

Rapport à la demande de madame Roseline Bachelot Narquin
Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière
et le poste de président du directoire

par Guy Vallancien

Professeur d'urologie à l'université Paris Descartes

Président du Cercle Santé Société

Remis le 10 juillet 2008

Plan

<i>Lettre de mission</i>	3
<i>Résumé</i>	4
<i>L'état des lieux</i>	6
<i>Les vraies questions</i>	8
<i>Le sens des mots</i>	15
<i>La société à directoire à l'hôpital</i>	16
<i>Les choix stratégiques</i>	17
<i>L'Agence Régionale de Santé</i>	18
<i>Le conseil de surveillance</i>	19
<i>Le directoire</i>	21
<i>Les autres instances</i>	24
<i>L'université : enseignement et recherche</i>	28
<i>Le président du directoire</i>	31
<i>Conclusion générale</i>	35
<i>Personnes auditionnées</i>	39



Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

La Ministre

Paris, le 05 JUN 2008

YB/DD/Me-D-06-6159

Monsieur le Professeur, *cher guy,*

Dans le cadre des réflexions menées sur la gouvernance à l'hôpital, en préparation de la loi « Santé, patients, territoires », je souhaite vous confier une mission sur le rôle des instances hospitalières.

Vous analyserez précisément la place et le rôle du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement, notamment dans un projet de communauté hospitalière de territoire.

Je vous saurais également gré de définir la fiche de poste du président du directoire et de proposer une participation efficace au directoire des responsables de l'enseignement et de ceux de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires.

Enfin, vous étudierez le profil du chef d'établissement dans la nouvelle organisation envisagée.

Je souhaite que vous me remettiez vos propositions pour le 15 juillet prochain.

Je vous prie d'agréer, monsieur le professeur, l'expression de mes salutations distinguées *et amicales.*


Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Professeur Guy VALLANCIEN
Chef de service
Institut mutualiste Montsouris
42, boulevard Jourdan
75014 Paris

14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP, téléphone : 01 40 56 6000
www.sante.gouv.fr

Résumé

En 2008, l'hôpital est administré, mais il n'est toujours pas gouverné. Or une bonne gouvernance de l'hôpital implique la liberté de décision et d'action de ses dirigeants, dans le cadre d'une politique de santé clairement définie. Le mode d'organisation interne actuel des établissements de soins publics avec ses 23 instances, ses 183 métiers, ses 43 familles de règlements sécuritaires, l'immobilité des statuts des personnels et l'absence criante d'une comptabilité analytique précise ne favorise pas la dynamique qu'exige une stratégie de développement.

L'hôpital vit plus sur la notion de métier avec tous les cloisonnements qu'une telle division génère que sur la notion d'entreprise où les employés travaillent à un même projet.

Pour mobiliser les acteurs et améliorer la production de soins, cœur du métier de l'hôpital, tant dans son volume que dans sa qualité, il a été proposé par Mr. Gerard Larcher et la commission qu'il a présidée à la demande du Président de la République, la création d'un conseil de surveillance et d'un directoire, ainsi que celle d'une communauté hospitalière de territoire dans le but de faire travailler ensemble les établissements de soins. Nous avons suivi les grandes préconisations de ce rapport qui ouvrent des perspectives innovantes en tentant de préciser les règles d'un management efficace.

L'objectif: faire vivre les instances clefs d'une gouvernance moderne de la communauté hospitalière de territoire avec en seule ligne de mire l'amélioration permanente des soins offerts aux malades et blessés qui s'y adressent.

L'organigramme:

1. Une Agence Régionale de santé définit les grandes priorités sanitaires régionales
2. Un comité exécutif nomme les membres du Conseil de Surveillance (CS). Il serait aussi possible de créer une nouvelle instance, « **l'assemblée des représentants des citoyens** » composée d'élus, de membres du personnel des établissements, du Conseil Economique et Social régional, de personnalités qualifiées du monde de l'économie, des organismes financeurs et des usagers des associations agréés qui éliraient les membres du CS.
3. **Le Conseil de Surveillance** comprend un maximum de 12 membres pour une durée de 4 ans. Il est composé de 2 élus du territoire de santé, de 2 personnels des établissements de soins, dont le président de la Commission Médicale des Etablissements du territoire (le doyen pour un CHU est membre *ex officio*) d'un représentant des personnels non médicaux, de 2 administrateurs des établissements, d'un membre de la caisse d'assurance maladie, de 2 personnalités qualifiées et d'un représentant des usagers. Son président est élu parmi ses membres sans exclusive.
4. **Le CS nomme le président du Directoire** qui compose son équipe de dirigeants. Le directoire, formé de 5 à 7 membres se compose de deux directeurs dont le président et de 3 médecins dont un directeur médical, proposés par la Commission Médicale des Etablissements du territoire et de deux médecins d'hôpitaux différents. La liste est validée par le CS. Toute personne ayant un mandat électif ne peut faire partie du Directoire sauf à démissionner de sa fonction représentative. Le directoire siège en dehors des hôpitaux de la communauté.
5. Le directoire impulsera la politique de la communauté hospitalière et évaluera les résultats des actions engagées
6. Il aura autorité sur la totalité des personnels de la communauté d'établissements, administrateurs et médecins y compris.

7. Des audits seront réalisés par des commissaires aux comptes indépendants des établissements.
8. Le CS validera le projet du directoire et contrôlera ses comptes. Il peut le dissoudre à tout moment
9. Le Directoire s'appuiera sur les conseils exécutifs qui resteront en place dans chaque établissement. Le conseil d'administration de chaque établissement disparaît.
10. Les conseils exécutifs réunis en un Comité Exécutif des établissements (CCE) et la Commission Médicale des Etablissements (CME) qui regrouperait les présidents des Comité Consultatifs Médicaux (CCM) de chaque hôpital, travailleront en permanence avec le directoire.
11. La Commission Médicale des Etablissements hospitaliers du territoire aura en charge le projet médical, la qualité de soins et l'éthique de production. Elle pourrait devenir un Conseil Scientifique et Médical.
12. Le Directoire évaluera sur la base d'indicateurs reconnus par tous et facilement analysables la production de soins des établissements. Pour ce faire il engagera les fonds nécessaires pour équiper sans délai les établissements en moyens informatiques suffisants.
13. De nouveaux statuts des personnels médicaux seront proposés, basés sur la notion de « contrat global d'exercice » valables sur le territoire de la communauté hospitalière dont une partie sera rémunérée à l'activité et à sa qualité. Un plan de carrière évolutif sera négocié par contrat tous les 3 ans entre le médecin hospitalier et sa direction.
14. La création d'un Comité d'Entreprise (CE) des établissements de la communauté hospitalière est fortement encouragée.
15. Le statut d'hôpital privé à but non lucratif affilié au secteur public pour exercer les missions d'intérêt général sur le territoire de santé et la création d'un Réseau Hospitalier de France (RHF) qui deviendrait propriétaire des immeubles hospitaliers sont des propositions à analyser sans parti pris.

C'est une nouvelle culture managériale qu'il faut impulser dans les hôpitaux, basée sur une gouvernance près du terrain, réactive et juste afin de réaliser des objectifs clairement définis dans un partage des tâches harmonieux ou chaque établissement à sa place.

L'organigramme sus décrit allie la souplesse d'action pour chaque établissement dont l'organisation sera rendue libre par un règlement intérieur propre tenant compte de sa culture, sa dimension et ses missions de service public, à la cohésion dans l'action des différentes filiales hospitalières signataires du projet. Il n'y aura pas, dans cette nouvelle gouvernance de petits et de gros établissements qui font tous les mêmes prestations, mais une spécialisation de chacun d'entre eux dans des missions répertoriées et évaluées.

Des communautés hospitalières de 4 à 10 établissements représentant entre 7000 et 20.000 employés pour des bassins de population de 200.000 à 400.000 habitants représenteront une unité opérationnelle adéquate répartie en filiales de tailles différentes aux fonctions diverses.

L'université contractualisera avec le directoire pour les missions d'enseignement et de recherche qui intéresseront tous les hôpitaux de la communauté. Elle n'interviendra pas directement dans la gouvernance hospitalière dont elle n'a pas la compétence.

Il faudra fortement encourager ceux qui proposeront des communautés hospitalières de territoire répondant aux besoins de la population par des aides financières temporaires incitatives. L'exemplarité attirera les autres si le succès est au rendez vous.

L'état des lieux

Jour après jour, nombre d'établissements de soins publics s'enfoncent dans le marasme et le déficit financier alourdi, que ne masquent ni les succès de certaines équipes médicales phares, ni le budget à l'équilibre des hôpitaux qui surnagent. Le rapport de juin 2008 des sénateurs Vasselle et Cazeaux en dit long sur les errements du pilotage financier et sur les carences de management des personnels hospitaliers. La lenteur et la faiblesse d'une administration coincée dans un carcan réglementaire inutilement contraignant, des directeurs mal préparés au management, l'immobilisme et le caractère revendicateur de certaines catégories de praticiens qui défendent plus leur statut que le service public, le comportement étrange d'élus qui s'arquent au maintien de services de haute technicité dans des établissements de proximité, soutenus bruyamment par des comités de défense jusqu'au-boutistes, toutes ces pesanteurs accumulées participent très largement à l'état financier parfois dramatique dans lequel les hôpitaux sont plongés ! L'hôpital représente 44% de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Vingt cinq hôpitaux dont 15 Centres hospitalo universitaires représentent la moitié d'un déficit qui varie de 700 à 800 millions d'euros selon les estimations.

La tarification à l'activité (T2A) a révélé la sous productivité globale du service public hospitalier que ne peuvent masquer les excuses de la prise en charge de toute la misère de France. En voulant tout faire, et partout, l'hôpital souffre de la dispersion de ses actions. Sa gouvernance s'embourbe dans une triarchie administrative, médicale et infirmière paralysante, à laquelle s'ajoutent les interventions et pressions extérieures diverses qui ne facilitent pas le développement d'un management serein uniquement axé sur la prise en charge des malades et des blessés. La production de soins n'est pas organisée selon des procédures d'efficacité. Les personnels courent dans tous les sens pendant que de multiples réunions souvent inutiles grèvent le temps consacré aux malades. L'hôpital est bien malade de sa propre désorganisation et de l'absence d'incitation à agir de ses acteurs figés dans des statuts d'un autre âge.

On ne saurait concevoir un pays à la tradition de solidarité ancrée au plus profond de ses valeurs républicaines, sans offre de soins publique.

L'hôpital doit donc vivre, et non pas simplement survivre. Pour ce faire, seule une révision profonde des modes de gouvernance basée sur le contrat et l'autorité réelle de ses dirigeants, plus que sur le règlement et les aides de l'état, facilitera le passage d'une culture administrative à une culture de management qui réponde aux enjeux d'une politique de santé publique efficiente. Mais dès lors que l'on touche au mode de gouvernance, c'est toute la fonction publique hospitalière qui risque d'être remise en cause : Comment, en effet, pourrait on conduire une politique hospitalière efficace sans revoir le nombre et le rôle des dirigeants qui gèrent les établissements de soins publics ainsi que les statuts des personnels, notamment médicaux ?

Au travers des mots « conseil de surveillance et directoire », il existe une réalité managériale dont on ne peut s'abstraire. Les divers responsables qui s'affairent dans et autour de l'hôpital n'ont pas les mêmes intérêts et les faire travailler ensemble relève de l'exploit que seule une gouvernance affirmée dans son autorité aura des chances de réaliser. La France reste le pays des villages et des vallées. Les petits craignent toujours l'emprise des plus grands. L'hôpital ne s'en sortira qu'à la condition expresse d'une révision de ses mauvaises habitudes, à savoir : cesser de ne regarder qu'à sa porte, jaloux des autres et peu partageux, pour enfin penser son action en terme de marché organisé avec d'autres établissements de soins privés comme publics dans une dynamique sous-tendue par la qualité de soins offerts aux malades. Pour réussir ce pari d'une rénovation des modes de production sanitaire, il importe de penser une gouvernance proche du terrain, libérée des corporatismes divers qui minent l'hôpital d'aujourd'hui et dont les principes

ne puissent être dévoyés, comme l'ont été les ordonnances Juppé de 1996 et le plan Hôpital 2007 lancé par JF Mattei.

Les modes traditionnels de gouvernance ne répondent pas au challenge auquel sont confrontés les établissements de soins publics. Une production globalement stagnante voire en baisse, des démissions de plus en plus fréquentes de praticiens dans certaines spécialités comme la chirurgie, l'anesthésie réanimation, la cardiologie et la radiologie, tous les clignotants s'allument en rouge, alors que les responsables demandent toujours plus de moyens financiers sans toucher sérieusement à l'organisation interne des établissements qui dégageraient des marges de productivité notables.

Il est vrai que la composition actuelle et le rôle du Conseil d'administration (CA) ne permettent pas de tirer l'hôpital vers le haut. La répartition par tiers : représentants des collectivités locales, personnels et personnalités qualifiées et usagers est réductrice laissant de côté nombre de forces vives entrepreneuriales qui font vivre les régions et seraient prêtes à agir ou conseiller pourvu qu'elles ne perdent pas leur temps dans des réunions ou aucune décision importante n'est prise. Les prérogatives nouvelles du CA (article L 6143-1 et L 6143-3 du code de santé publique) ne lui permettent pas d'agir en véritable stratège et contrôleur. Malgré la création des Conseils Exécutifs (article L 6143-6-1) qui comprennent des administrateurs et des médecins, les pouvoirs de management restent éparpillés et les acteurs se suspectent souvent plus qu'ils ne s'aident. Pour peu qu'un président de CME travaille en parfaite osmose avec le directeur, on l'accuse de trahir son camp ! Et les directeurs sont régulièrement la cible des praticiens hospitaliers jaloux de leur indépendance jusqu'à en oublier qu'ils sont payés par l'établissement qui les emploie.

