

JADH

LE JOURNAL DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

www.adh-asso.org



dossier

Compte-rendu

des Journées ADH

Diriger demain :
compétences,
métier,
responsabilités

page 23

Vie de l'École
Recrutement des EDH 2007-2009

page 26

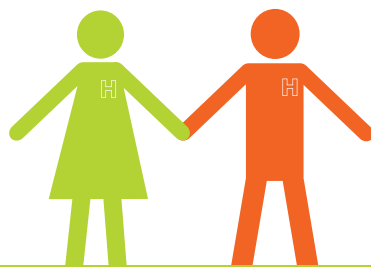
Vie hospitalière
La CH2O, ça coule de source !

page 34

Vie hospitalière
Interview de Jérôme Antonini, directeur
de l'autonomie et de la santé, Croix-Rouge



AVEC LA MNH, VOUS ÊTES SOLIDAIRE. LE SAVIEZ-VOUS ?



**Avec le soutien de nos 661 000 adhérents,
nous aidons de nombreuses familles en difficulté,
en gérant un fonds d'action sociale.**

Ce fonds permet le versement d'allocations* aux 12 000 adhérents handicapés. 12 300 aides* sont également accordées aux hospitaliers mutualistes qui doivent faire face à des dépenses de santé importantes notamment en optique ou dentaire, ou qui rencontrent de grandes difficultés financières dans leur vie quotidienne.

Grâce à ce fonds, la MNH contribue aussi à l'emploi d'aides ménagères pour les retraités, alloue des bourses d'études aux orphelins et soutient les familles sinistrées lors des catastrophes naturelles.

Adhérer à la MNH, c'est devenir participant d'un groupement mutualiste dont la solidarité active profite à tous !

* sous conditions de ressources

Pour en savoir plus, contactez votre correspondant MNH, appelez-nous au

N° Cristal 09 69 32 45 00
APPEL NON SURTAXÉ

ou consultez www.mnh.fr

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social

La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre National des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.



What else?

Deux mots clés qui font écho à l'implication des élèves directeurs de la promotion 2008-2010 dans la préparation, l'organisation et l'animation de nos récentes Journées nationales. Une réplique qui réalise ainsi le clin d'œil, qu'ils reconnaîtront bien, à l'adresse de leur performance, très applaudie...

Au-delà de cet hommage, il nous plaît de souligner le lien fondamental établi entre notre Association et les différentes promotions des futurs dirigeants hospitaliers, formés dans le cadre de « hautes études en santé publique » ainsi que le signifie le sigle de notre École. Et ce sigle n'est pas anodin. Nos dernières Journées nationales ont rappelé, loin de la caricature dans laquelle certains voulaient confiner le processus décisionnel à l'hôpital, les conditions nécessaires de son déroulement :

- être dirigeant hospitalier est un métier qui se construit à l'aide de compétences acquises après une solide formation universitaire et professionnelle. Son exercice ne s'improvise pas et la formation au management est clairement située dans l'organigramme de notre École;
- la direction d'hôpital est une fonction destinée à organiser la prise en charge du patient à partir des compétences médicales, soignantes, médico-techniques et logistiques avec un objectif de qualité;
- le dirigeant hospitalier est bien une femme ou un homme de santé publique alors que la caricature voudrait le déguiser en simple gestionnaire de budget;
- en lien avec cette dimension organisationnelle, une responsabilité importante échoit au dirigeant hospitalier et celui-ci est tenu de rendre des comptes à toutes les parties prenantes du système hospitalier. Il est pour le moins logique que sa capacité décisionnelle soit à la mesure de cette responsabilité.

En participant à nos Journées nationales, et nous saluons cette initiative, notre ministre, madame Bachelot-Narquin, a tenu à souligner cette responsabilité et les objectifs de la loi actuellement en discussion au Parlement, qui sont de permettre aux dirigeants hospitaliers de l'assumer selon des conditions adaptées.

Rappelons que nos Journées ont posé cependant plusieurs interrogations quant à l'équilibre des enjeux et des pouvoirs, qu'il s'agisse de la gouvernance interne aux établissements hospitaliers en reconnaissant la sagesse de consulter autant que nécessaire les différentes responsabilités professionnelles constituant la richesse du tissu hospitalier, ou de la relation entre l'établissement et son autorité de tutelle avec la question posée de l'éventuelle « étatisation » du champ décisionnel.

Et pour revenir au titre « clin d'œil » ci-dessus, mais cette fois selon sa signification première, n'oublions pas que la loi actuellement en discussion comporte d'autres évolutions ne méritant pas moins d'échanges ou de débats aux niveaux parlementaire, professionnel ou médiatique, que l'évolution relative à la gouvernance. Le domaine des missions de service public devrait susciter tout autant de discussions, ainsi que leur corollaire inéluctable établissant ou cadrant leurs objectifs et les modalités de leur financement. C'est un sujet à part entière et nos prochaines Journées nationales devraient particulièrement s'en préoccuper. ●



Yves MAMIE
Vice-président ADH
en charge
des Journées nationales



Nouveau Monde DBB Action - Credit photo - Getty Images

Face aux risques, certains s'immobilisent. D'autres se mobilisent avec nous.

plus qu'une mutuelle,
une référence

SHAM

Assureur spécialiste des établissements et des professionnels de santé, SHAM s'engage et se mobilise face aux risques de votre activité.

L'offre d'assurance SHAM vous garantit une couverture adaptée et performante en : responsabilité civile, protection juridique, dommages aux biens, assurance automobile, risques du personnel, assurances de la construction...

Véritable partenaire, SHAM vous accompagne grâce à ses services : assistance juridique, assistance à la communication de crise, gestion des risques, formation professionnelle...

De quoi vous donner confiance en l'avenir.

www.sham.fr ou 04 72 75 50 25

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE MUTUELLE À COTISATIONS FIXES – ENTREPRISE RÉGÉE PAR LE CODE DES ASSURANCES

Revue bimestrielle de l'Association des directeurs d'hôpital

Comité de rédaction

Jean-Luc CHASSANIOL, *directeur de la publication*
Marc LAMOUR, *rédacteur en chef*
Pierre LAURENT, *conseiller de la rédaction*
Florence PATENOTTE, *chargée de la communication*

Maquette - Édition Régie publicitaire - Abonnements

Héral
44, rue Jules-Ferry - 94784 Vitry-sur-Seine Cedex
Tél.: 01 45 73 69 20 - Fax: 01 46 82 55 15

Illustrations

Jean-Paul KRASSINSKY

Imprimerie

Imprimerie de Champagne
Langres (52)

Abonnements

France

- Prix établissement pour six numéros: **88 €**
- Prix du numéro expédié: **16 €**
- Abonnement hospitalier à titre personnel: **58 €**
- DOM-TOM: **86,19 €**

Étranger

- Prix établissement pour six numéros:
hors CEE: **108 €** - CEE: **110 €** (frais d'avion: 32 €)
- Prix du numéro expédié: **20 €**

Association des directeurs d'hôpital

Président Jean-Luc CHASSANIOL
Directeur du CH Sainte-Anne, Paris
Tél.: 01 45 65 80 04

Secrétaire général Vincent PRÉVOTEAU
Directeur adjoint EPS Pinel, Amiens
Tél.: 03 22 53 47 14

Trésorier national Pierre ROGEZ
Directeur du CH de Lavaur
Tél.: 05 63 58 80 01 - Fax: 05 63 58 84 99
E-mail: directeur@ch-lavaur.fr

Permanence Florence PATENOTTE
Chargée de communication
Tél.: 01 45 65 76 92 - Fax: 01 45 65 88 60
E-mail: permanence-adh@ch-sainte-anne.fr

Annuaire - Annonces

Messages - Activités Internet:
www.adh-asso.org

Correspondant: Christian MAUPPIN
CH Sainte-Anne - Tél.: 01 45 65 80 04
E-mail: c.mauppin@ch-sainte-anne.fr

Tout changement d'affectation

ou d'adresse est à signaler directement à:

Guillaume PRADALIE - EPS de Saint-Egrève
Tél.: 04 76 56 42 52 - E-mail: gpradalie@ch-saint-egreve.fr

VIE ASSOCIATIVE

National - Rencontres de la modernisation
de l'État • page 4

Région • page 4

4

6

DOSSIER

Compte-rendu des Journées ADH

Ouverture: la plus récente des professions • page 7
Pierre de Montalembert

Session 1: compétences • page 9
Aurore Nemer, Jean-Bernard Castet

Session 2: métier • page 13
Agnès Granero, Magali Rigal

Session 3: fonctions, responsabilités
et gouvernance • page 17
Sandra Lyannaz, Pierre de Montalembert

Conclusion • page 21

23

VIE DE L'ÉCOLE

Focus: le recrutement des élèves directeurs
se prépare dès aujourd'hui • page 23

Formation: un Executive Health MBA
de comparaison internationale
des politiques et des systèmes de santé • page 24
Jean-Paul Dumond

Reportage: un gala chic pour des EDH choc! • page 25
Charlotte Lhomme

VIE HOSPITALIÈRE

Initiative

• **La CH2O: ça coule de source** • page 26
Frédéric Boiron

• **Une coopération initiée
avec l'aide extérieure du CNEH** • page 27
Gilles Poutout

• **« Avant tout communiquer »** • page 29
Interview du Dr François Mauvais

• **« C'était une nécessité »** • page 31
Interview de Philippe Boucey

• **« Un moyen d'adapter au mieux
le parcours de soins du patient »** • page 32
Interview de Charlotte Petitprez

L'interview: manager à l'hôpital et...
ailleurs • page 34
Jérôme Antonini

26

37

NOTES DE LECTURE

Plus d'infos sur www.rmde.fr

programme

3 jours de débats

3 plénières

32 tables rondes

25 ateliers

3 journées
de formation

24 plateaux TV

Les Victoires
de la Modernisation
de l'État

les **Rencontres**
de la **Modernisation**
de **l'État** et des
acteurs publics
2009

Organisées par
acteurs publics

les 6.7.8 juillet 2009

**2^e édition
des RMDE**

Sous le haut patronage de
Monsieur Nicolas Sarkozy
Président de la République,
et du ministre du Budget,
des Comptes publics,
de la Fonction publique,
Éric Woerth

Centre de conférences
Mériدين Montparnasse
19 rue du Commandant Mouchotte 75014 Paris



Renseignements et inscriptions sur www.rmde.fr ou par téléphone au 01 46 29 29 24



PRICEWATERHOUSECOOPERS



Rencontres de la modernisation de l'État

6-8 juillet 2009, Méridien Montparnasse, Paris

L'ADH est partenaire des Rencontres de la modernisation de l'État, organisées par *Acteurs publics*, et dont la seconde édition, placée sous l'égide de la présidence de la République et du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, élargit son panorama des réformes et initiatives aux trois fonctions publique : État, territoriale et hospitalière.

Ces journées de prestige proposent conférences plénières, tables rondes (une trentaine) et ateliers destinés à une audience interfonction publique. Des personnalités de haut niveau (membres du gouvernement, anciens ministres, élus, responsables des administrations...) débattront de thèmes inscrits dans l'actualité politique et législative aussi variés que la visibilité de la modernisation de l'État ; la communication sur la réforme ; le ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire : sa nouvelle organisation, ses nouvelles missions ; le management du changement ; l'impact des politiques publiques ; la réforme des administrations territoriales ; les TIC et les nouveaux services publics ; réformer le dialogue social ; justice : après la tempête de la carte judiciaire ; e-administration : répondre à la demande croissante ; vers une fonction publique de métiers ; associer les usagers du secteur public à la réforme ; les valeurs des fonctionnaires ; la nouvelle gouvernance des hôpitaux ; le budget pluriannuel face à la crise ; État/collectivités : mieux répartir les ressources ; la répartition des administrations sur le territoire ; santé : les systèmes d'information au cœur de la réforme ; la comptabilité analytique et la gestion publique ; public/privé : qui influence ?...

L'inscription aux Rencontres, gratuite pour les agents de la fonction publique, est obligatoire : www.acteurspublics.com/rmde-2009/inscriptions

Le programme exhaustif est disponible sur le site *Acteurs publics* et sur le site de l'ADH.

À noter

Dans le cadre de cette rencontre, l'ADH organise le 7 juillet de 14 h à 17 h 30 une formation intitulée « L'égalité des chances dans la fonction publique : réglementation, éthique et initiatives », avec pour programme :

- « Des pratiques discriminatoires dans les administrations » : mise en contexte des discriminations dans l'accès à l'emploi public (diplômes, titularisation...) illustrée de cas connus dans l'administration hospitalière : affaire Burbaud, situation des médecins étrangers. *Par Serge Slama, maître de conférences en droit public à l'université d'Évry-Val d'Essonne et rattaché au Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (Credof)-Paris-X Nanterre. Auteur de nombreuses publications, notamment dans le cadre du droit des étrangers, il a conçu le blog <http://combats-droitshomme.blog.lemonde.fr/>*
- « L'égalité dans le travail » : présentation d'initiatives dotées du label Égalité, avec les représentants de la préfecture de Haute-Loire et de la mairie de Rennes. *Par Cristina Lunghi, docteur en droit, présidente de Arborus (promotion des femmes,*

label Égalité et observatoire européen), porte-parole du Club du label Égalité et membre de l'Observatoire de la parité

- Égalité et parité à l'hôpital. *Par Jean-Luc Chassaniol, président de l'Association des directeurs d'hôpital, directeur du CH Sainte-Anne (75) et Laurence Garo, élue nationale ADH chargée de la réflexion sur la place accordée aux femmes au sein de la profession de directeur d'hôpital, directrice du CH de Ploërmel*

Débats animés par Christine Girier-Diebolt, responsable fonctionnel ADH, directrice de l'hôpital Robert-Debré (AP-HP).

Inscription sur www.adh-asso.org

Tarif : 90 €, prise en charge par la formation continue

Délégation Languedoc-Roussillon

Initialement programmée en mai, la journée de rassemblement en Languedoc-Roussillon est reportée au 18 septembre au CHU de Nîmes afin d'accueillir le plus grand nombre de collègues de la région.

Contact : [francis-michel.gest](mailto:francis-michel.gest@ch-mende.fr), délégué régional par intérim
francisgest@ch-mende.fr

L'édition 2009 des Journées nationales de l'Association, qui se sont tenues les 19 et 20 mars 2009 au Parc floral, à Paris, conviait élèves directeurs, directeurs d'hôpital et professionnels de santé dans leur ensemble à réfléchir à l'évolution du métier de directeur d'hôpital à la veille de réformes d'ampleur sans précédent. Comment diriger demain, avec quelles compétences, façonnant quel métier, doté de quelles responsabilités ?

Compte-rendu des Journées ADH Diriger demain : compétences,

Le contexte législatif, avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, mais également avec la redéfinition de la fonction publique dans le cadre de la loi de révision générale des politiques publiques, inspirait en grande partie les débats.

Il visait à répondre aux interrogations des directeurs relatives tant à leur formation, qu'à leurs performances attendues et qu'à leur carrière.

NB : les Journées ont eu lieu au lendemain du vote par l'Assemblée nationale.





métier, responsabilités

Ouverture

La plus récente des professions

Les Journées ont été introduites par Fabien Verdier, représentant de l'ADH au sein de la 47^e promotion des élèves directeurs d'hôpital. Il a ensuite cédé la parole à Jean-Luc Chassaniol, président de l'ADH, avant l'intervention très attendue de la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot.

Fabien Verdier, après avoir rappelé l'implication des élèves dans la préparation des journées, a souligné l'importance du thème, alors que le projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) est en cours d'adoption, et que les élèves de la 47^e promotion allaient entrer en fonction aux premiers jours des modifications apportées par cette loi, comme la mise en place des agences régionales de santé. Il a mis l'accent sur le

fait que les directeurs d'hôpital se devaient d'être des « managers de santé » : en effet, avec la loi HPST, ils ne pourront plus être de simples « administratifs » ou de purs « gestionnaires ». En outre, ils disposeraient désormais de puissants leviers pour diriger les hôpitaux. Enfin, ils devront donner une nouvelle dynamique à l'hôpital public tant sur le plan de la qualité des soins que sur celui de son équilibre financier.

