on se base sur les réponses des directeurs et des PCME, qui peuvent être considérées comme très fiables, on voit que la part des petits établissements dont le budget est inférieur à 125 millions est majoritaire, d'au moins 55 %. Cette part est certainement moindre dans l'ensemble des répondants du fait du moindre nombre de répondants potentiels dans ces petits établissements.

Tableau 11 : Taille budgétaire de l'établissement

	< 125 M	125-500 M	➢ 500 M	Ne sait pas	Pas de réponse
Tous	18 %	18 %	22 %	37 %	5 %
Directeurs	55 %	29 %	14 %	1 %	1 %
PCME	56 %	27 %	9 %	5 %	3 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir des catégories suivantes : « moins de 60 M », « entre 60 et 125 M », « entre 125 et 250 M », « entre 250 et 500 M », « plus de 500 M ».

1.3 Les différents types d'établissements bien représentés

[327] Les répondants ont déclaré provenir à 46 % d'un CH, 37 % d'un CHU et 9 % d'un CHS.

[328] Les chefs de service et praticiens répondants proviennent plus souvent d'un CHU, le top management, les administratifs et les soignants d'un CH.

Tableau 12 : Type d'établissement

	CH	CHS	CHU	Pas de réponse
Tous	46 %	9 %	37 %	8 %
Directeurs	68 %	10 %	15 %	7 %
Directeurs adjoints	54 %	10 %	29 %	7 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	51 %	9 %	32 %	8 %
PCME	74 %	10 %	9 %	7 %
Chefs de pôle	50 %	9 %	33 %	8 %
Chefs de service	39 %	4 %	48 %	9 %
Praticiens	41 %	6 %	45 %	8 %
Directeurs des soins	62 %	14 %	19 %	5 %
Cadres de pôle	46 %	14 %	30 %	10 %
Cadres de santé	45 %	13 %	33 %	9 %

1.4 Une grande part de répondants d'établissements support de GHT

[329] Les répondants d'établissements support de GHT sont les plus nombreux (61 %), majoritairement des CHU puis des CH.

Tableau 13 : Positionnement des établissements au sein du GHT

	Etablissement support de son GHT	Etablissement non support dont l'établissement support est un CH	Etablissement non support dont l'établissement support est un CHU	Pas de réponse
Tous	61 %	18 %	17 %	4 %
CH	48 %	29 %	21 %	2 %
CHS	22 %	30 %	36 %	12 %
CHU	87 %	1 %	8 %	4 %

1.5 Des profils professionnels variés et représentatifs

[330] Par grandes catégories, les répondants majoritaires sont les médecins puis les soignants. Par fonction, ce sont les praticiens, puis les cadres de santé et les chefs de service.

[331] On peut estimer que la représentativité des catégories de répondants minoritaires que sont les directeurs des soins, directeurs et PCME est forte.

Tableau 14 : Fonction des répondants

Fonction	Part	Nombre	Fonction	Part	Nombre
Directeurs	3 %	211	**Praticiens**	24 %	1571
Directeurs adjoints	7 %	478	**Directeurs des soins**	2 %	135
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	5 %	304	**Cadres de pôle**	6 %	411
PCME	4 %	247	**Cadres de santé**	19 %	1236
Chefs de pôle	7 %	447	**Autre**	5 %	330
Chefs de service	17 %	1096	**Pas de réponse**	1 %	41

1.6 Des répondants de plus de 45 ans en majorité, les médecins plus âgés

[332] La tranche d'âge la plus représentée est celle des 45-55 ans (33 %). 64 % des répondants ont plus de 45 ans, et les moins de 35 ans en représentent une part faible (8 %). Les médecins exerçant des fonctions d'encadrement et les PCME sont globalement plus âgés.

Tableau 15 : Âge des répondants

	< 35 ans	35-45 ans	45-55 ans	➢ 55 ans	Pas de réponse
Tous	8 %	27 %	33 %	31 %	1 %

2 Dynamique institutionnelle

Impact des Instances de gouvernance sur le fonctionnement des établissements

Pour la plupart des questions liées à la gouvernance, le ressenti semble plus négatif dans les CHU et moins dans les CHS.

Les chefs de service et praticiens ont une perception négative du Directoire et de la CME comme lieu de concertation, à l'opposé de celle du top management, du management intermédiaire et des administratifs.

Les chefs de pôle non membres sont souvent invités au Directoire. Les échanges au sein de cette instance sont plus souvent conclus par un consensus que par un vote. Les services, et dans une moindre mesure les pôles, échangent peu sur les thèmes évoqués en Directoire. Le top management a globalement une vision plus positive de l'ensemble de ces questions que les praticiens et chefs de service.

Les répondants sont unanimes quant à l'impact négatif du Comité stratégique du GHT sur la dynamique de leur établissement, sans lien avec le statut support ou partie du GHT.

L'impact de la création du Directoire sur la place de la CME dans la gouvernance est majoritairement ressenti comme négatif voire très négatif, sauf par les administratifs. Les directeurs et les PCME sont en désaccord sur ce point.

L'impact de la création des pôles sur la place des chefs de service est unanimement ressenti comme négatif, en particulier pour les chefs de pôle, de service et les praticiens. Selon la majorité des répondants à l'exception des chefs de pôle et cadres de pôle, les services n'ont pas trouvé une voie d'expression au sein des pôles ; les plus négatifs sont les médecins et en particulier les chefs de service.

Le niveau d'information sur la politique et les projets de l'établissement est la plupart du temps jugé meilleur en CHS, excepté pour les bonnes pratiques médicales où ce niveau est meilleur en CHU. On observe souvent que la satisfaction augmente avec les responsabilités managériales.

Les professionnels sont tous satisfaits des informations sur les bonnes pratiques médicales et soignantes, les projets de service et de pôle, le projet qualité et le projet médical.

En revanche, les praticiens et chefs de service voire de pôle sont moyennement à peu satisfaits des projets de soins et d'établissement. En ce qui concerne la coordination autour du projet thérapeutique du patient, le niveau d'information est jugé a minima moyen, voire insuffisant, en particulier pour les praticiens et les chefs de service.

Le niveau d'information sur le projet du GHT est jugé insuffisant par beaucoup de professionnels à l'exception des PCME et des administratifs, sans corrélation avec le statut de support ou non du GHT.

Les circuits privilégiés pour fluidifier le fonctionnement sont en majorité directs : réunions de service, encadrement de proximité, et réunions du bureau de pôle, puis dématérialisés: intranet de l'établissement, courriels.

D'autres circuits proposés étaient la diffusion large des ordres du jour et comptes-rendus des instances de gouvernance, des réunions pluridisciplinaires à tous les niveaux, des réunions avec la direction type assemblée générale, des réunions de pôle, de service, interpôles, interservices et de cadres pouvant associer la direction, des moments conviviaux informels, des messages courts en temps réel via smartphone, un journal d'information.

2.1 L'ensemble des répondants, en particulier les directeurs et PCME, estiment que le Directoire est le lieu de concertation et de dialogue médico-administratif sur les projets institutionnels et les sujets importants, à l'exception des chefs de service et praticiens

[333] La majorité des répondants (50 %) estiment que le Directoire est souvent le lieu de concertation et de dialogue médico-administratif sur les projets institutionnels et les sujets importants.

[334] Les réponses sont d'autant plus positives que l'établissement est un CH (55 %) ou CHS (58 %), ou partie de son GHT (55 %).

[335] Les professionnels pessimistes sur ce point sont les praticiens de CH (56 %) et de CHU (64 %) et les chefs de service (55 %) ; les plus positifs sont le top management (84 %), le management intermédiaire (70 %) et les administratifs (81 %).

Tableau 16 : Dans votre établissement, le Directoire est-il le lieu de concertation et de dialogue médico-administratif sur les projets institutionnels et les sujets importants ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	50 %	40 %	10 %
Directeurs	93 %	6 %	1 %
Directeurs adjoints	86 %	13 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	66 %	18 %	16 %
PCME	77 %	23 %	0 %
Chefs de pôle	63 %	35 %	2 %
Chefs de service	40 %	55 %	5 %
Praticiens	28 %	59 %	13 %

Directeurs des soins	78 %	21 %	1 %
Cadres de pôle	60 %	29 %	11 %
Cadres de santé	47 %	36 %	17 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.2 La CME est dans l'ensemble, en particulier pour les directeurs et les PCME, perçue comme un lieu d'échanges sur les projets institutionnels et les sujets importants, à l'exception des chefs de service et praticiens

[336] Les réponses sont plutôt positives (50 %), en particulier dans les CHS (60 %) et les établissements partie de leur GHT (56 %).

[337] Les professionnels pessimistes sur ce point sont les médecins (à 54 %), en particulier les chefs de service de CH (60 %) et de CHU (56 %) et les praticiens de CH (59 %) et de CHU (57 %) ; les professionnels les plus positifs sont le top management (79 %), le management intermédiaire (62 %) et les administratifs (73 %).

Tableau 17 : Dans votre établissement, la CME est-elle un lieu d'échanges sur les projets institutionnels et les sujets importants?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	50 %	42 %	8 %
Directeurs	81 %	18 %	1 %
Directeurs adjoints	75 %	24 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	66 %	18 %	16 %
PCME	78 %	22 %	0 %
Chefs de pôle	49 %	50 %	1 %
Chefs de service	40 %	58 %	2 %
Praticiens	35 %	57 %	8 %
Directeurs des soins	66 %	33 %	1 %
Cadres de pôle	58 %	32 %	10 %

Cadres de santé	51 %	33 %	16 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.3 Les chefs de pôle qui ne sont pas officiellement membres du Directoire sont souvent invités aux réunions

[338] Les réponses apparaissent globalement équilibrées, avec une forte proportion de non-répondants (19 %) qui s'explique par la fonction exercée.

[339] Les chefs de pôle qui ne sont pas officiellement membres du Directoire y sont conviés de façon variable, un peu plus souvent que l'inverse (52 % contre 43 %), d'après les réponses des chefs de pôle. Le top management rapporte en revanche des invitations plus fréquentes (62 % contre 29 %).

[340] C'est d'autant moins le cas que l'établissement est un CHU (30 % contre 48 %), d'après les réponses des directeurs, PCME et chefs de pôle.

Tableau 18 : Dans votre établissement, les chefs de pôle qui ne sont pas officiellement membres du Directoire sont-ils invités aux réunions de cette instance ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	41 %	40 %	19 %
Directeurs	63 %	29 %	8 %
PCME	61 %	29 %	10 %
Chefs de pôle	52 %	43 %	5 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.4 Les échanges qui se tiennent en Directoire majoritairement conclus par un consensus plutôt que par un vote

[341] L'ensemble des répondants rapportent un consensus plus fréquent que le vote (43 % contre 33 %).

[342] Les chefs de pôle, PCME et directeurs confirment ce consensus plus fréquent, perçu encore plus positivement par les PCME (78 %) et surtout les directeurs (91 %) que par les chefs de pôle (62 %).

[343] C'est en particulier le cas en CHS (50 % contre 29 %), et dans les établissements partie de leur GHT (50 % contre 33 %).

Tableau 19 : Dans votre établissement, les échanges qui se tiennent en Directoire sont-ils suivis d'un vote ou le consensus prévaut-il ?

	Consensus	Vote	Pas de réponse
Tous	43 %	33 %	24 %
Directeurs	91 %	8 %	1 %
PCME	78 %	21 %	1 %
Chefs de pôle	62 %	32 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle de 1 à 4.

2.5 Peu d'échanges au sein des pôles, et encore moins au sein des services, sur les sujets abordés par le Directoire

[344] Les pôles ou services semblent dans leur majorité peu échanger au sujet des questions abordées en Directoire (28 % d'opinions positives contre 58 % d'opinions négatives).

[345] C'est en particulier peu le cas dans les CHU (24 % contre 60 %) et les établissements support de GHT (26 % contre 59 %).

[346] Les chefs de pôle rapportent des échanges variables, de manière moins rare que les cadres de pôle (37 % souvent contre 50 % rarement) ; en revanche, les chefs de service (73 % rarement), cadres de santé (58 %) et praticiens (71 %) rapportent peu d'échanges. Les PCME en ont une perception assez variable et les directeurs assez positive (à 67 %).

Tableau 20 : Les questions abordées en Directoire font-elles l'objet d'échanges au sein du pôle ou du service, en amont et en aval lorsqu'elles le concernent?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	28 %	58 %	14 %
Directeurs	67 %	28 %	5 %
PCME	48 %	51 %	1 %
Chefs de pôle	49 %	49 %	2 %
Cadres de pôle	37 %	50 %	13 %
Chefs de service	18 %	73 %	9 %

Cadres de santé	19 %	58 %	23 %
Praticiens	14 %	71 %	15 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.6 Un impact du Comité stratégique du GHT sur la dynamique des établissements unanimement perçu comme négatif

[347] Les répondants dans leur ensemble évoquent en majorité (78 %) un impact négatif voire très négatif du Comité stratégique du GHT sur la dynamique de leur établissement.

[348] Le fait que l'établissement soit support ou partie de son GHT fait peu varier les réponses.

[349] Toutes les catégories professionnelles sont négatives sur ce point, en particulier les médecins (à 76 %). La perception est d'autant plus négative que le niveau hiérarchique diminue.

Tableau 21 : Avec la constitution des GHT, le fonctionnement actuel du Comité stratégique du GHT vous parait-il avoir eu un impact sur la dynamique de votre établissement?

	Impact positif	Impact négatif	Pas de réponse
Tous	18 %	68 %	14 %
Etablissement support du GHT	19 %	67 %	14 %
Etablissement partie du GHT	17 %	75 %	8 %
Directeurs	35 %	60 %	5 %
Directeurs adjoints	27 %	66 %	7 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	21 %	53 %	26 %
PCME	29 %	68 %	3 %
Chefs de pôle	15 %	82 %	3 %
Chefs de service	13 %	77 %	10 %
Praticiens	8 %	76 %	16 %
Directeurs des soins	32 %	62 %	6 %

Cadres de pôle	23 %	63 %	14 %
Cadres de santé	23 %	57 %	20 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle allant de 1 à 4.

2.7 Un impact du Directoire sur la place de la CME perçu comme négatif par les médecins et les soignants

[350] L'impact de la création du Directoire sur la place de la CME dans la gouvernance est majoritairement ressenti comme négatif voire très négatif (à 62 %).

[351] Ce ressenti est un peu plus marqué dans les CHU (à 63 %), et moins dans les CHS (56 %) ainsi que les établissements partie de leur GHT (62 %).

[352] Les administratifs n'ont pas cette perception négative (39 % seulement), à l'inverse des soignants (49 %) et des médecins (76 %). En particulier, les PCME (69 % d'opinions négatives) et les directeurs (39 % seulement) sont en désaccord sur ce point.

Tableau 22 : Le mode de gouvernance mis en place avec la création du Directoire vous paraît-il avoir eu un impact sur la place de la CME dans le dispositif de gouvernance ?

	Impact positif	Impact négatif	Pas de réponse
Tous	22 %	62 %	16 %
Directeurs	59 %	39 %	2 %
Directeurs adjoints	55 %	40 %	5 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	31 %	38 %	31 %
PCME	30 %	69 %	1 %
Chefs de pôle	21 %	76 %	3 %
Chefs de service	12 %	80 %	8 %
Praticiens	9 %	75 %	16 %
Directeurs des soins	55 %	42 %	3 %
Cadres de pôle	30 %	50 %	20 %
Cadres de santé	22 %	49 %	29 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle allant de 1 à 4.

2.8 Un impact de la création des pôles sur la place des chefs de service unanimement perçu comme négatif

[353] L'impact de la création des pôles sur la place des chefs de service est majoritairement ressenti comme négatif voire très négatif (à 63 %).

[354] Ce ressenti est un peu moins marqué dans les CHS (54 % d'opinions négatives).

[355] L'ensemble des catégories professionnelles sont négatives sur ce point, et en particulier les chefs de service (à 81 %), chefs de pôle (à 66 %) et les praticiens (à 76 %). Les directeurs (49 % d'opinions négatives) ont une opinion nettement moins marquée que les PCME (71 %) sur ce point.

Tableau 23 : Le mode de gouvernance mis en place avec la création des pôles vous paraît-il avoir eu un impact sur la place des chefs de services dans le dispositif de gouvernance ?