Les nominations par le Ministre qu'il s'agisse des directeurs ou des médecins du moindre établissement ne favorisent pas la cohésion des équipes au service des malades.

La gestion trop centralisée de l'organisation des soins et une comptabilité publique obsolète et tatillonne ralentissent les prises de décisions.

In fine, la gouvernance hospitalière reste bloquée sur une pierre, les pieds mouillés au milieu du gué, incapable de choisir entre les habitudes administratives protectrices et le vrai risque managérial.

A partir de la volonté présidentielle de promouvoir un seul patron à la tête de l'hôpital, et s'inspirant des excellentes recommandations du rapport Larcher sur les missions de l'hôpital et la mise en place des communautés hospitalières de territoires, madame Roseline Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a souhaité dans une lettre de mission que l'on puisse réfléchir plus en détail à l'émergence d'une gouvernance renouvelée de nos hôpitaux.. Mais à quel modèle de management faut-il se référer ? Est-il possible d'entrevoir l'organisation de l'hôpital sur la base d'un modèle industriel visant à optimiser la qualité du service rendu aux malades et blessés au meilleur prix ? Et pour ce faire, sommes-nous capables de répondre aux trois questions clefs qui se posent à toute entreprise, quelque soit son statut public ou privé :

1° Quel est mon cœur de métier ?

2° Suis-je une entreprise différente des autres ?

3° Comment puis-je établir une gouvernance qui respecte les personnels tout en les mobilisant dans une dynamique de production améliorée ?

Les vraies questions

- **le coeur du métier de l'hôpital**

La vision charitable de l'hospice qui accueille toute la misère du monde quelle que soit l'heure, le jour ou la nuit ne correspond plus aux impératifs de qualité et de sécurité des soins. L'hôpital dans sa version de premier recours jusqu'à la recherche scientifique la plus pointue en un même lieu est un rêve généreux, songe malheureusement irréaliste car aucun n'a le savoir ni la gestion adéquates pour tout faire. Assurer à deux heures du matin une greffe de cœur dans un bloc opératoire ultrasophistiqué au 2^o étage tout en accueillant du rez-de-chaussée le clochard qui vient chaque semaine frapper à la porte des urgences pour se remonter le moral n'est plus acceptable. On ne gère pas en même temps, dans le même espace ni de la même manière un terminal d'aéroport comme Roissy 2 F et un Resto du Cœur. Ces deux tâches l'une de soins et l'autre d'accueil sont aussi nobles, mais réclament des locaux et des personnels adaptés sans forcément les regrouper au même endroit, car les investissements humains et matériels sont différents. Dans le premier cas on rentre dans un univers hautement technique, dans l'autre il faut avant tout une présence humaine à l'écoute lente et généreuse.

Dans l'univers complexe de nos sociétés avancées, un établissement de soins généraliste est condamné à la médiocrité et au déficit et ce sont les plus pauvres et les plus vieux qui, hospitalisés dans certains hôpitaux publics sans qualité, en payent le prix fort.

Tout hôpital doit se spécialiser, y compris les établissements de proximité.

Les filières de soins ne sont pas pensées en terme d'efficacité. On redemande toujours plus de personnels, de matériels et de locaux, pour aboutir en fin de compte à une pénurie générale de moyens mal ressentie. Nous n'analysons pas nos méthodes de prise en charge des malades avec un œil d'expert en organisation des procédures, cherchant en permanence le bien fondé de chaque action entreprise, pour l'intégrer dans une chaîne de production de soins harmonisée. Nos comportements restent vibronnants. Les personnels soignants sont généralement remarquablement dévoués, mais ils travaillent dans le désordre et la précipitation qui génèrent un surcroît de stress et de solitude. Leur bienveillance sauve l'hôpital, mais jusqu'à quand ?

Les directeurs n'ont pas toujours compris ce que la tarification à l'activité changeait pour leur établissement et le défaut criant de retours d'informations sur la production de soins en dit long sur le chemin à parcourir. Combien d'hôpitaux ont-ils développé une comptabilité analytique précise qui les aide dans la gestion au quotidien ? Combien savent calculer ce que leur coûte réellement une heure d'occupation de salle d'opération ? Combien peuvent comparer leur prix dans une démarche de benchmark intelligente ? Combien enfin, connaissent ils réellement leurs parts de marché ?

Le corps médical hospitalier quand à lui, se divise entre les médecins qui travaillent parfois d'arrache pied, ceux qui font leurs heures sans plus s'investir et ceux qui se servent de la fonction publique pour couler des jours heureux aux frais des assurés sociaux tout en faisant des vacances dans les cliniques privées pour améliorer leurs revenus !

La gestion des hommes n'incite pas à une réelle promotion par la qualité du travail

Pour palier à ces dérives graves, l'hôpital doit se ressaisir et vite. C'est à partir de la définition précise de leurs tâches et missions et d'une évaluation objective donc chiffrée sans concession de leurs résultats que les établissements de soins publics trouveront les moyens de leur pérennité au service de la population.

Le coeur du métier de l'hôpital est le soin.

On vient à l'hôpital pour être **soigné par des médecins** que l'on espère compétents, accessibles et dévoués. Les équipes soignantes, administratives, logistiques et techniques participent à cette action, mais on ne vient pas à l'hôpital pour être pris en charge par un administrateur ou une infirmière. Comment les hôpitaux publics cesseront-ils de perdre des parts de marché (68% de la chirurgie est effectuée en dehors des établissements publics), si ce n'est en rationalisant leur production centrée sur le soin ?

La prévention et l'éducation en santé relèvent d'autres structures sanitaires adaptées à ces fonctions particulières, qui peuvent être moyennes des unités de soins mais devraient fonctionner avec des budgets spécifiques. Le mélange actuel des genres est source de dispersion et d'opacité.

Si l'hôpital a vocation à soigner les malades, et non pas à servir de variable d'ajustement au chômage ou à l'aménagement du territoire, à quel type de gouvernance faut-il faire appel pour optimiser une production de soins coordonnée entre établissements ? La notion de « communauté hospitalière de territoire » retenue par la commission Larcher implique une hiérarchisation et une étroite coopération entre établissements. Cette organisation nouvelle devrait faire disparaître la concurrence néfaste entre établissements publics qui, dans une vision réductrice de leurs missions, cherchent tous à faire la même chose, sans mutualisation des hommes ni des moyens logistiques. Le petit hôpital veut jouer dans la cour des grands sans en avoir les capacités, et le CHU veut jalousement garder une production de proximité sous prétexte de formation des jeunes médecins !

Le partenariat public-privé avec les cliniques et l'hospitalisation à domicile (HAD) reste trop timide, engagé du bout des lèvres comme dernier recours avant le dépôt de bilan.

Dans ce cadre le statut et les modes de rémunérations des personnels médicaux seront à repenser.

De l'ordre, et de la souplesse d'action voilà ce que réclament les établissements de soins publics, justifiant une autorité unique, souveraine et juste qui impulse une politique sanitaire harmonisée entre les établissements d'un territoire.

L'articulation dans la communauté s'effectuera en trois niveaux :

1° Le premier niveau ou la plate-forme de proximité. Il correspond aux 350 hôpitaux locaux actuels et la centaine de petits hôpitaux dont la chirurgie va fermer qui formeront le tissu des plateformes d'accès à la prévention, à l'éducation, à l'accueil des urgences et à certains soins. Equipées d'un système de télétransmission en relais avec les établissements de référence et d'une hélistation balisée pour transports rapides, pourvues des moyens d'imagerie et de biologie modernes, ces plateformes de proximité assureront le premier relais d'accès aux soins pour tous sans discrimination de lieu, d'information et de revenus. Grâce à la régulation par le numéro unique du 15, les urgences les plus graves seront en revanche immédiatement et directement transportées vers l'hôpital de référence ou de recours. De ces plateformes de proximité

essaimeront chaque jour dans les campagnes, des cabinets médicaux mobiles qui rejoindront les zones les plus reculées du pays. Des médecins et des assistants médicaux s'y relaieront pour porter le soulagement sur place. La création d'un ramassage par minibus dans les villages des populations dépendantes ou ne pouvant conduire assurera l'accès aux spécialistes grâce aux consultations avancées prévues dans ces plateformes de proximité.

La gériatrie, les soins de suites, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation fonctionnelle et l'addictologie sont des activités de proximité qui ont toute leur place dans ces plateformes. Mieux concentrés sur ces missions aussi nobles que la chirurgie, ces hôpitaux vivront et se développeront pour le bien de la population locale, au lieu d'essayer de maintenir une offre de soins chirurgicaux ou une maternité insécures. Les établissements qui ont compris cet enjeu et reconverti leur activité médicale dans ce sens ne le regrettent jamais alors que les autres qui maintiennent des services à demi vides souffrent du poids de leur inactivité. Le rapport Bichier et Fellingier 2008 sur l'avenir des 88 établissements publics qui ont perdu leur maternité, ou leur service de chirurgie voire les deux démontre qu'en 2 ans, ces hôpitaux retrouvent l'équilibre financier et ne perdent pas de personnels, mais souvent les augmentent pour assurer leurs nouvelles missions (+ 2 à 3%)

Quel hôpital pourrait-il vivre aujourd'hui sans produire son propre chiffre d'affaire ? Le système public serait-il isolé du monde, recevant des enveloppes financières ex nihilo ? L'argent serait-il à ce point sale pour qu'il ne récompense pas les établissements efficaces ? A l'intérieur d'un même hôpital, les services les plus rentables ne doivent-ils pas compenser le manque à gagner de ceux qui de façon structurelle coûtent plus chers qu'ils ne rapportent ?

2° Le deuxième niveau sera celui de l'hôpital de référence équipé d'unités de chirurgie, d'une maternité et d'une réanimation ainsi que de plusieurs unités de médecine spécialisée. Par région et selon l'importance de la population entre 4 et 10 établissements de ce type seront suffisants afin de ne pas diluer les ressources humaines et matérielles dans une productivité moyenne. Ces hôpitaux seront au cœur du système et partageront avec les praticiens libéraux et les cliniques la production de soins et les missions de permanence des soins

3° Le troisième niveau correspond aux hôpitaux de recours, c'est-à-dire aux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et quelques très grands hôpitaux. Ils prendront en charge les cas les plus complexes en s'ultra spécialisant. Les CHU devront réviser leur politique, qui tient souvent plus de la proximité que d'une action ciblée sur les pathologies les plus lourdes. L'ère de la loi Debré qui institua la triple mission de soins de recherche et d'enseignement par les mêmes praticiens est révolue. Les professionnels ne peuvent aujourd'hui assurer au mieux que deux missions mais sûrement plus les trois dans un monde de plus en plus complexe où l'amateurisme n'a pas sa place. La très grande taille de certains CHU devient un obstacle à leur management adéquat et leur scission en unités plus petites, réactives et complémentaires est souhaitable. La très petite taille de certains autres créés sans analyse pertinente de leur nécessité, mais par pure volonté politique locorégionale, est préjudiciable à leur développement.

Dans CHU, il y a d'abord la lettre H qui ne saurait s'effacer sous le dictat du U de l'université. Il faut des structures hospitalo-universitaires qui développent et testent les inventions d'aujourd'hui, progrès de demain mais cette spécificité de l'enseignement et de la recherche ne doit pas remettre en cause l'unité du management de l'hôpital. Nous devons clarifier le fonctionnement des CHU tant dans l'utilisation des personnels que dans la mise à disposition des moyens techniques. C'est par des contrats renouvelables entre l'hôpital, l'université et les organismes de recherche publics et privés que nous pourrions favoriser la production scientifique et la production médicale clinique, de la découverte fondamentale à son application humaine. Le

désordre actuel est hautement responsable de notre incapacité à promouvoir une recherche médicale compétitive sur le plan international. Ne nous gargarisons pas de quelques succès, mais regardons combien de services hospitaliers de CHU ne publient même pas un papier en anglais par an.

Grâce à ces trois niveaux hiérarchiques ou chaque hôpital, débarrassé de ses poids morts trouvera sa spécialisation et son marché, les communautés d'établissements de soins fonctionneront dans un schéma coordonné de prise en charge des malades pour leur bien. Leur responsabilité deviendra *de facto* systémique, engageant les différents acteurs dans un risque partagé. Aucun des établissements ne pourra vivre en autarcie, se méfiant des autres. Les hommes partageront leurs expériences ainsi que les fonctions logistiques et de support.

La permanence des soins sera assurée dans une graduation progressive depuis l'accueil et l'orientation des petits centres hospitaliers équipés d'une plateforme de premier secours et de traitement des urgences légères jusqu'au CHU en recours. Cette permanence des soins sera mutualisée avec les cliniques privées qui le souhaiteront, afin de disposer par exemple d'un seul chirurgien d'astreinte en alternance pour les bassins de population des villes de moyenne importance et de leurs satellites.

La possibilité de contractualiser avec les établissements de soins privés pour assurer les soins programmés et l'enseignement des internes en fonction des besoins pour les malades et des compétences de chacun dans tel ou tel domaine médical ou chirurgical sera encouragée.