Le président de l'ADH Jean-Luc Chassaniol est revenu sur le projet de loi HPST, rappelant que, si l'ADH soutient dans l'ensemble la philosophie de ce projet de loi dans toutes ses composantes, il n'en demeure pas moins des points de divergence. Ainsi, l'ADH propose que chaque établissement puisse définir plus librement la composition de son directoire, et s'oppose à la quasi-nomination du directeur général par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), qui contribuerait à l'affaiblissement des directeurs. Il a également rappelé que l'ADH souhaitait que les futures communautés hospitalières de territoire soient obligatoires. Enfin, il a exprimé sa satisfaction

Pierre DE MONTALEMBERT
EDH 2008-2010
Promotion Avicenne

devant l'évolution du statut comme de la gouvernance de l'École des hautes études en santé publique, et a mis l'accent sur un devoir des directeurs d'hôpital: prouver leur capacité à diriger l'hôpital avec les médecins, et non pas contre ou malgré eux. Jean-Luc Chassaniol a ensuite cédé la parole à la ministre de la Santé. Roselyne Bachelot s'est félicitée du vote, la veille, de la loi HPST par l'Assemblée nationale, et a souligné que le cœur de la réforme était la modernisation de l'hôpital. Elle a ajouté que cette réforme donnait une place majeure aux directeurs d'hôpital, à la mesure de leurs responsabilités. La ministre, au cours du débat devant l'Assemblée nationale, a tenu

à ce que le statut public de l'hôpital soit conforté et que les pouvoirs des directeurs d'hôpital soient renforcés: il s'agit là d'un témoignage de confiance, tout en gardant à l'esprit que le rôle des directeurs sera accru. Insistant sur le fait que l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constituait la priorité la plus constante et que l'équilibre financier n'était pas un but en soi, mais résultait d'une bonne gestion dans tous les domaines, Roselyne Bachelot a rappelé les principaux enjeux de la réforme. Ainsi, la gestion nationale du corps des directeurs sera améliorée; les équipes de direction ne seront pas présentes au sein du directoire, afin de resserrer ce dernier,

mais le président du directoire pourra être assisté de ses directeurs adjoints; directeur général et président de la commission médicale d'établissement (CME) doivent être complémentaires. Elle a enfin mis l'accent sur son souhait de voir évoluer le statut des directeurs d'hôpital et sur l'ouverture du corps. A ensuite été ouverte la première session des Journées de l'ADH, consacrée aux « compétences », en gardant à l'esprit la formule de Lawrence Lowell, président de Harvard au début du XX^e siècle, citée dans son discours par Fabien Verdier: « Le management est le plus vieux des métiers et la plus récente des professions. » ●

Le face-à-face

Jean-Luc Chassaniol

« La réserve la plus importante concerne la mesure visant à une quasi-nomination des chefs d'établissement par le directeur de l'ARS. Ce principe est pénalisant car il contribue à l'affaiblissement du directeur et remet en cause la dynamique des hôpitaux.

Notre crainte est double. Nous pouvons être tous perdants. Les ARS d'abord, car elles ne sont pas infaillibles mais il leur sera difficile de reconnaître une éventuelle erreur de casting et pourtant quoi de plus difficile que le choix des hommes. Les directeurs ensuite, car nous sommes convaincus qu'un lien hiérarchique trop fort freinera l'innovation.

Il ne s'agit pas de propos corporatistes mais d'un débat de fond: créativité et liberté surveillée n'ont jamais fait bon ménage. »

Roselyne Bachelot

« La réforme de l'hôpital renforce les pouvoirs des directeurs. Prenez conscience des devoirs que ce rôle accru implique. À vous de prendre la mesure de vos responsabilités vis-à-vis de vos interlocuteurs naturels: les élus, les personnels hospitaliers et les patients. C'est cette logique de responsabilité qui m'a amenée à recommander que le directeur de l'agence régionale de santé propose au Centre national de gestion (CNG) le nom du candidat qu'il souhaite nommer. J'ai entendu sur ce point vos inquiétudes. Je voudrais vous rassurer en rappelant que c'est au CNG que revient la responsabilité d'établir la courte liste, en fonction des profils des postes à pourvoir. Cela limite grandement les risques de nomination arbitraire.

Une nomination par le directeur de l'ARS est aussi une question de bon sens: qui mieux que lui pourra apprécier la complexité du poste, son environnement et les enjeux qui s'y rattachent? Il ne faut pas percevoir cela comme une mise au pas mais bien comme une amélioration de la gestion nationale du corps des directeurs. Certes, la tutelle des établissements de santé se trouve complétée par le projet de loi mais j'ai accepté plusieurs de vos recommandations.

Vous rendrez compte à l'agence régionale de santé. Elle constituera pour vous un interlocuteur majeur. Elle exercera un contrôle plus étroit sur les établissements et aura un rôle essentiel d'impulsion sur la coordination entre établissements de santé et sur l'articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social. »



Jean-Luc Chassaniol et Roselyne Bachelot

Session 1 Compétences

Actualité de la sélection et de la formation

Antoine Flahault, directeur de l'EHESP et président de l'Association des écoles de santé publique de la région européenne (Aspher), a introduit la session sur les compétences en mettant en exergue l'un des objectifs de l'établissement qu'il dirige : devenir un leader européen dans son domaine.

Chantal de Singly, directrice du tout nouvel Institut du management de l'EHESP est ensuite intervenue sur les évolutions récentes de l'École et de la formation spécifique des directeurs d'hôpital. Elle a insisté sur l'ouverture européenne démontrée par la mise en place du LMD (licence, master, doctorat), mais aussi sur le développement universitaire introduit par des partenariats non seulement avec les universités Paris-5 et Paris-6, mais aussi avec HEC ou l'université de la Méditerranée. Quant à l'international, deux nouvelles écoles de santé publique ont été créées au Mali et au Laos. L'essor de l'École se matérialise également par la création de nouveaux diplômes, notamment de deux masters spécialisés : « inspection en santé » et « environnement et santé ».

Les missions de l'institut du management et son objectif de « développement des connaissances et des compétences dans la gestion des établissements et des politiques de santé » ont également été évoqués. Un challenge prioritaire : l'élaboration d'un Executive Health MBA (Master of Business Administration) en partenariat avec la London School of Economics à Londres, l'École supérieure de commerce de Paris (ESCP) et l'université de Columbia à New York à partir de septembre 2009. Chantal de Singly a insisté sur l'importance de la formation « Hôpital Plus », d'une durée de cinq semaines, qui permet d'obtenir un

diplôme de l'EHESP présentant toutes les caractéristiques d'un véritable diplôme universitaire notamment du fait de la rédaction obligatoire d'un mémoire professionnel. La filière des directeurs d'hôpital se modernise elle aussi avec la mise en place d'une personnalisation des parcours de formation, de séminaires de médecine mais également d'outils de marketing destinés à analyser les besoins de la patientèle. La vie associative de l'École n'a pas été oubliée avec la présentation d'EHESP+ , la junior entreprise destinée à assurer des missions auprès des établissements de santé et qui devrait, à l'avenir, être plus directement reliée aux enseignements dispensés à l'École. Il est question de mettre en place des doctorats destinés à compléter la formation des directeurs d'hôpital pour les transformer en quelque sorte en « PU-DH » c'est-à-dire en directeurs spécialisés dans le management. Parce que recherche et santé publique vont de pair, le développement de la filière doctorale pourrait permettre aux directeurs d'hôpital de devenir des professeurs de management grâce à la mise en place d'un MBA qui serait alors délivré en même temps que le certificat de service public hospitalier, dès la fin de la scolarité à l'EHESP.

Antoine Flahault a en outre précisé que les visites récentes de délégations dans le cadre d'une accréditation nord américaine ont révélé que le contenu de la formation statutaire s'apparentait à celui d'un « Health Care MBA ».

Quelles compétences pour les dirigeants ?

L'intervention d'Éric Cornuel, PDG de la European Foundation for Management Development (EFMD) a ensuite permis de mettre en regard les compétences des directeurs et celles d'autres dirigeants. Manager



Antoine Flahault et Chantal de Singly

de haut niveau, à la tête d'un réseau présent dans 80 pays et comptant 700 membres ayant des activités en relation avec le management, il coopère notamment avec les

Un parcours de carrière idéal existe-t-il pour les directeurs d'hôpital ?

Selon Danièle Toupillier, deux parcours sont possibles :

- le premier parcours correspond à celui d'un directeur d'hôpital exerçant cette fonction tout au long de sa carrière dans l'objectif de gravir progressivement les échelons selon un parcours judicieux privilégiant une mobilité à la fois géographique et fonctionnelle ;
- le second parcours est celui du directeur d'hôpital utilisant les possibilités de détachement et de mise à disposition pour diversifier ses expériences et acquérir de nouveaux réflexes de management issus de ses multiples découvertes.

S'il n'y a pas de parcours plus noble qu'un autre, il est indispensable de se donner les moyens de choisir son poste grâce à un examen de la structure, de l'équipe de direction, de la fonction, etc. Il convient également de préparer sa ou ses mobilités et d'anticiper les entretiens d'évaluation.

Le CNG est présent pour essayer de diversifier les parcours et pour accompagner les directeurs tout au long de leur carrière que ce soit hors recherche d'affectation ou dans la recherche d'affectation.

Nations unies et la Commission européenne. Rappelant que les métiers de la santé concernent 10 % des emplois dans l'Union européenne, il a évoqué les nouvelles techniques de management induites par les mutations fondamentales que sont l'avènement du capitalisme et la recomposition géopolitique du monde.

Le manager d'aujourd'hui se doit ainsi de s'adapter à un environnement de plus en plus mouvant et incertain. Le changement, qui apparaît plus discontinu et abrupt qu'autrefois, peut induire la disparition fulgurante d'entreprises de rang mondial. Mais le manager a également dû s'adapter à la suprématie de la

science, puis du marketing et, aujourd'hui, à la nécessité de développer des produits dans des délais de plus en plus courts et marqués par l'intégration du client dans le processus d'éla-

laboration. On estime aujourd'hui que la durée de vie du savoir d'un manager n'est généralement pas supérieure à trois ans et demi. Ainsi est-il indispensable d'essayer de rester au « goût du jour ».

Mais il est également apparu que les managers font actuellement face à une crise de légitimité suite à la multiplication de scandales à résonance médiatique ou en raison des licenciements massifs organisés alors même que leur entreprise réalise des profits. Cette crise est liée au fait que pendant très longtemps, l'intérêt de l'entreprise s'est porté en priorité sur l'actionnaire. Dans les années 1990, le seul objectif des managers était ainsi d'augmenter la valeur boursière de leur entreprise, et ce au détriment de sa valeur sociale. Et si les écoles de management ont récemment mis en place des cours

d'éthique pour tenter de pallier ce manque, cette démarche apparaît aujourd'hui comme insuffisante.

Face à ces mutations, le rôle du manager sera amené à changer. Il doit aujourd'hui réfléchir en fonction de critères à la fois techniques, humains et conceptuels.

Placé dans un contexte concurrentiel, il a désormais la responsabilité d'attirer et de retenir les talents. Cet enjeu suppose une politique de ressources humaines forte, cohérente et orientée vers l'ajustement plus systématique des moyens aux besoins des organisations. Il appartient au manager de créer, ou de recréer, une culture d'entreprise.

Aurore NEMER,
Jean-Bernard CASTET
EDH 2008-2010
Promotion Avicenne

Du noviciat à l'emploi fonctionnel

Danielle Toupillier, directrice du Centre national de gestion (CNG) est ensuite intervenue sur la question de la gestion



Danielle Toupillier

Pr Antoine Flahault - Dans la mesure où nos formations s'apparenteraient à un Health Care MBA, nous pourrions proposer rapidement ce « produit » dès que nous serons reconnus comme une « grande école ». Cependant, ce diplôme ne suffira pas pour devenir directeur d'hôpital, il faudra également avoir suivi un module obligatoire.

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

Frédéric Boiron, directeur du CH de Beauvais - Je remarque qu'il n'a jamais été envisagé de faire de la formation Hôpital Plus l'équivalent d'un DU, ce que beaucoup regrettent. Par ailleurs, comment va se passer l'évolution de l'EHESP vers une école doctorale ?

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

Pr Antoine Flahault - Nous pouvons maintenant créer des diplômes d'établissement, qui équivalent aux DU.

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

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

Philippe Jahan, directeur du CH de Valenciennes - Une formation en droit privé est-elle prévue dans l'enseignement ? Certains organismes ont la prétention de fournir une formation



statutaire du corps des directeurs d'hôpital. Après avoir défini le noviciat comme une « période d'initiation pour une vie ultérieure stable », elle a explicité la transformation du statut de directeur d'hôpital suite à la publication d'une série de textes datant pour l'essentiel du 2 août 2005. Le ministre de la Santé a désormais le privilège de nommer les directeurs chefs d'établissement hormis ceux des établissements les plus importants qui restent à la discrétion du gouvernement. Le directeur général du CNG a quant à lui une compétence sur les autres emplois et sur la gestion des carrières (nomination, évaluation, régimes indemnitaires). La commission administrative paritaire donne un avis sur le dispositif de carrière (mutation, titularisation, évolutions statutaires, etc.). Enfin, la récente commission des carrières est quant à elle décisionnelle : elle vient de créer une procédure d'agrément pour l'accès aux emplois fonctionnels. Faisant ensuite le tour des trois modalités

de recrutement possibles des directeurs (recrutement en classe normale, détachement et tour extérieur), Mme Toupillier a précisé les conditions d'avancement à la hors classe, à savoir l'accès au sixième échelon, la justification d'au moins quatre années de service effectif et le respect des conditions de mobilité (un changement fonctionnel et un changement d'établissement ou un seul changement de région). Un détachement dans le secteur public vaut mobilité pour le passage à la hors classe. Mme Toupillier a ensuite listé les sept catégories d'emplois fonctionnels, postes à haute responsabilité dans lesquels le directeur est détaché pour une durée limitée et éventuellement renouvelée. Les personnes éligibles sont les directeurs d'hôpital et les fonctionnaires de catégorie A+ agréés (trois formes d'agrément sont possibles et délivrées pour une durée de cinq ans)

ou inscrits sur liste d'aptitude. Les vacances d'emploi sont publiées au *Journal officiel* et désormais obligatoirement assorties d'une fiche de poste précisant le contenu et le contexte du poste, ainsi que les qualités attendues des candidats. En termes de détachement, elle a rappelé les nombreuses possibilités offertes aux directeurs à la fois dans la fonction publique d'État et dans la fonction publique territoriale. Enfin, Mme Toupillier a fait un point d'actualité sur le projet de loi HPST en évoquant les nouvelles procédures de nomi-

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

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

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

Bernard Nuytten, directeur du CH de Carcassonne - Il me semble très important que nous ayons une formation dans le milieu médical. Par ailleurs, l'enjeu concernant les ARS est énorme. Leurs directeurs devront suivre de très bons stages de management.

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

Michel-Léopold Jouvin, directeur du CHS de Jurey - Je ne

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

Pr Antoine Flahault - Nous travaillons beaucoup avec le comité de direction sur ces questions. Elles seront au cœur de l'ensemble de nos filières.

Un élève directeur d'hôpital - Est-il prévu que le MBA soit mis en place pour les élèves de la promotion 2009-2011 ?

Pr Antoine Flahault - Nous négocierons avec la Conférence des grandes écoles pour que les élèves aient la possibilité d'obtenir le MBA.

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

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

Éric Cornuel - Selon moi, vous souhaitez un doctorat parce que

«Le manager d'aujourd'hui doit s'adapter à un environnement de plus en plus mouvant et incertain. Le changement, qui apparaît plus discontinu et abrupt qu'autrefois, peut induire la disparition fulgurante d'entreprises de rang mondial», **Éric Cornuel, EFMD.**

nation des chefs d'établissement, la possibilité de détachements sur emplois fonctionnels par l'intermédiaire d'un contrat (possibilité limitée à des postes particuliers) et la nomination des directeurs adjoints par le directeur du CNG.

Les débats avec la salle se sont fait l'écho des inquiétudes devant la volonté que les directeurs d'hôpital soient toujours plus diplômés, ce qui pourrait être en opposition avec la logique de la fonction publique. Le concours interne représente 33 à 40 % des places offertes au concours et 77 % des externes possèdent un

diplôme d'IEP. Jean-Luc Chassaniol a rappelé la volonté de l'École, en partenariat avec l'ADH, de diversifier les profils des candidats *via* la mise en place d'une plateforme de e-learning de préparation au concours. Concernant la question de la mobilité, parfois difficile à concilier avec la nécessité d'ancrer son action au sein d'un établissement, Mme Toupillier a rappelé qu'elle était l'une des conditions d'ouverture et d'accès aux fonctions de chef d'établissement. Il s'agit donc aussi bien de lutter contre une mobilité trop grande que contre une mobilité trop

réduite. Elle a enfin rappelé que le CNG est là pour donner le temps et le *tempo* nécessaires.