	Impact positif	Impact négatif	Pas de réponse
Tous	27 %	63 %	10 %
Directeurs	45 %	49 %	6 %
Directeurs	45 %	49 %	6 %
Directeurs adjoints	43 %	52 %	5 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	37 %	37 %	26 %
PCME	24 %	71 %	5 %
Chefs de pôle	34 %	66 %	0 %
Chefs de service	15 %	81 %	4 %
Praticiens	13 %	76 %	11 %
Directeurs des soins	47 %	52 %	1 %
Cadres de pôle	45 %	47 %	8 %
Cadres de santé	34 %	49 %	17 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle allant de 1 à 4.

2.9 Pour la majorité des professionnels, les services n'ont pas trouvé leur voie d'expression au sein des pôles

[356] Selon 65 % des répondants, les services n'ont en majorité pas voire pas du tout trouvé une voie d'expression au sein des pôles.

[357] Ce ressenti est un peu moins marqué dans les CHS (58 % des répondants négatifs sur ce point).

[358] Les chefs de pôle (48 % d'avis négatifs contre 51 % d'avis positifs) et les cadres de pôle (42 % d'avis négatifs contre 54 % d'avis positifs) sont les seuls professionnels en désaccord avec ce ressenti négatif général ; les plus négatifs sont les chefs de service (à 77 %) et les praticiens (à 80 %). Les directeurs (45 % d'opinions négatives) ont une opinion nettement moins marquée que les PCME (66 %) sur ce point.

Tableau 24 : Selon vous, les services ont-ils trouvé une voie d'expression au sein des pôles ?

	Plutôt oui	Plutôt non	Pas de réponse
Tous	28 %	65 %	7 %
Directeurs	45 %	50 %	5 %
Directeurs adjoints	48 %	49 %	3 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	34 %	47 %	19 %
PCME	28 %	66 %	6 %
Chefs de pôle	51 %	48 %	1 %
Chefs de service	20 %	77 %	3 %
Praticiens	13 %	80 %	7 %
Directeurs des soins	38 %	61 %	1 %
Cadres de pôle	54 %	42 %	4 %
Cadres de santé	27 %	64 %	9 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir d'une échelle allant de 1 à 4.

2.10 Comment jugez-vous votre niveau d'information au quotidien sur :

2.10.1 Les bonnes pratiques médicales : plutôt satisfaisant

[359] Les répondants jugent en majorité (44 %) que leur niveau d'information sur les bonnes pratiques médicales est satisfaisant, de manière un peu plus forte dans les CHU (50 %).

[360] C'est en particulier le cas pour les médecins (à 58 %), et de manière encore plus marquée pour ceux qui exercent des fonctions de management, tandis que ce niveau est jugé majoritairement moyen pour les soignants et les administratifs.

2.10.2 Les bonnes pratiques soignantes : satisfaisant

[361] Les répondants jugent en majorité que leur niveau d'information sur les bonnes pratiques soignantes est satisfaisant (48 %).

[362] C'est en particulier le cas pour les soignants (à 65 %).

2.10.3 Le projet qualité : satisfaisant

[363] Les répondants jugent en majorité (47 %) que leur niveau d'information sur le projet qualité est satisfaisant, de manière un peu plus marquée dans les CHS (60 %).

[364] C'est en particulier le cas pour les administratifs (76 %) et dans une moindre mesure les soignants (57 %). La satisfaction du niveau d'information augmente avec les responsabilités managériales.

2.10.4 Le projet de service : satisfaisant

[365] Les répondants jugent en majorité (53 %) que leur niveau d'information sur le projet de service est satisfaisant.

[366] C'est le cas pour toutes les catégories professionnelles, en particulier les PCME (68 %), les chefs (78 %) et cadres de pôle (60 %) et les chefs de service (70 %).

2.10.5 Le projet de pôle : satisfaisant

[367] Les répondants jugent en majorité que leur niveau d'information sur le projet de pôle est satisfaisant (41 %), de manière un peu plus marquée en CHS (55 %).

[368] Toutes les catégories de professionnels sont positives sur ce point, en particulier les PCME (54 %), chefs (75 %) et cadres de pôle (70 %), directeurs (57 %) et directeurs adjoints (56 %).

2.10.6 Le projet médical : plutôt satisfaisant

[369] Les répondants jugent en majorité que leur niveau d'information sur le projet médical est satisfaisant (à 41 %), en particulier en CHS (54 %).

[370] Tous les professionnels sont positifs sur ce point, c'est encore plus le cas pour les administratifs (62 %) ; les praticiens en sont au contraire moyennement satisfaits. La satisfaction du niveau d'information augmente avec les responsabilités managériales.

2.10.7 Le projet de soins : plutôt satisfaisant

[371] Les répondants jugent en majorité que leur niveau d'information sur le projet de soins est satisfaisant (à 37 %), en particulier en CHS (55 %).

[372] C'est en particulier le cas pour les soignants (56 %) et les administratifs (53 %) ; en revanche, les médecins sont moyennement satisfaits (23 %), d'autant moins qu'ils sont proches du terrain.

2.10.8 Le projet d'établissement : satisfaisant sauf pour les chefs de service et les praticiens

Les répondants jugent en majorité que leur niveau d'information sur le projet d'établissement est satisfaisant (à 39 %), en particulier en CHS (46 %).

La satisfaction du niveau d'information augmente avec les responsabilités managériales. Les chefs de service (à 45 %) et les praticiens (à 54 %) en sont majoritairement insatisfaits.

2.10.9 Le projet du GHT : insuffisant pour les médecins hors PCME et les cadres de santé

[373] Les répondants jugent en majorité (54 %) que leur niveau d'information sur le projet du GHT est insuffisant voir nul, en particulier en CHU (61 %) mais sans différence en fonction du statut support ou non du GHT.

[374] Cette insatisfaction est en particulier marquée chez les médecins (65 %) à l'exception des PCME (satisfaits à 46 %), ainsi que pour les cadres de santé (insatisfaits à 58 %) ; les administratifs en sont en revanche satisfaits (à 43 %).

2.10.10 La coordination autour du projet thérapeutique du patient : insuffisant

[375] Les répondants jugent en majorité (39 %), en particulier en CHU (43 %), que leur niveau d'information sur la coordination autour du projet thérapeutique du patient est insuffisant, excepté en CHS où il est jugé satisfaisant (à 40 %).

[376] La satisfaction du niveau d'information augmente avec les responsabilités managériales. Les chefs de service (à 44 %) et les praticiens (à 53 %) estiment leur niveau d'information particulièrement faible.

2.11 Les circuits d'informations directs en présentiel privilégiés pour fluidifier le fonctionnement

[377] Les circuits privilégiés par les répondants dans leur ensemble pour fluidifier le fonctionnement sont en majorité directs : réunions de service, encadrement de proximité, et réunions du bureau de pôle. Les moyens dématérialisés sont cités ensuite : intranet de l'établissement et courriels notamment.

[378] Les répondants de professions différentes sont globalement en accord sur les circuits à privilégier. L'encadrement de proximité est placé un peu plus haut pour les administratifs et les

soignants. C'est également le cas des réunions de service pour les médecins et de l'intranet de l'établissement pour les cadres administratifs, logistiques ou techniques.

Tableau 25 : Quels circuits d'informations seraient à privilégier pour fluidifier le fonctionnement (plusieurs réponses possibles) ?

	Réunions de service	Encadrement de proximité	Réunions du bureau de pôle	Intranet de l'établissement	Courriels	Plaquettes d'information	Réseau social d'entreprise	Autre	Pas de réponse
Tous	**61 %**	**53 %**	**45 %**	39 %	25 %	19 %	16 %	13 %	3 %
Directeurs	**64 %**	**71 %**	**49 %**	46 %	12 %	16 %	19 %	15 %	1 %
Directeurs adjoints	**63 %**	**66 %**	**50 %**	44 %	11 %	22 %	30 %	11 %	2 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	**51 %**	**55 %**	20 %	**57 %**	25 %	29 %	21 %	10 %	3 %
PCME	**73 %**	**56 %**	**49 %**	42 %	22 %	14 %	14 %	14 %	1 %
Chefs de pôle	**71 %**	**59 %**	**62 %**	34 %	22 %	11 %	11 %	13 %	2 %
Chefs de service	**58 %**	**44 %**	**47 %**	29 %	28 %	13 %	10 %	16 %	3 %
Praticiens	**67 %**	**43 %**	**35 %**	31 %	33 %	15 %	11 %	13 %	3 %
Directeurs des soins	**67 %**	**75 %**	**64 %**	43 %	16 %	31 %	17 %	10 %	2 %
Cadres de pôle	**59 %**	**65 %**	**67 %**	8 %	18 %	22 %	20 %	11 %	2 %
Cadres de santé	**52 %**	**57 %**	**48 %**	46 %	25 %	28 %	19 %	11 %	2 %

NB : Les trois réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[379] Les répondants citent également les circuits d'information suivants :

- Moments conviviaux informels ;
- Messages courts en temps réel via smartphone ;
- Journal d'information ;
- Réunions avec la direction type assemblée générale ;
- Réunions pluridisciplinaires médecins / soignants / administratifs à tous les niveaux ;
- Diffusion des ODJ et des CR des instances (CME, Directoire, comité de surveillance) ;
- Réunions de pôle et de service pouvant associer la direction ;
- Réunions inter services et inter pôles pouvant associer la direction ;
- Réunions de cadres pouvant associer la direction.

Le binôme directeur - président de CME

Pour la plupart des questions portant sur le binôme directeur – président de CME, les administratifs présentent la plus faible part de non réponse et de « Ne sait pas », certaines catégories de professionnels (praticiens et cadres de santé notamment) ayant beaucoup de difficultés à comprendre les questions et/ou à pouvoir y répondre. De plus, globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Les projets médicaux sont majoritairement perçus par l'ensemble des professions comme étant portés conjointement par le directeur et le président de CME.

Les directeurs et les PCME sont extrêmement positifs sur le fait qu'ils portent conjointement les désignations de chefs de pôle et de service. Les chefs de pôle le sont également, les chefs de service dans une moindre mesure avec une part beaucoup plus importante de « Ne sait pas ».

Les directeurs sont plus positifs que les PCME sur l'implication de ces derniers dans le dialogue stratégique avec l'ARS, 33 % des PCME répondants estimant y être peu voire jamais impliqués.

Le binôme directeur - président de commission médicale est en majorité perçu comme fonctionnant convenablement, excepté par les praticiens. Les directeurs sont plus positifs que les PCME sur ce point, 26 % des PCME répondants estimant que leur binôme fonctionne mal.

Les dysfonctionnements du binôme directeur – PCME sont expliqués pour les répondants par : la difficulté de concilier les visions des priorités entre soins et équilibre budgétaire, ce dernier l'emportant souvent ; la forte prééminence du directeur dans l'information et la décision ; le manque de moyens, de temps pour s'investir, de reconnaissance par l'ARS et la faiblesse réglementaire du rôle du PCME, souvent consultatif ; le manque de représentativité du PCME ; le positionnement difficile du PCME avec un rôle de tampon ; le manque d'investissement du directeur dans le cas d'une direction commune entre l'établissement support et un établissement partie du GHT.

Pour les décisions conjointes du directeur et du PCME, la co-signature ave responsabilité juridique partagée est plébiscitée par l'ensemble des professions répondantes, à l'exception notable des directeurs qui préfèrent la proposition du PCME.

Les autres modalités proposées par les répondants étaient : variabilité de la modalité en fonction du type de décision ; cosignature mais sans responsabilité juridique partagée, du fait de l'absence de maîtrise du PCME sur le fonctionnement de l'établissement ; prépondérance soit du directeur soit du PCME ; codécision avec une instance de recours en cas de désaccord. La responsabilité juridique du PCME devrait selon certains impliquer de rendre des comptes aux praticiens. L'arrêt des décisions conjointes, chaque décision relevant alors soit du directeur soit du PCME, et l'instauration de directeurs médecins sur le modèle des CLCC, ont également été proposés.

2.12 Les projets médicaux majoritairement perçus comme étant portés conjointement par le directeur et le président de CME

[380] Les projets médicaux sont majoritairement perçus (à 55 %) comme étant souvent voire toujours portés conjointement par le directeur et le président de CME. 18 % des participants ont répondu « Ne sait pas » et 9 % n'ont pas répondu.

[381] Les directeurs (à 93 %) et les PCME (à 85 %) sont extrêmement positifs et en accord sur ce point. L'ensemble des catégories professionnelles sont positives également, en particulier les administratifs qui présentent une faible part de non réponse et de « Ne sait pas » (au total 12 %). Globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Tableau 26 : Les projets médicaux de l'établissement sont-ils portés conjointement par le directeur et le président de CME ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Ne sait pas	Pas de réponse
Tous	55 %	18 %	18 %	9 %
Directeurs	93 %	4 %	1 %	2 %
Directeurs adjoints	88 %	10 %	1 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	57 %	9 %	15 %	19 %
PCME	85 %	14 %	0 %	1 %
Chefs de pôle	77 %	18 %	5 %	0 %
Chefs de service	55 %	26 %	16 %	3 %
Praticiens	36 %	27 %	28 %	9 %
Directeurs des soins	75 %	22 %	2 %	1 %
Cadres de pôle	64 %	15 %	13 %	8 %

Cadres de santé	44 %	12 %	27 %	17 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.13 Les désignations de chefs de pôle et de service apparaissent portées conjointement par le directeur et le président de CME, mais une part des chefs de service n'en a pas connaissance

[382] Les désignations de chefs de pôle et de service apparaissent selon la majorité (53 %) perçues comme décidées conjointement par le directeur et le président de CME. 27 % des répondants ont répondu « Ne sait pas » et 10 % n'ont pas répondu.

[383] Les directeurs (à 90 %) et les PCME (à 83 %) sont extrêmement positifs et en accord sur ce point, les chefs de pôle le sont également (à 88 %). Les chefs de service sont positifs, mais dans une moindre mesure (à 59 %) avec 22 % de « Ne sait pas ».

[384] L'ensemble des catégories professionnelles sont positives également, en particulier les administratifs qui présentent une faible part de non réponse et de « Ne sait pas » (au total 21 %), à l'inverse des soignants (50 %) et des praticiens (50 %). Globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Tableau 27 : Dans la pratique, les désignations de chefs de pôle et de service sont-elles décidées conjointement par le directeur et le président de CME ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Ne sait pas	Pas de réponse
Tous	53 %	10 %	27 %	10 %
Directeurs	90 %	2 %	1 %	7 %
Directeurs adjoints	88 %	4 %	5 %	3 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	47 %	3 %	26 %	24 %
PCME	83 %	11 %	2 %	4 %
Chefs de pôle	88 %	6 %	5 %	1 %
Chefs de service	59 %	15 %	22 %	4 %
Praticiens	35 %	16 %	39 %	10 %
Directeurs des soins	85 %	6 %	7 %	2 %
Cadres de pôle	64 %	8 %	21 %	7 %

Cadres de santé	31 %	8 %	42 %	19 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.14 Binôme directeur et président de CME

2.14.1 Les présidents de CME impliqué dans le dialogue stratégique entre l'établissement et l'ARS, mais moins positifs que les directeurs sur ce point

[385] Le président de CME apparaît en majorité perçu comme impliqué dans le dialogue stratégique entre l'établissement et l'ARS (48 % d'opinions positives contre 14 % d'opinions négatives), en particulier en CHS (62 % contre 13 %). Une proportion non négligeable des répondants ont répondu « Ne sait pas » (28 %), en particulier en CHU (40 %).

[386] Les directeurs (à 83 %) sont plus positifs que les PCME (64 %) sur ce point, 33 % des PCME répondants estimant être peu voire jamais impliqués dans le dialogue stratégique avec l'ARS.

[387] L'ensemble des catégories professionnelles qui se positionnent sont positives, en particulier les administratifs qui présentent une faible part de non réponse et de « Ne sait pas » (au total 16 %), à l'inverse des praticiens (38 %) et surtout des soignants (46 %). Globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Tableau 28 : Dans la pratique, le président de CME est-il impliqué dans le dialogue stratégique entre l'établissement et l'ARS ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Ne sait pas	Pas de réponse
Tous	48 %	14 %	28 %	10 %
Directeurs	83 %	14 %	1 %	2 %
Directeurs adjoints	85 %	11 %	3 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	48 %	9 %	23 %	20 %
PCME	64 %	33 %	1 %	2 %
Chefs de pôle	70 %	14 %	14 %	2 %
Chefs de service	42 %	19 %	35 %	4 %
Praticiens	33 %	18 %	39 %	10 %
Directeurs des soins	81 %	15 %	2 %	2 %

Cadres de pôle	57 %	8 %	24 %	11 %
Cadres de santé	38 %	7 %	37 %	18 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.14.2 Le binôme directeur - président de commission médicale apparaît globalement fonctionner convenablement, mais les PCME sont moins positifs que les directeurs sur ce point

[388] Le binôme directeur - président de commission médicale est en majorité perçu comme fonctionnant convenablement (à 55 %).