La communauté hospitalière de territoire devra très naturellement s'étendre à **l'hospitalisation a domicile (HAD)** qui reste marginale en France (470 millions d'euros en 2007) alors que les progrès technologiques nous permettent aujourd'hui des suivis thérapeutiques parfois lourds à domicile.

• **L'hôpital, une entreprise différente des autres ?**

. Il est trop facile mais usuel, pour expliquer les dérèglements quotidiens qui affectent nos hôpitaux, d'en appeler aux contraintes du service public, de mettre en avant le poids de urgences qui plombent l'organisation de l'activité programmée, de laisser à penser que les malades fréquentant les établissements publics sont tous plus fragiles et démunis.

A rechercher à l'extérieur les explications de ses propres tares, on ne peut guère espérer trouver les ressorts d'une modernisation de son organisation interne, or les dysfonctionnements viennent presque toujours du dedans, par défaut d'anticipation et de management des hommes.

Un établissement de soins est bien une entreprise de services et c'est même la plus belle d'entre elles, dont 70 à 90% des charges correspondent selon le type d'hôpital aux salaires des personnels, tous métiers confondus, soignants, administratifs, logistiques et techniques.

Par le mot « entreprise » il faut entendre l'existence d'une communauté humaine dévolue à une production donnée, qui la différencie de la simple « société » parfois virtuelle dont le but peut être purement financier. L'entreprise doit vivre avec ses ressources propres et si son chiffre d'affaire annuel permet de dégager un bénéfice, elle doit le réinvestir dans l'amélioration de ses prestations et dans une participation aux résultats de ses personnels et de ses éventuels actionnaires. Les citoyens d'un territoire de santé recherchent un accès rapide à de bons soins. L'hôpital a donc les mêmes buts et contraintes qu'une autre entreprise qui produit des biens différents.

Pour répondre à la demande de qualité et d'accessibilité aux soins des malades, c'est l'organisation interne des hôpitaux qu'il faut améliorer. Encore faudrait il à partir d'un examen des parts de marché :

1. Produire les données qui préluèderont à une politique de soins adaptée, en définissant le rôle exact et le temps des médecins, des infirmières, des aides soignantes, des secrétaires, et des agents techniques.
2. Evaluer les actions médicales et paramédicales entreprises et à modifier les procédures en conséquence.
3. Analyser ce qui doit rester spécifiquement à l'hôpital et ce qui peut être sous traité.
4. Le maintien du statut des hôpitaux publics est finalement un chiffon rouge que l'on agite pour éviter de se lancer dans une restructuration à haut risque électoral et syndical. Ces missions d'ordre général que les établissements de soins publics supportent n'expliquent pas à elles seules les déficits abyssaux de certains établissements petits ou grands, dont les projets ne correspondent pas à une analyse pertinente de leurs capacités à produire des soins de qualité et dont la gestion laisse à désirer par défaut d'indicateurs précis. Sans savoir concrètement ce que l'on dépense et pourquoi, il est illusoire d'optimiser son budget. Sans connaître la qualité de ses prestations, on ne peut ni situer son niveau d'excellence, ni s'améliorer. Pour évaluer, il faut d'abord mesurer. La priorité des priorités est d'équiper les établissements des systèmes informatiques utiles à la collection des données multiples qui, remises en lignes et analysées avec pertinence serviront de base indispensables à la réorganisation du travail des personnels, médecins y compris.

Il existe incontestablement des tendances particulières de la production de soins publics que nul ne saurait nier :

1. Les hôpitaux assurent à une très grande majorité les missions d'intérêt général ou public qui peuvent entraîner des prises en charge extrêmement coûteuses,
 2. Ils assurent aussi la très grande majorité des urgences, bulle temporaire qui nous éclaire violemment sur la gravité de la désorganisation de l'offre de soins.
 3. Ce sont eux qui soignent les malades les plus fragiles et socialement défavorisés expliquant des durée d'hospitalisation plus longues que la moyenne nationale
 4. Certains d'entre eux forment et enseignent les futurs médecins et infirmiers. Or ces missions d'enseignement dévoreuses de temps ne sont pas valorisées financièrement à leur hauteur et la distribution des MIRR reste opaque et orientée sans pertinence.
- 5° Ce sont dans les CHUs que s'effectue la recherche médicale en relation avec le CNRS et l'INSERM et tous les autres organismes publics ou privés qui y concourent.
- 6° Certaines pathologies chroniques ne sont pas financées à la hauteur de l'engagement des équipes hospitalières qui les prennent en charge car la Tarification à l'Activité ne prend pas en compte le temps passé sans actes codés.

Pour autant, ces spécificités reconnues ne peuvent justifier le maintien d'un mode de gouvernance plus juridique qu'économique tel que nous le connaissons. Au contraire, c'est grâce aux principes d'une répartition tranchée des responsabilités entre le Conseil de Surveillance et le

Directoire, qui ont chacun une fonction propre et indépendante, que nous arriverons à redresser la pente dangereuse sur laquelle glisse l'hôpital.

Depuis 15 ans l'hôpital stagne malgré plus de personnels, notamment dirigeant (5000 directeurs dont 3500 pour les hôpitaux MCO) et médical (12.000 PH en 1983, 34.000 temps plein et 6000 temps partiel aujourd'hui), plus de 100.000 emplois d'agents créés en 8 ans soit 1,9% par an contre 0,9% dans les cliniques et 0,8% dans les hôpitaux à but non lucratif. Combien de temps une autre entreprise pourrait elle tenir à ce rythme régressif ?

Le risque majeur qui pèse sur la mise en place de cette nouvelle gouvernance est de voir le Conseil de Surveillance et le Directoire n'être pas composés de véritables professionnels comme dans l'entreprise, mais de devenir les lieux de toutes les luttes politiques et administratives dont l'hôpital n'a surtout pas besoin. On voit d'ici les maires vouloir contrôler le conseil de surveillance, les directeurs se réunir en directoire et les médecins se défendre en utilisant la Commission Médicale d'Etablissement comme d'un bouclier vengeur!

Nous devons, pour palier à ces risques réels, forger de vraies instances managériales reposant sur l'esprit de décision et de courage dans l'action, instances qui ne puissent être dévoyées au profit d'une corporation ou d'une autre.

L'hôpital a besoin de modes d'organisation stables pour panser ses plaies que sont :

1° La triarchie actuelle nocive qui pilote les établissements de soins. Les trois pouvoirs, administratif, médical et infirmier ne facilitent pas les prises de décision et génèrent plutôt l'immobilisme en se neutralisant. Il existe des fonctions stratégiques et d'autres tactiques qui ne peuvent se mélanger. Une bonne gouvernance ne consiste pas à mettre tout le monde à la direction, mais en premier lieu à établir une hiérarchie dans la responsabilité et la prise de décision.

2° Le statut de fonctionnaire à vie des personnels administratifs, médicaux et autres parfois intouchables qui obère la dynamique de production. Gouverner sans pouvoir embaucher ou débaucher en fonction des besoins de l'établissement de soins revient à administrer sans risque une structure qui attendra toujours d'être sauvée par les deniers publics dans une politique de rebasage injuste pour ceux qui font les efforts d'évoluer et émolliente pour ceux qui vivent de l'aumône étatique.

3° Les règles rigides de la comptabilité et du code des marchés publics qui gênent les investissements en matériels ou les retardent, limitant d'autant les capacités d'achat.

4° Le rôle de la Commission Médicale d'Etablissement, organisme qui regroupe les chefs de pôles et les élus du corps médical, dont l'ambiguïté des prérogatives ne favorise pas toujours une collaboration sereine avec l'administration.

5° L'absence de délégation financière vraie aux différents pôles médicaux par crainte de voir les médecins s'approprier la gestion de leur outil de travail qui, en édulcorant fortement le projet initial du plan Hôpital 2007, démobilise ceux qui y avaient cru.

6° Une multiplicité d'instances, de commissions et autres comités qui pourraient se regrouper au sein d'un Comité d'Entreprise efficace et responsable.

En utilisant les mots de la gouvernance d'entreprise, l'hôpital veut jouer les modernes, sans aller au bout de la logique d'un management vrai basé sur une autorité incontestée qui en retour reconnaisse celles et ceux qui se donnent à la cause publique. Année après année, les meilleurs se désespèrent et baissent les bras en assurant le minimum légal ou quittent le navire en silence pour

d'autres cieux. Dix sept postes de professeur des universités n'ont pas trouvé preneur en 2008. L'élite se tourne de plus vers le privé, gâchés inacceptable d'une formation longue et chère. A qui la faute ? Par un laxisme coupable, à ceux qui ont épuisé des hommes dévoués et compétents en les enfermant dans un système devenu ingérable, dispendieux et sous productif.

- **Comment établir à l'hôpital une gouvernance efficace et respectueuse des personnels ?**

L'hôpital, comme toute entreprise est un univers où se confrontent des intérêts souvent divergents, entre dirigeants eux-mêmes pour le pouvoir, entre employés et encadrement, entre direction et syndicats. Des difficultés surviennent aussi entre les producteurs et les clients, entre les fournisseurs et les producteurs. La communauté d'établissements expose au risque de voir les grosses structures récupérer les budgets et ne laisser que les miettes aux petites ; or travaillent dans nos hôpitaux, quelle que soit leur taille, des personnels qui peuvent être remarquables, capables d'initiatives et de dévouement sans compter. Comment les reconnaître, comment les fédérer pour agir contre la maladie ?

Réussir une bonne gouvernance d'entreprise au service des citoyens consiste à mêler deux motivations :

1. **La motivation à agir des dirigeants** qui doivent réussir à faire vivre leur entreprise de façon autonome et prospère et en retour recevoir un bénéfice à la hauteur de leurs responsabilités et de leur bilan.
2. **La motivation à agir des employés** de l'établissement, médecin y compris, qui dépend de 3 facteurs : Les conditions de travail, la participation à un projet d'équipe et d'établissement, la reconnaissance financière.

Seule la combinaison de ces aspirations est capable de générer une productivité accrue des acteurs dans un respect social partagé. Toute rupture de cet équilibre fragile qui dépend avant tout de l'écoute des dirigeants vis à vis des personnels et d'un dialogue social honnête et permanent est source de conflit. Or aujourd'hui, l'hôpital public ne sait plus offrir des conditions de travail apaisées (les 35 heures en sont une des causes aggravantes) et ne reconnaît pas financièrement celles et ceux qui se donnent plus que les autres pour le faire vivre.

L'exemple de la Belgique :

Le CHU de Liège, 885 lits et un budget annuel de 350 millions d'euros a révisé sa gouvernance comme les autres hôpitaux publics du pays il y a 15 ans quand le système hospitalier public était au bord du gouffre. Bilan en 1993 : déficit budgétaire de 30 millions. En 2007 le CHU avait accumulé 140 millions d'euros de trésor pour investir.

Environ 10 millions à 15 millions d'euros de bénéfices sont réalisés par an dont une partie est reversée aux médecins et aux personnels pour soit investir dans des matériels, soit obtenir des postes supplémentaires ainsi que pour améliorer les revenus des praticiens qui sont tous salariés. Le résultat par médecin varie entre 10.000 et 20.000 euros/an soit un 13^e mois ou plus.

Le management est médical et administratif avec des indicateurs de production fiables et reconnus. La négociation est annuelle, basée sur des objectifs à atteindre. Le directeur médical fait partie du conseil d'administration avec le directeur général qui est un administrateur. Le Conseil Médical de l'établissement (notre CME) ne s'occupe que de la production de soins. Il est composé des chefs de départements à parité avec des médecins élus dans chaque département. Le budget d'investissement matériel est confié au Conseil Médical et ce sont les médecins qui s'organisent pour le choix de ces investissements à faire selon les priorités médicales

Une bonne gouvernance passe par une évaluation objective des hommes.

Cette analyse des résultats attendus à partir des objectifs définis en commun et basée sur des indicateurs simples et pertinents est le garant d'une démarche de qualité à laquelle tous les acteurs du monde hospitalier devraient adhérer, direction, médecins, infirmiers, agents des divers métiers.

Une bonne gouvernance respecte les personnels et lorsqu'il y a inadéquation entre un poste et celui ou celle qui l'occupe, le centre de gestion devrait assurer sa mission de reconversion dans un parcours professionnel flexible et sécurisé à la fois.

Une bonne gouvernance utilise la délégation de tâches et de responsabilités qui motivent les acteurs. Elle réduit le nombre d'instances et de commissions internes, source de pertes de temps, elle évalue en temps réel sa production grâce à des indicateurs reconnus par tous.

Une bonne gouvernance sait reconnaître la compétence et le dévouement des hommes, ce que le « contrat global d'exercice » devrait favoriser.

Tels sont les changements de management et de comportements, dont l'hôpital a tant besoin au risque de déranger.

L'esprit d'entreprise n'est pas fait pour plaire, il est fait pour agir et valoriser les hommes au service de la qualité pour les malades.

Le sens des mots

Osons sortir du seul code de la santé publique pour aller lire le code du Commerce : Les termes Directoire (DR) et Conseil de Surveillance (CS) y sont parfaitement définis et précisent les fonctions de leurs membres et de leurs présidents respectifs. La gestion d'une Société avec Directoire et Conseil de Surveillance repose sur la séparation complète des fonctions de gestion (dévolues au Directoire) et de contrôle (dévolues au Conseil de surveillance).

Le Conseil de Surveillance est l'émanation directe des associés réunis en assemblée générale.