Un métier de grande difficulté qui nécessite des formations de haut niveau

Antoine Flahault a conclu cette première matinée en rappelant la difficulté du métier de directeur d'hôpital, un métier complexe dans lequel le professionnel est confronté à des risques sociaux, sanitaires, écologiques, biologiques ou encore chimiques. Pour mieux y faire face, il en appelle à l'amélioration de la production de recherches comparatives sur le système de santé français et à la mise en place de formations permettant de faire du directeur un « PU-DH » spécialisé dans le management. Il s'agit de poursuivre un mouvement lancé depuis plusieurs années et qui permettra de tirer la profession vers le haut sans entraver le déroulement des carrières et en assurant un management toujours plus performant des établissements de santé. ●

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

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

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

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

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

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

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

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

Session 2 Métier

Être directeur d'hôpital aujourd'hui : évolutions et réformes

Gérard Vincent, délégué général de la FHF, note que s'il existe une identité commune forte entre tous les directeurs d'hôpital, les métiers, du poste d'adjoint à la chefferie d'établissement, changent de contours alors même qu'apparaissent de nouvelles fonctions, telles que directeur des affaires médicales par exemple. Hier directeur économiste, aujourd'hui directeur stratège, le directeur d'hôpital exerce-t-il un métier de généraliste ou de spécialiste? Par ailleurs, les référentiels évoluent avec la tarification à l'activité et la nouvelle gouvernance. Les pratiques et les circuits de prise de décision sont modifiés avec l'émergence de nouveaux acteurs, notamment les chefs de pôles. Enfin, la dimension territoriale doit être prise en compte avec la création des groupements de coopération sanitaire et des réseaux. Le métier de directeur d'hôpital est également au cœur des réformes. Les apports limités de compétences extérieures au corps poussent à s'affranchir de la logique de statut. L'existence de nouveaux leviers d'action, par exemple la création du conseil de surveillance, incite à l'ajustement des modes de fonctionnement. Les réformes de ces dernières années encouragent ainsi l'acquisition de compétences techniques inédites, par exemple pour la contractualisation. Enfin, la création des CHT pousse l'hôpital à sortir de l'isolement et de l'hospitalo-centrisme.

Manager par tous les temps

Yves Barraquand, directeur général de Rexel, a tout d'abord insisté sur la nécessité de définir une « mission » et une « vision », avec pour objectif de se rapprocher au maximum

des clients, notamment en situation de crise. Ce qui permet à une organisation de bien fonctionner, c'est le fait que ses membres partagent une même mission, quel que soit leur niveau hiérarchique au sein de celle-ci. La création d'une équipe fédérée, aux cultures diversifiées, fortement expérimentée, est également un élément essentiel pour relancer la dynamique de l'innovation.

Quant à la vision, elle est « la mise en chiffres » de l'objectif fixé, sous forme de business plan avec communication à l'appui. Une gouvernance optimale de l'organisation exige d'établir un plan réaliste et détaillé permettant de réaliser les objectifs fixés et d'anticiper les difficultés à venir: La clarté, la transparence de la communication et la force de conviction sont ici essentielles.

Le management de crise oblige, quant à lui, à gérer les contraintes économiques tout en conservant les projets d'avenir: Il est indispensable de maintenir des projets innovants en nombre limité et d'adopter un discours positif, en interne et en externe.

Le débat avec la salle a permis de faire ressortir plusieurs interrogations, en premier lieu sur la gestion des personnels en temps de crise: il faut les tenir informés notamment sur la base de données chiffrées et les faire travailler sur des objectifs et des tâches à court terme pour les aider à gérer leur anxiété. Il est nécessaire de maintenir des objectifs d'amélioration interne, en particulier en termes de formation, et de communiquer sur le fait que l'entreprise maîtrise la crise.

Chefs et directeurs adjoints: vers un fossé professionnel?

Le débat portant sur les métiers, les rôles et les objectifs des chefs d'établissement et des directeurs adjoints n'est pas



nouveau. Quand bien même le chef d'établissement serait le « patron » de l'hôpital, il n'en reste pas moins à chaque directeur adjoint de trouver sa place dans le fonctionnement de l'hôpital. Malgré le contexte actuel de recherche de l'équilibre budgétaire, le chef d'établissement doit tout d'abord s'efforcer de maintenir et d'insuffler auprès de ses collaborateurs des lignes directrices ambitieuses.

Pour Céline Lagrais, directrice adjointe au centre hospitalier du Mans, le chef d'établissement doit faire preuve de courage

Le point de vue des EDH

Deux élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2008-2010 ont exprimé lors de cette table ronde leur volonté d'être acteurs de la stratégie de l'établissement et, plus largement, de la politique territoriale de santé publique.

Même si la carrière professionnelle « classique » perdure encore comme le pense Samy Bayod, de nouveaux signaux, comme les formations universitaires proposées aux élèves directeurs ou l'ouverture des corps aux candidats issus des grandes écoles de commerce démontrent toutefois une évolution certaine du métier de directeur.

Pour Thomas Deroche, la « surspécialisation » ne doit pas être trop « desséchante » pour les directeurs adjoints et préjudiciable à la pluralité des métiers de directeurs qui fait aujourd'hui encore la richesse de la profession.

dans ses décisions et dans la mise en œuvre des politiques actuelles; il doit être le moteur du projet d'avenir de l'établissement.

Directeur auprès de Michael Page Public & Parapublic, Arnaud Bioul a quant à lui insisté sur le fait que le directeur général doit faire preuve de charisme et d'un sens certain de la négociation et ce afin de s'inscrire dans une « logique de vente d'un projet ».

Les chefs d'établissement s'appuient sur leurs collaborateurs, directeurs adjoints qui aujourd'hui se trouvent confrontés simultanément à la nouvelle gouvernance, la mise

en place des pôles et à l'existence d'une expertise accrue; ce qui de fait contribue à l'évolution de leurs métiers et fonctions. En effet, certains

directeurs témoignent de leur crainte de voir les adjoints être éloignés de l'équipe de direction compte tenu du nombre restreint de directeurs siégeant au Conseil Exécutif, puis au sein du Directoire. Parallèlement, la constitution des pôles au sein des établissements de santé a eu pour effet d'engendrer une nouvelle fonction de directeur référent ou délégué de pôle. Comme l'a indiqué Céline Lagrais, le directeur doit désormais savoir gérer des interactions au sein et entre les différents pôles, compétence pour laquelle il n'est à ce jour pas encore formé.

En outre, les fonctions traditionnelles de directeur adjoint ont été considérablement bouleversées par la forte technicisation des métiers. Ainsi, le contrôle de gestion implique aujourd'hui pour les directeurs adjoints de piloter des équipes mais également de maîtriser les outils et le langage techniques leur permettant de négocier

avec les responsables de pôles. Cette « ultraspécialisation » ne doit pas pour autant représenter un frein à la mobilité tant fonctionnelle que géographique des directeurs adjoints.

Dans ce contexte, Alain Hériaud, directeur général du CHU de Bordeaux, a admis qu'il faut repenser l'équipe de direction afin d'éviter le clivage entre « chef et non-chef ». Toutefois, il est difficile d'associer l'ensemble de l'équipe de direction à la dimension stratégique de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un grand groupe hospitalier: « La valeur ajoutée d'un médecin, c'est d'être médecin ». Le responsable de pôle doit connaître la part du marché qu'occupe son pôle, les raisons pour lesquelles elle évolue et tenter, le cas échéant, de la reconquérir.

Le débat avec la salle a enfin permis à Jean-Luc Chassaniol de souligner que si la pluralité des profils de directeurs est indispensable, le passage à l'EHESP reste incontournable.



Alain Hériaud

Verbatim

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

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

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

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

Jean-Paul Beauregard, directeur adjoint du CH du Puy-en-Velay - Je me demande si le rôle du directeur adjoint est réellement devenu plus technique.

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

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

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

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

Martine Orio, directrice du GH Mondor, AP-HP - Je pense que la richesse de l'équipe de direction se nourrit de la technicité des différents adjoints et du partage de la stratégie.

Manager à l'hôpital... ou ailleurs

Sophie Genay, directrice d'hôpital, a ensuite évoqué son parcours en tant que conseillère sociale à l'ambassade de France de Moscou et les compétences que lui a apportées son expérience de directrice d'hôpital.

Elle a tout d'abord identifié les missions générales du conseiller social : l'information par l'analyse et le compte-rendu aux administrations sanitaires et sociales du pays d'origine des politiques menées dans le pays d'accueil, la promotion des politiques françaises dans le champ social et sanitaire et l'action par la coopération et la rencontre entre opérateurs français et russes. En Russie, ses missions concernent plus particulièrement l'élaboration d'accords-cadres franco-russes dans le champ sanitaire et social (politique du médicament, politique familiale, démographie, etc.) et dans le champ du travail (fonctionnement du

marché du travail, place des handicapés, des femmes et des seniors, réglementation du travail, ou encore sécurité sociale).

Elle a ensuite souligné les apports du métier de directeur d'hôpital pour l'exercice de sa fonction, et notamment la capacité à s'adapter à un environnement complexe, la rencontre d'une variété d'interlocuteurs ou encore la promotion des valeurs du service public. En effet, le directeur d'hôpital doit être l'incarnation de « l'éthique en santé », l'objet de la mission étant le service du patient.

Actualité et perspectives du métier dans un grand ensemble hospitalier

Benoît Leclercq, directeur général de l'AP-HP, a estimé que conduire le changement pour intégrer au mieux les réformes hospitalières et se positionner davantage sur les fonctions stratégiques dans le cadre

d'une gestion d'établissements multisites, sont les compétences requises pour diriger un grand hôpital.

La gestion d'un ensemble hospitalier de la taille de l'AP-HP est un métier différent de l'exercice d'un poste de directeur d'établissement, notamment en CHU, ou de directeur adjoint. Cela s'explique par la taille de l'AP-HP, par son poids médical et économique et par son positionnement au cœur de la capitale française qui sous-tend sa proximité avec le cœur du pouvoir. Néanmoins, l'expérience professionnelle acquise auparavant dans la direction d'autres hôpitaux est utile au quotidien. Un bon



Benoît Leclercq

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

Michel-Léopold Jouvin - Nous nous trouvons aujourd'hui à un tournant. Nous avons beaucoup de mal à réformer et à avancer. L'hôpital est devenu une entreprise au service du public. Nous avons un système essentiellement administré, sans perspective de dynamisme individuel ou financier. Les médecins sont des ingénieurs de production de haut niveau. Ils ne peuvent déterminer la politique de la structure, ils doivent répondre aux besoins du marché.

Christophe Philibert, General Manager GE Health Care Services, Buc - Les directeurs adjoints sont eux aussi des chefs, ils animent des équipes et mènent des projets.

Par ailleurs, le débat ce matin sur les diplômés m'a inquiété. Dans le secteur privé, les diplômés n'apparaissent plus sur le CV. La question essentielle est de savoir quelle a été la contribution de la

personne à un projet. Le débat dure depuis quinze ans, faites qu'il ne dure pas quinze ans encore.

Philippe Peyret, professeur EHESP - Je rappelle que l'École ne forme pas des directeurs mais des adjoints spécialisés.

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

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

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

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

directeur général doit connaître au moins deux spécialités. On ne naît pas chef d'établissement, on le devient par l'expérience. L'autorité dans l'exercice du pouvoir ne vient pas du poste ou de la fonction mais découle de l'autorité naturelle, de la compétence ou de l'expérience.

L'objectif d'un directeur d'hôpital au sein d'un groupe hospitalier de la taille de l'AP-HP est de réduire le fossé entre le siège et les établissements qui le composent. La modernisation du pilotage d'un grand ensemble hospitalier passe par le recentrage du siège sur des fonctions stratégiques, de prospective, de contrôle et de surveillance. De même, les fonctions techniques, par exemple la paie ou la gestion du réseau informatique, doivent être centralisées. Du reste, gérer un grand ensemble hospitalier exige des capacités d'accompagnement dans le changement, notamment pour faciliter le passage d'une logique hospitalo-centrée à une logique de réseau et de

territoire, pour ancrer la démocratie sanitaire et intégrer les réformes en cours, concernant la qualité et la sécurité des soins par exemple.

Ainsi, diriger un grand ensemble hospitalier, c'est tout d'abord animer les équipes, rassurer les personnels dans la conduite du changement et décider tout en assumant ses décisions, en ne perdant jamais de vue l'apport et la plus-value de tout projet aux patients et à l'hôpital.

Lors du débat avec la salle, Benoît Leclercq a précisé que, compte tenu des restructurations et du contexte démographique actuel (de 300 directeurs à 150 d'ici à 2012), la difficulté réside aujourd'hui dans la redéfinition des postes de directeurs au sein des groupes hospitaliers. Il convient d'anticiper les parcours professionnels et promouvoir plus rapidement les directeurs repérés comme ayant un fort potentiel.

Une profession qui ne doute pas risque la mort

Gérard Vincent a ensuite conclu la session: aujourd'hui encore, la profession doute et s'inquiète des évolutions à venir mais elle se doit de maintenir son identité forte

autour de valeurs communes.

Face au défi de la territorialisation, la technicisation et la professionnalisation des directeurs adjoints sont désormais incontournables.

Les préoccupations du directeur d'hôpital,

que l'on peut comparer à celles

du chef d'entreprise, sont aujourd'hui de faire partager sa vision stratégique à l'ensemble de ses équipes, y compris au corps médical, et de gérer les interfaces entre tous. ●

Agnès GRANERO,
Magali RIGAL
EDH 2008-2010
Promotion Avicenne

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

Brigitte Lorriaux, directrice du CH de Tonnerre - C'est toute la question: ce matin, un responsable de PME nous a expliqué comment il communiquait avec ses cadres. Monsieur Leclercq, par exemple, comment faites-vous pour communiquer avec vos 300 cadres?

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

les médecins. Je réunis deux à trois fois par an, avec le président de la CME, les 38 présidents de CCM.

Benjamin Lapostolle, élève directeur d'hôpital - Ne pensez-vous pas que les opérations de regroupement conduiront à des tailles d'établissements de santé très lourdes à gérer?

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

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

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

Session 3

Fonctions, responsabilités et gouvernance

Réinventer l'hôpital

La troisième et dernière session des journées, consacrée au thème « Fonctions, responsabilités et gouvernance », s'est ouverte avec une conférence de Dominique Coudreau, conseiller de la présidence de Générale de santé: « Réinventer l'hôpital ». Celui-ci a estimé que la généralisation du modèle tant cité des établissements de santé participant au service public hospitalier (PSPH) constituait une « fausse bonne idée ». Il a ensuite argué que depuis 40 ans, le modèle de l'État gestionnaire s'est progressivement effiloché et que les méthodes se sont désagrégées. Il n'y a selon lui pas de modèle en gestion, pas de système meilleur que tous les autres, mais des conditions à remplir:

- « gérer les hommes » est la première des priorités pour leur permettre d'exercer leurs responsabilités dans les meilleures conditions. Il faut du temps, de l'investissement et un management des personnes (objectifs, évaluation, motivation) prenant en compte la pluralité des individus et leur offrant une pluralité de solutions;
- rechercher en permanence le juste équilibre dans la participation des médecins à la gestion, alors que la culture médicale méprise la gestion et que les médecins n'y sont pas formés. L'hôpital comme toute entreprise publique ou privée complexe a besoin d'un système de commandement reconnu: la légitimité, c'est la capacité à convaincre, la qualification, les savoir-faire relationnels, etc. Il faut un responsable et que les vrais conflits soient tranchés, éventuellement par le départ de quelqu'un;
- directeur d'hôpital, régulateur régional et performance économique de l'hôpital sont des relations à objectiver. Les liens

(nomination, évaluation) entre ARH et directeur d'hôpital ne sont pas satisfaisants, mais source de dysfonctionnements, d'autant plus que le pouvoir politique reste présent.

La performance et l'équilibre économique de l'hôpital sont la clé de voûte de l'autonomie de gestion du responsable de l'établissement. C'est en outre un critère simple, une règle du jeu claire, qui permet au gestionnaire d'exprimer ses talents et d'être autonome dans son organisation.

Le métier de directeur d'hôpital dans une nouvelle fonction publique

Jean-Ludovic Silicani, conseiller d'État, a présenté les recommandations de son récent rapport sur l'avenir de la fonction publique: celui-ci suggère tout d'abord de mettre en place une fonction publique « de métier ». La France doit disposer d'une fonction publique encore plus efficace et moderne, notamment en période de crise: c'est à elle de participer à la mise en œuvre de politiques publiques visant à répondre aux situations difficiles. Les années 2009 et 2010 verront la mise en place progressive de cette fonction publique de métier. Il s'agit là d'un sujet d'actualité pour toutes les fonctions publiques, et en premier lieu pour l'hôpital, qui se trouve en situation concurrentielle et qui doit être mieux armé pour répondre à la situation de concurrence. Or aujourd'hui, dans la fonction publique, « le grade a absorbé

l'emploi » et l'essentiel de l'énergie est absorbé par de la gestion juridique et administrative des carrières. Il faut consacrer plus de temps à la gestion individualisée des ressources humaines.