[389] Les directeurs (91 %) sont plus positifs que les PCME (72 %) sur ce point, 26 % des PCME répondants estimant que leur binôme fonctionne mal.

[390] Les professionnels les plus positifs sont les administratifs (79 %) ; en revanche, les praticiens sont les seuls à estimer en majorité que ce binôme ne fonctionne pas convenablement (54 % d'avis négatifs contre 37 % d'avis positifs)). Globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Tableau 29 : Dans la pratique, le binôme directeur/président de commission médicale vous paraît-il fonctionner convenablement ?

	Plutôt oui	Plutôt non	Pas de réponse
Tous	55 %	35 %	10 %
Directeurs	91 %	7 %	2 %
Directeurs taille < 125 M	92 %	6 %	2 %
Directeurs taille 125-500 M	92 %	7 %	1 %
Directeurs taille > 500 M	87 %	10 %	3 %
Directeurs adjoints	84 %	15 %	1 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	63 %	20 %	17 %
PCME	72 %	26 %	2 %
PCME taille < 125 M	66 %	32 %	2 %
PCME taille 125-500 M	79 %	19 %	2 %

PCME taille > 500 M	91 %	9 %	0 %
Chefs de pôle	63 %	35 %	2 %
Chefs de service	51 %	45 %	4 %
Praticiens	37 %	54 %	9 %
Directeurs des soins	84 %	15 %	1 %
Cadres de pôle	72 %	19 %	9 %
Cadres de santé	53 %	27 %	20 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « pas du tout » à « complètement ».

[391] Les dysfonctionnements du binôme directeur – PCME sont expliqués pour les répondants par ces raisons :

- Il est difficile de partager des visions communes, les priorités entre soins et équilibre budgétaire s'opposent, ce dernier l'emportant souvent,
- La relation manque de transparence dans le partage d'informations et surtout de la décision, maîtrisées par le directeur, elle est très directeur-dépendante,
- Le rôle du PCME est souvent seulement consultatif, subordonné, avec peu de pouvoir décisionnel, et souffre de l'absence de cosignature et d'équilibre réglementaire,
- Le PCME manque de temps, de formation et de moyens,
- Le PCME n'est pas assez reconnu par les tutelles, avec un déséquilibre avec le directeur soutenu par l'ARS,
- Le PCME peut ne pas réellement représenter la CME, il peut parfois être contourné par d'autres modes de consultation du corps médical,
- Le PCME peut être perçu comme passé côté administration, ou à l'inverse rompre le dialogue avec celle-ci, son positionnement de tampon avec la CME est difficile,
- Dans le cas d'une direction commune entre l'établissement support et un établissement partie du GHT, le directeur peut moins s'investir dans l'établissement partie.

[392] Remarque dépassant le champ de la question :

- Les acteurs les plus éloignés (praticiens notamment) relèvent un manque de transparence rendant un jugement « extérieur » difficile, et peuvent juger le directeur voire le PCME déconnectés du quotidien.

2.15 Sur les questions relevant d'une décision conjointe du Directeur et du Président de la CME, la modalité de co-signature avec responsabilité juridique partagée est largement plébiscitée, sauf par les directeurs

[393] La modalité largement privilégiée par l'ensemble des répondants pour les décisions conjointes du directeur et du PCME est la co-signature ave responsabilité juridique partagée (à 40 %).

[394] L'ensemble des professions répondantes se positionnent en majorité pour la co-signature, à l'exception notable des directeurs qui préfèrent la proposition du PCME (à 39 %, contre 28 % pour la co-signature).

[395] En revanche, les PCME, s'ils privilégient la co-signature (à 43 %), sont nombreux (35 %) à choisir l'avis conforme du PCME.

[396] Globalement, parmi l'ensemble des répondants, les administratifs sont moins nombreux à privilégier la cosignature (35 %) que les soignants et les médecins (41 %).

Tableau 30 : Sur les questions relevant d'une décision conjointe du Directeur et du Président de la CME, quelle modalité vous paraît-elle devoir être privilégiée :

	Co-signature avec responsabilité juridique partagée	Avis conforme du PCME	Proposition du PCME	Choix de l'établissement sur la base d'une charte	Autre	Pas de réponse
Tous	40 %	19 %	13 %	10 %	5 %	13 %
Directeurs	28 %	16 %	39 %	8 %	8 %	1 %
Directeurs adjoints	35 %	20 %	29 %	11 %	3 %	2 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	39 %	16 %	11 %	9 %	3 %	22 %
PCME	43 %	35 %	11 %	8 %	3 %	0 %
Chefs de pôle	47 %	24 %	16 %	8 %	4 %	1 %
Chefs de service	46 %	21 %	13 %	8 %	7 %	5 %
Praticiens	35 %	22 %	11 %	12 %	7 %	13 %
Directeurs des soins	44 %	17 %	20 %	13 %	2 %	4 %

Cadres de pôle	45 %	14 %	8 %	13 %	2 %	18 %
Cadres de santé	40 %	13 %	7 %	11 %	3 %	26 %

[397] Les autres modalités proposées par les répondants étaient :

- Variabilité de la modalité en fonction du type de décision,
- Cosignature mais sans responsabilité juridique partagée, du fait de l'absence de maîtrise du PCME sur le fonctionnement de l'établissement,
- Prépondérance soit du directeur soit du PCME,
- Codécision avec une instance de recours en cas de désaccord.

[398] Quelques remarques dépassant le cadre de la question :

- La responsabilité juridique du PCME devrait impliquer de rendre des comptes aux praticiens,
- Proposition d'arrêter les décisions conjointes, chaque décision relevant soit du directeur soit du PCME,
- Directeur médecin sur le modèle des CLCC,
- Vote de la position « médicale » en CME ou bureau de CME ou par les chefs de service ou par le Directoire pour la rendre représentative.

Relations entre les services et les pôles, impact sur le fonctionnement et autonomie

Les recrutements médicaux impliquent principalement les responsables médicaux, selon l'ensemble des répondants.

La pression financière, puis l'attention portée aux projets du pôle par l'institution, puis le management médical sont les principales difficultés auxquelles les chefs de pôles se sentent confrontés. C'est en revanche le management médical puis le manque de formations managériales qui sont cités comme difficulté principale des chefs de pôle par les administratifs et le PCME.

D'autres difficultés des chefs de pôle seraient le recrutement et le management, la définition insuffisante de leur positionnement notamment par rapport aux services, le manque de délégation, la lourdeur des circuits de décision, l'absence de réponses, le manque de temps et de moyens, l'absence de légitimité.

Globalement, les répondants estimaient qu'une politique institutionnelle était formalisée concernant les modalités de vote au sein du Comité stratégique, l'articulation entre les différentes instances de l'établissement, l'articulation entre les instances du GHT et les établissements, l'articulation entre les services et le pôle, mais pas en ce qui concerne les modalités de vote au sein du directoire.

Seuls les chefs de service et les praticiens ne s'exprimaient pas en faveur d'une formalisation de la politique managériale, les directeurs également en concernant la politique managériale médicale. La proportion de « Ne sait pas » augmentait lorsque les responsabilités managériales diminuaient, et était la plus importante chez les médecins.

Toutes les catégories de professionnels se sentaient investis dans le projet de service, dans le projet de pôle également à l'exception des praticiens.

Les cadres de santé et les praticiens étaient les seuls à ne pas se sentir majoritairement impliqués dans le projet médical ; les chefs de service et les praticiens dans le projet de soins.

Les administratifs et les PCME se sentaient globalement impliqués dans le projet médical partagé du GHT, les autres médecins et les soignants très peu. Seuls les PCME, les directeurs, les directeurs de soins et les cadres de pôle se sentaient majoritairement impliqués dans le projet de soins partagé du GHT.

Le niveau de délégation au bénéfice du service était jugé satisfaisant par les administratifs, à l'inverse de la totalité des médecins et des cadres de santé.

Le niveau de délégation au bénéfice du pôle était jugé négatif par l'ensemble des catégories professionnelles à part les directeurs.

Concernant la délégation de gestion aux chefs de pôle, les médecins privilégiaient une délégation de gestion concernant une autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines, puis la capacité à décider d'investissements courants, puis la possibilité de gérer une enveloppe de dépenses.

La priorité accordée à l'autonomie de la gestion des ressources humaines n'était pas citée par les administratifs ; les directeurs citaient en priorité le renforcement des outils de pilotage.

Les autres champs proposés étaient des moyens humains supplémentaires via un binôme gestionnaire, un partage d'indicateurs fiables, le renforcement du lien du chef de pôle avec l'ARS, un budget de formation.

L'ensemble des médecins se positionnaient pour une délégation de gestion aux services ; les directeurs, directeurs adjoints et directeurs des soins y étaient majoritairement opposés.

Parmi les professionnels exerçant des responsabilités managériales, une part minoritaire mais importante des PCME et chefs de pôle, et la majorité des chefs de service et des praticiens ne s'estimaient pas assez formés au management ; tous et surtout l'ensemble des médecins ne se sentaient pas assez outillés ; les médecins hors PCME, les cadres de pôle et de santé ne se sentaient pas assez autonomes ; tous estimaient ne pas disposer d'un temps ni de moyens dédiés suffisants.

Les cadres de pôle étaient partagés quant à leur implication dans la gouvernance, à l'inverse des autres professions, notamment des chefs de pôle et de la direction.

2.16 Dans la pratique, les recrutements médicaux impliquent principalement les responsables médicaux (chefs de service, chefs de pôle)

[399] La majorité des répondants (72 %) estiment que les recrutements médicaux impliquent principalement les responsables médicaux.

[400] L'ensemble des professions, et en particulier les médecins, sont en accord sur ce point. Globalement, plus les responsabilités managériales augmentent, plus les participants se positionnent et sont positifs.

Tableau 31 : Dans la pratique, les recrutements médicaux impliquent-ils principalement les responsables médicaux (chefs de service, chefs de pôle) ?

	Plutôt souvent	Plutôt rarement	Pas de réponse
Tous	72 %	19 %	9 %
Chefs de pôle	86 %	14 %	0 %
Chefs de service	74 %	24 %	2 %

Praticiens	68 %	28 %	5 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « jamais » à « toujours ».

2.17 La pression financière, puis l'attention portée aux projets du pôle par l'institution, puis le management sont les principales difficultés auxquelles les chefs de pôles se sentent confrontés

[401] Les chefs de pôle citent en particulier la pression financière (65 %), puis l'attention portée aux projets du pôle par l'institution (51 %), puis le management (47 %).

[402] Les chefs de service, praticiens et soignants citent également en premier la pression financière ; en revanche, c'est le management qui est cité comme difficulté principale par les administratifs (64 %), et le manque de formations managériales pour le PCME (62 %).

Tableau 32 : Les principales difficultés auxquelles les chefs de pôles sont confrontés trouvent leur origine dans (3 choix possibles) :

	Pression mise sur les résultats financiers du pôle	Management des équipes médicales du pôle	Manque de formations managériales	Appréhension des enjeux stratégiques de l'établissement	Attention portée par l'institution aux projets du pôle	Respect des priorités du pôle en termes d'investissement	Autre
Tous	**57 %**	**45 %**	**38 %**	37 %	33 %	31 %	8 %
Directeurs	35 %	**84 %**	**60 %**	**55 %**	15 %	10 %	8 %
Directeurs adjoints	33 %	**75 %**	**65 %**	**55 %**	19 %	19 %	5 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	**40 %**	**39 %**	34 %	**35 %**	17 %	26 %	5 %
PCME	**53 %**	**56 %**	**62 %**	40 %	32 %	30 %	13 %
Chefs de pôle	**65 %**	**47 %**	27 %	42 %	**51 %**	41 %	17 %
Chefs de service	**72 %**	**40 %**	27 %	34 %	**42 %**	**40 %**	12 %
Praticiens	**68 %**	34 %	34 %	34 %	**40 %**	**35 %**	9 %
Directeurs des soins	33 %	**70 %**	**67 %**	**56 %**	18 %	21 %	6 %

Cadres de pôle	**46 %**	**56 %**	**50 %**	38 %	30 %	28 %	5 %
Cadres de santé	**52 %**	**43 %**	**36 %**	34 %	27 %	26 %	4 %

NB : Les trois réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[403] Les répondants citent comme difficultés des chefs de pôle non proposées par le questionnaire :

- Recrutement, management paramédical en relation avec la direction des soins, instabilité des équipes,
- Positionnement mal défini qui peut être non pertinent par rapport au fonctionnement uniquement par services, parfois pas de contrat ou projet de pôle,
- Manque de délégation et d'informations, manque de poids par rapport à la direction notamment les fonctions support,
- Lourdeur des circuits de décision, absence de réponses
- Manque de temps et de moyens, manque et / ou absence de visibilité sur les moyens financiers,
- Absence de légitimité de par le mode de désignation, notamment par rapport aux services,
- Difficultés avec certains praticiens.

[404] Remarques :

- Certains chefs de pôle prioriseraient certains services au sein du pôle.

2.18 Une politique institutionnelle est-elle formalisée concernant :

2.18.1 Les éventuelles modalités de vote au sein du directoire : non

[405] 49 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question, et la majorité des autres réponses exprimées (21 %) étaient oui.

[406] Les directeurs (à 52 %) et les PCME (à 48 %) exprimaient en majorité une absence de formalisation des modalités de vote au sein du directoire.

2.18.2 Les éventuelles modalités de vote au sein du Comité stratégique : oui

[407] 56 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question, et la majorité des autres réponses exprimées (19 %) étaient oui.

[408] Les directeurs (à 56 %) et les PCME (à 54 %) exprimaient en majorité une formalisation des modalités de vote au sein du Comité stratégique.

2.18.3 L'articulation entre les différentes instances de l'établissement : oui

[409] 34 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question, et la majorité des autres réponses exprimées (39 %) était oui.

[410] Les directeurs (à 68 %) et les PCME (à 69 %) exprimaient en majorité une formalisation de l'articulation entre les différentes instances de l'établissement.

2.18.4 L'articulation entre les instances du GHT et les établissements : oui

[411] 39 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question, et la majorité des autres réponses exprimées était oui (32 %).

[412] Les directeurs (à 49 %) et les PCME (à 58 %) exprimaient en majorité une formalisation de l'articulation entre les instances du GHT et les établissements.

2.18.5 L'articulation entre les services et le pôle : oui

[413] La majorité des réponses exprimées était oui (47 %), à noter que 16 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question.

[414] Les PCME (à 60 %), les chefs (à 67 %) et cadres de pôle (à 61 %) et de santé (à 50 %) exprimaient en majorité une formalisation de l'articulation entre les services et le pôle, les directeurs étaient plus mesurés sur ce point (44 % de oui et 42 % de non).

2.18.6 La politique managériale de l'établissement : oui sauf pour les chefs de service et les praticiens

[415] La majorité des réponses exprimées étaient positives (39 %), à noter que 21 % des participants ne savaient pas répondre à cette question.

[416] Toutes les catégories de professionnels s'exprimaient en faveur d'une formalisation de la politique managériale, à l'exception des chefs de service (37 % de non) et des praticiens (28 % de non).

[417] La proportion de « Ne sait pas » augmente lorsque les responsabilités managériales diminuent, et est la plus importante chez les médecins (30 %) et la plus faible chez les administratifs (8 %).

2.18.7 La politique managériale médicale : non pour les directeurs, chefs de service et praticiens

[418] La majorité des réponses exprimées (35 %) étaient négatives, à noter que 26 % des répondants ne savaient pas répondre à cette question.

[419] Les réponses sont globalement mitigées, dans le sens en majorité d'une absence de formalisation pour les chefs de service (à 42 %) et les praticiens (à 34 %) mais aussi les directeurs (à 49 %), et d'une formalisation pour les PCME (à 52 %) et chefs de pôle (à 47 %).