1. Il surveille et oriente la gestion mais il ne l'élabore et ne l'exerce pas.
2. Il nomme le directoire et son président Il peut le révoquer à tout moment.

Le Directoire assume pleinement la gestion de la société.

1. Il est souverain dans son action de management
2. Aucun membre du directoire ne peut siéger s'il est élu afin de ne pas être l'objet d'un conflit d'intérêt.
3. Aucun membre du Conseil de Surveillance ne peut faire partie aussi du Directoire et vice et versa.

(voir Articles L.225-68, Art L.225-69, L.225-75 et L.225-16, Art L.225-72, Art L.225-79, Art L.225-81, Art L.225-82, Art L.225-75, Art L.225-64, (Art L.225-58 et L.225-59, Art L.225-561 du Code de commerce)

La société à directoire à l'hôpital

Ce schéma qui s'est mis en place progressivement dans de nombreuses entreprises depuis une quinzaine d'années, a rendu plus transparentes les directions et facilité les prises de décisions sans toutefois supprimer totalement les errements stratégiques ou personnels de certains dirigeants, mais est-il concevable pour l'hôpital ? Adopté strictement un tel type de gouvernance donnerait le résultat suivant :

- A) Une assemblée des « actionnaires » de l'hôpital qui élit un conseil de surveillance.
- B) Un Conseil de Surveillance composé de 8 à 12 membres tous experts dans différents domaines concernant l'hôpital, les soins, le monde de l'entreprise. Purement professionnel le Conseil oriente et contrôle la politique du Directoire. La limite de ses interventions est réglementée.
- C) Un directoire de 5 à 7 membres dont aucun n'est élu ni ne représente un corps particulier, comprenant outre le président, un directeur général, un directeur médical, un directeur financier, un directeur des ressources humaines, tous nommés par le CS sur proposition du président du directoire selon la tradition française.
- D) Des directions opérationnelles des filiales hospitalières de la communauté hospitalière, dotées de missions qui ne se chevauchent pas mais se complètent, de l'hôpital local au CHU
- E) Un Comité Central d'entreprise avec ses collèges dont celui des cadres pour les médecins

Une telle organisation exposerait à un changement culturel profond et brutal, source de fortes crispations à un moment où il faut mobiliser les producteurs de soins. Dans le même temps, à édulcorer les principes d'un management efficace qui stipulent un pilotage resserré en séparant bien le domaine de la stratégie de celui de l'opérationnel, on s'expose à maintenir ou créer des structures non adaptées à leurs vraies fonctions.

En appeler au « service public » pour nous dédouaner de bâtir un modèle d'organisation de soins adapté à son temps et utilisant les moyens d'analyse et de communication modernes est contreproductif et pourra exposer à des conséquences sociales graves.

Deux propositions seront à étudier de très près et sans a priori dogmatique :

1. La possibilité de transformer le statut des établissements publics en celui d'hôpital à but non lucratif qui représente la forme juridique de la très grande majorité des établissements de soins dans le monde. (la France est un exemple unique et dispendieux dans son partage entre secteur public et secteur privé hospitalier). Les établissements qui le souhaitent pourraient choisir de changer de statut tout en conservant leurs personnels et leurs missions d'ordre public.
2. L'obtention rapide des financements nécessaires à la réforme, grâce à la vente des terrains et immeubles à des organismes comme la Caisse des dépôts et consignations à laquelle les hôpitaux loueraient les locaux. La valeur du patrimoine immobilier et foncier hospitalier public est 38.6 milliards d'euros, soit plus que celui de l'état. En créant ainsi un Réseau Hospitalier de France (RHF) à l'image de réseau ferré de France (RFF) pour les voies ferrées, l'hôpital retrouvera une part de marge de manœuvre pour compenser son déficit et

investir. Les établissements de soins publics n'ont pas vocation à être propriétaire de leurs murs, mais à offrir de bons soins.

Les choix stratégiques

Pour avancer dans la construction d'un schéma de management cohérent d'une communauté hospitalière bas sur le couple conseil de surveillance – directoire, nous devons répondre clairement à 6 questions :

1. Quels sont les « actionnaires » de l'hôpital ?
2. Dans une vision de complémentarité hiérarchisée, faut-il un seul Conseil de Surveillance pour les hôpitaux concernés, ou un par hôpital ?
3. Faut-il un seul directoire pour le groupe d'établissements concernés ou faut-il un directoire par hôpital ?
4. Que deviennent les conseils exécutifs dans chaque hôpital ?
5. Que devient la Commission Médicale d'Établissement (CME) et, si elle persiste, quel nouveau rôle lui octroyer ? Où situer la place de son président ?
6. Pour les CHU, où est la place de l'université et des organismes de recherche dans l'organigramme ?

A partir du concept de communauté hospitalière de territoire, la gouvernance des établissements oblige à une responsabilité partagée donc systémique:

1. Les élus qui participent au Conseil de Surveillance, devront concrétiser leur engagement par la prise en charge d'une partie de la responsabilité financière via les collectivités locales. Un transfert d'une part des ressources allouées normalement par l'agence régionale de santé pourrait servir à cette délégation financière qui engagerait les élus sans surcharger les collectivités locales. Elle serait distribuée globalement sous forme d'un fond communautaire mais ce transfert expose au risque de saupoudrage des crédits alloués.
2. Les responsables des directoires et des conseils exécutifs des hôpitaux concernés devront travailler en concertation dans une action clairement définie sur la base d'objectifs à atteindre, suivie d'une évaluation régulière des résultats obtenus.
3. Le pilotage du projet commun s'effectuera sous une autorité unique au pouvoir étendu, le Directoire, dont les membres seront gestionnaires et médicaux et entièrement responsables de leur projet et de sa réalisation à partir d'une feuille de route large établie en concertation avec l'Agence Régionale de Santé. Il faut laisser aux établissements de la communauté la liberté d'entreprendre.

Ce schéma simple de gouvernance utilisera au mieux les articles existants du code de la santé publique qui permettent, comme les « conventions » au prix de simples adaptations, de lancer les

établissements de soins publics qui le souhaitent dans une dynamique de reconquête. Il apparaît inutile de multiplier de nouveaux textes législatifs et réglementaires qui enfermeraient les projets dans des directives stérilisantes, sauf à rédiger les statuts d'une société publique à directoire. Le management, public soit il, a besoin d'espace et de liberté pour imposer son efficacité. Le contrôle du Directoire par le Conseil de Surveillance devrait éviter la mauvaise habitude de l'encadrement tatillon des réglementations actuelles et limiter les ordres venus d'ailleurs et souvent d'en haut sans réelle pertinence par rapport à ce qui est vécu sur le terrain. Si nous voulons promouvoir des présidents du directoire de talent, laissons les agir dans le simple respect des missions de service public et reconnaissons les à la hauteur de leurs responsabilités. S'ils faillent à leur mission n'hésitons pas à nous en séparer.

L'Agence Régionale de Santé

Les « actionnaires » de l'hôpital

Par analogie avec les actionnaires d'une entreprise privée, ce sont ceux qui au travers de l'assemblée générale investissent dans l'entreprise hôpital. On peut considérer légitimement que les citoyens qui payent leurs impôts et les cotisations sociales jouent le rôle des investisseurs. Au lieu de recevoir des dividendes, les citoyens demandent une qualité des soins à la hauteur des moyens financiers et humains mis en jeu pour prendre en charge les blessés et les malades qui frappent à la porte de l'hôpital.

Deux possibilités sont offertes pour nommer les membres du Conseil de Surveillance :

1. Faire intervenir uniquement l'Etat au travers des futures Agences Régionales de Santé qui assureront le financement des établissements et demander à leur comité exécutif de sélectionner les membres du futur Conseil de Surveillance sur la base d'une liste prédéfinie (voir plus bas)
2. Regrouper en une « Assemblée Générale » les représentants des citoyens et des forces vives de la région, La liste n'est pas limitée mais on peut citer :
 - Les élus locaux, généraux, régionaux et nationaux
 - Les membres du conseil économique et social régional
 - Les membres de la chambre de commerce et de l'industrie régionale
 - Les responsables de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie
 - Les organismes d'assurance complémentaires (Mutuelles, Assureurs et Caisses de Prévoyance)
 - Les médecins libéraux qui adressent les malades aux hôpitaux et participent à la permanence des soins.
 - Les personnels des établissements de soins concernés par la communauté hospitalière.
 - Des personnalités qualifiées du monde économique.
 - L'université
 - Les usagers des organismes agréés

- **La simplicité plaide pour utiliser les membres du comité exécutif de l'Agence Régionale de Santé dont aucun ne pourra faire partie du CS.**
- **La démocratie plaide pour l'implication des citoyens eux-mêmes dans la destinée des établissements de soins qu'ils financent par leurs impôts et cotisations sociales et donc par la création de « l'assemblée des représentants de la communauté de territoire de santé » plus petite et proche du terrain que les conférences de santé actuelles. Les dossiers de candidatures seront adressés à l'agence qui effectuera un tri.**

L'Agence Régionale de Santé définira les grands chantiers sanitaires et évaluera chaque année l'avancée de leurs travaux. Ces chantiers auront au préalable été discutés avec les directoires d'établissements qui recevront en plus de leur production mensuelle en T2A, les financements forfaitaires des missions spécifiques. Le Conseil de Surveillance orientera et contrôlera le directoire en toute indépendance.

Grâce à une telle déconcentration, on libèrera l'Agence Régionale de Santé du poids du pilotage locorégional des établissements de soins publics.

- **Si l'on retient la formule d'une assemblée des représentants sa répartition en sièges serait la suivante**

10 élus

1 membre du conseil économique régional

4 membres des caisses d'assurance maladie et des organismes complémentaires

4 personnalités qualifiées du monde économique

4 membres du corps médical de différents établissements de la communauté

2 membres des personnels non médicaux des établissements de la communauté

1 membre de l'université

4 membres des associations d'usagers

Les candidatures à l'assemblée seront transmises à l'Agence Régionale de Santé qui sélectionnera les dossiers afin de retenir une composition de l'instance selon le nombre défini des différentes catégories sus cités. Le rôle des personnalités qualifiées sera essentiel et leur choix reposera sur leurs capacités managériales reconnues.

Les communes du territoire de santé recevront en dotation une partie du financement des missions d'intérêt général par transfert de l'Agence Régionale de Santé. La mutualisation de ces financements peut aider les élus à travailler ensemble pour le mieux de la santé des citoyens qu'ils représentent, en revanche le risque de saupoudrage des crédits expose à dilapider des fonds qui devraient être concentrés sur des actions déterminées, comme on l'observe trop dans les communautés de communes qui coûtent cher. Il faudrait tester ce transfert dans une communauté hospitalière. Ces financements seront répartis en fonction des besoins déterminés par le directoire.

Le conseil de surveillance

Le CS est à la fois l'organe d'orientation de la politique générale des établissements qui s'associeront dans la communauté hospitalière et le garant de leur bonne santé financière.

1° schéma : un CS unique pour tous les établissements d'un territoire

Rôle du CS unique

1. Il nomme les membres du directoire dont son président qui lui présente la liste des membres choisis pour validation. Il peut révoquer à tout moment le président et les autres membres qui sont solidaires de son action.
2. Il valide le projet de la communauté d'établissements.
3. Il audite et contrôle les comptes de la communauté d'établissement.

Le CS n'intervient que pour les grands arbitrages stratégiques et financiers. Sa limite d'action est définie par règlement intérieur. Organe d'orientation et de contrôle, il ne saurait se substituer au directoire.

Composition du CS unique

Il comprendra entre 8 à 12 membres selon l'importance de la communauté hospitalière : ces membres seront des professionnels possédant les connaissances requises pour appréhender les enjeux parfois lourds auxquels sera confronté le directoire.

Un CS de 12 membres serait composé de :

- 2 élus de communes ayant un établissement de soins de niveau différent
- 2 médecins dont au moins 1 des établissements de la communauté hospitalière (le président de la Commission Médicale des Etablissements de la communauté hospitalière). Le doyen pour un CHU est membre *ex-officio*.
- 1 membre des personnels non médicaux des établissements de la communauté
- 2 administrateurs dont 1 de la communauté hospitalière et 1 extérieur.
- 2 membres de la caisse d'assurance maladie
- 2 personnalités qualifiées du monde de l'économie
- 1 membre des associations d'utilisateurs

Le président sera élu par les membres du CS sans exclusive.

En cas de défaillance avérée, Le Conseil de Surveillance peut être dissous par le directeur de l'Agence Régionale de Santé

Recrutement des membres du CS

Soit par nomination par le comité exécutif de l'Agence Régionale de Santé

Soit par élection d'une « Assemblée des Représentants » dont la composition a été précisée plus haut (p.19). Les dossiers seront présélectionnés par l'Agence Régionale de Santé

Fonctionnement du CS unique

Il se réunit tous les trimestres et rapporte une fois par an à l'assemblée des représentants. Pour travailler efficacement et assurer pleinement sa mission sans devenir une simple chambre d'enregistrement, il crée 1 bureau et 3 comités au nombre limité de membres :

- A) le bureau est composé de 3 membres qui prépareront les dossiers à envoyer à chaque membre en temps voulu avant les sessions.
- B) le comité d'audit et de contrôle des comptes récapitule l'activité globale des différents établissements et pointe les dysfonctionnements. Ce système de contrôle fera appel à des commissaires aux comptes qui rapporteront directement au CS. Des contrôles par la cour des comptes régionale seront prévus dans le cadre normal de ses missions.
- C) le comité des rémunérations est chargé de définir le niveau des rémunérations des membres du directoire
- D) le comité d'éthique vérifiera l'absence de dérive mercantiliste de la production de soins.