Il a ensuite distingué cinq grands chantiers:

- réduire le nombre de corps (une certaine serait suffisante pour les 5 millions d'agents de la fonction publique). Aujourd'hui on note une confusion entre le grade et l'emploi, alors que les textes sont clairs. Ces corps élargis seraient des viviers de personnes avec des qualifications et niveaux bien identifiés;
- mettre en place un grand marché de l'emploi public, qui est aujourd'hui cloisonné, afin d'unifier l'offre et la demande et de mieux identifier les personnes capables d'occuper certaines fonctions;
- reconfigurer le régime des rémunérations publiques qui est trop complexe: coter l'ensemble des postes en fonction de leur difficulté et niveau de responsabilité, prévoir une part de rémunération fonctionnelle, elle-même en partie individualisée en fonction des résultats de l'agent;

Sandra LYANNAZ,
Pierre DE MONTALEMBERT
et Laurence TOURRE
EDH 2008-2010
Promotion Avicenne

Dominique Coudreau, Yves Mamie, Jean-Ludovic Silicani



- individualiser les carrières en suivant des méthodes objectives : par exemple l'accès au sommet de la carrière doit être conditionné par le fait que l'agent a occupé des postes difficiles, pour éviter des optimisations de carrières délaissant ces postes, et pour faire en sorte que les postes difficiles ne soient pas occupés uniquement par des gens sortant des écoles, faute d'autres candidats ;
- établir des ponts entre le public et le privé, entre le statut et le contrat. L'accès à la fonction

publique par des concours profondément rénovés demeurera majoritaire, mais la voie contractuelle sera un régime d'accès complémentaire et non plus dérogatoire.

Au cours du débat qui a suivi son intervention, Alain Hériaud s'est demandé si l'hôpital pouvait toujours être considéré comme une administration publique, alors qu'il est dans une situation concurrentielle et qu'il y a eu des aspects écornés dans la fonction publique hospitalière (il a ainsi pris

l'exemple des PUPH, fonctionnaires d'État). Le plus simple serait d'imaginer demain autre chose pour l'hôpital que la situation d'administration publique. À cela, Jean-Ludovic Silicani a répondu que non seulement l'hôpital est un service public, mais qu'en plus les services publics en situation de concurrence sont nombreux (l'hôpital, l'enseignement, l'ingénierie) et s'étendent : sur les 5 millions d'emplois publics, près de la moitié est en situation de concurrence, et cette situation devrait devenir majoritaire. La situation dérogatoire des PU-PH a en son temps permis de sauver l'hôpital public et aujourd'hui, le contrat pourrait faire de même.

Pouvoir managérial et pouvoir médical

L'intervention de Jean-Ludovic Silicani a été suivie par un débat entre trois médecins : Francis Fellingner, André Grimaldi et Guy Vallancien. Le Dr Fellingner s'est d'emblée déclaré perplexe devant le thème « pouvoir



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

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

pas paritaire, mais qui risque de ne pas être efficient. Nous avons eu beaucoup de mal à construire la confiance ; nous allons hélas passer d'un management partagé à un management dans la défiance.

Alain Hériaud - Je ne vois pas en quoi cette loi est si désastreuse. Est-ce le fait de passer d'un comité exécutif à un directoire ? Que je sache, le corps des directeurs est plutôt favorable au fait que ce directoire soit désormais à majorité médicale. La double signature est stupide car, comme le disait Francis Fellingner, en cas de problème, un seul des signataires sera renvoyé. À l'hôpital, nous sommes des hommes et des femmes qui partageons les mêmes valeurs. Je m'oppose au qualificatif de « directeur administratif ». Nous sommes des hommes de santé publique. Dans notre management quotidien, nous consacrons l'essentiel de notre temps à définir la stratégie avec les médecins. Je m'étonne

managérial et pouvoir médical », alors que, selon lui, l'enjeu général des réformes est de passer à un pouvoir collectif, à une vision et à un management partagés.

Le Pr Grimaldi, pour sa part, s'est présenté comme un « clinicien », sans compétence de santé publique ou de gestion, mais dont le rôle est de soigner les patients. Opposé à l'approche en termes de « producteur de soins », il a considéré que le concept d'hôpital entreprise est erroné s'il renvoie à l'idée d'entreprise marchande. Le « client » n'a pas choisi d'être malade et hospitalisé, il est dans l'angoisse. Le Pr Grimaldi a ensuite distingué deux pouvoirs légitimes et différents : d'une part le pouvoir du soignant (lié à l'éthique du soin) : le patient doit être traité comme la personne la plus précieuse du monde et sans limite, en fonction de ses besoins; d'autre part le pouvoir de gestion, qui distribue des moyens limités. Le serment d'Hippocrate parle du juste soin au juste coût, c'est-à-dire au moindre coût : le médecin ne connaît pas les mots économie ou rentabilité, mais le mot gaspillage, qui est



La performance et l'équilibre économique de l'hôpital sont la clé de voûte de l'autonomie de gestion du responsable de l'établissement. C'est en outre un critère simple, une règle du jeu claire, qui permet au gestionnaire d'exprimer ses talents et d'être autonome dans son organisation.

une faute éthique (car le gaspillage représente une chance en moins pour un autre malade). Concluant sur les transformations de l'hôpital et sur les questions de répartition des pouvoirs, il a affirmé qu'en France, « on est fasciné par le pouvoir à l'allemande et on le pratique à l'italienne. »

Le Pr Vallancien, quant à lui, a tenu à souligner que l'hôpital est la plus belle entreprise qui soit : elle produit du bien-être, et guérit; elle est quasiment non délocalisable. Selon lui, la CME doit être uniquement le lieu du projet médical, de l'appréciation de la

qualité et du comité d'éthique de production (pour éliminer le risque de surproduction sans raison médicale valable en T2A). Il s'est prononcé pour un vrai comité d'entreprise à l'hôpital, avec des collègues de médecins, paramédicaux et administratifs. Enfin, il a estimé que le directeur d'hôpital devrait être le vrai patron, que les cosignatures du président de la CME étaient inutiles et que l'organigramme était fait pour servir de garde-fou à la mésentente.

Le Dr Fellingner lui a répondu que la CME est le lieu de la discussion du projet médical

que cette loi apparaisse comme un épouvantail. Partout en France, se sont développées ces derniers mois des formations à la gestion et au management à destination des responsables de pôle. La loi ne change pas tout cela.

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

Jean-Luc Chassaniol - La loi permettra à chaque directeur de s'organiser comme il le souhaite, en fonction de la taille de son établissement, alors qu'auparavant tout le monde devait entrer dans le même carcan. Cette loi nous permettra de mettre en place un processus de management, avec à la clé une seule personne qui décide. Arrêtons avec la double signature!

Bernard Nuytten - N'avez-vous pas l'impression, Messieurs les

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

Pr André Grimaldi - Les pôles universels sont des bricolages. Pourquoi ne peut-on pas penser une organisation et un financement pluriels? Je suis à l'opposé de vous sur la question du pouvoir. Je pense que le pouvoir nécessite un contre-pouvoir : c'est cette confrontation qui est productive. La négation des contre-pouvoirs mène à des catastrophes dans une société complexe qui a à gérer des problèmes complexes. Je pense que le système public doit être complémentaire (et non concurrent) avec les établissements privés.

et lui apporte une cohérence globale. Il a en outre reproché au projet de loi HPST de marginaliser le directeur, qui perd une grande partie de sa pérennité tandis que le chef de pôle est plus pérenne dans l'établissement, et donc plus fort. Alors que le cœur de la réforme de 2005 était le conseil exécutif, le projet de loi HPST crée le directeur, qui risque d'être moins efficace et de casser un mouvement qui était en train de se mettre en place. Le Dr Fellingier a conclu: « Anéantir le passé, c'est rétrécir l'avenir. »

Vers une étatisation des hôpitaux ?

Le dernier débat des Journées a permis de confronter les points de vue de Jean-Luc Chassaniol, Yves-Jean Dupuis, directeur général de la Fehap, Michel Hannoun, président de la fédération UMP Santé, et Jean-Marie Le Guen, président du CA de l'AP-HP, adjoint au maire de Paris chargé de la santé.

Pour Jean-Marie Le Guen, le projet de loi est souvent caricaturé dans un débat

binaire: pouvoir des médecins contre pouvoir des directeurs d'hôpital. Or il s'agit en réalité d'un texte de loi déséquilibré qui instaure une gouvernance étatique, jacobine, avec un lien hiérarchique fort, transformant le directeur d'hôpital en simple « cheville ouvrière. » Concernant l'amendement supprimant le conseil de tutelle de l'AP-HP, il s'est déclaré choqué sur la forme, y voyant une mesure vexatoire vis-à-vis de l'AP-HP alors même que cette suppression ne lui apparaît pas très réaliste: le budget de l'AP-HP sera discuté avec la tutelle régionale, mais aussi au niveau gouvernemental.

Michel Hannoun a rappelé que les ARS ont été revendiquées depuis 1995 dans toutes les campagnes présidentielles par des candidats de droite comme de gauche. La question de l'étatisation des hôpitaux lui semble vaine: dans l'opinion publique, sécurité sociale, hôpital, santé sont du domaine de l'État; la question ne se pose même pas: seule compte la

qualité de la prise en charge sanitaire. La réputation d'un hôpital est d'ailleurs liée à la qualité de ses médecins. Il a conclu en estimant que c'est au nom même de ce que l'on a condamné lors des débats sur les réformes précédentes qu'on refuse de bouger lors du débat sur la réforme du moment.

Intervenant au nom du privé non lucratif, Yves-Jean Dupuis a jugé que le projet de loi HPST contenait un point très négatif: la disparition de la notion de service public. Mais il n'entraînera ni une privatisation ni une étatisation du système. Toutefois, soulignant la volonté ancienne des pouvoirs publics d'exercer un contrôle plus précis sur le fonctionnement du système de santé, il a considéré qu'en donnant plus de pouvoirs aux directeurs d'hôpital, on lie l'hôpital à l'État, le directeur étant un fonctionnaire. La nomination du directeur d'hôpital par le directeur de l'ARS n'est alors qu'une évolution naturelle.

Interrogé sur le fait de savoir si les députés socialistes s'étaient montrés pro-médecins, voire anti-directeurs, Jean-Marie Le Guen a répondu qu'il n'y avait pas d'opposition d'un groupe par rapport à un autre, mais une opposition à ce qui est perçu comme une marginalisation des médecins dans le fonctionnement des hôpitaux. La loi va plutôt opposer les pratiques et les corps au sein de l'hôpital que les rassembler et risque de créer des crispations et des attitudes régressives de la part du corps médical. Or personne n'a à gagner en dressant les communautés les unes contre les autres.

En prélude à son intervention en conclusion, Annie Podeur a rappelé que le gouvernement avait une position défavorable envers « l'amendement AP-HP ». Elle a estimé quant à elle que l'on demande à la loi plus qu'elle ne peut apporter: c'est un support qui doit apporter des clarifications juridiques, et non définir des comportements managériaux. Aujourd'hui

Verbatim

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

Dr Francis Fellingier - Je n'ai jamais dit que la légitimité, la déontologie, l'éthique étaient une exclusivité médicale et n'étaient pas partagées par les directeurs. Je pense que personne n'a l'exclusivité. Nous obéissons tous à des dogmes. Je constate que le système mis en place il y a deux ans est subitement remis en cause alors qu'il commençait à bien fonctionner. La T2A a été une bonne chose. En revanche, les modalités d'application sont un autre problème. L'équilibre est facile à trouver: il suffit de changer les tarifs. On peut équilibrer ou déséquilibrer les établissements comme on veut d'une certaine façon. Le vrai problème est le découplage entre les tarifs et la réalité des coûts.



le directeur de l'ARH émet un avis sur la nomination d'un chef d'établissement, demain il fera une « proposition »: on est dans l'ordre du symbolique plutôt que de la vie réelle. Puisque le directeur de l'ARH évalue le directeur général, il est normal qu'il puisse donner un profil de poste. Mais il faut éviter l'arbitraire et professionnaliser le recrutement: il n'y aura plus de publication de poste sans profil de poste. Michel Hannoun a ajouté qu'une loi sert quelquefois de catharsis. Il faut donner

le temps de la mise en œuvre. Un texte de loi n'est pas ciselé dans le marbre, mais à partir de ce qu'il va établir; des modifications vont avoir lieu. À l'hôpital, il y a un pouvoir médical, administratif, financier, syndical, du patient... La loi est une loi de clarification, et une loi de « vivre ensemble. » ●

Conclusion

C'est à Annie Podeur qu'est revenue la mission de conclure ces Journées. Elle a déclaré souhaiter entretenir un dialogue permanent et constructif pour mettre en œuvre des réformes du système de santé. Le succès de ces réformes dépend de la mobilisation des acteurs de terrain et des dirigeants hospitaliers. Ils devront expliquer le sens de ces réformes et convaincre.

Elle a rappelé les enjeux de la réforme:

- garantir un meilleur accès aux soins pour tous les Français sur l'ensemble du territoire; l'accessibilité aux soins est au premier rang des priorités gouvernementales. « C'est le sens du service public qui porte notre action »;
- assurer pour le patient et sa famille une prise en charge de qualité et veiller à une optimisation de la sécurité des soins;
- favoriser le décroisement entre soins ambulatoires, soins hospitaliers, secteur médico-social, d'où la création des ARS. Le décroisement constitue un impératif pour fluidifier le parcours du patient: l'hôpital ne peut plus vivre en autarcie mais doit poursuivre son ouverture vers la ville et vers le médico-social;

- moderniser les établissements de santé et responsabiliser les acteurs hospitaliers. Le directeur disposera d'outils clarifiés et simplifiés. En coordination étroite avec le président de CME, il doit pouvoir s'appuyer sur des lignes hiérarchiques et décisionnelles simplifiées;
- le projet de loi HPST met en lumière les deux impératifs qui vont sous-tendre l'action du ministère de la Santé en matière de pilotage des établissements: plus de responsabilités, donc plus d'exigences; et plus de soutien. Plus de responsabilités, car le directeur général va présider le directoire, fixer l'EPRD, arrêter le projet médical. Et plus d'exigences, car il faudra rechercher l'efficacité et l'optimisation de l'organisation à l'hôpital; accepter une évaluation plus performante et un devoir de transparence vis-à-vis de la tutelle, du directoire, du conseil de surveillance et des instances consultatives.



Mais il y aura aussi plus de reconnaissance: Mme Podeur s'est déclarée consciente que certaines injonctions peuvent paraître difficilement conciliables mais c'est le propre de toute fonction à haute responsabilité. Les chefs d'établissement sont les seuls responsables devant les autorités judiciaires alors qu'ils n'ont pas toujours tous les leviers à leur disposition. La logique de résultat et le devoir de rendre compte sont en fait la meilleure garantie contre toute forme d'arbitraire. La réflexion sur la fonction de direction va faire l'objet de travaux copilotés par la Dhos et par le CNG.

Mme Podeur a conclu en soulignant que le métier de directeur d'hôpital est un métier à haute responsabilité, qui nécessite d'avoir un comportement exemplaire mais qui offre une grande liberté d'action. Ce métier ne peut pas être exercé en solitaire: il faut aller sur le terrain, rencontrer les médecins, la communauté soignante, et ne jamais oublier que l'action est entièrement tournée vers le patient et le service public. ●

On peut être
professionnel de la santé
et amateur de
privilèges exclusifs.



La carte bancaire

Gold
MasterCard MACSF

vous assure pour 5 € / mois :

- L'accès aux avantages du Club Gold MACSF
- Jusqu'à 15% de cash back sur plus de 300 sites partenaires
- Une gamme étendue de garanties d'assurance et d'assistance

www.macsf.fr

☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé



M. A. C. S. F

Notre vocation, c'est **VOUS**

La carte Gold MASTERCARD MACSF est adossée à un crédit reconstituable d'un an renouvelable au TEC révisable de 15,25% (hors cotisation carte de 60 € par an). Mensualités à partir de 3% des sommes dues avec un minimum de 10 €. La Carte GoldMasterCard MACSF est émise et gérée sous réserve d'acceptation par Banque Accord SA au capital de 28 594 640 € - RCS Roubaix-Tourcoing 546 380 197. Correspondance : BP 6 - 59895 Lille Cedex 9. Siège social : 40 avenue de Flandre - 59170 Croix. Le coût total du crédit dépend de la durée et du montant emprunté. Exemple : pour une première utilisation unique de 400 € le 01/01/2009 à un TEC de 15,25%, vous remboursez 14 mensualités à 30 € et une mensualité à 18,54 €. Coût de l'utilisation : 38,54 € - Montants hors assurance facultative. Conditions au 01/01/2009 susceptibles de variation. Vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à votre crédit. MACSF assurances - SAM - Entreprise régie par le code des assurances - SIREN N° 775 665 631 - MACSF financement - Société Financière - SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - RCS Nanterre 343 973 822 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense Cedex - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 Puteaux - Pour toute réclamation, contactez le 03 59 30 60 41. * Cash back = Argent reversé



Focus

Le recrutement des élèves directeurs se prépare dès aujourd'hui !