[420] La proportion de « Ne sait pas » augmente lorsque les responsabilités managériales diminuent, et est élevée notamment chez les médecins (25 %).

2.19 Vous sentez-vous impliqué dans le :

2.19.1 Projet de service : oui

[421] La majorité des réponses exprimées étaient positives (à 71 %), pour l'ensemble des catégories professionnelles.

[422] Les médecins (89 %), les cadres de pôle (88 %) et de santé (85 %) se sentaient particulièrement impliqués, et les administratifs moins (57 %).

2.19.2 Projet de pôle : oui

[423] La majorité des réponses exprimées étaient positives (à 65 %), en particulier en CHS (à 75 %)

[424] Les plus impliqués étaient les cadres de pôle (94 %), chefs de pôle (97 %) et de service (71 %) et PCME (79 %). Les seuls à avoir des réponses mesurées (47 % de oui contre 48 % de non) étaient les praticiens.

2.19.3 Projet médical de de l'établissement : oui sauf les cadres de santé et les praticiens

[425] La majorité (52 %) des réponses exprimées étaient positives, en particulier en CHS (62 %).

[426] Les plus impliqués étaient les administratifs (67 %), les PCME (96 %) et les chefs de pôle (81 %). Les cadres de santé (63 % de non) et les praticiens (55 % de non) étaient les seuls à ne pas se sentir majoritairement impliqués dans le projet médical.

[427] Les professionnels étaient d'autant moins impliqués qu'ils avaient moins de responsabilités managériales.

2.19.4 Projet de soins de l'établissement : oui sauf pour les chefs de service et les praticiens

[428] La majorité (48 %) des réponses exprimées étaient positives en particulier en CHS (69 %), mais pas en CHU (52 % de non).

[429] Les soignants (à 76 %) et les administratifs (à 57 %) se sentaient les plus investis ; les chefs de service (62 % de non), praticiens (66 % de non) ne l'étaient pas.

2.19.5 Projet médical partagé du GHT : non sauf pour les administratifs et PCME

[430] La majorité (58 %) des réponses exprimées étaient négatives, en particulier en CHU (66 %), sans différence en fonction du statut d'établissement support ou partie du GHT.

[431] Les administratifs (à 50 %) dont les directeurs (à 76 %) mais aussi les PCME (à 83 %) se sentaient globalement impliqués, les autres médecins (33 %) et les soignants (22 %) très peu.

2.19.6 Projet de soins partagé du GHT : plutôt non

[432] La majorité (63 %) des réponses exprimées étaient négatives, en particulier pour les CHU (70 %).

[433] Seuls les PCME (53 %), les directeurs (65 %), les directeurs de soins (89 %) et les cadres de pôle (50 %) se sentaient majoritairement impliqués dans le projet de soins partagé du GHT.

2.20 Le niveau de délégation au bénéfice du service jugé faible par les médecins et les cadres de pôle et de santé

[434] Les répondants estimaient globalement que le niveau de délégation au bénéfice de leur service était faible voire inexistant (à 66 %), de manière un peu moins marquée en CHS (à 54 %).

[435] Les directeurs jugeaient en majorité ce niveau de délégation satisfaisant (à 36 %) même si 31 % d'entre eux ne se sont pas prononcés, à l'inverse notamment des médecins (à 75 %) et des cadres de pôle (69 %) et de santé (71 %).

Tableau 33 : Comment jugez-vous le niveau de délégation au bénéfice de votre service ?

	Satisfaisant	Faible	Pas de réponse
Tous	25 %	66 %	9 %
Directeurs	36 %	33 %	31 %
Directeurs adjoints	51 %	36 %	13 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	38 %	47 %	15 %
PCME	28 %	68 %	4 %
Chefs de pôle	28 %	70 %	2 %
Chefs de service	20 %	77 %	3 %
Praticiens	16 %	75 %	9 %
Directeurs des soins	43 %	47 %	10 %
Cadres de pôle	26 %	69 %	5 %
Cadres de santé	20 %	71 %	9 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d'« inexistant » à « optimal ».

2.21 Le niveau de délégation au bénéfice du pôle jugé faible par tous sauf les directeurs et directeurs adjoints

[436] Les répondants estimaient globalement que le niveau de délégation au bénéfice de leur pôle était faible voire inexistant (à 65 %), de manière un peu moins marquée en CHS (55 %).

[437] L'ensemble des catégories professionnelles était négatif sur ce point, en particulier les médecins (73 % d'opinions négatives) et les soignants (66 %), et à l'exception des directeurs (33 % d'opinions positives vs 29 % d'opinions négatives) et directeurs adjoints. Ces derniers étaient en désaccord sur ce point avec les PCME (69 % d'opinions négatives).

Tableau 34 : Comment jugez-vous le niveau de délégation au bénéfice de votre pôle ?

	Satisfaisant	Faible	Pas de réponse
Tous	22 %	65 %	13 %
Directeurs	33 %	29 %	38 %
Directeurs adjoints	41 %	40 %	19 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	25 %	48 %	27 %
PCME	22 %	69 %	9 %
Chefs de pôle	30 %	69 %	1 %
Chefs de service	20 %	75 %	5 %
Praticiens	15 %	73 %	12 %
Directeurs des soins	30 %	48 %	22 %
Cadres de pôle	30 %	67 %	3 %
Cadres de santé	19 %	68 %	13 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d'« inexistant » à « optimal ».

[438] Le champ majoritairement privilégié (67 %) par l'ensemble des répondants était l'autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines du pôle.

2.22 La délégation de gestion aux chefs de pôle devrait prioritairement concerner une autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines, puis la capacité à décider d'investissements courants, puis la possibilité de gérer une enveloppe de dépenses

[439] Les champs majoritairement privilégiés par l'ensemble des répondants étaient l'autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines du pôle, la capacité à pouvoir décider d'investissements courants et la possibilité de gérer une enveloppe de dépenses.

[440] La priorité accordée à l'autonomie de la gestion des ressources humaines était citée par l'ensemble des répondants, à l'exception des directeurs et directeurs des soins. La capacité à pouvoir décider d'investissements courants était citée comme prioritaire par tous sauf les directeurs adjoints, les cadres administratifs, logistiques ou techniques et les cadres de pôle. La possibilité de gérer une enveloppe de dépenses de fonctionnement négociée annuellement était citée par tous sauf les PCME. Enfin, le renforcement des outils de pilotage était cité comme priorité par tous sauf les médecins et les cadres de santé.

Tableau 35 : Concernant la médicalisation de la gouvernance relevant des chefs de pôle, dans quels champs devrait se traduire prioritairement la délégation de gestion (3 choix possibles) :

	Autonomie renforcée dans la gestion des ressources humaines du pôle	Capacité à pouvoir décider d'investissements courants	Possibilité de gérer une enveloppe de dépenses de fonctionnement négociée annuellement	Renforcement des outils de pilotage permettant un meilleur dialogue de gestion interne	Responsabilité complète de gestionnaire sur les résultats médico-économiques du pôle	Autre
Tous	**67 %**	**56 %**	**55 %**	46 %	25 %	4 %
Directeurs	44 %	**48 %**	**54 %**	**61 %**	24 %	7 %
Directeurs adjoints	**52 %**	51 %	**59 %**	**66 %**	37 %	3 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	**44 %**	41 %	**49 %**	**46 %**	31 %	2 %
PCME	**75 %**	**57 %**	51 %	**61 %**	21 %	2 %
Chefs de pôle	**85 %**	**66 %**	**62 %**	50 %	24 %	4 %
Chefs de service	**76 %**	**66 %**	**58 %**	38 %	25 %	6 %
Praticiens	**75 %**	**62 %**	**54 %**	37 %	22 %	5 %
Directeurs des soins	30 %	**47 %**	**69 %**	**81 %**	44 %	2 %
Cadres de pôle	**70 %**	49 %	**56 %**	**60 %**	25 %	1 %
Cadres de santé	**63 %**	**48 %**	**51 %**	44 %	23 %	1 %

NB : Les trois réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[441] Les autres champs qui pourraient faire l'objet de délégation de gestion aux pôles cités étaient principalement les suivants :

- Moyens humains supplémentaires pour assurer la fonction de gestion via un binôme réel et un budget dédié, par exemple avec un manager avec une formation médicale (ou un directeur dédié comme c'est parfois le cas),
- Partage d'indicateurs fiables +/- dispositifs d'intéressement,
- Renforcement du lien avec l'ARS,
- Budget de formation.

[442] Remarques :

- Certains n'ont pas de contrat de pôle,
- Critique du pôle, perçu comme moyen de diminuer le pouvoir de contrepoids des chefs de service à l'administration, critique du mode de nomination, propositions : élection ou chefferie tournante, demande d'une délégation de gestion au niveau du service,
- Critique de la médicalisation de la gouvernance (compétence et appétence médicale insuffisante, indépendance médicale parfois bloquante, refus d'assumer les restrictions budgétaires).

2.23 Positionnement pour une délégation de gestion interne aux chefs de service avec un désaccord entre les médecins et la direction

[443] La majorité des répondants se positionnait pour une délégation de gestion interne aux chefs de service (à 57 %).

[444] Les plus fermes sur ce point étaient les médecins (70 %) ; les administratifs y étaient majoritairement opposés (23 % seulement y étaient favorables).

Tableau 36 : Concernant la médicalisation de la gouvernance relevant des chefs de service, celle-ci doit-elle se traduire par une délégation de gestion interne au sein du pôle ?

	Oui	Non	Pas de réponse
Tous	57 %	25 %	18 %
Directeurs	36 %	48 %	16 %
Directeurs adjoints	43 %	49 %	8 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	41 %	27 %	32 %
PCME	65 %	24 %	11 %
Chefs de pôle	65 %	26 %	9 %

Chefs de service	77 %	14 %	9 %
Praticiens	68 %	17 %	15 %
Directeurs des soins	41 %	48 %	11 %
Cadres de pôle	43 %	36 %	21 %
Cadres de santé	45 %	27 %	28 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant de « pas du tout » à « complètement ».

2.24 Concernant les professionnels occupant des responsabilités managériales :

2.24.1 Les chefs de service et praticiens ne se sentaient pas assez formés

[445] La majorité des répondants estimaient être assez formés (à 49 %).

[446] L'ensemble des administratifs et des soignants étaient très positifs sur ce point.

[447] Une forte minorité de 39 % des PCME et 48 % des chefs de pôle ne s'estimaient pas assez formés au management. La majorité des praticiens (44 %) et des chefs de service (54 %) s'étant exprimés était en revanche négative.

Tableau 37 : Concernant vos responsabilités managériales, vous sentez-vous assez formé ?

	Non	Oui	Pas de réponse
Tous	35 %	49 %	16 %
PCME	39 %	58 %	3 %
Chefs de pôle	48 %	51 %	1 %
Chefs de service	54 %	43 %	3 %
Praticiens	44 %	14 %	42 %
Cadres de pôle	30 %	75 %	5 %
Cadres de santé	28 %	66 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « insuffisamment » à « complètement ».

2.24.2 Aucun ne se sentait assez outillé

[448] La majorité des répondants estimaient ne pas être assez outillés (à 53 %), de façon un peu mojns marquée en CHS (40 % d'opinions positives et 50 % d'opinions négatives).

[449] Les cadres de pôle, de santé et surtout l'ensemble des médecins ne se sentaient pas assez outillés, en particulier les chefs de pôle et de service.

Tableau 38 : Concernant vos responsabilités managériales, vous sentez-vous assez outillé ?

	Non	Oui	Pas de réponse
Tous	53 %	31 %	16 %
PCME	65 %	32 %	3 %
Chefs de pôle	75 %	24 %	1 %
Chefs de service	75 %	21 %	4 %
Praticiens	49 %	9 %	42 %
Cadres de pôle	49 %	46 %	5 %
Cadres de santé	53 %	41 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « insuffisamment » à « complètement ».

2.24.3 Seuls les PCME se sentaient assez autonomes

[450] La majorité des répondants estimaient ne pas être assez autonomes, sauf en CHS.

[451] Les médecins hors PCME, et dans une moindre mesure les cadres de pôle et de santé ne s'estimaient pas assez autonomes.

Tableau 39 : Concernant vos responsabilités managériales, vous sentez-vous assez autonomes ?

	Non	Oui	Pas de réponse
Tous	44 %	40 %	16 %
PCME	40 %	57 %	3 %
Chefs de pôle	63 %	36 %	1 %
Chefs de service	63 %	34 %	3 %

Praticiens	39 %	19 %	42 %
Cadres de pôle	50 %	45 %	5 %
Cadres de santé	49 %	45 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « insuffisamment » à « complètement ».

2.24.4 Aucun n'estimait disposer d'un temps dédié suffisant

[452] 65 % des répondants estimaient ne pas disposer d'un temps dédié suffisant, surtout les médecins.

Tableau 40 : Concernant vos responsabilités managériales, disposez-vous d'un temps dédié suffisant?

	Non	Oui	Pas de réponse
Tous	65 %	19 %	16 %
PCME	73 %	24 %	3 %
Chefs de pôle	85 %	14 %	1 %
Chefs de service	87 %	10 %	3 %
Praticiens	54 %	5 %	41 %
Cadres de pôle	64 %	31 %	5 %
Cadres de santé	69 %	25 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « insuffisamment » à « complètement ».

2.24.5 Aucun n'estimait disposer de moyens dédiés suffisants

[453] La grande majorité des répondants estimaient ne pas disposer de moyens dédiés suffisants, de façon plus marquée en CHU et moins en CHS.

[454] En particulier, les chefs de service (à 92 %) et les chefs de pôle (à 89 %) estimaient ne pas disposer de moyens suffisants pour leurs fonctions managériales.

Tableau 41 : Concernant vos responsabilités managériales, disposez-vous de moyens dédiés suffisants ?

	Non	Oui	Pas de réponse
Tous	68 %	15 %	17 %
PCME	81 %	16 %	3 %
Chefs de pôle	89 %	9 %	2 %
Chefs de service	92 %	5 %	3 %
Praticiens	55 %	3 %	42 %
Cadres de pôle	75 %	20 %	5 %
Cadres de santé	79 %	15 %	6 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « insuffisamment » à « complètement ».

2.24.6 Les cadres supérieurs de pôles perçus comme impliqués dans la gouvernance, sauf par eux-mêmes

[455] Les cadres supérieurs de pôle sont majoritairement perçus comme étant impliqués dans la gouvernance (à 46 % d'opinions positives contre 34 % d'opinions négatives).

[456] Les cadres de pôle eux-mêmes sont partagés sur ce point (à 48 % d'opinions positives contre 48 % d'opinions négatives), à l'inverse de l'ensemble des autres professions et notamment des chefs de pôle et de la direction qui sont les plus positifs sur ce point.

Leviers pour améliorer la gouvernance

La promotion des circuits courts de décision était plébiscitée par la plupart des catégories professionnelles pour engager une nouvelle dynamique au sein des équipes hospitalières.

Les deux autres mesures privilégiées étaient l'amélioration de la formation managériale des responsables médicaux, excepté pour les chefs de pôle et de service, et le renforcement des binômes médico-soignants sauf pour les directeurs, PCME, cadres de pôle et cadres administratifs, logistiques ou techniques.

2.25 La promotion des circuits courts de décision, l'amélioration de la formation managériale des responsables médicaux et le renforcement des binômes médico-soignants plébiscités pour engager une nouvelle dynamique au sein des équipes hospitalières

[457] Les trois leviers privilégiés par l'ensemble des répondants étaient la promotion des circuits courts de décision (46 %), la formation managériale des responsables médicaux (33 %) et le renforcement des binômes médicaux et soignants à tous les échelons (32 %).

[458] La promotion de circuits courts de décision était citée comme l'une des trois priorités par l'ensemble des catégories professionnelles sauf les directeurs des soins.

[459] L'amélioration de la formation des responsables médicaux aux pratiques managériales faisait partie des trois priorités pour la majorité des répondants, sauf les chefs de pôle et de service.

[460] Le renforcement des binômes médico-soignants à tous les échelons était une priorité pour tous

[461] La délégation de gestion aux services était également plébiscitée par les chefs de service (44 %) et les praticiens (32 %), la refonte des métiers transversaux par les cadres administratifs, logistiques et techniques (30 %), le renforcement de la délégation de gestion aux pôles par les chefs de pôle (45 %) et les cadres de pôle (34 %).