Rémunération des membres du conseil de surveillance

Compte tenu de l'importance de leur rôle d'arbitre les membres du conseil de surveillance recevront des indemnités de présence.

2° schéma : un CS par établissement

Le CS par établissement est une structure qui validera les projets d'établissements individuels. Dans ce cadre de CS individuel, la composition, le rôle et le fonctionnement restent les mêmes en dehors d'un nombre de membres plus restreint.

Conclusion :

La volonté de renforcer l'organisation de la production de soins dans un cadre hiérarchisé plaide pour une régulation souple et légère des processus de décision, donc pour un CS unique. Ses membres sont nommés pour leur compétences dans le domaine qui les concerne en introduisant notamment des responsables du monde économique et en impliquant les élus dans une démarche de responsabilisation accrue des collectivités locales. La présence de membres des professions de santé est un gage stratégique, scientifique et technique indispensable.

Le directoire

Il est l'organe d'action qui met en place la politique qu'il a fait valider par le CS. Pour ce faire sa liberté doit être totale dans le respect des règles de bonne gouvernance.

Il doit recevoir les enveloppes financières de ses missions de service public et vivre de son activité médicale grâce à la T2A, sachant que cette dernière sera à réviser selon le type de prise en charge des malades, notamment pour les pathologies chroniques.

Si gouverner c'est prévoir, les membres qui le composent doivent avoir des spécialités différentes, médicales et managériales. Il ne saurait être question de placer au directoire les directeurs des établissements concernés par la communauté hospitalière de territoire, sous peine de reproduire un schéma clanique sans capacité de décision forte, ni de faire du directoire un bastion de la commission médicale des établissements.

Situé au dessus des conseils exécutifs, le directoire doit faire partager aux personnels des établissements ses projets dans un dialogue permanent. En fonction des résultats financiers obtenus il redistribuera une part des bénéfices aux personnels. Pour ce faire des objectifs précis seront assignés à chacun des établissements et évalués régulièrement sur la base d'indicateurs simples et compréhensibles pour tous.

Le directoire siègera en dehors des établissements de soins de la communauté. Il aura un bureau à sa disposition dans chaque hôpital.

1° schéma : Un directoire unique pour les établissements du territoire

Si le CS est unique, la logique veut que le directoire le soit aussi, meilleur moyen de réaliser une coordination optimale de l'action des divers établissements concernés dans une politique de territoire sanitaire répondant aux besoins de la population.

Dans ce cas les hôpitaux de la communauté conserveront les comités exécutifs actuels. Ils seront les instances de décision au plus prêt du terrain, mais profiteront de l'impulsion donnée par le directoire. Le président du directoire et ses membres seront indépendants de l'hôpital de référence au risque d'empêcher toute collaboration forte avec les autres établissements. Si le directeur du CHU est retenu il devra démissionner pour s'occuper à plein temps de sa nouvelle mission de président.

Rôle : le directoire est le centre décisionnel de la communauté d'établissements. Il promeut en permanence la politique sanitaire des établissements validée par le CS et agit au quotidien en fédérant les hommes grâce à sa présence sur le terrain. Il travaille très régulièrement avec les différents comités exécutifs des hôpitaux de la communauté et avec la Commission Médicale des Etablissements du territoire qui reste un organe indépendant dont le rôle sera précisé plus loin.

Afin de créer les synergies indispensables à une optimisation de la production de soins, le Directoire :

- 1° Engage une réflexion prospective à 5 ans, et agit avec une visibilité financière à deux ans.
- 2° Prépare les feuilles de routes qui serviront de base d'évaluation de leurs résultats tous les trois mois
- 3° Impulse la politique qu'il a définie et la fait valider par le CS
- 4° A autorité sur la totalité des personnels médicaux et non médicaux de la communauté hospitalière
- 5° Evalue les comités exécutifs et nomme leurs directeurs qui, eux-mêmes choisissent leurs collaborateurs
- 6° Est lui-même évalué par le CS tous les 3 mois

Le contrôle financier du directoire est assuré par des commissaires aux comptes indépendants qui rapportent directement au CS et par le comité d'audit du CS lui-même. La Cour des Comptes régionale quand à elle, continuera à assurer ses missions traditionnelles.

Composition : Ses membres sont au nombre de 5 à 7 dont impérativement aucun n'a de mandat électif. Par exemple, un directoire de 5 membres serait composé de :

Un président

Un directeur médical, médecin plein temps proposé par la CME de territoire que le président valide.

un à deux médecins, proposés par la Commissions Médicale des Etablissements de la communauté hospitalière exerçant dans des établissements différents(Le président de la CME de l'hôpital de référence ne peut être nommé, sauf à démissionner de son mandat., tout comme les chefs de pôle élus).

Un autre directeur aux fonctions spécialisées.

Le président nommé crée son équipe de directoire et la propose au CS. Il peut exercer son droit de veto une fois pour chaque poste médical et choisir un directeur médical extérieur.

Le Directoire doit rester limité à un très petit nombre de membres pour ne pas sombrer dans l'inflation de collaborateurs sous peine de se détacher de sa mission de stratège au fur et à mesure qu'il enfle en aspirant de plus en plus de ressource pour sa survie propre.

Les membres du directoire sont solidaires et seul le Conseil de Surveillance peut mettre fin au mandat de l'un ou de plusieurs de ses membres à tout moment, président y compris.

Pour les CHU : Le Directoire contractualise avec l'université des missions d'enseignement et de recherche sans mélange des budgets et des postes. Il faut en finir avec le flou qui persiste sur les attributions et les financements des deux institutions. Le doyen ne peut en tant qu'élu faire partie du directoire. Il travaillera en collaboration étroite avec son président dans le cadre des contrats signés entre les parties.

Recrutement

Les membres du directoire sont nommés par le CS à partir d'une présélection faite par le centre National de Gestion. L'agence Régionale de Santé retient deux candidats par poste.

Le président est nommé par le CS après validation des postulants par l'Agence Régionale de Santé et présélection par le bureau du CS de deux candidats.

Fonctionnement

En pratique l'expérience des entreprises à Directoire montre que :

Le Conseil de Surveillance reçoit les informations du Directoire tous les 3 mois au minimum

Le directoire se réunit toutes les semaines.

Le directoire réunit les Conseils exécutifs des autres hôpitaux ensemble au minimum tous les mois.

Le directoire réunit chaque Conseil exécutif ou certains de ses membres quand il le veut.

Le directeur des soins : son rôle est logistique et non pas stratégique. Il n'est donc pas indispensable de le placer dans le directoire, alors qu'il a toute sa place dans les conseils exécutifs. Le président du directoire aura toutefois la liberté d'appeler un directeur des soins auprès de lui s'il le considère utile.

Un rapport de février 2008 du cabinet McKinsey sur le management de 126 hôpitaux anglais du NHS ou privés, a montré de façon objective sur des indicateurs clefs comme le taux de réadmission, le taux d'infection nosocomiale et l'état financier des établissements, que la présence de médecins dans le management améliorerait notablement la performance de l'hôpital à la condition qu'ils soient pleinement impliqués dans les processus stratégiques

2° schéma, un directoire par établissement

Sa composition reste identique, mais sa capacité d'action diminue considérablement car il ne peut intervenir que dans son environnement proche.

Les autres instances

- **Le conseil exécutif**

Afin de ne pas bouleverser les structures dont celles qui fonctionnent parfois bien, le conseil exécutif en place dans chaque hôpital de la communauté et ne change pas de composition avec :

Un directeur, nommé par le directoire

Un président de Comité Consultatif Médical qui garde la composition de la CME, mais varie dans ses fonctions.

Un directeur financier

Un directeur des ressources humaines

Des médecins chefs de pôles ou de services.

Le directeur des soins et tout autre cadre s'il le désire.

Composé de 5 à 20 membres il se réunit chaque mois.

Pour améliorer la gouvernance dans les grands hôpitaux, il pourra être, par règlement interne, crée un bureau exécutif de 5 membres, émanation du conseil exécutif qui comprendra :

Le directeur

Le président de la CCM

Le DRH

Le directeur financier

Un chef de pôle, proposé par le ccm

Dans les hôpitaux qui maintiendront une activité chirurgicale, un nouveau poste est à créer : le directeur de bloc opératoire ou de plateau interventionnel. Les évolutions de la chirurgie et de l'imagerie amèneront à concentrer les matériels de visée (scanner, IRM, échographe) et les matériels de destruction (endoscopiques, percutanés et chirurgicaux) dans des plateformes.

interventionnelles multi-équipes. Le directeur de bloc aura autorité sur toutes les personnes qui agissent au bloc ou sur le plateau, chefs de pôles y compris pour assurer une production efficace des actes. Il disposera des moyens informatiques qui lui permettront des retours d'informations précis indispensables au pilotage d'une telle structure. Le directeur de bloc fera partie du conseil exécutif.

Les différents conseils exécutifs de la communauté et la CME travailleront en collaboration étroite avec le Directoire en vue de hiérarchiser et d'harmoniser la production de soins offerte aux malades et blessés dans un souci permanent de qualité.

L'organisation interne des établissements doit être laissée au directoire et aux conseils exécutifs. Ces derniers inventeront leur règlement intérieur et le feront valider par le directoire. Il faut en finir avec les directives venues d'ailleurs qui gèlent toute dynamique de production sous de prétextes de normes et de garanties plus stérilisantes qu'utiles Il n'y a pas d'entreprise sans risque, ni de management sans responsabilité.

Le Conseil d'administration de chaque hôpital disparaît au profit de la nomination des élus au Conseil de Surveillance de la communauté hospitalière.

Pour les CHU se discute l'utilité d'obtenir la validation du doyen pour nommer un praticien hospitalier. La logique d'entreprise n'y pousse pas et si l'on veut clarifier les relations entre H et U, un tel mélange n'est sans doute pas nécessaire.

En tout état de cause la relation entre les responsables d'un CHU, dans la mesure où nous gardons les instances classiques du conseil exécutif.

• La commission médicale d'établissement (CME)

Le rôle de la Commission Médicales d'Etablissement, est à clarifier. Cette commission, composée de médecins nommés (les chefs de services ou de pôles) et de médecins élus, agit :

1° comme un contre pouvoir à la direction, plus chambre d'écho de tous les corporatismes que lieu de propositions dynamiques.

2° comme un partenaire utile, lorsque son président travaille en bonne entente avec le directeur, ce qui peut toutefois le placer en situation délicate avec ses pairs.

2 options :

1° Supprimer la CME et l'intégrer dans un comité d'entreprise rénové avec un collège médical puissant. Solution maximaliste qui a un vrai sens en terme de management.

Avantages : réduire le nombre d'instances de comités divers qui participe à plomber la productivité de l'hôpital par le temps passé en réunions inutiles. Dans ce schéma, l'hygiène serait contrôlée par le Comité d'Hygiène regroupant le CHSCT et le CLIN.

Inconvénient : changement culturel majeur qui bouleversera la communauté des praticiens hospitaliers jaloux d'une indépendance toute factice dans les faits.

2° maintenir la CME, mais en modifiant ses prérogatives,

Avantages : Renforce le rôle de la CME dans l'élaboration du projet médical et dans l'évaluation de la qualité.

Inconvénients : maintien d'une certaine suspicion vis-à-vis du directoire et des directions des conseils exécutifs.

Par nature, la CME devrait concentrer son action sur les responsabilités suivantes :

1° Elaborer et rendre cohérent le projet médical de la communauté hospitalière de territoire, et pour ce faire, recevoir des conseils exécutifs toutes les informations nécessaires à une évaluation des moyens mis en œuvre et des risques encourus.

2° Améliorer la qualité médicale grâce à des actions internes indépendantes des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

3° Développer une véritable éthique de production, sachant la difficulté des choix auxquels pourront être confrontés les directoires afin d'éviter de tomber ou de retourner dans le rouge du bilan financier. En cas de dérive productiviste d'un directoire ou d'un conseil exécutif qui fixerait sa politique uniquement sur les résultats financiers de la communauté hospitalière, la CME pourrait alerter l'instance de direction. Cette saisine serait possible si les ¾ de ses membres la votent.

La CME n'aura plus à donner son avis sur la nomination des praticiens hospitaliers ni sur les budgets engagés. Elle en sera informée.

La CME pourrait, compte tenu de ses prérogatives médicales, prendre le nom de Conseil Scientifique et Médical (CSM),

Pour rendre la CME ou le nouveau CSM efficace, il serait logique qu'elle soit composée des seuls présidents des futurs Comités Consultatifs Médicaux qui seront institués dans les établissements.

- **Le comité d'entreprise (CE)**

Inexistant à l'hôpital, le Comité d'Entreprise devrait remplacer les multiples instances qui génèrent souvent perte de temps en faisant double emploi. L'hôpital vit trop sur la notion de métier et non pas d'entreprise. Il existe encore 183 métiers répertoriés dans les hôpitaux publics. Un Comité de Gestion des Oeuvres Sociales (CGOS) assure au niveau national un certain nombre de prestations et gère des postes dans un paritarisme éloigné de la réalité des établissements.

L'avantage d'un CE serait d'y voir le collège des cadres y présenter des médecins. Les ordonnances de 2005 permettent que la CME et le Comité Technique d'Etablissement (CTE) se retrouvent pour discuter du projet hospitalier, des conditions de travail et de toute question qui se pose dans l'hôpital dans ce cadre.