En octobre prochain, le Centre national de gestion proposera aux cinquante-six élèves directeurs d'hôpital de la promotion Avicenne une liste de postes en vue de leur première affectation prévue pour avril 2010. L'échéance est plus proche qu'il n'y paraît, puisque la réussite de cette phase d'affectation repose sur la mobilisation des recruteurs dès avant l'été.

Avant de se rendre dans leurs établissements de stage respectifs, où ils sont désormais en situation professionnelle depuis deux mois, les élèves directeurs 2008-2010 se sont concertés afin d'aborder la période automnale des affectations dans les meilleures conditions.

La promotion s'est notamment dotée d'un nom, Avicenne, en hommage à celui qui symbolise encore aujourd'hui, par-delà son œuvre médicale immense, la tolérance entre les cultures. À l'unanimité, elle a également voté une charte engageant chaque élève directeur à respecter des règles mutuelles de transparence et d'équité. Elle a, enfin, élu cinq délégués nationaux chargés, tout au long de la phase de recrutement, de communiquer sur la promotion et d'être l'interlocuteur unique du Centre national de gestion (CNG) pendant toute la procédure d'affectation.

Et il fallait bien cela, car la procédure d'affectation est une démarche longue, qui nécessite de mobiliser de nombreux acteurs.

Aux commandes, le CNG met tout en œuvre pour présenter en octobre une liste

de postes fournie et variée, tant en ce qui concerne l'implantation géographique des établissements qu'en termes de fiches de poste.

Dans cette optique, les chefs d'établissement peuvent prendre contact dès maintenant avec le CNG, afin de proposer le ou les postes à pourvoir destinés à leurs collègues sortant de l'EHESP. Tout au long de la démarche, des réunions de travail sont tenues avec les délégués nationaux afin de consulter la promotion et de la tenir informée.

En sollicitant l'ensemble des hôpitaux, le CNG souhaite que la liste réponde aux besoins des établissements ainsi qu'aux attentes des élèves directeurs. Il s'agit là d'un gage de réussite et de stabilité évident pour cette première prise de poste.

Les élèves de la promotion n'ont cessé de mettre en avant leur motivation à réussir leur entrée dans la carrière de directeur d'hôpital. Pour ce faire, ils ont besoin que les chefs d'établissement prêts à les intégrer dans leur équipe se tiennent mobilisés tout au long de la phase d'affectation. ●

Coordonnées des délégués nationaux, répartis par zones d'indicatifs téléphoniques :

- zone 1 + Corse et outre-mer :
Jean-Bernard Castet
jean-bernard.castet@sat.aphp.fr
jean-b.castet@hotmail.fr
- zone 2 : Thomas Deroche
t.deroche@ch-stmalo.fr
thomas.deroche@gmail.com
- zone 3 : Samuel Rouget
samuel.rouget@chu-besancon.fr
samuel.rouget@gmail.com
- zone 4 : Marie-Pierre Souliers
marie-pierre.souliers@ch-montelimar.fr
mariesouliers@yahoo.fr
- zone 5 : Frédéric Lutz
frederic.lutz@chu-poitiers.fr
fredericlutz@hotmail.fr

Calendrier de la procédure d'affectation

- Juin à septembre 2009 : recensement des postes
- Octobre 2009 : publication de la liste des postes disponibles
- Octobre à novembre 2009 : entretiens de recrutement
- Début avril 2010 : prise de poste des EDH de la promotion Avicenne

Formation

Un Executive Health MBA de comparaison internationale des politiques et des systèmes de santé

Une confrontation approfondie entre les savoirs en santé publique et les pratiques managériales, un parcours international dans cinq pays, des cours en anglais caractérisent l'EH MBA que l'EHESP a lancé en partenariat avec ESCP Europe, Columbia University de New York et la London School of Economics.

Cette initiative résulte de plusieurs constats. Les pathologies évoluent et apparaissent davantage chroniques. L'organisation des soins se « territorialise » progressivement et l'attente d'efficacité à l'égard des services de santé ne cesse de croître. Pour tenir compte de ces évolutions dans la définition des poli-

tiques de santé et des stratégies d'établissement, les savoirs en gestion comme ceux en santé publique doivent être conjointement sollicités. Cet Executive Health MBA a ainsi pour ambition de construire une culture commune aux responsables gestionnaires, médicaux et soignants, en fournissant à tous ces profes-

sionnels un socle partagé de concepts, de références et de modes de pensée.

Les autres pays européens et nord-américains sont confrontés, de plus, à des défis similaires à ceux que connaît la France en matière de politiques et d'organisation sanitaires. Toutefois, ils leur apportent parfois des réponses sensiblement différentes. L'autonomie accordée aux régions ou aux établissements varie sensiblement d'un pays à l'autre, de même les rapports entre les différentes professions de santé ou, encore, l'importance respective de l'État, du marché et des réseaux. Ces réponses multiples sont intéressantes à découvrir dans leur contexte, non pour les copier, mais pour les analyser et les « féconder » avec notre propre culture et nos contraintes hexagonales. L'EH MBA analyse les politiques et visite les systèmes de santé états-unien, anglais, allemand, espagnol et français.

Les directeurs d'établissement de santé français, enfin, ont tout intérêt à confronter leur approche à d'autres publics et à des directeurs exerçant à l'étranger. Un cursus en anglais est la condition indispensable d'une ouverture de la formation à un public de managers européens. L'anglais, de plus, est devenu la langue privilégiée permettant de faire part, au-delà de nos frontières, de nos particularités et de nos ambitions françaises. Unique en son genre, cet EH MBA répond

Programme de l'Executive Health MBA

Thème	Jours	Dates	Lieu
General perspectives on health and optional sessions on public health and on finance	4	16-19 sept. 2009	Rennes
Organization theory	4	7-10 oct. 2009	Paris
Organizational Behaviour and analysis of the French health care system	4	28-31 oct. 2009	Paris
Optional tracks on Public Health	15	Nov. 2009/Jan. 2010	Paris
Health care economics & introduction to the US HCS	4	10-13 fév. 10	Paris
Health care policy and analysis of the British health care system	4	10-13 mars 2010	Londres
Strategy and analysis of the German health care system	4	7-10 avril 2010	Berlin
Management control and analysis of the Spanish health care system	4	19-22 mai 2010	Madrid
Negotiation	4	23-26 juin 2010	Paris
Intercultural management Analysis of the US health care system	5	13-17 juillet 2010	New York
Crisis management	4	15-18 sept. 2010	Rennes
Communication	4	13-16 oct. 2010	Rennes
Participation to the MBA programmes of the ESCP-EAP School	6		Paris
Final Session	4	17-20 nov.	Paris



EHESP

aux besoins du management d'aujourd'hui. Orienté vers l'acquisition de connaissances fondamentales en santé publique et en management, l'EH MBA est destiné à de jeunes directeurs ayant entre 3 et 10 ans d'expérience professionnelle. Cette formation se distingue ainsi d'Hôpital Plus qui s'adresse à des directeurs plus expérimentés, souhaitant confronter leur expérience de manière approfondie à celle d'autres directeurs. Autant un cursus en français, une sélection limitée aux directeurs hospitaliers en exercice et une large place accordée aux échanges de pratiques constituent quelques-unes des marques de fabrique d'Hôpital Plus, autant des cours didactiques, en anglais, privilégiant les approches internationales, destinés à des publics mixtes de professionnels de la santé constituent celles de l'EH MBA.

D'un coût élevé, 15000 euros pour les cours, cette formation représente 70 jours de « présentiel », soit 210 euros par jour (par comparaison, Hôpital Plus s'élève à 280 euros par jour et les Executive MBA nord-américains ou anglais se situent au-delà de 400 euros par jour).

Les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site : www.ehosp.fr

Renseignements complémentaires au 02 99 02 27 49

Les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site : www.ehosp.fr
Renseignements complémentaires au 02 99 02 27 49

Reportage

Un gala chic pour des EDH choc !

Les élèves directeurs de la promotion 2007-2009 ont décidé d'organiser leur gala de fin de formation à Dinard. C'est dans le cadre prestigieux du Grand Hôtel Barrière que s'est retrouvée la 46^e promotion le vendredi 27 février. Une occasion de clôturer la fin de la formation d'une façon originale et de resserrer les liens avant la prise de fonction le 1^{er} avril 2009.

Une après-midi détente et découverte

Chaque participant a eu le loisir de dérouler la journée à sa guise. Balnéothérapie pour les uns, balade dans la mythique station balnéaire pour les autres.

Les bénévoles de l'association des élèves, La 46^e Compagnie, se sont quant à eux relayés au cours de la journée pour fleurir et décorer le lobby de l'hôtel où se déroulait la soirée.

Une soirée inoubliable et endiablée

Nous avons eu le plaisir de partager le début de cette soirée avec les membres de la filière EDH de l'EHESP, qui nous ont fait l'honneur de leur présence. La présidente de La 46^e Compagnie a fait un discours de remerciement à l'attention des membres de l'association et de tous ceux qui ont contribué à l'organisation de cette superbe soirée.

L'équipe d'animation a réservé de nombreuses surprises aux convives qui ont découvert la galerie photos portraits en noir et blanc de chaque élève de la promotion.

Un photographe professionnel était d'ailleurs présent pour immortaliser les meilleurs moments.

La diffusion du diaporama plein d'humour et d'émotion retraçant 27 mois de vie commune dans la promotion a été particulièrement appréciée. S'en est suivie une cérémonie originale de remise de titres et couronnes, aussi variés que celui de « roi de la blague », « roi de la fête » ou « reine de la maladresse ». La soirée s'est poursuivie sur la piste de danse jusqu'au petit matin. Merci à La 46^e Compagnie, la GMF, la MACSF, la MNH, l'ADH, le CGOS, le SNCH, Initial, Betom et Iqualis, la Caisse des dépôts et consignation et le groupe Montaigne.



Charlotte LHOMME
Présidente de l'association
La 46^e Compagnie



Initiative

La CH2O : ça coule de source !

Quoi de plus fluide que l'eau ? Peut-être est-ce à cause de sa capacité à s'adapter à des terrains différents, à une réalité mouvante, que la première communauté hospitalière de territoire de Picardie lui a emprunté sa formule chimique : CH2O comme communauté hospitalière de territoire de l'Oise-Ouest. Histoire d'une CHT qui a devancé la loi !

La CH2O, top départ

Les communautés hospitalières de territoire constituent un des axes majeurs de la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) récemment présentée par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, au vote des députés à l'Assemblée nationale. Le moins que l'on puisse dire est que la Picardie n'est pas en retard sur le chapitre des coopérations sanitaires. La preuve ? La CH2O (communauté hospitalière de territoire de l'Oise-Ouest) est l'une des premières à voir le jour en France. Ses statuts et sa convention constitutive devraient en effet devenir effectifs d'ici quelques semaines, parallèlement au vote définitif de la loi HPST par le Sénat. Cependant, dans plusieurs domaines et sans même attendre d'être portée sur les fonts baptismaux, la CH2O est d'ores et déjà opérationnelle. L'explication en est simple. Les prémices de cette coopération renforcée, fondée sur le partenariat et le soutien mutuel entre un établissement de santé pivot (le centre hospitalier de Beauvais) et plusieurs établissements de proximité, s'appuient sur des coopérations existantes dont l'ampleur

a été renforcée avec une approche plus globale au cours de l'année 2008.

Forte de plus de 2 100 lits pour un poids financier global de plus de 220 millions d'euros et plus de 3 000 salariés, la CH2O rayonne sur un territoire de quelque 250 000 habitants. Elle associe des établissements partenaires ayant déjà des liens de coopération avancés et des flux naturels de circulation de patientèle.

Actuellement, en font partie :

- 3 centres hospitaliers : Beauvais, Clermont et Chaumont-en-Vexin ;
- 2 hôpitaux locaux : Crèvecœur-le-Grand, Grandvilliers ;
- 1 centre de rééducation fonctionnelle : Le Belloy à Saint-Omer ;
- 1 syndicat interhospitalier : le centre de traitement textile hospitalier du Beauvaisis ;
- 1 Ehpad : l'Ehpad de Breteuil.

D'autres établissements sont associés très étroitement à la démarche et ont manifesté leur souhait d'y participer par voie conventionnelle ou plus. C'est le cas du centre de rééducation fonctionnelle Saint-Lazare à Beauvais, de celui du Tillet, près de Clermont-de-l'Oise, et du centre de soins de suite et de réadaptation L'Oasis à Breteuil.

Les collectivités locales et les autorités sanitaires, notamment l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie, appuient cette démarche considérée comme pilote pour la région Picardie. En l'état actuel du droit, et

en attendant les textes définitifs de la loi HPST, la forme juridique retenue est celle du groupement de coopération sanitaire.

Que recherche la CH2O ?

La CH2O est conçue comme une démarche volontaire, pragmatique, pilotée par les établissements intéressés et soutenue dès le départ par l'ARH. Le projet avance sur la base d'objectifs simples et réalistes, partagés entre les partenaires selon une logique gagnant/gagnant. Chaque établissement engagé dans la communauté doit ainsi trouver sa juste place, pour le plus grand bénéfice des patients du territoire. La CH2O a pour objectifs essentiels : le développement de la qualité des soins ; la recherche de l'efficacité ; l'amélioration de la complémentarité entre établissements ; la garantie d'un service hospitalier de proximité, bien coordonné et justement dimensionné. Elle vise à assurer une bonne organisation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire desservi dans le département de l'Oise, en relation avec les collectivités locales, les professionnels de santé libéraux, les établissements publics et privés partenaires et les autorités sanitaires. La préservation de la densité de l'offre, le soutien et l'amélioration de l'activité passent ainsi par la mise en œuvre d'une stratégie de territoire commune. La recherche de l'efficacité, de la qualité et de la complémentarité des soins à la popula-



Frédéric BOIRON
Directeur du centre hospitalier
de Beauvais

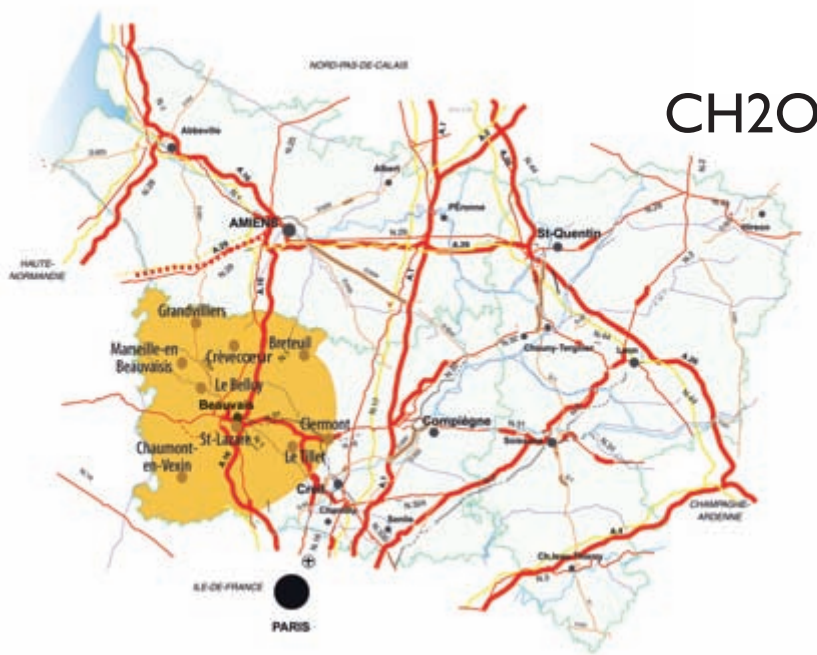
tion est considérée sous le prisme de l'organisation de filières de prise en charge. À ce titre, il est envisagé par les établissements partenaires de transférer certaines autorisations d'activité à la communauté lorsque cela s'avérera nécessaire. Des regroupements de la gestion de certaines fonctions administratives ou logistiques seront également possibles.

Du concret, encore du concret, toujours du concret

En recensant les domaines d'application de la CH2O, on s'aperçoit que beaucoup d'actions ont déjà été engagées en ce sens: en gynécologie avec la mise en place de consultations avancées dans des établissements de proximité, en chirurgie entre le centre hospitalier de Beauvais et celui de Clermont, dans le domaine des urgences, en matière d'hygiène, de prévention et d'éducation thérapeutique... Demain, d'autres champs d'application seront développés: la cancérologie, l'hospitalisation à domicile, l'imagerie médicale, la pharmacie, la stérilisation, les transports, les systèmes d'information, le service social...