[462] La formation massive des professionnels au travail en équipe était prioritaire pour les directeurs (34 %), la meilleure implication de l'encadrement dans la gouvernance par les cadres de pôle (46 %), l'accompagnement des responsables médicaux et soignants dans une logique de contractualisation pour les directeurs des soins (33 %) et la systématisation de relevés de décision directeur-PCME par les PCME (41 %).

Tableau 42 : Quels leviers jugez-vous utiles de prioriser pour engager une nouvelle dynamique au sein des équipes hospitalières? (3 choix possibles) :

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Promouvoir les circuits courts de décision	**46 %**	**30 %**	**36 %**	**45 %**	**40 %**	**46 %**	**56 %**	**48 %**	31 %	**40 %**	**49 %**
Mieux former les responsables médicaux aux pratiques managériales	**33 %**	**49 %**	**53 %**	**28 %**	**35 %**	30 %	28 %	**32 %**	**44 %**	**35 %**	**32 %**
Renforcer les binômes médicaux et soignants à tous les échelons (service, pôle, établissement, GHT)	**32 %**	24 %	**33 %**	15 %	28 %	**34 %**	**31 %**	**34 %**	**44 %**	32 %	**40 %**
Engager des modalités de délégation de gestion aux services	23 %	5 %	10 %	9 %	23 %	19 %	**44 %**	**32 %**	6 %	7 %	14 %
Développer les modèles d'intéressement collectif	23 %	28 %	26 %	25 %	18 %	27 %	24 %	22 %	21 %	17 %	22 %
Repenser les métiers transversaux (logistique, administratif,..) dans une logique de prestation de service	23 %	24 %	19 %	**30 %**	21 %	26 %	26 %	21 %	21 %	27 %	22 %
Conforter la délégation de gestion accordée aux pôles	21 %	23 %	28 %	19 %	24 %	**45 %**	23 %	16 %	16 %	34 %	13 %
Former massivement les professionnels au travail en équipe	19 %	**34 %**	27 %	21 %	15 %	17 %	17 %	19 %	21 %	11 %	19 %

Impliquer davantage l'encadrement (notamment supérieur) dans la gouvernance de l'établissement	16 %	24 %	22 %	23 %	8 %	10 %	8 %	6 %	27 %	**46 %**	26 %
Adapter les circuits de communication aux enjeux d'information	15 %	12 %	18 %	22 %	13 %	10 %	10 %	11 %	14 %	16 %	24 %
Mieux accompagner les responsables médicaux et soignants dans une logique de contractualisation	12 %	20 %	18 %	12 %	18 %	14 %	12 %	8 %	**33 %**	19 %	12 %
Systématiser des relevés de décision co-signés Directeur/PCME pour les décisions institutionnelles importantes	12 %	10 %	10 %	7 %	**41 %**	18 %	14 %	16 %	10 %	6 %	5 %
Autres	5 %	5 %	3 %	2 %	5 %	6 %	5 %	7 %	1 %	0 %	3 %

NB : Les trois réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[463] Les autres leviers proposés en complément étaient :

- Clarification des niveaux de responsabilité et des processus de décision,
- Décisions partagées impliquant chacun,
- Trinômes médico-soignants-administratifs,
- Renforcement de l'attractivité professionnelle,
- Clarification du temps de management médical,
- Meilleure formation des cadres et implication des cadres de proximité,
- Prise en compte de la pénibilité dans les carrières (travail de nuit),
- Valorisation / incitation individuelle et / ou collective,
- Développement des délégations de tâches aux soignants,
- Qualité de la gouvernance comme critère de la certification,
- Visites de terrain des administratifs.

[464] Remarques :

- Demandes de moyens humains, critique d'une situation avec « plus d'administratifs que de médecins »,
- Critique de la lourdeur des strates hiérarchiques et en particulier des pôles,
- Critique de la lourdeur des procédures notamment qualité,
- Critique du peu de poids du médical dans les décisions décrites comme subies,
- Souffrance au travail, manque de sens et de reconnaissance.

[465] NB : il semble qu'une seule réponse ait été techniquement possible pour cette question.

2.26 Autres propositions sur la dynamique institutionnelle ou retours d'expérience réussis

[466] Une administration plus stable, réactive et proche du terrain :

- Nommer un responsable administratif interlocuteur de chaque unité médicale, avec une responsabilité et une présence sur le terrain,
- Evaluation régulière des pratiques administratives,
- Stabilité des directions hospitalières,
- Temps de rencontre par pôle incluant la direction et les services réguliers ;

[467] Choix et mise en œuvre des projets de façon transparente en associant les acteurs :

- Retours systématiques des réunions sur les projets : lesquels sont acceptés ou refusés et pourquoi? sous quel délai? sous quelles conditions?
- Modèle simple du « qui fait quoi, quand et qu'est-ce que ça donne » avec un trinôme de coordination par la direction et une implication dès le départ des services support, gestion en mode projet ;

[468] Une communication plus efficiente et directe :

- Staffs pluriprofessionnels à tous les échelons,
- Moments de rencontres conviviaux,
- Mécanisme permettant de faire remonter les informations comme des « audits agents »,
- Communication systématique des ordres du jour et des comptes rendus des directoires et des CME à l'ensemble des praticiens,
- Communication systématique des lignes budgétaires par service et des crédits fléchés ;

[469] Un management positif et unifié :

- Formation de tous les professionnels exerçant des fonctions de management de façon commune pluriprofessionnelle administratif / médecin / soignant au sein de chaque échelon,
- Promouvoir le management participatif, positif et bienveillant,
- Politique d'évolution des carrières médicales,
- Valorisation notamment financière de toute prise de responsabilité ;

[470] Des mandats médicaux plus puissants, représentatifs et transparents :

- Election par l'ensemble des praticiens des chefs de pôle et PCME voire chefs de service,
- Durée limitée des mandats des chefs de pôle et PCME voire chefs de service de 3 à 5 ans renouvelables 1 fois,
- Engagement d'impartialité (charte) des chefs de pôle et PCME voire chefs de service, déclaration de liens d'intérêts,
- Formaliser un lien hiérarchique entre PCME -> Chef de Pôle -> Chef de Service -> Praticiens,
- Retour régulier des travaux de la CME devant l'ensemble des praticiens,
- Dans les CHU, donner la possibilité aux PH non universitaires d'être titulaires de ces mandats ;

[471] Une gestion du personnel paramédical plus souple et valorisée :

- Choix des personnels recrutés par DRH et cadres,
- Possibilité de mobilités internes dans le pôle,
- Remplacement systématique au-delà d'un arrêt de travail supérieur à 15 jours,
- Compensation réelle de tous les temps partiels,
- Gestion d'un pool interne de remplacement par le cadre de pôle,
- Paiement partiel en heures supplémentaires en cas de remplacement de dernière minute ;

[472] Une prise en compte forte de la souffrance / qualité de vie au travail :

- Instaurer un circuit de recours / cellule d'écoute pour conflit interne au niveau de la direction des établissements, avec possibilité de recours à une "structure" extérieure neutre pour débloquer les situations,
- Mobiliser des ressources d'accompagnement pour les soignants, et des psychologues du travail,
- Capitaliser sur les expérimentations QVT de la HAS et de l'ANACT,
- Faire de la QVT un critère de qualité ;

[473] Une délégation de gestion aux pôles augmentée, clairement définie et valorisée :

- Formaliser des pôles cohérents et qui ont une dynamique de filière à mettre en place,
- Transfert complet de la gestion des pôles au trio chef de pôle, cadre de pôle, cadre administratif avec délégation de moyens correspondant à cette charge de travail supplémentaire (meilleure gestion des budgets et des ressources RH, prises de décisions plus rapides, réactivité et adaptation aux difficultés plus importantes, solutions plus pertinentes et meilleure ambiance au travail), exemple du CH de Valenciennes souvent cité,
- Délégation de gestion des équipements aux pôles médicotechniques (radiologie, médecine nucléaire, laboratoire etc...) avec circuit de décision court,
- Définir clairement dès le démarrage les rôles, missions et responsabilités de chaque membre du trio,
- Enveloppe d'intéressement définie en fonction de la réalisation des objectifs du contrat de pôle, via un dialogue de gestion comprenant une comptabilité analytique au niveau des services, permettant la valorisation des services et personnes impliqués ;

[474] Des services support et prestataires plus près du terrain et disponibles :

- Cellule de veille logistique pour traiter les problèmes logistiques récurrents,
- Numérisation de tous les services support (et directions fonctionnelles) de l'activité soignante via un portail unique accessible à tout agent,
- Contractualisation entre les prestataires (laboratoire, pharmacie...) et les unités de soins,

[475] Une association plus forte des usagers :

- Partage des objectifs et démarche qualité en lien avec les usagers,
- Associer les patients et aidants aux organisations et parcours de soins.

3 Les irritants du quotidien

Constats

Les deux dysfonctionnements majeurs étaient la lourdeur des circuits de décision, sauf pour les directeurs, et l'absentéisme, sauf pour les chefs de service et les praticiens.

Les trois autres dysfonctionnements les plus cités étaient la recherche de lits et structures d'aval, sauf par les cadres administratifs, logistiques et techniques ; l'absence de réponse de la hiérarchie, sauf pour les PCME, chefs de pôle, directeurs, directeurs adjoints et directeurs des soins ; et pour l'ensemble des médecins, la multiplication des procédures et process « qualité ».

3.1 La lourdeur des circuits de décision, l'absentéisme, la recherche de lits et de structures d'aval, l'absence de réponse de la hiérarchie, la multiplication des procédures et process qualité particulièrement pointés parmi les dysfonctionnements qui compliquent le quotidien

[476] Les cinq dysfonctionnements principalement mis en exergue étaient la lourdeur des circuits de décision puis l'absentéisme, la recherche de lits, l'absence de réponse et la multiplication des procédures et process « qualité ».

[477] La lourdeur des circuits de décision faisait partie des cinq dysfonctionnements majeurs pour la majorité des répondants, sauf les directeurs, et l'absentéisme également, sauf pour les chefs de service et les praticiens.

[478] La recherche de lits et structures d'aval était citée par la majorité, sauf les cadres administratifs, logistiques et techniques ; l'absence de réponse de la hiérarchie était également un dysfonctionnement important, sauf pour les directeurs et directeurs adjoints, PCME, chefs de pôle et directeurs des soins. Enfin, la multiplication des procédures et process « qualité » faisait partie des cinq dysfonctionnements les plus importants pour l'ensemble des médecins.

[479] D'autres dysfonctionnements cités parmi les cinq majeurs étaient le manque de temps pour la relation soignant-soigné pour l'ensemble des médecins, l'autonomie insuffisante de l'encadrement de proximité pour les cadres de santé, les difficultés logistiques pour les cadres de pôle, la charge de

travail liée aux enquêtes et appels à projet en provenance des tutelles pour les directeurs et directeurs adjoints, la difficulté de coordination des métiers au sein de l'équipe pour les directeurs adjoints et directeurs des soins, les difficultés de positionnement de l'encadrement de proximité pour les directeurs, directeurs des soins et cadres administratifs, logistiques ou techniques, le manque d'information sur la vie et les projets de l'établissement pour les cadres administratifs, logistiques et techniques et les procédures liées aux marchés publics pour les directeurs.

Tableau 43 : Quels sont les dysfonctionnements qui compliquent le plus votre quotidien ? (Choisir 5 réponses maximum)

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Lourdeur des circuits de décision	**46 %**	19 %	**30 %**	**55 %**	**42 %**	**50 %**	**54 %**	**44 %**	**26 %**	**54 %**	**49 %**
Absentéisme d'un ou plusieurs professionnels	**38 %**	**48 %**	**43 %**	**37 %**	**32 %**	**35 %**	24 %	21 %	**59 %**	**66 %**	**60 %**
Recherche de lits ou structures d'aval	**34 %**	**30 %**	**35 %**	12 %	**38 %**	**45 %**	**33 %**	**40 %**	**51 %**	**38 %**	**32 %**
Absence de réponse (positive ou négative) aux questions posées à la hiérarchie	**30 %**	8 %	9 %	**32 %**	23 %	29 %	**40 %**	**32 %**	12 %	**38 %**	**34 %**
Multiplication des procédures et process « Qualité »	**29 %**	18 %	19 %	16 %	**36 %**	**34 %**	**39 %**	**33 %**	16 %	23 %	26 %
Manque de temps pour la relation soignant-soigné	27 %	4 %	9 %	8 %	**38 %**	**33 %**	**29 %**	**42 %**	14 %	15 %	23 %
Importance excessive des exigences de traçabilité	20 %	17 %	14 %	7 %	27 %	25 %	22 %	24 %	13 %	17 %	21 %
Procédures liées à la gestion des ressources humaines	19 %	18 %	18 %	16 %	13 %	11 %	9 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Locaux vétustes ou insuffisamment entretenus	19 %	14 %	14 %	13 %	19 %	20 %	22 %	19 %	16 %	20 %	22 %

Autonomie insuffisante de l'encadrement de proximité	19 %	15 %	13 %	16 %	15 %	16 %	21 %	16 %	20 %	17 %	**29 %**
Difficultés d'approvisionnement / dysfonctionnement de flux logistiques	17 %	5 %	7 %	9 %	11 %	17 %	17 %	14 %	11 %	**26 %**	27 %
Charge de travail liée aux enquêtes et appels à projets en provenance des tutelles	14 %	**39 %**	**37 %**	17 %	26 %	15 %	14 %	8 %	22 %	13 %	4 %
Difficultés de coordination entre métiers au sein de l'équipe	12 %	19 %	**20 %**	19 %	11 %	7 %	7 %	11 %	**26 %**	11 %	12 %
Difficulté de positionnement de l'encadrement de proximité	12 %	**22 %**	19 %	**21 %**	6 %	9 %	9 %	7 %	**33 %**	18 %	12 %
Insuffisance de matériel bureautique	11 %	0 %	3 %	11 %	10 %	10 %	13 %	15 %	7 %	5 %	9 %
Organisation des transports sanitaires	11 %	9 %	11 %	6 %	13 %	11 %	11 %	12 %	11 %	11 %	13 %
Accès ou relations avec les plateaux techniques (imagerie, biologie, bloc…)	11 %	5 %	6 %	3 %	17 %	11 %	16 %	17 %	2 %	6 %	6 %
Manque d'information sur la vie et les projets de l'établissement	11 %	2 %	7 %	**26 %**	3 %	5 %	10 %	14 %	5 %	11 %	14 %
Charge de travail liée au pilotage médico-économique de l'établissement	11 %	11 %	11 %	11 %	17 %	16 %	13 %	12 %	10 %	9 %	6 %

Difficultés de management d'équipe	11 %	17 %	16 %	15 %	12 %	12 %	11 %	11 %	12 %	7 %	7 %
Procédures liées au code des marchés publics	10 %	**26 %**	10 %	12 %	13 %	10 %	13 %	12 %	14 %	10 %	8 %
Traçabilité redondante de certains paramètres	10 %	12 %	8 %	6 %	15 %	9 %	7 %	11 %	7 %	10 %	12 %
Charge de travail liée au taux de rotation des patients dans les lits	9 %	1 %	3 %	2 %	10 %	8 %	9 %	14 %	1 %	4 %	8 %
Evaluation insuffisante de la pertinence des éléments tracés	7 %	15 %	5 %	4 %	6 %	9 %	7 %	8 %	10 %	8 %	4 %
Manque d'organisation de l'équipe	6 %	9 %	11 %	14 %	4 %	4 %	3 %	10 %	7 %	2 %	3 %
Relations difficiles avec les autres services de l'établissement	5 %	6 %	5 %	12 %	2 %	4 %	5 %	6 %	2 %	3 %	4 %
Autres	12 %	18 %	21 %	22 %	13 %	21 %	19 %	12 %	17 %	29 %	22 %
Sans réponse	2 %	7 %	4 %	2 %	1 %	0 %	1 %	1 %	3 %	0 %	1 %

NB : Les cinq réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[480] Les autres dysfonctionnements cités par ailleurs étaient :

- Manque de moyens humains pénalisant les équipes en générant surcharge de travail pour les soignants, rappels de congés, non remplacement de congé maternité ou parental programmé, charge de travail liée à la gestion de la pénurie,
- Glissement de tâches vers les médecins (secrétariat), et les cadres (secrétariat et gestion) au détriment de leur cœur d'activité,
- Interruptions de tâches, lourdeur des mails et réunions,
- Conflits interpersonnels liés à l'épuisement,
- Gestion des conflits entre médecins, désengagement médical, manque d'organisation des équipes médicales,
- Pas de définition claire du rôle du cadre de santé, trop souvent dans une posture de secrétariat et de gestion mais pas de management,
- Plus de prises en charge en ambulatoire parfois lourdes qui ne génèrent pas de moyens supplémentaires ;

- Sentiment de coupure entre soignants et direction, manque de reconnaissance, de partage des décisions, sentiment de ne pas être écouté,
- Manque de connaissance du terrain par les administratifs,
- Absence d'identification des circuits de décision, manque de clarté et de simplicité des échanges avec les administratifs,
- Opacité sur le financement (notamment attribution des MIG),
- Plus d'objectifs, notamment de reporting et de qualité, avec des recueils d'informations parfois redondants, mais moins de moyens et une incertitude sur leur utilité,
- Modifications trop fréquentes des organisations,
- Dialogue social difficile ;

- Eloignement de la direction, et des services entre eux, pour les établissements multi sites,
- Eloignement des centres de décision (GHT et ARS),
- Lourdeur des procédures communes au GHT, en particulier pour les établissements parties qui peuvent se sentir pénalisés,
- Lourdeur des circuits de décision externes (ARS), injonctions paradoxales des tutelles,

- Manque d'interopérabilité informatique et de de qualité des outils, logiciels multiples avec codes différents à utiliser simultanément,
- Manque de personnel donc de réactivité des fonctions support,
- Absence de retours sur les fiches d'incidents,

- Manque de coordination des parcours de soins,
- Capacités de prise en charge inadaptées par rapport aux besoins du bassin de population (file d'attente en CMP, pas d'évolution des capacités d'UNV),
- Pression sur la DMS et les examens complémentaires pour des patients lourds,
- Manque de respect des patients lié aux conditions de prise en charge insuffisantes (ex préparation du retour à domicile, consultation dans une salle inadaptée).