On pourrait entrevoir de fusionner des instances comme par exemple le CHSCT et le CLIN.

Le Comité d'Entreprise des Hôpitaux (CEH) recevrait 0.25% du budget des établissements de la communauté pour son fonctionnement.

Le Comité d'Entreprise pourrait aussi intégrer le Comité Médical Consultatif qui en formerait le collège médical.

- **Les praticiens hospitaliers**

Leur statut devra évoluer et le contrat servir de socle à leur reconnaissance. Il semble néfaste de mettre en place trop de types différents de contrats. Ceux qui ne veulent pas modifier leur statut le garderont mais resteront payés sur la base de leur salaire traditionnel. Ceux qui voudront s'engager plus dans leur hôpital pourront choisir un « **contrat d'exercice global** » à partir des principes présentés dans le rapport sur la rémunération des chirurgiens et remis à la Ministre en avril 2008. Ce contrat permettra aux médecins d'exercer sur la totalité du territoire avec la même assurance et le même mode de rémunération qui combinera un fixe pour les missions de non soin (éducation, formation, évaluation, participations aux instances et responsabilités diverses) et une part à l'acte ou à l'activité pour ceux qui n'ont pas d'actes techniques précis à réaliser. On ne saurait revoir la gouvernance hospitalière sans toucher aux modes de rémunération des médecins, des directeurs comme des personnels.

Les médecins et chirurgiens libéraux qui exerceront en temps partiel dans les établissements de soins publics signeront le même contrat.

- **Les nominations**

La nomination par le ministre des directeurs n'a aucun sens dans une démarche de gouvernance moderne. La nomination des directeurs de conseils exécutifs sera faite par le directoire avec appel à candidature et validée par l'Agence régionale de santé

On ne peut concevoir qu'un conseil de surveillance voit ses choix remis en cause par une autorité supérieure sauf à vouloir en faire une instance croupion.

La même remarque vaut pour la nomination des praticiens hospitaliers qui seront choisis par les chefs de pôles ou de services. Cette nomination sera validée par le président du CCM et le directeur du conseil exécutif de chaque hôpital. Le circuit long, plusieurs mois, voire un an pour engager un praticien selon le mode actuel n'est plus acceptable si l'hôpital veut réagir vite. Comment le ministre pourrait nommer près de 45000 directeurs et praticiens hospitaliers ? Dans la mesure où ces nominations sont faites en réalité par un bureau de la DHOS, supprimons les. Les praticiens n'y perdront pas l'indépendance de leurs choix médicaux et les équipes s'en trouveront probablement plus homogènes et soudées.

- **Les usagers**

Sur la base d'un retour d'informations colligées par les organismes de sondages d'opinion, les malades hospitalisés pourront influencer sur la politique suivie par le directoire en le saisissant si les indicateurs de satisfaction montraient des signes de non qualité avérée. La qualité peut s'évaluer globalement ou par thématiques ciblées. Il s'agit là du meilleur rôle que peuvent jouer les associations de défense des usagers. L'obligation d'astreinte à ces sondages périodiques au moins deux fois par an est le préalable à une telle démarche de qualité, au delà des procédures d'accréditation et de certification promues par la Haute Autorité de Santé.

La Commission des Relations des Usagers pour la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a toute sa place dans la communauté hospitalière et sera auditée par le directoire une fois par an sur la politique suivie par la communauté hospitalière et sur les résultats observés à partir des sondages.

Le schéma de communauté hospitalière de territoire devra s'étendre à **l'hospitalisation à domicile (HAD)** dont les progrès constants libéreront les personnels des établissements hospitaliers nombre de tâches à accomplir au profit d'équipes mobiles équipées des moyens techniques d'une prise en charge personnalisée et reliées aux centres de soins.

Il s'adressera aussi aux **établissements privés** qui souhaiteront collaborer à la prise en charge des malades tant pour la permanence de soins que pour l'activité médicale programmée.

L'université : enseignement et recherche

- **Les Centres Hospitalo Universitaires (CHU)**

Vaisseau amiral de l'hospitalisation, temple de la formation et de la recherche, le CHU coule lentement. De nombreux rapports, conférences et symposia ont alerté les autorités sur la dégradation de la qualité scientifique et de l'innovation de nos centres hospitalo-universitaires. La confusion règne en maître. Si quelques pôles émergent dans la production scientifique mondiale, les autres végètent dans un satisfecit troublant. Trop nombreux et parfois très proches, (Nîmes Montpellier, Saint Etienne Lyon, Angers, Nantes et Tours, Limoges Poitiers) travaillant souvent mal avec les hôpitaux secondaires qui pourraient les aider tant dans la pratique que dans la formation des professionnels et les protocoles innovants, les CHU sont dans un état financier lamentable sauf deux d'entre eux, Poitiers et Clermont Ferrand. La répartition des postes universitaires est plus liée au savoir faire administratif et à l'influence de certains chefs de services ou de pôles qu'à la valeur réelle de la recherche et de la formation pratiquées. La disparité de nomination (certains services ont quatre voir cinq agrégés pour une production de publication de haut niveau parfois sommaire, voire invisible), la lourdeur des procédures universitaires et le peu de moyens investis en raison de l'éparpillement de structures sont préjudiciables à la présence de la France dans la cour des grands.

La spécificité des CHU liée à l'enseignement et à la recherche ne saurait expliquer à elle seule les dérives financières observées ni modifier le schéma général de leur management hospitalier. Il importe d'établir là encore des règles strictes de gouvernance, au lieu de jouer à saupoudrer les mannes sans évaluation sérieuse des équipes. Ces règles font que :

1° Le directoire sera indépendant du conseil exécutif du CHU qu'il contrôlera dans une vision de santé publique large à laquelle tous les établissements hospitaliers de la communauté participeront.

2° Si le directeur du CHU est appelé à la présidence du directoire il démissionnera de ses fonctions.

3° Le doyen pourra siéger au conseil de surveillance dont les attributions seront clairement déterminées, mais en tant qu' élu, il ne pourra participer au directoire sauf à démissionner de son poste s'il était appelé à une direction. Dans le même ordre de gouvernance efficace il ne participera pas au conseil exécutif de l'hôpital universitaire car l'accréditation des équipes sera nominale et non plus par établissement de soins. Le CHU devient multi équipes sur plusieurs sites ou des pôles ou services seront ou ne seront pas forcément reconnus comme universitaires. Le monolithisme d'appartenance a vécu et montré son inefficacité, place à la concentration des énergies sur moins de services ou pôles mais avec plus de moyens.

4° Le doyen contractualisera avec le directoire les fonctions d'enseignement et de recherche qui sont de son domaine d'expertise, ainsi que les supports logistiques afférents. Ces contrats s'adresseront uniquement à des unités cliniques, pôles ou services qui auront une réelle valeur ajoutée en terme d'enseignement et/ou de recherche. Le temps où tout un hôpital pouvait s'appeler CH avec le grand U d'universitaire accroché à son fronton est révolu. Le mélange des genres tant en ce qui concerne les personnels que les locaux ou les matériels utilisés et la distribution des MIGAC aujourd'hui opaque, doit faire place à l'émulation scientifique basée sur une évaluation stricte des efforts réalisés et des résultats obtenus.

Quand on sait que certains services universitaires ne publient par un papier par an dans une revue anglophone au moins reconnue dans leur spécialité, on peut s'étonner de les voir conserver à vie

leur statut de U. Le contrat universitaire doit devenir temporaire et renouvelable sur la base de critères scientifiques et pédagogiques objectifs. L'accréditation universitaire s'effectuera sur les deux piliers que sont l'enseignement d'une part et la recherche d'autre part, sans forcément les relier. On pourrait concevoir un statut de maître, de professeur associé puis de professeur pour l'enseignement et un autre de directeur scientifique pour les chercheurs.

A) L'enseignement sera évalué sur la capacité de l'équipe qui postule au titre à former ses étudiants ce qui implique à la fois, un débit suffisant de malades, un nombre adapté d'enseignants, une qualité pédagogique affirmée et une organisation dévolue à cette mission qui prend beaucoup de temps. Les enseignants proviendront de différents services autres sans posséder forcément de titres particuliers du moment qu'ils savent faire et qu'ils savent transmettre leur savoir. Lorsqu'ils auront prouvé leur capacité ils seront nommés maîtres de clinique au bout de deux ans ou professeurs associés au bout de 5 ans. Renouvelable après évaluation, ces enseignants transmettront leur savoir dans leur service hospitalier voire en clinique privée et à la faculté de médecine dans des sessions de formation professionnalisante de haut niveau.

Les internes et les chefs de cliniques ne sont pas la variable d'ajustement des éventuels déficits en personnels. Ils sont dans des services universitaires pour apprendre et parfaire leur formation, mais le peu d'intérêt que présente pour la plupart des médecins en formation le travail de publication en dit long sur la dégradation de l'état des lieux. On se forme jusqu'au clinicat en tâchant d'acquérir le plus d'expérience concrète sans rendre aux services qui vous ont formé le minimum d'aide pour participer à la reconnaissance académique. On vient en fait, passer deux ans de clinicat pour espérer s'installer en secteur 2 dans une grosse clinique. Les rares qui envisagent une carrière universitaire, subissent un parcours initiatique qui les expose à une usure précoce et la gestion des postes universitaires est d'une opacité unique en son genre. Plus de clarté, un repérage précoce des meilleurs éléments et un suivi de leur carrière sont indispensables et heureusement déjà mis en pratique par le Conseil National des Universités (CNU) dans certaines spécialités.

B) La recherche sera effectuée sur le même principe de contrat définissant clairement le rôle des parties et les retombées en termes de publications et de financements et de brevets. L'industrie sera présente sur les campus universitaires pour apporter son savoir faire, Chercheurs, cliniciens et industriels ont tous à gagner de travailler ensemble au développement des produits et matériels salvateurs de demain. L'exemple des canceropôles va dans ce sens. Le directoire s'entourera pour ces deux missions d'un conseil scientifique consultatif de 3 à 5 membres et d'un conseil pédagogique identique d'experts nommés par l'université.

Ainsi l'université et sa faculté de médecine mettront à disposition des hôpitaux enseignants et chercheurs sur la base de thématiques précises liées à l'excellence des équipes ultra spécialisées et régulièrement évaluées dans l'avancement de leurs travaux.

Elle pourra contracter avec chaque établissement du territoire en matière d'enseignement et de recherche avec l'autorisation du directoire. Un hôpital local où exerceront les médecins généralistes pourra participer à l'enseignement et à la recherche clinique et les hôpitaux plus spécialisés pourraient accueillir des internes et des chefs de clinique selon les critères sus décrits.

Les « caisses noires » alimentées par le financement des divers protocoles diagnostics ou thérapeutiques qui permettent bien souvent de pallier aux manques criants de certains matériels (ordinateurs) ou prestations (congrès, formation, etc....) devraient être centralisées par la direction financière des établissements tout en gardant l'utilisation des fonds à ceux qui les récoltent. Mais la comptabilité publique est tellement peu réactive que la soupape créée par ces

« caisses noires » risque de disparaître dans les méandres des bordereaux multiples à remplir et des trop longs temps d'attente pour débloquer l'argent. L'utilisation des fondations universitaires qui se multiplient sauvera peut être la situation afin d'offrir les moyens rapides d'investissement parfois minimes qui demandent des mois voire des années si on continue de passer par la voie administrative traditionnelle.

Le partage des ressources financières octroyées aux unités qui développeront ces recherches sera précisé par contrat, tout comme les brevets qui pourraient en découler. Le rôle exact des techniciens et attachés de recherche clinique sera précisé et leur affectation soumise à une évaluation de leur réelle utilité.

L'Université débordera son territoire pour agir dans un cadre interrégional, lorsque les thématiques le justifieront, mais l'inter-région ne doit pas devenir le mot d'ordre d'une fuite en avant pour se dédouaner d'une restructuration locale. On voit mal comment des CHU pourraient collaborer efficacement alors que leur situation propre est délicate, voire désastreuse.

Il importe de mettre fin au désordre universitaire et à la gabegie des moyens octroyés. La création d'un Conseil Scientifique qui analyse et entérine la pertinence de telle ou telle recherche en collaboration avec des établissements d'une communauté hospitalière est pleinement justifiée si des experts extérieurs, dont certains étrangers, en font partie.

C'est en mettant sur la table les vrais problèmes que les rapports entre H et U se développeront plus harmonieusement pour offrir au plus vite les applications des progrès scientifiques qu'attendent les malades.

• Le Centre National de Gestion (CNG)

Actuellement ce centre a pour missions de reconverter les praticiens hospitaliers et les administrateurs à d'autres fonctions que celles qu'ils occupaient. Le centre sert surtout d'infirmier temporaire.

Il faut le transformer en une instance beaucoup plus ambitieuse, ce qui est en cours grâce à ses responsables, avec deux missions distinctes mais complémentaires :

1° jouer le rôle d'un centre d'évolution dans la carrière pour les médecins, les administrateurs et les cadres supérieurs de soins où les personnels pourraient acquérir d'autres compétences dans le management.

2° devenir le vivier des futurs managers des hôpitaux en ciblant les meilleurs jeunes éléments dans les établissements de soins (administrateurs, médecins, cadres infirmiers) dont il faudra pousser la carrière vers des responsabilités de plus en plus affirmées. Ce vivier est essentiel à la pérennité du management de l'hôpital.