En résumé, les établissements de la partie occidentale de l'Oise envisagent, grâce à la CH2O, leur avenir de manière positive, conscients d'être davantage capables de se préparer, ensemble, aux enjeux à venir de leur territoire de santé par le management d'une stratégie sanitaire partagée, ambitieuse et volontariste.

Avec le centre hospitalier de Chaumont-en-Vexin, c'est un travail sur les filières aval du court séjour, et plus particulièrement sur les soins de suite et de réadaptation, qui a été engagé. Dans un secteur dense et complexe qui ne connaît pas de coordination spontanée, l'objet de la coopération consiste à mettre en réseau les unités de soins de suite et à identifier des prises en charge par site. Sur ce site, c'est la rééducation spécialisée dans les affections onco-hématologiques qui est privilégiée. Le développement de cette activité s'appuie, en coordination étroite avec



CH2O

le centre hospitalier de Beauvais, sur un partenariat fort avec les membres de la CH2O, ainsi que sur le développement des soins palliatifs. La coopération ainsi envisagée vise à garantir l'existence d'une offre de proximité tout en améliorant l'organisation des soins sur le territoire. Les exemples

pourraient être multipliés mais l'approche demeure la même. Dans tous les cas, il s'agit pour les établissements membres de la CH2O de se préparer, ensemble, aux enjeux à venir de leur territoire de santé par le management d'une stratégie sanitaire partagée, ambitieuse et volontariste. ●

Une coopération initiée avec l'aide extérieure du CNEH

En préambule à la naissance de la CH2O, le CNEH a travaillé sur les complémentarités territoriales dans l'Oise en chirurgie à partir de deux axes hospitaliers: Beauvais/Clermont et Creil/Senlis. Les hôpitaux de Beauvais et de Clermont se sont tout naturellement appuyés sur cette étude pour mettre en place des conventions de partenariat en chirurgie.

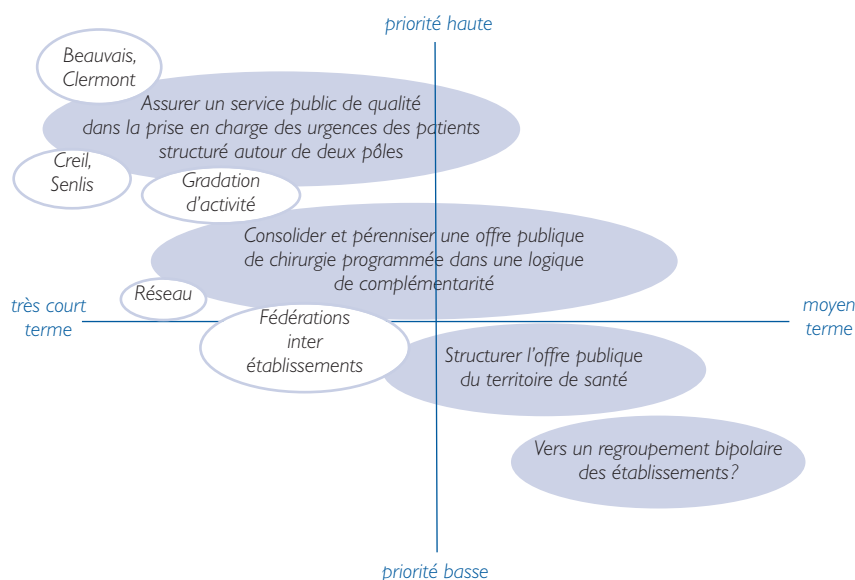
Dans le contexte actuel de réforme hospitalière et d'évolution des besoins de santé, la réflexion sur les CHT suppose de réunir au minimum 2 conditions avant de constituer une CHT:

- établir un état des lieux synthétique de

l'offre de soins actuelle sur le territoire;

- identifier les avantages du regroupement et, le cas échéant, les opportunités de développement concernant certaines activités. L'anticipation permet également de bénéficier des incitations financières prévues

Schéma I - Synthèse des priorités du CH2O



dans le projet de loi pour les établissements engagés dans une CHT, au travers des Migac et du FMESPP notamment. Pour ce faire, l'approche territoriale doit confronter les territoires normatifs/administratifs aux territoires vécus, c'est-à-dire la sphère socio-économique entendue au sens large : bassin de vie, zone d'emploi), ainsi qu'aux zonages définis par les comportements sanitaires des patients et aux filières de soins établis par les profession-

nels de santé (flux hospitaliers, réseaux). Partant de cet état des lieux, il s'agit alors d'établir un diagnostic des points forts et faibles des établissements et de dégager des axes de coopération en fonction des logiques territoriales (proximité spatiale), organisationnelles (cohérence en termes de continuité et de gradation des soins) et économiques (masse critique). C'est cette méthode qui a été expérimentée en Picardie sur le territoire de santé

Sud-Ouest, comprenant les centres hospitaliers de Beauvais, Clermont-de-l'Oise, Creil et Senlis.

Les travaux préalables à la définition de la communauté hospitalière de territoire se sont déroulés en trois phases.

D'abord, définir un territoire

Ont été analysés dans un premier temps :

- les modalités de constitution des territoires de santé en Picardie (Sros 3) et l'identification des modifications introduites dans le découpage par rapport aux bassins de santé du Sros 2 ;
- les coopérations existantes ;
- les axes de planification sanitaire propres aux territoires de santé : projets médicaux de territoire, réseaux des urgences, chirurgie, périnatalité, cancérologie, gérontologie, prise en charge des adolescents, etc.

Puis les autres découpages existants et les pratiques territoriales des habitants ont été recensés :

- vers quels lieux convergent les flux domicile/travail ? les flux de services ?
- cette maille fine constitue-t-elle une grille de lecture adaptée à la notion de proximité qu'entend défendre le principe des CHT ? Pour répondre à ces questions, une analyse stratégique territoriale de la base PMSI a été menée, en

Travaux pratiques

Pour Frédéric Boiron, directeur du centre hospitalier de Beauvais, l'objectif global de ce diagnostic par le CNEH était de rapprocher les équipes et d'initier des collaborations :

« La coopération engagée dans ce domaine (chirurgie viscérale et digestive, orthopédique, maxillo-faciale, ORL...) entre le centre hospitalier de Beauvais et celui de Clermont a débouché sur une charte de fonctionnement et une convention de coopération en juin 2008. Tout ce travail de préfiguration a constitué un acquis et un point d'ancrage pour la future CH2O. Le recrutement par le centre hospitalier de Beauvais d'un praticien mis à la disposition du centre hospitalier de Clermont toujours par convention va dans le même sens. Actuellement, des staffs médicaux conjoints sont

organisés régulièrement sur les dossiers de cancérologie. Un praticien de Clermont participe à la permanence de soins du centre hospitalier de Beauvais depuis février 2008. Enfin, une dizaine d'interventions ont été réalisées en collaboration entre les deux équipes. De toutes les coopérations de territoire, c'est incontestablement celle en chirurgie entre Beauvais et Clermont qui est la plus avancée.

Cela a permis de garantir l'activité de chirurgie au centre hospitalier de Clermont tout en évitant la saturation des services du centre hospitalier de Beauvais et en maintenant le recrutement territorial. À ce titre, elle est emblématique de la démarche adoptée en matière de CH2O. »

identifiant, par les flux hospitaliers, les bassins ainsi constitués. Cette analyse des flux doit permettre de rendre compte de l'appropriation réelle des structures de soins par les habitants. En fonction de la taille de l'établissement et du niveau de soins prodigués (proximité, recours, référence), des territoires à taille variable ont pu ainsi être dégagés et servir de base théorique à la constitution des zones d'ancrage de la communauté hospitalière de territoire, tout en s'appuyant sur les autres découpages relatifs à la sphère socio-économique, tout aussi importants pour comprendre l'appropriation de l'espace régional par ses habitants.

Ce travail d'analyse a été approfondi dans le secteur de la chirurgie et des spécialités, pour aboutir à la création d'une cartographie opérationnelle concernant :

- la chirurgie digestive;
- la chirurgie orthopédique;
- la chirurgie gynécologique;
- l'urologie;
- l'ophtalmologie;
- l'ORL;
- la stomatologie/odontologie et la chirurgie maxillo-faciale.

Sur ces différentes activités, les parts de marché, fuites et zones d'influence des quatre établissements ont été identifiées et cartographiées, y compris en comparaison avec les autres établissements, publics et privés, ayant une attractivité sur le territoire. Différentes cartes ont été ainsi produites sur les destinations principales des résidents (recrutement de proximité et recrutement élargi), sur le taux d'emprise, en hospitalisation complète et en ambulatoire (local, élargi), etc.

Puis définir une logique de filière et de réseaux

L'action au sein des territoires nécessite de spécifier les acteurs en intégrant les centres hospitaliers de proximité dans une logique de filières de soins (à la gradation des

besoins doit répondre une organisation en filières des soins et la coordination des structures) et de réseaux de santé.

L'objectif posé est de faire en sorte que la CHT constitue une réponse stratégique pour chaque établissement impliqué. Un diagnostic des points forts et des points critiques est ainsi établi pour chacun d'entre eux en dégageant aussi bien les difficultés démographiques, financières que les difficultés rencontrées pour assurer les missions de soins par filières sur un territoire donné. Ce diagnostic vise à dégager des axes de coopération organisationnelle qui complètent l'approche spatiale (proximité géographique). Il s'agit d'approfondir la définition des segments d'activité à vocation territoriale et régionale (thèmes médicaux et logistiques). La place des autres établissements et du CHU

est discutée dans cette perspective en proposant une classification aussi précise que possible de ce qui peut relever de la proximité, du recours et de la référence.

Une première synthèse est alors établie sous une forme simple et explicite en termes de priorités (schéma 1). Elle a permis de réaliser la liste des opérations de coopération à engager, de qualifier la nature de ces coopérations (envisagée, souhaitable...), leur enjeu et leur horizon temporel.



Gilles POUTOUT
Directeur délégué du CNEH

« Avant tout communiquer »

Voilà un an que la CH2O est effective au sein du service de chirurgie viscérale et urologie de Beauvais. Son chef de service, le Dr François Mauvais, a été l'un des acteurs moteurs de cette coopération qu'il a lui-même encadrée par « une charte à la fois très précise et souple ». Interview.

Dr François Mauvais, quand et comment est née l'idée de créer cette communauté hospitalière de territoire ?

Le projet est né voilà à peu près deux ans. Le directeur nous en a parlé en premier, au président de CME et à moi, pour nous demander ce que l'on en pensait et si nous serions prêts à répondre à une communauté, essentiellement avec l'hôpital de Clermont, le plus près, avec lequel nos services pourraient avoir des relations privilégiées.

Comment avez-vous accueilli ce projet ?

Il m'a d'abord fallu un temps de réflexion pour comprendre ce que chacun pouvait

en tirer. Je pense que ce genre d'association n'est intéressant que si chacun y trouve un avantage. Initialement, je ne voyais pas très bien quel intérêt pouvait trouver un service de chirurgie comme le mien, service de chirurgie digestive essentiellement et qui tourne bien. Pour l'hôpital de Clermont, c'était plus évident dans la mesure où, pour continuer de fonctionner, ils avaient besoin d'une structure plus importante qui les couvre dans leur activité. Au final, leur objectif a été atteint et, de notre côté, cela nous a permis d'élargir notre champ d'intervention, notamment concernant la chirurgie cancérologique et les urgences.

Quelle a été la réponse du président de la CME et comment ont réagi les autres praticiens et autres catégories de personnels ?

Le président de la CME était d'emblée très partant. Quant aux autres praticiens du service, ils ont été rapidement favorables. Même chose pour le personnel : les gens se sont montrés ouverts en constatant que cela n'entraînerait pas une surcharge de travail.

Quant aux élus et à l'opinion publique ?

Je n'ai pas eu d'échos directs, mais j'ai le sentiment que tout le monde percevait de manière plutôt positive cette initiative.

Comment avez-vous opéré ?

En tant que praticien, je me suis contenté d'élaborer une charte pratique, une charte de fonctionnement très terre à terre, sur le mode et le champ d'intervention de chacun, en en fixant les limites et en stipulant les attentes respectives et mutuelles... Il s'agissait d'établir un cadre très précis de nos activités et directement applicable à notre pratique.

Quant au volet légal et administratif, la direction s'en est chargée.

Cette charte, qui en a eu l'idée ?

J'en ai été l'initiateur. Lorsque l'on m'a dit « ce serait peut-être pas mal de travailler avec Clermont, qu'est-ce que tu en penses ? », j'ai d'abord voulu peser le pour et le contre en discutant avec le directeur et le président de la CME. Lorsque j'ai réalisé que nous allions dans le sens d'une communauté hospitalière, ma réponse a été : « d'accord, mais il faut une charte qui soit très claire ».

Quels ont été les écueils, s'il y en a eu, dans la mise en place de cette CH2O ?

Nous n'avons pas rencontré de problème particulier. En fait, Clermont avait absolument besoin de rentrer dans une communauté hospitalière pour pouvoir fonctionner en chirurgie. Ils étaient donc très partants. De notre côté, lorsque nous avons compris que, notamment sur le plan de la cancérologie, cette communauté allait nous apporter un peu plus de patients, tout le monde a bien accueilli les choses. De sorte qu'il n'y a pas eu d'écueils. Rapidement, nous avons fait en sorte que l'un des deux praticiens du service chirurgie de Clermont prenne des gardes dans notre service. Très vite, les collègues sont venus nous présenter des dossiers et ont participé à notre staff de chirurgie...

Y a-t-il tout de même des bémols ?

Non, dans la mesure où cela ne nous a pas gênés dans notre fonctionnement. Nous avons eu le souci de rédiger une charte de fonctionnement très « light » de telle sorte que ce ne soit une charge ni pour les uns ni pour les autres. En pratique, les seuls bémols que l'on pourrait mettre, c'est que l'on est obligé de travailler avec des gens que l'on n'a pas choisis et qu'il n'est pas toujours simple de se mettre d'accord.

D'où l'importance de la charte...

Oui. Car si l'on fait une charte très lourde, la situation peut rapidement devenir conflictuelle. Mais à partir du moment où l'on se place dans un domaine très pragmatique, pratique et restreint, tout va bien.

C'est donc avant tout une question de personnes ?

Oui. Et surtout une question de communication. Là, nous avons la chance d'avoir un praticien qui intervient et prend régulièrement des gardes dans le service, ce qui permet de discuter, de voir comment chacun travaille... Car, surtout en chirurgie, la façon que chacun a de travailler peut s'avérer vite

conflictuelle. Et là ça se passe plutôt bien. La communication, c'est essentiel.

Si c'était à refaire ?

Je referais de la même façon. Cela dit, je ne suis pas intimement persuadé que ces communautés hospitalières de territoire soient la bonne solution pour ces petits établissements comme Clermont. Mais à partir du moment où les autres options ne sont pas retenues, je pense que c'est la voie à adopter.

Qu'auriez-vous préconisé comme solution ?

Je pense que certains petits établissements doivent être fermés et que ces communautés procèdent d'une politique de l'entre-deux. Il y a un énorme poids politique dans ces choix-là, dans lesquels nous, praticiens, n'intervenons pas du tout. Mais à mon avis, on ménage la chèvre et le chou. Et, si c'est une réponse, je ne suis pas certain que ce soit la vraie réponse aux problèmes actuels.

Comment se sont passées les relations avec la direction de votre établissement dans la mise en place de cette CH2O ?

On s'est d'emblée mis d'accord. C'est un projet que nous avons monté ensemble. Il n'y a eu aucune scission entre la direction et les acteurs médicaux sur le sujet.

Quels conseils donneriez-vous à d'autres structures qui souhaiteraient s'inscrire dans une telle démarche ?

La première chose, c'est qu'il faut que les gens communiquent. Que les praticiens se mettent d'accord. Si l'on ne s'entend pas bien, cela ne peut pas marcher. Ensuite, si l'on veut faire fonctionner deux services éloignés, il faut établir une charte de fonctionnement qui soit à la fois très claire et pas trop contraignante. Pour notre part, nous avons envisagé de faire évoluer notre charte, de la réévaluer et de mettre d'autres objectifs mais pour le moment, nous avons choisi de partir d'une base suffisamment souple pour être acceptable. ●



Interview du Dr François MAUVAIS, chef du service de chirurgie viscérale et urologie, centre hospitalier de Beauvais

« C'était une nécessité »

Directeur du centre hospitalier de Clermont-de-l'Oise, Philippe Boucey s'est d'emblée investi dans la création de la CH2O. Reste que, comme il le souligne, cette communauté hospitalière se voit contrainte de naviguer à vue dans sa progression en attendant de connaître les dispositions de la loi Bachelot.