[481] Remarques :

- Critiques du parti pris de ne pas aborder l'origine budgétaire des dysfonctionnements,
- Beaucoup de répondants signalent que la plupart des items proposés sont justes.

Leviers et propositions

La meilleure implication de l'équipe dans les projets médicaux et de soins du service, du pôle et de l'établissement faisait partie des cinq mesures prioritaires sauf pour les directeurs, directeurs adjoints et directeurs des soins. La réinvention des pratiques managériales dans une approche décloisonnée était unanimement plébiscitée.

Les trois autres mesures les plus citées par l'ensemble des répondants étaient la délégation à l'encadrement de proximité pour les médecins et les directeurs, la garantie de présence régulière en proximité des responsables pour tous sauf les cadres administratifs, logistiques ou techniques, les chefs de pôle et les chefs de service, et la simplification des outils qualité pour les médecins, les cadres de pôle et de santé.

3.2 Pouvez-vous nous faire part d'une action réussie sur un irritant?

[482] Gestion plus souple et réactive des moyens humains :

- Amélioration du circuit de recrutement avec meilleure communication avec les RH et installation d'un circuit de décision plus court,
- Mise en oeuvre d'horaires en 12h/jour sur la base du volontariat (intérêt de conciliation vie familiale / vie professionnelle),
- Mutualisation des moyens en personnel sur l'ensemble des sites,
- Mise en place d'une gestion prévisionnelle annuelle des effectifs,
- Gestion de l'absentéisme paramédical via appels à volontaires (application WHOOG),
- Pool de remplacement notamment en périodes de congés,
- Entretien de retour d'absence et accompagner les professionnels sur les motifs d'absentéisme,

- Cellule de gestion des remplacements médicaux ;

[483] Articulation entre les niveaux hiérarchiques :

- Pour améliorer l'information et l'échange, réunion associant l'équipe de direction et les cadres supérieurs de l'établissement,
- Instauration d'un dialogue DG/PCME avec chaque pôle, à l'occasion duquel sont abordés les projets, les difficultés, les résultats médico-économiques,
- Mise en place d'un correspondant DRH nommé référent pôle permettant d'avoir un seul interlocuteur,
- Présentation des points à l'ordre du jour des instances (CS, CME, CTE ET CHSCT) en réunion hebdomadaire des Cadres Supérieurs de Santé,
- Réunions trimestrielles par service, synthèse par service évoquée lors des instances ;

[484] Services supports / prestataires :

- Réunions entre chaque pôle et les directions support pour traiter de toutes les questions logistiques,
- Organisation de "portes ouvertes" afin de présenter les services demandeurs et les référents médicaux et soignants (cadres de proximité),
- Référents de la gestion des stocks et des commandes afin d'éviter les manques et les doublons de commande de matériel,
- Mise en place de référents informatiques SOIGNANTS interfaces avec le service support,
- Mise en place en transversal d'un cadre soignant au niveau du DPI,
- Contractualisation avec le service informatique et la direction des finances pour coordonner les modifications de structures dans le système d'information,
- Choix d'un logiciel métier avec tous les outils sinon ressaisie incessantes,
- Embauche d'un informaticien de terrain dans le service (biologie) pour gérer la technicité et le suivi financier,
- Mise en place d'un système de "tickets" informatiques avec traçabilité des actions,
- Mail dédié pour les demandes de radiologie interventionnelle ;

[485] Parcours patients :

- Activité ambulatoire pour soulager le manque de lits,
- Création d'un outil excel "maison" du pôle pour gérer les flux de patient et l'occupation des lits,

- Mise en place d'un projet institutionnel sur le parcours du patient impliquant les urgences et les services d'aval,
- Le manque de lit a été partiellement compensé par l'entrée des patient à J0 et la RAAC,
- Commission des admissions non programmées, bed manager,
- Procédures Gestion des lits (ANAP),
- Organisation des transports de patients au sein de l'établissement,
- Difficultés pour hospitaliser ou héberger un patient dans les différents services depuis des années (pas sur le nb de lits libres mais sur le positionnement)>>>mise en place d'un thésaurus par pathologies avec hospitalisation/hébergement ciblé signé par les différents chefs de services et de pôle,
- Développement de parcours et filières,
- Outil Trajectoire ;

[486] GHT :

- Présidence du collège médical du GHT dissociée de la Présidence de l'établissement support (CHU), vice-présidence du PCME du CHU ;

[487] Souffrance et QVT :

- Collaboration étroite avec la médecine du travail,
- Médiation,
- Mise en place de correspondants polaires sur le bien-être au travail des médecins ;

[488] Communication intra service :

- Management adapté aux situations avec une comptabilité analytique partagée avec le personnel, lisibilité d'objectifs, de moyens,
- Contact direct avec les personnels pour expliquer les difficultés,
- Management d'équipe : réunion "participative" de 30 minutes hebdomadaire pour faire le point sur une problématique à améliorer, concernant les différents acteurs impliqués présents à la réunion,
- Lors des entretiens d'évaluation, recensement de l'irritant n° 1 de chaque agent puis affichage de la liste des irritants et réflexion collective,
- Mise en place d'un fichier partagé avec les équipes pour tracer les actions menées par le cadre concernant des demandes formulées au cours d'une réunion,

- Fidélisation et valorisation des équipes par l'organisation annuelle de journées d'échanges entre équipes, programme scientifique et programme social ;

[489] Optimisation de l'organisation intra service,

- Audit des organisations du travail avec une synchronisation des temps médicaux et soignants,
- Coordination entre métiers au sein de l'équipe (ANAP),
- Travail sur les interruptions de tâches pour les IDE,
- Mise à disposition d'un pharmacien clinicien à temps plein dans un service de soins (décharge le médecin de l'élaboration du bilan médicamenteux et de l'historique du patient, l'identification d'effets iatrogènes médicamenteux, la recherche de recommandations ou références bibliographiques et décharge l'IDE de l'explication du traitement à la sortie du patient et de sa participation à l'éducation thérapeutique du patient),
- Réalisation d'un audit organisationnel du bloc opératoire ayant permis de conforter le service ;

[490] Soulagement des tâches administratives pour les soignants :

- Formation d'un aide-soignant à la logistique, permettant au cadre de s'investir auprès de l'équipe soignante,
- Secrétariat surchargé: suppression méthodique de tout ce qui ne servait à rien comme par exemple le classement des examens normaux,
- Reconnaissance vocale pour les compte-rendu,
- Maintien d'un poste d'accueil dans le service d'hospitalisation pour accueillir les patients, répondre au téléphone, organiser les entrées et les sorties, les demandes d'examens et de rdv, etc,
- Prise de rdv par Internet ;

[491] Exercice du management :

- Formation managériales pour tous (chefs de pôle, de service, encadrement supérieur et de proximité, soignant, technique et administratif) pour travailler sa posture de etconnaître la diversité des métiers dans un hôpital,
- Division de la responsabilité de la chefferie de service pour mutualiser les forces en présence ;

[492] Projets :

- Mise en place d'une gestion de projet institutionnel pour simplifier les circuits d'examen et de décision,

- Instauration d'un Comité projet qui étudie puis évalue tous les projets présentés par les pôles, co-présidé par le DGA et le Vice PCME ;

[493] Investissements :

- Aide exceptionnelle pour les investissements courants avec une priorisation des services eux-mêmes,
- Procédures d'achats publics : démarches simplifiées au maximum les démarches, personnel dédié, livret "charte du circuit des achats",
- Professionnalisation des circuits logistiques avec outils plus performants (formalisation des demandes d'intervention par intranet, guichet unique),
- Délégation d'enveloppes d'investissements (biomédical et hôtelières) aux pôles,
- Mise en place d'une commande logistique mensuelle ou hebdomadaire de matériel indispensable au fonctionnement de l'unité ;

[494] Remarques :

- Retours sur des bras de fer avec la direction ou « harcèlements » réussis,
- Investissements avec les moyens personnels des équipes dans l'informatique et la papeterie notamment,
- Sont cités comme réussites des menaces de démission, démission, absentéisme personnel, burn-out, etc, ayant permis d'« éviter » les irritants.

3.3 Les mesures simples d'amélioration à prioriser sont la meilleure implication de l'équipe dans l'ensemble des projets, le renouvellement des pratiques managériales, la délégation à l'encadrement de proximité, la présence de l'encadrement en proximité et la simplification des outils qualité

[495] Les mesures plébiscitées étaient la meilleure implication de l'équipe dans la définition des projets, le renouvellement des pratiques managériales de façon décloisonnée, la délégation à l'encadrement de proximité, la garantie de présence régulière en proximité des responsables et la simplification des outils qualité.

[496] La meilleure implication de l'équipe dans les projets médical et de soins du service, du pôle et de l'établissement faisait partie des cinq mesures prioritaires sauf pour les directeurs, directeurs adjoints et directeurs des soins. La réinvention des pratiques managériales dans une approche décloisonnée était unanimement plébiscitée.

[497] Les trois autres mesures les plus citées par l'ensemble des répondants étaient la délégation à l'encadrement de proximité pour les médecins et les directeurs, la garantie de présence régulière en proximité des responsables pour tous sauf les cadres administratifs, logistiques ou techniques, les chefs de pôle et les chefs de service, et la simplification des outils qualité pour les médecins, les cadres de pôle et de santé.

[498] D'autres mesures citées parmi les cinq mesures prioritaires par certaines catégories de professionnels étaient la définition de règles de vie collective qui s'imposent à tous pour les administratifs et les soignants, les revues de dysfonctionnements administratifs pour les cadres administratifs, logistiques et techniques, les chefs de pôle et de service, les retours d'information réguliers pour les administratifs et les cadres de santé, la facilitation de la présence des services support dans les services de soins pour les cadres de pôle et de santé, la réorganisation des parcours patients pour les directeurs des soins, les quick staffs pour les directeurs adjoints et directeurs des soins, et la fluidification des relations entre services pour les cadres administratifs, logistiques et techniques.

Tableau 44 : Quelles pourraient être des mesures simples d'amélioration à prioriser (5 réponses) ?

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Mieux impliquer l'équipe dans la définition du projet médical et de soins du service, du pôle et de l'établissement	**38 %**	24 %	22 %	**28 %**	**35 %**	**34 %**	**39 %**	**46 %**	30 %	**43 %**	**44 %**
Réinventer les pratiques managériales dans une approche décloisonnée	**37 %**	**39 %**	**45 %**	**42 %**	**42 %**	**32 %**	**34 %**	**33 %**	**53 %**	**48 %**	**38 %**
Déléguer à l'encadrement de proximité (service, pôle) tout ce qui peut l'être	**33 %**	**31 %**	27 %	23 %	**37 %**	**47 %**	**47 %**	**34 %**	22 %	28 %	24 %
Garantir la présence régulière en proximité des responsables (médicaux, soignants, administratifs)	**30 %**	**42 %**	**29 %**	21 %	**38 %**	29 %	31 %	**28 %**	**36 %**	**33 %**	**30 %**
Simplifier les outils qualité	**30 %**	23 %	18 %	14 %	**43 %**	**41 %**	**36 %**	**30 %**	22 %	**31 %**	**31 %**
Définir des règles de vie collectives qui s'imposent à tous	28 %	**40 %**	**38 %**	**28 %**	25 %	25 %	23 %	23 %	**35 %**	**32 %**	**31 %**
Faire des revues de dysfonctionnements administratifs	27 %	15 %	26 %	**29 %**	34 %	**37 %**	**38 %**	25 %	29 %	24 %	18 %
Développer des retours d'information réguliers	27 %	**29 %**	**28 %**	**38 %**	31 %	25 %	22 %	26 %	27 %	26 %	**30 %**

Faciliter la présence des services support dans les services de soins (pharmacie, logistique…)	23 %	13 %	18 %	17 %	24 %	23 %	19 %	20 %	26 %	**31 %**	**30 %**
Réorganiser les parcours patients globalement au sein de l'établissement	21 %	22 %	20 %	11 %	26 %	25 %	20 %	20 %	**32 %**	23 %	21 %
Systématiser des « quicks staffs » au quotidien	20 %	28 %	**36 %**	24 %	17 %	18 %	13 %	17 %	**33 %**	21 %	20 %
Systématiser la diffusion des relevés de décision	20 %	12 %	18 %	24 %	21 %	16 %	19 %	19 %	21 %	28 %	22 %
Fluidifier les relations entre services	20 %	27 %	22 %	**32 %**	17 %	17 %	16 %	19 %	27 %	23 %	23 %
Disposer d'une compétence d'étonnement auprès de sa hiérarchie	19 %	14 %	19 %	21 %	15 %	16 %	20 %	17 %	11 %	22 %	23 %
Améliorer les circuits de déclaration des dysfonctionnements ou les comités de retour d'expérience	14 %	15 %	13 %	9 %	14 %	15 %	15 %	15 %	11 %	11 %	14 %
Développer l'animation du service avec la mise en place de référents thématiques	13 %	15 %	14 %	13 %	12 %	12 %	15 %	14 %	11 %	10 %	10 %
Autres	10 %	8 %	5 %	3 %	9 %	9 %	12 %	12 %	5 %	6 %	8 %
Sans réponse	3 %	4 %	2 %	6 %	1 %	3 %	2 %	3 %	3 %	0 %	2 %

NB : Les cinq réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[499] Les autres mesures simples d'amélioration citées librement étaient :

- Recrutement médicaux et soignants pour une adéquation des effectifs et des objectifs,
- Augmentation du temps de secrétariat,
- Constitution de pools pour compenser l'absentéisme en temps réel ;

- Cadrage des délégations (RH en priorité) dans un but de subsidiarité avec les moyens notamment gestionnaires rendus nécessaires,
- Clarification du temps médical dédié à l'administration, remplacement dans les plannings par du temps médical effectif, meilleure valorisation financière et formation,
- Valorisation du temps soignant lié à la formation des étudiants, à la responsabilité de référent CLIN, CLUD etc,
- Intégration des temps de réflexion d'équipe dans les plannings ;

- Revalorisation des salaires,
- Intéressement (collectif / individuel, par équipe / objectif de santé publique / qualité / projet etc) ;

- Gestion par le pôle et / ou le service d'une enveloppe budgétaire pour gérer le quotidien,
- Gestion par les services concernés des financements fléchés ;

- Augmentation du nombre de lits et renforcement des structures d'aval,
- Amélioration des parcours des patients ;

- Meilleure coordination entre médecins et soignants paramédicaux via des binômes de management,
- Meilleur management des médecins : autorité hiérarchique, entretiens annuels,
- Alternance des titulaires des chefferies de service et de pôle ;

- Réponse et résolution systématiques des signalements d'incidents ou événements indésirables,
- Identification de personnes ressources responsables du suivi des demandes dans les services support,
- Permanences téléphoniques (DECT) des services support,

- Facilitation de la présence des services support dans les services de soins,
- Développer des SI communs interopérables notamment pour limiter le temps de resaisie et la complexité du quotidien,
- Association des services supports aux projets et évaluation de leur fonctionnement ;

- Simplification et transparence des processus de décision,
- Réelle démarche participative de l'administration avec les médecins et soignants,
- Amélioration de la communication administration – soignants dans le sens d'une responsabilité partagée,
- Clarification des missions de chacun,
- Réponses rapides et systématiques de la hiérarchie,
- Diminution des strates hiérarchiques et notamment suppression des pôles,
- Proximité de l'administration avec les services,
- Temps de formation / immersion des personnels administratifs dans les services de soins,
- Définition de règles d'utilisation des boîtes mail pour en améliorer la pertinence,
- Permanences téléphoniques (DECT) des services administratifs ;

- Réduction / simplification des processus qualité et contrôles externes,
- Allègement des procédures liées au GHT.