Conclusion

La préférence va à un seul directoire d'une communauté hospitalière de territoire, qui aura à charge de mutualiser hommes, matériels et moyens logistiques pour offrir à la population les meilleurs soins possibles à un prix acceptable par la collectivité.

Il importe de professionnaliser le CS et le Directoire compte tenu de l'importance de leur rôle
L'organisation du Directoire doit être totalement indépendante de celle des conseils exécutifs au risque de voir les petits établissements craindre certains effets nocifs de l'emprise tutélaire de l'hôpital de référence.

La CME de la communauté des établissements du territoire réunit les présidents des CCM de chaque hôpital pour définir le projet médical de la communauté hospitalière. Elle est le garant de la qualité médicale et de l'éthique de production.

L'Université contracte avec la communauté hospitalière pour les personnels qui lui sont dédiés et pour les projets de recherche et d'enseignement qu'elle veut développer. En aucun cas elle ne doit interférer dans la gestion des établissements de soins car ce n'est ni son rôle ni sa compétence.

Les médecins qui le souhaiteront seront payés à la performance qui allie activité et qualité des soins dans le cadre nouveau d'un « contrat d'exercice global ».

Le président du directoire

Diriger un hôpital en 2008 n'est pas une sinécure. Une avalanche de décrets, d'arrêtés et de règlements divers stérilise les possibilités d'agir sans laisser un espace de liberté aux responsables. La fixité des statuts, tant pour eux mêmes que pour les autres catégories de personnels, médecins y compris, ne favorise pas l'esprit d'initiative. La progression dans la carrière est plus liée à des parcours sans bruits ni vagues, à des appartenances à des réseaux divers et à une cogestion avec les syndicats sans rapport avec la performance. Un directeur qui veut vraiment manager l'établissement dont il est responsable s'expose à des actes de délinquances administrative : Celui qui, pour garder un chirurgien actif, paye des gardes fictive pour le rémunérer à un niveau convenable déroge au règles administratives, mais agit en vrai manager. On atteint ainsi le comble de l'absurde, que seule une gouvernance renouvelée peut faire disparaître.

le monolithisme d'appartenance à un corps issu de la même école de formation, fera place à une ouverture au recrutement des postes de direction la plus large possible sachant que certains directeur feront de remarquables managers si on les laisse exercer leur magistère, entourés par une équipe de professionnels motivés.

Une carrière de directeur devrait s'établir sur des résultats tangibles sous-tendus par un intérêt à agir conséquent.

Le profil des candidats :

Les principales qualités d'un véritable leader, selon les avis donnés par les personnalités auditées, sont :

L'autorité

La vision stratégique

La capacité à fédérer les hommes et à déléguer

Le courage

La justice

La compétence technique n'est pas indispensable.

Les responsables qui se sont exprimés longuement sur le sujet insistent tous sur l'ardente obligation de valoriser les hommes qui travaillent dans l'entreprise au moyen d'un projet qui améliore leur savoir faire, sur l'esprit d'équipe, et sur l'obsession du leader qui ne doit penser qu'à ses clients

En clair le président du futur directoire ne devra penser qu'aux malades et blessés que ses établissements accueilleront jour et nuit.

Les responsables qui ont connu des restructurations lourdes parfois accompagnées de changements de statuts expliquent qu'il suffit d'un petit nombre d'employés et de collaborateurs décidés à changer pour le mieux, pour déclencher une dynamique de reconquête.

Ils insistent encore sur l'importance de faire confiance et d'expliquer les enjeux et les risques qu'ils entraînent.

Ils préfèrent dans un conseil de surveillance, des personnes à des représentants qui restent souvent muets car non impliqués directement dans la marche de l'entreprise, ou ne possédant pas la culture nécessaire pour appréhender les enjeux.

On voit combien la gouvernance hospitalière actuelle est éloignée des réalités simples qui font le moteur de l'entreprise bien au-delà des dividendes qu'elle peut dégager. Apprenons de ceux qui savent manager et ne refusons pas l'exemple quand il est vertueux au prétexte que le service public serait différent. Le verbe **manager** se décline de la même façon quel que soit l'établissement ou l'entreprise à diriger.

À éviter absolument :

- L'égotique pervers
- La grande gueule solitaire
- Le charmeur brillant
- L'indécis congénital
- Le consensuel timoré
- Le médiocre effacé

Afin de limiter le risque d'erreur dans le choix, les candidats auront à présenter leur vision du management de leur équipe devant le Conseil National de Gestion. Le Conseil fera lui même appel à des organismes de chasseurs de têtes qui élimineront les candidats indésirables et repéreront les leaders potentiels. Une « short list » de 5 prétendants au maximum sera retenue par le Conseil National de Gestion et présentée au bureau du Conseil de Surveillance. Ce dernier auditionnera chaque candidat et en retiendra 2 qui seront proposés aux membres du CS. Le CS nommera le président du directoire parmi les deux. L'Agence Régionale de Santé pourra opposer son veto une fois. Une fois élu, le président du directoire forme son équipe qui statutairement doit comporter un directeur médical médecin et au moins deux autres médecins nommés sur proposition de la communauté hospitalière. Aucun élu ne pourra siéger au directoire, sauf à démissionner de son mandat. Le président présente sa liste au CS qui la valide.

Fonction et rémunération du président du Directoire :

Le comité des rémunérations du CS décide du niveau de rémunération du président du directoire et des autres membres du directoire. Il pourra être supérieur aux grilles actuelles de la fonction publique si un CS veut attirer les meilleurs responsables.

Le CS peut mettre fin à tout moment aux fonctions du directoire, dont les membres retournent dans leur corps.

L'intérêt à agir est essentiel pour un président et son directoire

Basé sur la reconnaissance ou la sanction en fonction des résultats obtenus, cet intérêt à agir se concrétisera par une variation dans la rémunération des membres du directoire.

Les critères retenus seront : l'activité médicale et sa qualité, le bilan financier et le respect des personnels dans leur fonction.

Cet intérêt à agir sera aussi décliné au niveau de la totalité des personnels des établissements selon des modes et des niveaux variables à négocier avec les syndicats.

La formation du président du Directoire:

Il n'y a aucune formation spécifique pour devenir un président de directoire. C'est pourquoi le recrutement pourra s'ouvrir à des personnes d'horizons divers, dans la mesure où la compétence technique n'est pas une priorité pour manager une équipe dirigeante dans un univers aussi complexe que l'hôpital.

L'Ecole Nationale de Santé Publique, les Grandes Ecoles, les écoles de commerce, un cursus double médical et d'entrepreneur, ou tout autre parcours, atypique soit il, sont des portes d'entrée

La fiche de poste du président du directoire ;

Le président dirige le directoire. Sa voix est prédominante.

Son objectif premier sur lequel il sera jugé est de coordonner l'action des personnels des établissements dans le seul souci partagé de la meilleure qualité médicale pour chaque malade ou blessé admis dans les hôpitaux du territoire au meilleur prix pour la collectivité.

1° Il **synthétise** les données prospectives et impulse avec ses collaborateurs une dynamique d'appartenance forte des personnels à un projet commun.

2° Il **fédère** les responsables des Conseils Exécutifs et de la Commission Médicale des Etablissements de la communauté hospitalière de territoire.

3° Il a toute **autorité** sur les personnels des établissements de la communauté, médecins compris.

4° Il **explique** aux personnels les enjeux des établissements de soins concernés.

5° Il **entretient** des relations régulières avec les syndicats et autres représentants des personnels dans un esprit de collaboration et de respect mutuel.

6° Il a le **courage** de ne pas céder à la moindre sollicitation qui mettrait en péril l'équilibre financier des établissements.

7° Il **porte les projets** du directoire et donne les résultats financiers de la communauté hospitalière au Conseil de Surveillance

Enfin, le choix des hommes prime sur le mode de gouvernance, expliquant toute la difficulté que rencontrent ceux qui doivent organiser une direction. Des hommes de valeur qui oeuvrent ensemble sauront toujours trouver les moyens d'agir efficacement. Des responsables qui ne sont ni à la hauteur de leur tâches, ni collégiaux, failliront quelque soit le système de management adopté.

Conclusion générale

Les directeurs et les médecins hospitaliers sont aujourd'hui inquiets, désabusés voire aigris, les personnels sont déstabilisés. Les puissances qui ne veulent pas du changement sont nombreuses, ceux qui rêvent d'un hôpital efficient au service de l'homme malade le sont tout autant, mais ils restent muets. L'hôpital ne vivra qu'à la condition de le libérer des contraintes qui l'étouffent et de lui tracer des objectifs clairs. Deux priorités se conjuguent pour réussir :

1° Etablir une gouvernance à l'autorité affirmée dégagée des pollutions internes et externes multiples qui perturbent au quotidien le bon fonctionnement de nos établissements de soins publics. Nous devons évoluer vite, sans écouter les gémissements des réfractaires, car nous n'avons plus le choix. Le déficit actuel qui se creuse sera à payer quoi qu'il advienne.

2° utiliser les personnels à bon escient. Sans une révision des méthodes de la gouvernance pour les directeurs, de l'exercice médical pour les praticiens et de travail pour les soignants et les agents qui impulse une dynamique de reconquête, les malades iront se faire soigner ailleurs. C'est un vaste plan social de plusieurs dizaines de milliers d'emplois qui remplacera alors la dernière tentative possible de rénovation de notre système de soins public. Qui le souhaite ?

Les schémas proposés dans ce rapport insistent sur la nécessaire concentration des équipes dirigeantes, tant pour le Conseil de Surveillance que pour le Directoire composés de professionnels à l'expertise et l'expérience reconnue, décidés à œuvrer ensemble pour le bon soin des populations des territoires de santé. L'hôpital ne doit pas rester l'enjeu malsain des luttes intestines d'un paritarisme éculé.

Le Conseil de Surveillance et le directoire sont complémentaires et travailleront sur la base d'un programme de sanitaire de territoire dans lequel aucun établissement ne sera abandonné. Le rôle des élus, seuls véritables représentants du peuple est précisé. Ils participeront largement à l'assemblée des représentants et enverront 2 d'entre eux au conseil de surveillance. Le président de la Commission Médicale des Etablissements de soin du territoire et éventuellement le doyen pour un CHU siègeront aussi dans le CS. tout comme les organismes payeurs et les professionnels de santé.

Le directoire est le poste de commandement de la communauté hospitalière. Formé d'une équipe restreinte qui allie manageurs et médecins dans une collaboration fructueuse au lieu d'une confrontation stérile, il agit en toute liberté dans le cadre validé par le CS.

L'obsession quotidienne du président du directoire et de son équipe doit être le malade, rien que le malade. Son incitation à agir doit être forte, transmissible et reconnue à sa hauteur.

Le rôle essentiel des acteurs de terrain dans cette entreprise au service des malades qu'est l'hôpital moderne amène à maintenir les Conseils Exécutifs réunis en un Conseil Exécutif des Etablissements du territoire (CEE) et les Comités Consultatifs Médicaux réunis en un Conseil Médical des Etablissements hospitaliers du territoire (CME) ou un Conseil Scientifique et Médical (CSM) avec des rôles affirmés (règlement intérieur) et nouveaux. (Projet médical de

territoire, Qualité des soins et éthique de production). Ces deux instances aideront le directoire dans ses choix et dans le pilotage quotidien de sa politique sanitaire.

Rémunérer les médecins et les managers en fonction de leur implication dans les établissements et selon un profil de carrière attractif, informer les personnels, les faire participer à l'amélioration de leurs conditions de travail, les reconnaître aussi financièrement à leur valeur et leur engagement tels sont les défis majeurs pour l'hôpital de demain, clefs d'une gouvernance respectueuse des hommes.