Pourquoi votre établissement s'est-il inscrit dans cette démarche de CH2O ?

Dans le cas présent, culturellement, il y avait un intérêt certain à la fois professionnel et personnel de ma part pour ce genre de démarche dans tout ce qui a trait aux complémentarités. Dès que Beauvais et l'ARH m'ont soumis l'idée, j'ai été réceptif. Notre établissement se trouve dans une dynamique particulière et je fais face à une double exigence : avec la CH2O d'une part et un GCS d'autre part. En effet, le dossier de reconstruction de mon établissement a été inscrit dans le cadre du plan Hôpital 2012 et je reconstruis intégralement la structure sur un terrain appartenant au domaine psychiatrique. J'étais déjà dans une première logique de GCS, car j'ai une politique de sous-traitance publique pour tout ce qui est services de logistique. Ainsi, nous sommes en train de bâtir un GCS comprenant la cuisine, le laboratoire, la pharmacie, les magasins et autres, avec l'établissement voisin, le CHI spécialisé en psychiatrie. Dans ce contexte de reconstruction Hôpital 2012, il me fallait inscrire une politique médicale et chirurgicale très affirmée dans le cadre d'une politique de territoire. Le CH de Beauvais s'est avéré en cela un partenaire volontaire. Est venue ensuite se greffer la réforme Larcher, avec la sollicitation de mettre les complémentarités en perspective dans le cadre d'une structure juridique... Tous ces facteurs ont fait que la CH2O paraissait naturelle.

Est-ce que cela est allé de soi pour les praticiens et les personnels ?

Il n'y a pas eu d'opposition particulière. En interne, nous étions déjà sensibilisés parallèlement au montage d'un GCS avec le secteur psychiatrique. Une complémentarité contractualisée affirmée et écrite avec Beauvais était indispensable. Sans compter que c'est aussi la mise en œuvre de la loi Bachelot. C'était une nécessité dans le cadre d'Hôpital 2012 et on ne pouvait répondre que favorablement.

Dans quelle mesure cette coopération était-elle une nécessité pour votre établissement ?

C'est le fil rouge de l'histoire hospitalière : le rapprochement des structures, le partage des activités...

Était-ce aussi un moyen pour vous de continuer d'exister dans un contexte de fermeture de certains centres hospitaliers de proximité ?

Ce n'est peut-être pas un moyen mais c'est sûrement une garantie. Je l'ai toujours dit : nous sommes dans un secteur démographique en pleine et régulière expansion. Si l'on regarde les chiffres, il est vrai que l'on fait moins de 2000 interventions chirurgicales par an et que l'on pourrait fermer selon ce critère exclusivement quantitatif... mais ce serait catastrophique. Notamment parce que notre service d'urgences enregistre plus de 20000 passages par an et que s'il n'y a pas un minimum de support de chirurgie et autres, c'est un problème majeur à venir quant à la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

Quel a été le processus pour parvenir à cette CH2O ?

Le dossier a été managé par Beauvais avec l'aval de l'ARH. Il y a eu un tour de table oral, avec deux réunions à Beauvais, à la Ddass, entre les acteurs concernés. Nous y avons défini les grandes lignes et à partir de là, Beauvais (qui comptait des compétences dans ce domaine au sein de son équipe de direction), nous a sorti un document juridique d'un GCS, qui a donné lieu à échanges, discussions, amendements... Tout cela s'est fait dans la progressivité et la sérénité.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Aujourd'hui, aucune. S'il y en a, je pense qu'elles sont peut-être à venir. Dans la mesure où nous ne sommes pas entrés dans le détail. Nous sommes restés sur un cadre juridique qui décrit la gouvernance mais ne va pas dans le quotidien. Par exemple, en matière de chirurgie, où nous avançons progressivement, se posent des questions comme l'utilité d'une garde commune. Ceci dit, ce qui m'intéresse aussi dans ce process, c'est que l'on avance progressivement.

Autrement dit, si la partition est écrite, reste à la mettre en musique...

Voilà. Par exemple pour la chirurgie – et plus précisément la chirurgie digestive –, nous avons mis en place une charte qui définit les grands principes de coopération. Quand je dis que les difficultés viendront peut-être demain, c'est que l'on n'est pas dans un fonctionnement de management ni dans un fonctionnement budgétaire. En effet, dans la mesure où tous les autres personnels de la CH2O sont pour l'essentiel dans des maisons de retraite ou le secteur médico-social, la question se pose de savoir comment tout cela va s'articuler, au niveau budgétaire par exemple ?



Interview de
Philippe BOUCEY,
directeur du centre hospitalier
de Clermont-de-l'Oise

Vous tendez le dos ?

Je ne tends pas le dos. Dans mon esprit, il ne s'agira pas d'affronter ni de mener des combats d'arrière-garde. C'est une difficulté réelle et il faut simplement en avoir conscience. Mais je l'ai connue déjà par ailleurs puisque j'ai participé au montage d'un GIE à Creil avec cinq partenaires. Je l'ai aussi vu avec le GCS pour l'hôpital psychiatrique. Que voulez-vous, c'est l'Europe et le nerf de la guerre, c'est le budget.

Surtout à l'heure de la T2A...

Oui, la T2A est un vrai problème par rapport à ce genre de démarche. Je pense même qu'en l'occurrence cela peut être un obstacle, notamment technique: qui paie, qui rembourse, sur quelles bases, dans quelles proportions... ?

Vos partenaires en ont-ils conscience ?

On le pressent mais on ne le dit pas pour l'instant. Et comme l'objectif est d'y arriver... on ne va pas commencer à parler des difficultés ultérieures. Sachant que la plus grande interrogation, c'est quel va être le contenu de la loi Bachelot et ses différents leviers ? Pour l'instant, on est dans une approche GCS, préfiguratrice de la CH2O. Mais si les médico-sociaux ne sont pas dans les communautés hospitalières de demain, cela va poser question ! Je crois donc qu'il va falloir maintenant que l'on s'adapte par rapport au texte législatif qui va sortir du Parlement. Tout comme je suis curieux de voir ce que vont faire certains partenaires pressentis. Comme dans le cadre de la CH2O il y a une grosse partie (en poids et en nombre) de médico-sociaux, je m'interroge sur l'attitude que va adopter le conseil général, dans la mesure où il participe au financement de ces structures.

Les élus justement, de quel œil ont-ils vu cette dynamique de CH2O ?

Pour l'instant, ils estiment que ça n'est pas trop leur problème dans la mesure où ça n'augmentera pas les budgets.

Et vous concernant, si c'était à refaire ?

Je le referais sans hésitation. C'est un processus pragmatique et progressif. Reste à voir jusqu'où cela ira...

Vous êtes aussi optimiste et volontaire qu'au début de la démarche ?

Oui, très. Mes seules inquiétudes sont ultérieures, d'ordre juridique et/ou budgétaire.

Et lorsque vous présentez votre communauté hospitalière à d'autres collègues directeurs d'établissements comme le vôtre, partagent-ils votre avis ?

Les situations varient. L'avantage que nous avons eu ici, avec Beauvais, c'est que nous n'avions pas d'histoires, ni avec un petit h ni avec un grand H: on ne se connaissait pas. Clermont était plus tourné vers le sud de

l'Oise (Creil, Senlis) quand Beauvais était tourné vers Méru. Or, comme la complémentarité ne s'est pas faite avec Méru, qui s'est tourné vers Beaumont-sur-Oise, Beauvais s'est retrouvé un moment seul en MCO et s'est donc récemment tourné vers nous. Le terrain était donc vierge, sans passé ni passif. De sorte que dès l'instant où les deux directeurs et les deux présidents de CME sont d'accord pour se mettre autour de la table et essayer de faire quelque chose ensemble, c'est un contexte plus intéressant.

Prochaine étape ?

Ce sera la validation par les instances du texte de la convention constitutive, mais toujours avec l'énorme point d'interrogation: *quid* de la loi Bachelot? Que sera-t-il possible de réaliser juridiquement et concrètement? ●

« Un moyen d'adapter au mieux le parcours de soins du patient »

Pour Charlotte Petitprez, directrice du centre hospitalier de Chaumont-en-Vexin, la CH2O a été à la fois un moyen de renforcer un partenariat préexistant entre son établissement et celui, locomotive, de Beauvais, ainsi qu'une occasion de réaffirmer l'identité du centre hospitalier de Chaumont. Le tout en optimisant la prise en charge des patients.

Qui vous a présenté le projet CH2O et comment l'avez-vous accueilli ?

C'est Frédéric Boiron, directeur de l'hôpital de Beauvais, à l'initiative de ce projet, qui m'en a parlé d'abord de façon informelle pour voir comment j'envisageais cette idée. D'emblée, j'ai trouvé cela intéressant dans la mesure où cela nous permettait d'anticiper sur des évolu-

tions législatives que l'on savait à venir depuis la publication du rapport Larcher. J'ai donc dès le départ été intéressée par ce projet.

Est-ce que pour un établissement comme le vôtre, c'était aussi un moyen de garantir la poursuite de l'activité ?

C'est sûr que participer à ce type de

communauté est une chance. D'autant que des liens naturels existent depuis de nombreuses années avec l'hôpital de Beauvais et que nous sommes bien conscients que l'on ne peut pas fonctionner sans lui. Mais, réciproquement, le CH de Beauvais a besoin de nous: notre activité est axée sur des services de soins gériatriques, cela leur permet de libérer leurs lits de court séjour plus facilement en nous adressant leurs patients âgés hospitalisés ou de trouver des lits disponibles pour ceux qu'ils accueillent aux urgences. Il y a donc un intérêt mutuel des deux structures, même s'il est sans doute plus prononcé pour notre établissement. Cela nous permet effectivement de consolider notre activité sur ce que l'on savait déjà faire et que nous continuons à faire, car nous n'avons pas de lit de chirurgie ni d'obstétrique, donc finalement pas d'activité menacée sur le site. Sans compter que cela nous permet aussi de nous positionner véritablement par rapport à la région Picardie et plus précisément par rapport au département de l'Oise, car nous sommes dans une zone limitrophe de l'Eure à l'ouest et du Val-d'Oise au sud. L'on aurait pu en effet envisager de participer à une autre communauté hospitalière, mais nous tenions à renforcer, par le biais de ce projet de CH2O, notre partenariat avec l'hôpital de Beauvais.

C'était donc à la fois un moyen de renforcer un partenariat qui préexistait et de réaffirmer votre identité. Comment cela s'est-il passé pour vous en interne ?

Pour être tout à fait honnête, il y a d'abord eu une certaine appréhension de la part des personnels de l'établissement, car on part toujours du principe que «le plus gros va manger le plus petit». Ceci dit, je pense que la façon dont le projet a été construit, comme les intentions qui ont été exprimées par Beauvais à plusieurs reprises (à savoir que l'idée n'était pas de tout centraliser sur Beauvais mais de pouvoir faire vivre des sites à proximité) et le fait que, pour ma part,

j'ai affirmé mon intention de préserver les intérêts de l'établissement, ont réconforté les équipes. Avec beaucoup de transparence, je leur ai toujours exposé l'état d'avancement dont j'avais connaissance via ma participation au groupe de travail.

Qu'en est-il de l'avenir des personnels administratifs dont on imagine qu'ils sont les plus exposés par des mesures de rationalisation dans le cadre d'un rapprochement ?

Il est vrai que les équipes administratives se sont posé beaucoup de questions: va-t-on perdre notre emploi? être déplacés sur Beauvais? Les craintes ont été exprimées ouvertement. Nous avons donc convenu qu'il n'y aurait pas de modification pour le personnel existant, sauf sur la base du volontariat. Quant au personnel à venir, les futurs recrutés pourront avoir un contrat de travail partagé sur deux structures, comme cela a pu se faire par exemple pour notre assistante sociale dans un premier temps. Le salarié devra donc accepter d'emblée des conditions de travail particulières, notamment un exercice multisite.

Pour l'instant, qu'est-ce que cette CH2O a changé en mieux et en moins bien au sein de votre établissement ?

Il faut être prudent, car pour l'instant nous sommes encore dans une phase de mise en place. Ce que cela peut changer en positif, c'est de nous permettre ici à Chaumont-en-Vexin de bénéficier de certaines compétences spécialisées mises à notre disposition par Beauvais (on ne pourrait pas se permettre de recruter en interne un informaticien, ou même un médecin spécialiste qui va venir faire des consultations avancées...). C'est un avantage indéniable. Par ailleurs, nous avons des consultations non programmées, avec des patients externes qui viennent se faire soigner en urgence à l'hôpital et pour lesquels on pourra améliorer l'organisation d'un éventuel transfert vers l'hôpital de Beauvais... Autant de thématiques où l'on a tout à gagner. Quant

aux inconvénients, pour le moment on ne les mesure pas. Mais l'on pourrait peut-être craindre une perte de souplesse dans la gestion, dans la mesure où certaines décisions que l'on pouvait prendre au niveau de l'hôpital devront désormais se prendre au niveau de la communauté hospitalière. Ceci pourrait alourdir la réactivité acquise jusqu'à présent en tant que petite structure. Mais c'est une crainte qui ne s'est pas pour l'instant vérifiée.

Pour votre part, en tant que directeur d'établissement, est-ce que vous ne craignez pas de vous retrouver vassalisée par Beauvais ?

C'est sûr que cela peut être une crainte. Maintenant, vous savez, c'est agréable aussi d'avoir une équipe avec laquelle il est possible de partager les difficultés rencontrées en tant que chef d'établissement. Parce que lorsqu'on est tout seul, on est parfois confronté à des décisions pas faciles à prendre et l'on aimerait alors connaître l'avis de collègues. Après, effectivement, l'autonomie d'exercice que je peux avoir et que j'apprécie, j'espère pouvoir la conserver. Mais on verra... Je suis plutôt confiante. J'ai la chance d'avoir des collègues à Beauvais avec lesquels je m'entends très bien. Aujourd'hui, travailler avec eux est plus un plaisir qu'une contrainte. Demain, ce sera peut-être différent. Et puis, en qualité de fonctionnaire, si je me dois de participer à une communauté hospitalière de territoire, il n'y a pas de question à se poser.

Incidences en termes de management ?

Je pars du principe que la meilleure gestion est celle qui est la plus proche des équipes. Je pense que cela a été démontré. Donc même si à terme je bascule sur un poste de directeur délégué sur le site de Chaumont



Interview de
Charlotte PETITPREZ,
directrice du centre hospitalier
de Chaumont-en-Vexin

et que j'ai toujours à m'occuper de celui-ci, concrètement il y aura peu de différence.

Et budgétairement?

Budgétairement, il y aura des questions à se poser: Une communauté hospitalière suppose une mutualisation des moyens. Jusqu'où irons-nous? La question reste ouverte aujourd'hui.

Reste donc encore à établir des règles du jeu.

Bien sûr. Sinon, on ne pourra s'engager plus avant sans règles préétablies. Mais nous devrions être bientôt fixés. Je pense que l'hôpital de Beauvais souhaite que les choses s'installent rapidement. L'ARH de Picardie est dans le même état d'esprit. Donc je pense que pour la rentrée, cela devrait être à peu près ficelé.

On a beaucoup parlé de Beauvais. Comment se passent les relations avec les autres structures qui composent la CH20?

Nous n'avons pas beaucoup de contacts avec Clermont car nous sommes assez éloignés et il y a peu de flux de populations entre nous. Nous avons en revanche plus de relations avec Crèvecœur-le-Grand et Grandvilliers car ce sont des structures qui ressemblent un peu à notre hôpital, même si elles sont plus orientées sur le long séjour. Cela dit, ces contacts restent limités. Pour l'instant, nous avons plus une relation de binôme avec l'hôpital de Beauvais, «la locomotive», qui va centraliser les éléments d'informations des autres structures avec lesquelles il travaille. Mais c'est vrai qu'il arrive fréquemment qu'un patient en maison de retraite à l'hôpital local

de Grandvilliers qui chute et se retrouve aux urgences de Beauvais se fasse hospitaliser en service de médecine chez nous à l'hôpital de Chaumont avant de regagner son lieu de vie. On a déjà des flux de patients qui se dessinent et qui à l'avenir devraient être encore mieux tracés pour adapter au mieux le parcours de soins du patient. Pour le patient, cela sera un plus. Même si cela suppose peut-être pour nous d'organiser des navettes entre les établissements pour que les familles puissent rendre visite à leurs proches car la réorganisation de l'offre de soins risque de démultiplier les kilomètres pour elles. Mais cette coopération permet vraiment au patient d'être affecté dans la structure la plus adéquate et appropriée à son état de santé. ●

Interview

Manager à l'hôpital... et ailleurs

Jérôme Antonini, directeur de l'autonomie et de la santé à la Croix-Rouge française, après avoir occupé les fonctions de responsable du pôle sanitaire et médico-social de la Fehap répond aux questions de Jean-Philippe Gaussens, directeur général de la MNH, responsable du réseau des DH détachés, en disponibilité et mis à disposition pour l'ADH.