[500] Remarques :

- Critiques du parti pris de ne pas proposer en mesures d'amélioration l'augmentation de moyens humains et financiers et l'ouverture de lits, mais des mesures jugées comme relevant en majorité des équipes de soins et cadres de proximité,
- L'augmentation des moyens humains est décrite comme le préalable nécessaire à la mise en œuvre de toute mesure, sans lequel la situation ne pourra pas s'améliorer,
- Demande récurrente de « mettre les services administratifs au service des projets de soins et pas l'inverse », d'arrêter « l'hôpital entreprise »,
- Propositions souvent décrites comme complexes, « novlangue managériale », parfois incomprises, très éloignées des besoins prioritaires du terrain, et signes d'un décalage fort avec la priorité des professionnels de terrain, accordée aux moyens de soigner les patients avec qualité et dans des conditions correctes, et non pas de gestion de carence et de tension humaine permanente.

4 Autonomie et efficacité des établissements

Autonomie et efficacité des établissements

Le niveau d'autonomie de l'établissement vis-à-vis des autorités de contrôle est unanimement jugé faible, en particulier par les soignants et surtout les médecins.

Les répondants sont globalement d'autant plus négatifs qu'ils sont plus proches du terrain, mais les plus négatifs de tous sont les chefs de pôle.

Pour apporter une plus grande souplesse et une meilleure efficacité de fonctionnement aux établissements, la simplification du reporting auprès des tutelles, le repositionnement des ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets, puis l'accentuation de l'autonomie des établissements sont unanimement plébiscités.

Sont également beaucoup cités comme mesures prioritaires : l'approfondissement des modèles de délégation aux pôles, excepté par les administratifs ; le fait de disposer d'un tableau de bord interne, pour les cadres et les chefs de pôle ; et la promotion de formations mixtes directeur – PCME pour les médecins, directeurs et directeurs adjoints.

Les mesures portant sur le GHT ne sont citées comme prioritaires par aucune des catégories professionnelles.

4.1 Un niveau d'autonomie de l'établissement vis à vis des autorités de contrôle jugé faible sauf par les directeurs, et en particulier par les médecins

[501] Le niveau d'autonomie de l'établissement vis-à-vis des autorités de contrôle est globalement jugé faible (53 % de réponses positives contre 17 % de réponses négatives), et 30 % des participants n'ont pas répondu à cette question.

[502] Excepté les directeurs, l'ensemble des catégories professionnelles sont négatives sur ce point, en particulier les soignants (50 % contre 19 % positifs) et surtout les médecins (59 % contre 13 % positifs). Les répondants sont d'autant plus négatifs qu'ils sont plus proches du terrain.

Tableau 45 : Comment jugez-vous le niveau d'autonomie de l'établissement vis à vis des autorités de contrôle ?

	Satisfaisant	Faible	Pas de réponse
Tous	17 %	53 %	30 %
Directeurs	38 %	37 %	25 %
Directeurs adjoints	32 %	43 %	25 %
Cadres administratifs, logistiques ou techniques	25 %	41 %	34 %
PCME	21 %	61 %	18 %

Chefs de pôle	16 %	61 %	23 %
Chefs de service	14 %	59 %	27 %
Praticiens	10 %	57 %	33 %
Directeurs des soins	32 %	44 %	24 %
Cadres de pôle	22 %	51 %	27 %
Cadres de santé	16 %	51 %	33 %

NB : Les réponses ont été regroupées à partir de 4 catégories allant d' « inexistant » à « optimal ».

4.2 Pour apporter une plus grande souplesse et une meilleure efficacité de fonctionnement, le repositionnement des ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets, la simplification du reporting auprès des tutelles, l'accentuation de l'autonomie des établissements, l'approfondissement des modèles de délégation aux pôles et le fait de disposer d'un tableau de bord interne sont les mesures privilégiées

[503] Les cinq évolutions plébiscitées étaient le repositionnement des ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets de santé, la simplification du reporting auprès des autorités de tutelle, l'accentuation de l'autonomie des établissements, l'approfondissement des modèles de délégation aux pôles et le fait de disposer d'un tableau de bord interne de pilotage.

[504] Le repositionnement des ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets, la simplification du reporting auprès des autorités de tutelle, puis l'accentuation de l'autonomie des établissements de santé sont parmi les 5 mesures privilégiées pour l'ensemble des catégories professionnelles.

[505] L'approfondissement des modèles de délégation aux pôles apparaît comme une priorité largement partagée, à l'exception des administratifs. Enfin, le fait de disposer d'un tableau de bord interne de pilotage est cité comme l'une des cinq mesures prioritaires par les soignants, les chefs de ice et les cadres administratifs, logistiques et techniques.

[506] Parmi les cinq mesures citées comme prioritaires par l'une des catégories professionnelles figurent également la promotion de formation mixtes pour le directeur et le PCME selon les directeurs, PCME, chefs de pôle et praticiens, la limitation des reportings nationaux demandés aux établissements via les ARS selon les administratifs et le respect par le CNG des avis locaux concernant les PH selon les directeurs adjoints.

Tableau 46 : Quelles évolutions vous paraissent susceptibles d'apporter une plus grande souplesse et une meilleure efficacité de fonctionnement pour les établissements (5 réponses) ?

	Tous	Directeurs	Directeurs adjoints	Cadres administratifs, logistiques et techniques	PCME	Chefs de pôle	Chefs de service	Praticiens	Directeurs des soins	Cadres de pôle	Cadres de santé
Repositionner les ARS sur un rôle de régulation et d'accompagnement des projets de santé	**55 %**	**57 %**	**54 %**	**42 %**	**60 %**	**62 %**	**68 %**	**51 %**	**63 %**	**56 %**	**54 %**
Simplifier le reporting auprès des autorités de tutelle (ARS, DGOS), sur la base d'indicateurs simplifiés et en nombre réduit	**50 %**	**61 %**	**70 %**	**54 %**	**65 %**	**50 %**	**57 %**	**44 %**	**69 %**	**50 %**	**40 %**
Accentuer l'autonomie des établissements publics de santé	**44 %**	**50 %**	**43 %**	**35 %**	**46 %**	**54 %**	**49 %**	**46 %**	**35 %**	**39 %**	**40 %**
Approfondir les modèles de délégation de gestion des pôles	**36 %**	32 %	29 %	27 %	**37 %**	**41 %**	**55 %**	**27 %**	**36 %**	**64 %**	**34 %**
Disposer d'un tableau de bord interne de pilotage	**30 %**	21 %	26 %	**38 %**	33 %	28 %	**35 %**	19 %	**44 %**	**56 %**	**34 %**
Promouvoir des formations directeur / PCME	27 %	**37 %**	35 %	17 %	**59 %**	**31 %**	33 %	**29 %**	30 %	17 %	14 %
Limiter les reportings nationaux demandés aux établissements via les ARS	26 %	**43 %**	**46 %**	**33 %**	28 %	28 %	26 %	24 %	34 %	21 %	18 %

Revoir le périmètre de certains GHT	19 %	28 %	24 %	16 %	28 %	19 %	20 %	15 %	29 %	19 %	18 %
Privilégier des modèles coopératifs avec des directions autonomes au sein des GHT	18 %	34 %	19 %	15 %	29 %	15 %	17 %	18 %	25 %	17 %	20 %
Assurer un meilleur respect par le CNG des avis locaux concernant les PH	15 %	13 %	**44 %**	6 %	19 %	21 %	19 %	24 %	2 %	4 %	5 %
Favoriser les directions communes au sein des GHT	14 %	21 %	26 %	14 %	22 %	15 %	17 %	9 %	21 %	13 %	12 %
Autres	9 %	7 %	9 %	6 %	11 %	12 %	11 %	13 %	8 %	5 %	4 %
Sans réponse	7 %	2 %	1 %	9 %	2 %	3 %	2 %	9 %	2 %	4 %	12 %

NB : Les cinq réponses les plus citées par chaque catégorie de professionnels sont en rouge.

[507] Les autres propositions citées librement étaient :

- Amélioration de la transparence des décisions des ARS,
- Repositionnement des ARS sur la santé publique et les inspections, les parcours patients,
- Retours de l'ARS sur les indicateurs demandés,
- Meilleure gestion de la démographie médicale et de la permanence des soins par les ARS en prenant en compte les libéraux,
- Meilleure communication sur les décisions prises aux niveaux national et régional, et notamment sur le financement des nouvelles mesures,
- Rôle des ARS dans l'arbitrage des décisions du GHT ;

- Débat sur l'autonomie des établissements vs mutualisation des moyens et procédures voire fusions,
- Débat sur la pertinence du GHT,
- Clarifier les rôles et modalités de décision au sein du GHT,
- Augmenter l'efficacité des procédures communes au GHT,
- Evitement des situations de conflit d'intérêt entre établissements du GHT (maintien ou ouverture d'activité notamment), avec prééminence de l'établissement support ;

- Budget d'investissement architectural séparé du budget de l'établissement ;

- Proximité des services de direction avec le terrain, implication des équipes de terrain dans les décisions, circuits courts de décision,
- Diminution du turn-over des directeurs, évaluation réciproque des soignants et des administratifs,
- Simplification des procédures (notamment de marchés publics) pour plus de réactivité et d'autonomie, simplification et plus grande efficience des reportings ;

- Autonomie / délégation de gestion / enveloppe budgétaire des pôles/services, transparence des pôles, suppression des pôles,
- Meilleur management des médecins (évaluation, objectifs, pouvoir de sanction notamment de ceux qui ont des responsabilités managériales, etc), formation à la gestion hospitalière des médecins,
- Intéressement / participation, revalorisations salariales, valorisation des fonctions d'encadrement, changement des statuts pour faciliter les valorisations et les licenciements,

- Ouverture de lits, meilleure prise en compte de l'activité ambulatoire dans les indicateurs d'activité,
- Postes de coordonnateurs parcours, meilleur partenariat ville-hôpital,
- Renforcer le poids médical dans la gouvernance, renforcer le poids, la représentativité et la légitimité de la CME, renforcer le poids des soignants de terrain.

[508] Remarques :

- Demande de moyens humains et financiers,
- Demande de définition des priorités en fonction des indicateurs épidémiologiques et pas de contraintes gestionnaires,
- Demande de sortie de la T2A.

LISTE DES ETABLISSEMENTS VISITES ET DES ACTEURS HOSPITALIERS RENCONTRES

[Par ordre chronologique]

Déplacement de la mission au CHU de Nancy (15 janvier 2020) :

- Bernard DUPONT, directeur général
- Francis BRUNEAU, directeur général adjoint
- Olivia DESCHAMPS, directrice de cabinet
- Olivier PERRIN, directeur adjoint, chef du département coopérations territoriales
- Pr Christian RABAUD, président de la CME
- Pr Mathias POUSSEL, vice-président de la CME
- Dr Marc LADRIERE, vice-président de la CME
- Pr Marc BRAUN, doyen de la faculté de médecine de Nancy – Université de Lorraine
- Pr Laure JOLY, vice-doyenne de la faculté de médecine de Nancy – Université de Lorraine

Déplacement de la mission au CHS de Nancy (15 janvier 2020) :

- Dr Catherine PICHENE, PCME Centre psychothérapique de Laxou
- Dr Jean-Michel LALOT, PCME CH Emile Durkheim Epinal
- Dr Jean-Michel TORTUYAUX, PCME CH de Toul
- Dr Claude DEMANGE, PCME CH Saint-Dié des Vosges
- Dr Florence GLATH, PCME CH Pompey-Lay-Saint-Christophe

Déplacement de la mission au CH de Lunéville (16 janvier 2020) :

- Dr Henri PIERSON, chef du service de médecine A et du pôle médecine
- Dr David ROSA, chef du service des urgences et de l'unité de soins continus, chef du pôle médico-technique
- Mme Edith DUFAY, responsable du service de pharmacie

Déplacement de la mission au CHU de Lille (11 février 2020) :

- M. BOIRON, directeur général
- Mme DEUGNIER, directeur général adjoint
- Pr PRUVOT, président de la CME
- Mme VAAST, directrice de la stratégie
- Dr NELKEN, vice-présidente de la CME
- Pr SOBASZEK, chef du pôle S3P
- Pr MATHIEU, chef du pôle de réanimation
- Pr GOTTRAND, vice-président recherche
- M. STUDER, directeur des ressources physiques
- Mme GIRARD, directrice des finances
- M. GOETINCK, coordinateur général en charge de l'enseignement, de la recherche, de la formation et des compétences paramédicales
- Mme LABOUE, directrice du groupe hospitalier de Loos Haubourdin
- Mme LE GALL, directrice de la communication

Déplacement au CHS de l'agglomération Lilloise (11 février 2020) :

- Dr OUREIB, vice-président de la CME
- M.LEQUIN, directeur délégué
- M.CAPLIER, directeur affaires médicales et qualité
- M.BACHELET, directeur coordonnateur des soins
- M.WUILBEAUX, cadre supérieur de santé pôles infanto juvénile
- M. BENEAT MARLIER, directrice

Audition du CHS Le Vinatier (17 février 2020) :

- Pascal MARIOTTI, directeur général
- Frédéric MEUNIER, président de la CME

Audition de l'Assistance publique – hôpitaux de Marseille (17 février 2020) :

- Jean Olivier ARNAUD, directeur général
- Pr ROSSI, président de la CME

Audition du CH de Valenciennes (17 février 2020) :

- M. BOURRET, directeur général
- Dr COUSEIN, vice-président de la CME
- Dr CASTELLS, innovation et transformation
- Dr ELBEKI, chef de pôle URAMU et SSR

Audition du CH de Montauban (17 février 2020) :

- Joachim BIXQUERT, directeur général
- Dr Jérôme ROUSTAN, président de la CME

Déplacement de la mission aux Hospices Civils de Lyon (18 février 2020) :

- Catherine GEINDRE, directrice Générale
- Dr Cécile BUI XUAN, chef de service adjoint des urgences médico-chirurgicales du groupement hospitalier Centre
- Dr Anne MIALON, service de biochimie moléculaire du groupement hospitalier Sud, cheffe du pôle biologie-anatomopathologie
- Pr Elvire SERVIEN, chirurgie orthopédique et médecine du sport du groupement hospitalier Nord
- Pr Vincent PIRIOU, chef du service d'anesthésie-réanimation médicale et chirurgicale du groupement hospitalier Sud
- Sophie GRANGER, directrice adjointe de la direction des affaires médicales
- Pascal COROND, directeur du contrôle de gestion et de la performance
- Jean-Louis MONNET, directeur des services économiques, logistiques et techniques au groupement hospitalier Est
- Bergamote DUPAIGNE, directrice adjointe groupement hospitalier Centre
- Christine LAVILLE LANTY, attachée d'administration hospitalière à la direction des affaires médicales
- Pascal GAILLOURDET, directeur et coordonnateur des soins
- Florence ADAM, cadre supérieur de santé, HFME du groupement hospitalier Est
- Dr Mathilde NOUVIER, service de néphrologie du groupement hospitalier Sud
- Mme Audrey SCHIETS, cadre de santé du service de néphrologie du groupement hospitalier Sud
- Dr Stéphanie CARTALAT, plateforme oncologique pluridisciplinaire du groupement hospitalier Est

- Mme Laurence PATOUILLARD, cadre de santé de la plateforme oncologique pluridisciplinaire du groupement hospitalier Est
- Dr Hugues DESOMBRES, chef du pôle des spécialités pédiatriques

Audition de la Fédération hospitalière Auvergne Rhône-Alpes (19 février 2020) :

- Jean-Louis TOURAINE, député, président de la FHF AURA
- Serge MALACCHINA, délégué régional de la FHF AURA
- Dr Didier STORME, urgentiste, PCME du CH de Vichy, président de la conférence régionale des PCME de CH
- Florent CHAMBAZ, directeur du CH de Chambéry, président de la conférence régionale des directeurs de CH
- Dr Laurent LABRUNE, psychiatre, PCME du CHS Savoie
- Dr Christophe HOAREAU, urgentiste, PCME du CH de Bourg-Saint-Maurice
- Dr Rémi VIAL, pharmacien, PCME du CH de Beaujeu
- Dr Paul VIGNOLI, radiologue, PCME du CH Alpes-Léman
- Dr Mireille VOUTIER, pharmacienne, PCME du CH de Bourgoin-Jallieu
- Dr Sylvain DADET, gériatre, chef de pôle au CH de Brioude
- Laurence BERNARD, directrice du CH de Bourgoin-Jallieu
- Christian DUBLE, directeur du CH de Vienne
- Didier RENAUT, directeur du CH Alpes-Léman
- Jérôme TRAPEAUX, directeur du CH de Vichy
- Didier HOELTGEN, directeur du CHU de Clermont-Ferrand
- Anne-Sophie GONZALVES, directrice des ressources humaines du CH de Montélimar, présidente de la commission régionale des DRH et DAM
- Eric ZUBLER, directeur des affaires médicales au CH de Chambéry, président de la conférence régionale des DAF

Déplacement de la mission au CHU de Bordeaux (2 et 3 mars 2020) :

- Yann BUBIEN, directeur général
- Pr Philippe MORLAT, président de la CME
- Stéphanie FAZI-LEBLANC, directrice générale adjointe
- Pr Jean-Luc PELLEGRIN, directeur du collège des sciences de la santé
- Pr DUBUS, directeur de l'UFR de Médecine

- Dr Isabelle FAURE, chef du service des urgences, site St André
- Pr Jacques JOUGON, chef du service de chirurgie thoracique et cervicale, et transplantation pulmonaire, site Haut Levêque
- Dr Stéphane GUEZ, chef du service de médecine post-urgence, site Pellegrin
- Pr Hervé TRILLAUD, chef du pôle imagerie du CHU
- Dr Cathy FLEUREAU, vice-présidente de la CME, responsable de l'unité d'anesthésie réanimation de chirurgie digestive et thoracique, site Haut Levêque
- Mme Angélique FRESARD, cadre supérieur de santé du service des urgences, site St André
- M Guillaume LADRIX, cadre supérieur de santé du pôle de l'appareil digestif, endocrinologie et nutrition, site Haut Levêque
- Mme Céline AUSSEL, cadre de santé du bloc opératoire digestif, site Haut Levêque
- Mme Emmanuelle DREYDEMY, cadre de santé chirurgie vasculaire, site Pellegrin
- Céline ETCHETTO, directrice du pôle qualité, gestion des risques, communication et mécénat (récemment directrice référence de pôle et directrice adjointe du site St André)
- Michel BARON, directeur du groupe hospitalier, site Pellegrin
- Elise DOUCAS, directrice des affaires médicales
- Olivia RUFAT, directrice des soins, groupe hospitalier Sud
- Dr Jean-François PARIZANO, président du collège médical du GHT, président de la CME du CH de Libourne
- Julien ROSSIGNOL, directeur du CH d'Arcachon
- Sophie ZAMARON, directrice en charge du GHT et des coopérations, CHU de Bordeaux,
- Pr GRUSON, filière soins critiques du GHT, chef de service réanimation médicale du CHU

Déplacement de la mission au CHS Charles Perrens de Bordeaux (3 mars 2020) :

- Thierry BIAIS, Directeur
- Dr Adeline TCHAMGOUE, Vice-Présidente de la CME
- Pr Manuel BOUVARD, Chef du pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
- Dr Chantal BERGEY, Cheffe du pôle Urgence Médoc Arcachon
- Dr Florian GIRON, praticien hospitalier
- Valérie RUFFROY, cadre supérieure de santé
- Laetitia TRIJOULET, cadre de santé
- Dr Karine JEZEQUEL, cheffe du pôle Bordeaux Santé Mentale
- Dr Camille DALLAY, praticien hospitalier

- Danièle VALADIE, cadre supérieure de santé
- Jacques CHRETIEN, cadre de santé
- Dr Arnaud DELOGE, chef du pôle 3/4/7
- Dr Alain DESAGE, praticien hospitalier
- Jean-Luc YVONNET, cadre supérieur de santé
- Elisabeth ABADIE, cadre de santé
- Alain MOSCONI, directeur adjoint
- Sylvia CAILLET-CREPPY, directrice adjointe
- Yohan DUBEDOUT, directeur adjoint
- Hélène LABRUNIE, directrice adjointe
- Nathalie HIDOUX, cadre supérieure de santé

Déplacement de la mission au CH de Périgueux (3 mars 2020) :

- Mathieu LABAT, directeur adjoint
- Dr Yannick MONSEAU, président de la CME
- Nelly ALVY, directrice des soins
- Dr Ludivine ROLLAND, praticien hospitalier
- Dr G RANCHOUX, chef de pôle
- Dr Philippe JARNIER, chef de service
- Dr Laurent PRADO, praticien hospitalier
- Dr V BRIAT, DIM de territoire

Audition en conférence téléphonique organisée avec la Fédération hospitalière de France Grand Est (5 mars 2020) :

- Pr Jean-Marie DANION, président de la CME des HU de Strasbourg
- Thierry GEBEL, délégué régional de la FHF Grand-Est
- Sophie TRUCHET, déléguée régionale adjointe de la FHF Grand-Est
- Pr Christian RABAUD, président de la CME au CHRU de Nancy
- Dominique de WILDE, directrice générale au CHU de Reims
- Dr Jean SENGLER, président de la CME du GHR Mulhouse Sud-Alsace
- Pr Philippe RIEU, président de la CME du CHU de Reims

Déplacement à l' EPSM Paul Guiraud (9 mars 2020) :

- Didier HOTTE, directeur
- Dr Bernard LACHAUX, Président de la CME Paul Guiraud
- Dr Richard BUFERNE, président de la CME Fondation Vallée
- Dr Patrick BEAUVERIE, chef du pôle Pharmacie
- Dr Jean-Louis LAVAUD, chef de pôle 94G10
- Dr Ivan GASMAN, chef de pôle UMD
- Dr Jean FERRANDI, chef de pôle 94G15
- Catherine BRIANCEAU Cadre de pôle
- Dr Juliette GREMION, chef de service
- Gwenaelle DOUAY, Cadre de santé, CMP de Chevilly Larue
- Lydia MASSOLINI, CSS pôle intersectoriel
- Viviane CLAIROU, Cadre de Santé, USO Dolto/ USI haag
- Dr Muriel THALASSINOS, chef de service
- Patricia FACELINA, cadre supérieure de santé
- Clément NALLIER, cadre de santé
- Noureddine HACHIMI, cadre de pôle
- Marie line NOMER, cadre de pôle
- Dr DESCHENAU, chef de service
- Anne-Marie RABAROUX, cadre de santé
- Cécilia BOISSERIE, adjointe au directeur en charge de l'offre de soins, de la stratégie et des affaires médicales
- Jean-François DUTHEIL, directeur adjoint en charge des ressources humaines
- Bruno GALLET, directeur adjoint en charge des finances et du patrimoine
- Nadine MALAVERGNE, directrice des soins Paul Guiraud
- Evelyne TERRAT, directrice des soins Fondation Vallée
- Corinne BOUDIN-WALTER, directrice adjointe en charge des achats et des approvisionnements
- Marlène COMMES, directrice adjointe en charge du parcours patient et de la communication
- Clément PERREARD, élève directeur
- Aïssatou GOUDIABY-BADJI, assistante de direction.

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES AUDITIONNES

[Par ordre chronologique]

Audition de l'Association des Directeurs de Soins (15 janvier 2020) :

- Francis MANGEONJEAN, président
- Pascal BOUDIN-CORVINA, vice-président

Audition de la Fédération Hospitalière de France (5 février 2020) :

- Zaynab RIET, déléguée générale
- Alexis THOMAS, directeur de Cabinet
- Marc BOURQUIN, conseiller stratégique
- Amélie ROUX, responsable du pôle RH
- Pr Pierre FREGER, conseiller médical
- Pr Dominique DALLAY, conseiller médical
- Dr Frédéric MARTINEAU, conseiller médical

Audition de la FEHAP : Antoine PERRIN, directeur général (5 février 2020)

Audition de l'association des directeurs d'hôpital (12 février 2020) :

- Vincent PREVOTEAU, président
- Florence ARNOUX, vice-présidente
- Pascal DE WILDE, vice-président
- Elodie DOREAU, responsable de la communication et des affaires générales

Audition de l'association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (12 février 2020) :

- Sophie MARCHANDET, vice-présidente

- Aurélien STIVAL, trésorier
- Sonia NEURRISSE, administratrice

Audition du Centre national de l'expertise hospitalière (12 février 2020) :

- Joseph TEDESCO, directeur général
- Juliette PETIT, directrice du pôle stratégie et gouvernance

Audition de l'Ecole des hautes études en santé publique (13 février 2020) :

- Laurent CHAMBAUD, directeur

Audition de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (13 février 2020) :

- Sophie MARTINON, directrice générale
- Stanislas JOHANET, conseiller médical

Audition de la Haute autorité de santé (13 février 2020) :

- Dominique LE GULUDEC, présidente du collège

Audition de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes (19 février 2020) :

- Dr Jean-Yves GRALL, directeur général
- Dr Vincent AUDIGIER, conseiller scientifique et médical

Audition de la conférence des PCME de CHU (24 février 2020) :

- Pr François René PRUVOT, président
- Emmanuelle DEFEVER, directrice de cabinet

Audition de la conférence des directeurs de CH (24 février 2020) :

- M. Francis SAINT-HUBERT, président
- M. Jean-François VINET, membre du bureau
- M. Christophe MISSE, membre du bureau

Audition de l'ARS Normandie (24 février 2020) :

- Christine GARDEL, Directrice générale

Audition des conférences des doyens (25 février 2020) :

- Pr Jean-Marc CHILLON, doyen de la faculté de pharmacie d'Amiens
- Pr Gaël GRIMANDI, doyen de la faculté de pharmacie de Nantes
- Pr Bernard MULLER, doyen de la faculté de pharmacie de Bordeaux, président de la conférence des doyens de pharmacie
- Pr Loïc FAVENNEC, doyen de la faculté de pharmacie de Rouen
- Pr N Nanou PHAM, doyen de la faculté de médecine de Reims, VP de la conférence nationale

Audition de la conférence des PCME de CHS (25 février 2020) :

- Pr Christian MÜLLER, président

Audition de la conférence des PCME de CH (25 février 2020) :

- Dr Thierry GODEAU, président
- Dr JM WOEHL, vice-président
- Dr JM FAUCHEUX, membre du bureau

Audition de la fédération UNICANCER (25 février 2020) :

- Pr Jean-Yves BLAY, président
- Sophie BEAUPERE, déléguée générale

Audition du sénateur du Vaucluse, président de la commission des affaires sociales du Sénat (25 février 2020) :

- Alain MILON, président de la commission des affaires sociales du Sénat

Audition des syndicats médicaux juniors (26 février 2020) :

- Frédérique HAGE, déléguée générale de l'ISNI
- Léonard CORTI, secrétaire général de l'ISNI

Audition des syndicats médicaux séniors (26 février 2020) :

- Jacques TREVIDIC, pharmacien au CH Sébastien CHARCOT de Lorient
- Bruno PEQUINIOT, chef du service de gériatrie du CH Val-de-Marne, PCME
- Norbert SKURNIK, CMH, GHU Paris Neurosciences

- Remi COUDERE, CMH, biologiste hospitalier, hôpital Trousseau
- Patrick LEGLISE, INPH, pharmacien, chef du service de pharmacie
- Alain JACOB, INPH, chirurgien ORL en cancérologie au CH Sud francilien Evry Corbeille Essonne

Audition des syndicats de directeurs (26 février 2020) :

- Laurence BERNARD, SYNCASS-CFDT
- Anne MEUNIER, SYNCAS-CFDT
- Jérémie SECHER, SMPS
- Olivier SERVAIRE-LORENZET, SMPS
- Mélissa RAMOS, SMPS

Audition du centre national de gestion (27 février 2020) :

- Eve PARIER, directrice générale

Audition de l'ANCIM (27 février 2020) :

- Frédéric SOLER, vice-président

Audition de la conférence des directeurs généraux de CHRU (27 février 2020) :

- Catherine GEINDRE, présidente
- Jean-François LEFEBVRE, vice-président
- Véronique DESJARDINS, membre du bureau

Audition du syndicat des jeunes médecins (10 mars 2020) :

- Emmanuel LOEB, président

Audition du Conseil Régional de l'Ile de France (12 mars 2020) :

- Cédric ARCOS

Auditions complémentaires réalisée par le Pr Olivier CLARIS, coordonnateur de la mission :

- Anissa KHEDER, députée du Rhône
- Dominique COMBARNOUS, présidente de l'ANCIM

- CHU de Nîmes : Pr J-E. DE LA COUSSAYE, président de la CME, Nicolas BEST, directeur général, Eric DUPEYRON, directeur général adjoint, Anissa MEGZARI, directrice de la recherche et des partenariats hospitalo-universitaires et internationaux, Dr KINOWSKI, vice-président de la CME, Dr COHENDY, président de la délégation à l'information médicale et à l'activité, Pr GRIS, président de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation, Dr LE GUILLOU, président de la délégation du parcours patient
- Martin HIRSCH, directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris
- CHU de Nice : Charles GUEPRATTE, directeur général, Pr Thierry PICHE, président de la CME, Dr Sylvia BENZAKEN, vice-présidente de la CME, Isabelle BEREDER, vice-présidente de la CME
- Dr Georges KEPENEKIAN, ancien Maire de Lyon, chirurgien, président du conseil de surveillance des Hospices civils de Lyon
- Pr Jean-Michel HASCOET, ancien président de la CME de la maternité universitaire du CHU de Nancy, membre du directoire du CHU de Nancy
- Nicole DUBRE-CHIRAT, députée du Maine-et-Loire, Annie CHAPELIER, députée du Gard et Sereine MAUBORGNE, députée du Var
- Pr Lionel COLLET, conseiller d'Etat, ancien président de la conférence des présidents d'université, ancien conseiller au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et au ministère des solidarités et de la santé
- Pr Olivier CHAPET, chef de pôle aux Hospices civils de Lyon
- Thomas LE LUDEC, Directeur Général du CHU de Montpellier
- Pr Patrice TAOUREL, PCME du CHU de Montpellier
- Dominique DEROUBAIX, ancien directeur général d'ARS, ancien directeur général des Hospices civils de Lyon
- Patrick CHAMBOREDON, président du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

SIGLES UTILISES

ADH : Association des Directeurs d'Hôpital

AFDS : Association Française des Directeurs des Soins

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrats Locaux de Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMG : Commission Médicale de Groupement ou Collège Médical de Groupement

CNCR : Comité National de Coordination de la Recherche

CNG : Centre National de Gestion

CNU : Conseil National des Universités

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

COPERMO : Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'offre de soins

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREF : Contrat de Retour à l'Équilibre Financier

CSE : Comité Social d'Etablissement

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Direction des Ressources Humaines

DIM : Département de l'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FHF : Fédération Hospitalière de France

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCERES : Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

MERRI : Mission d'Enseignement de Recherche de Référence et d'Innovation (CHU)

PCME : Président de Commission Médicale d'Etablissement

PCMG : Président de Commission Médicale de Groupement ou de collège médical de groupement

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PH : Praticien Hospitalier

PMP : Projet Médical Partagé

PMSP : Projet Médico Soignant Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

RH : Ressources Humaines

UF : Unité Fonctionnelle

UFR : Unité de Formation et de Recherche