Peux-tu nous présenter le cadre actuel de ton activité et nous préciser par quel cheminement tu as été amené à y exercer?

*L'intervieweur
Jean-Philippe GAUSSENS
Directeur général
de la MNH
responsable du réseau
des DH détachés, en disponibilité
et mis à disposition pour l'ADH*

J'ai entamé mon parcours professionnel à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, d'abord en établissement, puis au siège, à la direction de la politique médicale, où j'étais en charge du personnel médical. Je m'y suis beaucoup plu et y ai rencontré de nombreuses personnalités brillantes, mais après presque cinq ans, j'ai éprouvé le besoin de respirer un nouvel air. J'aspirais donc à découvrir un nouvel environnement qui rompe avec le fonctionnement de grosses structures et nourrisse l'intérêt que je portais au secteur PSPH.

Celui-ci poursuit les mêmes missions d'intérêt général que l'hôpital public mais avec des modes de gestion et une organisation de la gouvernance différents. L'opportunité d'intégrer la Fehap s'est présentée et je l'ai saisie. L'AP-HP était à l'époque dirigée par Rosemarie Van Lerberghe. Indépendamment de toute appréciation de la politique de l'AP à l'époque, la percussive entre la culture publique et des approches nourries de l'expérience du secteur privé avait au moins le mérite de montrer que ce qui paraissait immuable

ou aller de soi ne l'était pas forcément. L'idée d'aller voir de l'autre « côté du miroir » en a été confortée. De ce point de vue, l'exercice au sein d'une fédération telle que la Fehap constitue un magnifique point d'observation, compte tenu de la diversité de ses adhérents. Après trois ans d'une fonction essentiellement de conseil et d'appui aux établissements et d'avocat de leurs intérêts, j'ai souhaité retourner aux travaux pratiques, tout en restant dans le secteur associatif. Rejoindre la Croix-Rouge française, que tout le monde connaît mais pas nécessairement en ce qu'elle est la première association gestionnaire d'établissements sanitaires et médico-sociaux française, a été à la fois un grand honneur et une grande chance. En quelques chiffres, la Croix-Rouge française regroupe dans le champ de la santé et de l'autonomie 220 établissements et services, emploie près de 11 000 salariés pour un budget de l'ordre de 550 millions d'euros. Renforcer la cohérence de cet ensemble, contribuer à faire émerger une identité de groupe, assurer le pilotage d'une telle « collection », forgée par l'histoire, née le plus souvent d'initiatives locales est un beau défi. L'un des enjeux est de transformer en atout, ce qui peut apparaître comme une faiblesse, celui de réunir un ensemble extrêmement hétérogène de structures couvrant à peu près tout le champ de la protection sociale, des hôpitaux aux maisons de retraite, des établissements pour personnes handicapées aux structures d'aide ou de soins à domicile, sans oublier les centres de santé ou autres dispositifs d'accès aux soins pour les publics en grande difficulté. À la veille de la mise en place des agences régionales de santé, le pari fait est que ce portefeuille d'activité extrêmement étendu permet à la Croix-Rouge française de concevoir des réponses globales centrées sur les besoins des personnes au-delà des clivages traditionnels entre le sanitaire et le social.

En synthèse, l'arrivée dans le secteur sanitaire et social non lucratif, puis associatif constitue-t-il pour toi une rupture ou une variante dans ton métier de dirigeant hospitalier ?

Les fonctions que j'occupais à la Fehap ne se situaient déjà plus exactement dans le cœur de métier du DH, par mon implication dans une démarche « lobbyiste », au service des intérêts des parties que l'on représente. Mais je les ai exercées en m'appuyant sur mes connaissances du terrain hospitalier, ce qui m'a permis, je l'espère, de mieux traduire les difficultés des acteurs des établissements. Plus globalement, la formalisation d'une politique et l'animation d'un réseau relèvent complètement des aptitudes des directeurs d'hôpital. Mais il ne s'agissait pas d'une fonction de « décideur », pour répondre précisément à ta question, j'ai surtout proposé et essayé de convaincre. Concernant les différences de modes de fonctionnement que chacun peut appréhender, ce fut la surprise: l'idée que la gestion dans le privé est plus souple mérite d'être relativisée! La gestion sociale est en effet bien plus formaliste et complexe qu'à l'hôpital public sur de nombreux points. La gouvernance associative, même si elle est moins figée par des textes législatifs ou réglementaires, n'est pas toujours simple. La différence fondamentale est en réalité que toute structure privée, y compris associative, se sait mortelle si elle s'abonne au déficit. Il n'y a pas de débat sur la nécessité d'atteindre l'équilibre économique, ce qui impacte fortement les rapports avec les salariés et la façon de conduire les structures.

Quant à mon expérience à la Croix-Rouge, elle est très proche au quotidien des missions d'un dirigeant hospitalier. Comprendre son environnement, définir une stratégie, adapter son déploiement, l'impulser et faire adhérer les acteurs, identifier des axes de développement, c'est le pain quotidien des dirigeants d'hôpital.

En revanche, le contexte diffère: le champ associatif et la mission caritative, qui plus est,

dans le cas de la Croix-Rouge, à dimension internationale, en font une expérience singulière. Au niveau de la gestion des établissements, l'enjeu est que chaque acteur de terrain agisse en ambassadeur d'un emblème auquel les Français apportent leur confiance, ce qui nous oblige. Au-delà de l'image sociale et humaine très forte de la Croix-Rouge française, nous devons articuler un message de rigueur, d'exigence en termes de qualité, en un mot de savoir-faire. À cet égard, nous ne sommes pas éloignés du modèle anglo-saxon de « social business » qui conjugue utilité sociale et réel professionnalisme. C'est probablement autour de ce type de notion et par sa capacité à inventer des réponses aux nouveaux besoins sociaux que le champ associatif dans le domaine de santé pourra se réinventer et trouver sa légitimité au XXI^e siècle. Le modèle caritatif du début du siècle dernier, en un temps où la sécurité sociale n'existait pas et où le secteur commercial n'avait pas identifié de marché solvable, ne suffit plus pour fonder l'action même si le « devoir d'humanité » reste au cœur du projet d'une association comme la Croix-Rouge.

Comment expliques-tu (en dehors de ton mérite personnel!) que les décideurs de ton recrutement aient porté leur choix sur un directeur d'hôpital public ?

Je ne suis pas le mieux placé pour répondre! Je pense toutefois que le fait d'être Directeur



L'interviewé
Jérôme ANTONINI
Directeur de l'autonomie
et de la santé,
Croix-Rouge française

d'hôpital a constitué en atout, pour des raisons qui peuvent paraître paradoxales par rapport aux positions souvent entendues dans ce débat au sein de notre profession sur la « spécialisation ». On ne manque pas dans le secteur privé hospitalier d'excellents spécialistes des RH, des finances ou encore de la communication. Mais les profils dotés d'une vision stratégique, d'une compréhension de la complexité du fonctionnement hospitalier, d'une culture professionnelle incluant les différents domaines de la gestion, de l'habitude de la réflexion collégiale sont plus rares. Nous n'en détenons pas le monopole, mais comptons parmi les hommes et femmes de synthèse utiles à ces postes de management. Au-delà de mon cas à la Fehap, beaucoup de DH sont par ailleurs séduits par le milieu des PSPH, environnement complexe qui marie plusieurs cultures professionnelles, et où les responsables hospitaliers trouvent leurs marques. Enfin, ce n'est pas un hasard si les actuels directeurs généraux des fédérations du secteur privé commercial ou associatif

(FHP, Fehap, FNLCC...) sont tous issus de l'ex-ENSP... Les directeurs d'hôpital disposent en effet d'une formation généraliste qui les dote d'une vision large des problématiques de gestion et d'une capacité à définir des stratégies. L'expérience hospitalière des directeurs garantit également à de potentiels employeurs l'habitude du dialogue avec les pouvoirs publics.

Le rapport avec la hiérarchie et, le cas échéant, les pouvoirs publics en général, te semble-t-il différent ?

La Croix-Rouge française a, dans ses rapports avec les pouvoirs publics, une situation un peu particulière au sein du secteur associatif en raison de sa fonction « d'auxiliaire des pouvoirs publics » pour certaines de ses missions. Plusieurs représentants de l'État siègent, d'ailleurs, à son conseil d'administration. Toutefois, si les rapports avec les autorités de tarification et de contrôle sont généralement très bons, les relations avec les pouvoirs publics ne sont pas identiques à celles entretenues avec les hôpitaux publics. Par exemple, même si nous sommes proches par les missions ou le mode de financement du secteur public, les acteurs non lucratifs considèrent ne pas être sous la tutelle des pouvoirs publics. Ce positionnement intermédiaire entre le « privé » et le « public », ajouté à une certaine méconnaissance des contraintes propres à la gestion privée, rend parfois le dialogue plus compliqué.

En ce qui concerne les relations hiérarchiques, les lignes managériales sont généralement plus claires dans le secteur non lucratif. Par exemple, et cela ne fait pas véritablement débat, c'est le directeur de la structure qui recrute et a autorité sur les praticiens, ce qui n'empêche pas, et ce depuis fort longtemps, que des médecins soient membres des équipes de direction, voire dirigent des établissements. Le point le plus délicat dans la gouvernance associative est l'équilibre qui s'instaure entre une direction générale, un conseil d'administration et sa présidence, qui portent la légitimité de

l'action. Cette dimension est particulièrement importante dans une institution comme la Croix-Rouge française, présente sur tout le territoire et qui compte près de 50000 bénévoles. Constat apparemment paradoxal pour des hospitaliers publics : c'est bien parce qu'il y a un vrai patron dans les structures associatives, qui n'est pas le directeur mais le président du conseil d'administration, que le management, nommé par lui, dispose généralement d'une grande latitude d'action.

Envisages-tu un retour en exercice à l'hôpital public ?

À 39 ans et au regard des années passionnantes que j'y ai passées, l'option contraire serait imprudente ! Mais pour le moment, j'ai l'impression d'avoir encore beaucoup à faire et à apprendre là où je suis. Par ailleurs, je suis frappé par le désenchantement de beaucoup de mes collègues hospitaliers publics. Il faut parfois beaucoup d'énergie et de constance pour faire bouger les choses. Il faut espérer que les réformes en cours permettront à l'hôpital public de devenir plus agile. Pourtant la toumure de certains débats faisant resurgir la sempiternelle opposition entre légitimité gestionnaire et médicale est inquiétante. Vu de l'extérieur, ce « retour du refoulé » est dommageable alors que dans la réalité, on sait que les rapports entre les directions hospitalières et les communautés médicales se passent bien dans l'immense majorité des cas. Enfin la question du retour à l'hôpital interroge aussi le lien qu'entretient le corps avec sa « diaspora ». Si l'obligation de mobilité favorise l'essaimage, je n'ai pas l'impression qu'il existe à ce jour une politique très active du Centre national de gestion en direction des DH détachés ou en disponibilité.

Dans ta situation, que t'apporte le lien maintenu avec l'ADH ? Par quels vecteurs d'information restes-tu en contact avec le métier de directeur d'hôpital ?

Être à l'écoute de son environnement est l'une des composantes du métier de direc-

Promotion

35^e promotion (1993-1995)

Formation

Licence en droit, IEP Paris

Établissements et fonctions

Directeur adjoint à l'hôpital Albert-Chenevier (AP-HP, Créteil), services économiques et financiers puis ressources humaines (1997-2001).

Adjoint puis chef du département du personnel médical de l'AP-HP (2001-2006).

Coordonnateur du pôle sanitaire et médico-social de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'aide à la personne (Fehap) (2006-2008).

Directeur de la santé et de l'autonomie, Croix-Rouge française (depuis novembre 2008).

lecture

teur, ce qui implique de rencontrer les collègues, de se pencher sur les réflexions et débats professionnels en cours, de se rendre aux colloques qui les mettent en exergue et l'Association remplit ce rôle. Ménager ces « aérations mentales » relève d'une forme d'hygiène nécessaire pour tout dirigeant. La dimension humaine du réseau associatif est également très importante; j'ai conservé des liens avec des collègues, en poste à l'hôpital ou également en détachement, avec qui nous entretenons ou partageons nos expériences, perceptions et attentes. Ces rencontres sont d'autant plus précieuses que les occasions de rencontrer les collègues DH se font plus rares.

Quel message t'inspire ton expérience actuelle au profit de tes collègues managers hospitaliers en activité publique ?

Que le monde est vaste ! C'est une vraie leçon. Lorsque j'étais hospitalier, j'avais du mal à me projeter dans d'autres parcours que celui d'un directeur adjoint d'un petit, puis gros établissement, pour ensuite briguer une petite puis moyenne chefferie avant de rêver au Graal du grand centre hospitalier, à quelques années de la retraite. Les rails étaient connus, et la seule question à se poser : vais-je les défilier à la vitesse d'un TGV ou d'une vieille motrice ? Le pas de côté du détachement révèle la diversité des parcours possibles. Pensons seulement, au-delà des compétences utiles que nous pouvons apporter aux champs non lucratifs ou commerciaux, que la santé représente plus de 10 % du PIB national ! Nos savoir-faire peuvent donc être valorisés dans des univers très variés. Si j'avais un message à passer, il serait emprunt d'optimisme compte tenu des continents à défricher, avec une pensée particulière pour le secteur médico-social, souvent méconnu par les collègues et qui est à l'aube d'évolutions profondes, similaires à celles qu'a connu le monde hospitalier au cours des dix dernières années. ●



La gestion de pôle à l'hôpital Vade-mecum

Dominique Peljak

Les pôles d'activité sont désormais une réalité incontournable du fonctionnement des établissements publics de santé. Pour autant, les responsables de pôle n'ont pas toujours toutes les clés en main pour assurer la gestion de la structure dont ils ont la charge. Quelles sont les modalités d'élection des membres du conseil de pôle ? Comment évoluent les missions des cadres supérieurs de santé ? Comment procéder à une contractualisation des objectifs et des moyens avec l'établissement ? Quelles sont les possibilités en matière d'intéressement ? Comment lire un compte de résultat de pôle ? Qu'est-ce qu'un tableau coût casemix de pôle ? Répondant à ces interrogations autour de grands thèmes transversaux, cet ouvrage pourra être consulté chaque fois que vous souhaitez connaître les éléments essentiels de la gestion d'un pôle à l'hôpital. Rédigé dans un style clair et précis, il constitue ainsi un guide indispensable aux responsables médicaux de pôle, aux cadres de santé et aux référents administratifs ou assistants de gestion de pôle, mais également aux équipes de direction qui y trouveront une ressource rapide répondant à leurs préoccupations en la matière. Enfin, en offrant des illustrations pratiques (tableau de délégation de gestion en matière de ressources humaines non médicales, contrat de pôle...), il est incontournable pour toutes celles et tous ceux qui souhaitent mieux connaître le nouveau mode de pilotage de l'hôpital.

Les Études hospitalières
Collection Essentiels
Novembre 2008 - 240 pages - 20 euros



La réforme des tutelles

Laurent Delprat

La loi n°2007-308, du 5 mars 2007, portant réforme de la protection juridique des majeurs, est venue profondément modifier la mise en œuvre des mesures de protection juridique : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle... Tout en réaffirmant les principes fondateurs de la loi de 1968 : subsidiarité, nécessité, proportionnalité, elle vient y consacrer les droits de la personnalité, élargissant ainsi la mesure de protection à la personne même du majeur. Elle a enfin institué de nouvelles modalités de protections juridiques, telles que la mesure d'accompagnement personnalisé, la mesure d'assistance judiciaire ou encore les mandats de protection future. Cet ouvrage vise à présenter les principaux apports et modifications apportés par la loi du 5 mars 2007 à toutes les personnes en charge d'une mesure de protection, qu'ils soient particuliers ou mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

Les Études hospitalières
Collection Essentiels
Avril 2009 - 128 pages - 16 euros

from vision to results



**Un savoir faire Santé pour vous accompagner
dans la réussite de vos projets de transformation**

efficience des structures

développement de l'offre de soins

refonte de l'organisation et des processus métiers

performance de la logistique et des flux

programmation hospitalière

ICME est un cabinet de conseil indépendant, de présence et de philosophie européennes, spécialisé en Business Excellence. Nous aidons les directions générales et le management à transformer leur vision en résultats opérationnels.

Paris – Berlin – Milan – Munich – Vienne – Zurich
www.icme.com

154 boulevard Haussmann 75008 Paris – 01 53 93 70 80

Rafik BOUDAUD (rafik.boudaoud@icme.com) - Stéphane RICQUIER (stephane.ricquier@icme.com)