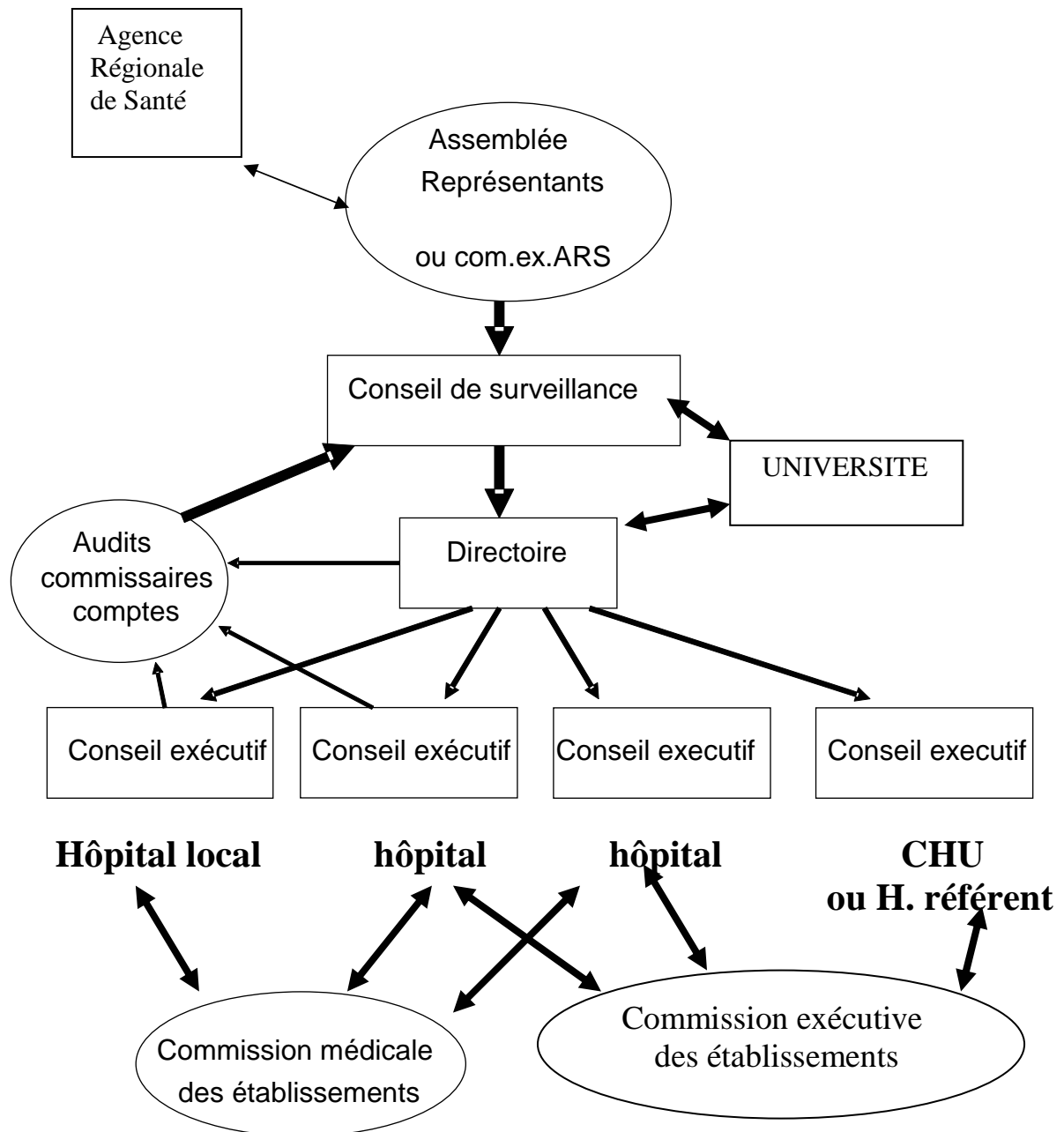
Les usagers, par les retours d'information des sondages de qualité réguliers, sauront alerter le directoire sur les variations de la qualité des établissements.

Les rapports entre l'université et la communauté hospitalière de territoire seront revus pour permettre à tous les établissements de participer à la formation initiale et continue des médecins. Des conventions de structures pour contracter avec les directoires des programmes d'enseignement et de recherche seront signés dans ce sens non pas dans le cadre d'un hôpital mais par pôles ou services accrédités par l'université.

Les organismes de recherche et l'industrie contractualiseront avec le directoire sur la base de thématiques précisément définies. Les résultats seront analysés et publiés régulièrement. Les financements seront répartis selon la charge de travail fournie.

. Que les hôpitaux volontaires relèvent le défi ! Le succès sans prise de risque n'existe pas et ceux qui expérimenteront cette nouvelle gouvernance, à l'heure où l'Europe s'ouvre au marché médical français, devraient en retirer le bénéfice d'une amélioration globale de la prise en charge des malades, justifiant les investissements humains et financiers pour rendre à l'hôpital public la place qu'il est en train de perdre.

Schéma de gouvernance hospitalière avec directoire



Résumé de l'organigramme des responsabilités

- 1° L' Agence Régionale de Santé nomme les membres du Conseil de Surveillance
Soit par l'intermédiaire de son comité exécutif
Soit en créant une « assemblée des représentants du territoire de santé»

Elle laisse agir la communauté hospitalière de territoire dans le cadre global des missions qui lui sont confiées et n'intervient pas dans sa gouvernance

Elle délègue les moyens financiers des missions de service public aux directoires qui en seront responsables.

- 2° Le Conseil de surveillance nomme le président du directoire qui propose son équipe
il valide le projet du directoire et contrôle les comptes
il comprend un bureau qui prépare les dossiers
un comité des nomination et de rémunération
un comité d'audit
un comité d'éthique

- 3° Le Directoire est souverain et a toute liberté pour appliquer la politique qu'il a définie à partir des besoins régionaux
Il est au dessus des établissements de soins et son président pour être libre dans sa mission ne peut pas être le directeur du CHU, sauf à démissionner de son poste.
Il impulse la dynamique d'action partagée entre les établissements qui représentent les filiales, CHU y compris.

- 4° les filiales gardent leur gouvernance actuelle, mais deviennent libres d'établir leur Règlement Intérieur comme elles l'entendent. Elle répondent chacune aux besoins définis par la communauté hospitalière dans une concertation permanente entre le Directoire, le Comité Exécutif de la Communauté hospitalières qui regroupe les directeurs des établissements et la Commission Médicale des Etablissements qui regroupe les présidents des Commissions médicales consultatives de chaque hôpital.

- 5° des commissaires aux comptes indépendants rapportent au CS les résultats des filiales et du directoire

- 6° Une telle politique sanitaire, s'accompagnera d'une révision des modes de rémunération des médecins dans le cadre d'un « contrat global d'exercice sur le territoire » leur permettant d'exercer éventuellement sur plusieurs sites selon les besoins.

- 7° Des contrats seront passés avec les organismes d'hospitalisation à domicile (HAD) et avec les établissements privés tant pour la permanence que pour les soins programmés en fonction des besoins, des spécificités des établissements et de leur équipement.

A tous les niveaux la responsabilité doit permettre de faire surgir une harmonisation de l'action dans un schéma de prise en charge graduée des malades et des blessés.

Personnes auditionnées

Avertissement : Les personnes auditionnées ne représentent qu'elles mêmes et en aucun cas les organismes, institutions, établissements, sociétés ou syndicats auxquelles elles appartiennent ou dont elles sont responsables. Les avis, opinions et conseils ont parfois été contradictoires, mais leur parole a été libre et très utile à la réflexion générale comme à la réalisation concrète du rapport. 85% des personnes auditionnées ont renvoyé leurs réponses au questionnaire qui leur a été adressé puis ont été interrogées soit lors d'une réunion soit lors d'entretiens téléphoniques. Qu'elles soient ici toutes très sincèrement remerciées.

Nous remercions aussi les membres du Cercle Santé Société, du Conseil National de la Chirurgie et de l'Académie Nationale de Médecine qui ont travaillé lors de réunions dédiées à ce thème de la gouvernance.

Par ordre alphabétique

1.	Jamil	AMHIS	Chirurgien Général, Infantile
2.	François	AUBART	Vice président du Conseil national de la chirurgie
3.	Gilles	AUFFRET	Directeur général délégué, RHODIA
4.	Denis	BABORIER	Président CME hôpital de Lons le Saulnier
5.	Henri	BALBAUD	Consultant en ressources humaines
6.	Didier	BAZZOCCHI	Directeur général délégué santé du groupe COVEA
7.	Claude	BEBEAR	Président du Conseil de Surveillance d'AXA
8.	Adrien	BELOEUVRE	Commissaire aux comptes
9.	Antoine	BERNHEIM	Président de GENERALI
10.	Edouard	BICHIER	Président CME hôpital de Saumur
11.	Michel	BON	Anc Prsdt France Telecom et Carrefour, Prsdt Cons Surv DEVTEAM
12.	Joël	BOUFFIES	Directeur Gal. CH Sud Francilien
13.	Christian	BOUFFIOUX	Prof. Urologie, Directeur Médical CHU de Liège, Belgique
14.	Philippe	BOURRIER	Président CME hôpital du Mans
15.	Jean Yves	BOUSIGUE	Membre du conseil national de la chirurgie
16.	Olivier	BOYER	Directeur de l'ARH bourgogne
17.	Maurice	BRANGEON	PDG, Sté BRANGEON, Cholet
18.	Yolande	BRIAND	Sec. Gal. Fédération des services santé et services sociaux
19.	Francis	BRUNELLE	Professeur des Universités, radiologue
20.	Yves	BUR	Député du Bas Rhin, maire de Lingolsheim
21.	Jean Michel	BUDET	Directeur Gal Adjoint AP-HM Marseille
22.	Jacques	CATON	Membre du conseil national de la chirurgie
23.	Alain-Michel	CERETTI	Président de la Midiss à la H.A.S.
24.	Jean Michel	CHABOT	H.A.S. Conseiller Médical
25.	Bernard	CHARPENTIER	Professeur d'université, ancien doyen
26.	François	CHEREQUE	Secrétaire Général de la CFDT
27.	Guy	COLLET	Membre Commission Larcher
28.	Pierre	CORIAT	Président de la CME de l'APHP
29.	Dominique	COUDREAU	Conseiller du Président Générale de Santé
30.	Alain	COULOMB	Consultant

31.	Pierre	CUENO	Directeur de Cabinet du Président de la SNCF
32.	Jean Pierre	DAVANT	Président de la MUTUALITE FRANCAISE
33.	Henri	DE CASTRIES	Président du directoire d'AXA
34.	Jean	DE KERVASDOUE	Professeur au CNAM
35.	Yves	DE PROST	Prof. Université - Ancien Président CME de l'APHP
36.	Emmanuel	DE THOMASSON	Chirurgien Orthopédiste IMM
37.	Denis	DEBROSSE	Conseiller Général des établissements de santé
38.	Jean-Mathieu	DEFOUR	Dir. Hop. Jean Solignac et Hop Vallon
39.	Jean Noël	DESTREMAU	Ancien Président du Conseil de Surveillance de l'Immobilière 3F
40.	Alain	DIBIE	Cardiologue, Président de CME de l'IMM
41.	Jacques	DOMERGUE	Député de l'Hérault, Président du CNC
42.	Jean Michel	DUBERNARD	Membre du Collège de la HAS
43.	Thierry	DUFOUR	Chirurgien, membre du CNC
44.	Bruno	DURIEUX	Maire de Grignan, ancien ministre de la santé
45.	Philippe	EL SAIR	Directeur Général CH Villefranche S/Saone
46.	Christian	ESPAGNO	Chirurgien, Vice-Président CSMF
47.	Francis	FELLINGER	Cardiologue, Hôpital d'Haguenau, Président de CME
48.	Antoine	FLAHAUT	Directeur Général Ecole Hautes Etudes en Santé Publique
49.	Philippe	FRANCOIS	Membre du Cercle Santé Société
50.	André	FRITZ	Directeur Gal CHU Rennes
51.	Pierre	FUENTES	Prof. Univ. , Ancien Président Conférence CME CHU
52.	Jean Michel	GAYRAUD	Directeur Gal Adj. Institut Montsouris
53.	Jean Pierre	GENET	Chirurgien, membre du CNC
54.	Cyril	GERARD	Praticien hospitalier, Hôpital de Vannes
55.	Claude	GIRARD	Président CME CHU Dijon
56.	Jean Alexis	GRIMAUD	Prof universités, directeur dept.Bio ingénierie ministère recherche
57.	Freddy	HAMDY	Chief Depart of Urology Sheffield University U.K.
58.	Alain	HERIAUD	Directeur Gal CHU Bordeaux
59.	Paul	HONORE	Directeur d'Usine, Cholet
60.	Daniel	JAECK	Prof. Chir Viscérale CHU Strasbourg
61.	Stanislas	JOHANET	Anesthésiste, membre du Cercle Santé Société
62.	Léopold	JOUVIN Michel	Directeur Hôpital Spécialisé Jury les Metz
63.	Henri	JUDET	Chirurgien, membre du CNC
64.	Claude	KENESI	Membre Académie Nationale de Médecine
65.	André	KERSCHEN	Gastro-entérologue, Directeur C.H. Luxembourgeois, Luxembourg
66.	Henri	LACHMANN	Président du Conseil de Surveillance de Schneider Electric
67.	Jean Louis	LACROIX	Secrétaire Général, Sté ERAM, Cholet
68.	Gérard	LARCHER	Sénateur des Yvelines,
69.	Benoit	LECLERC	Directeur Général AP-HP
70.	Claude	LEDoux	Directeur Gal Clin. du Parc à Cholet
71.	Jean Marie	LE GUEN	Député Paris, Président délégué APHP
72.	Jean Michel	LELEU	Chirurgien, membre du CNC
73.	Gérard	LEYNAUD	Chirurgien, membre du CNC
74.	Daniel	LOISANCE	Professeur Chir. Cardiaque, Membre Acad. Nat. Médecine
75.	Martin	MALVY	Membre Académie Nationale de Médecine
76.	Fabrice	MARCHIOL	Maire de La Mure, membre Commission Larcher
77.	Véronique	MARTINOT DUQUENOY	Chirurgien, Membre du Bureau du CNC
78.	Jean François	MATTEI	Ancien Ministre, Président de la Croix Rouge Française
79.	Jacques	METAIS	Directeur ARH Ile de France
80.	Jacques	MEURETTE	Chirurgien, membre du SML
81.	Gérard	MILHAUD	Membre Académie Nationale de Médecine
82.	Alain	MINC	Consultant
83.	Jean Jacques	MONTEIL	Président du Groupe Hospitalier Mutualiste Français
84.	Jean Christophe	PAQUET	Président de CME, membre du bureau du CNC
85.	Michel	PEBEREAU	Président du Conseil d'Administration BNP PARIBAS

86.	Jacques	PELISSARD	Président de l'Association des Maires de France
87.	Benoit	PERICARD	Directeur des activités Santé de KPMG
88.	Jean-Christophe	PINSON	Directeur CH Saumur
89.	Pierre-Charles	PONS	Directeur Gal CHU Dijon
90.	Jean Claude	PRAGER	Membre cercle santé société, dir. Agence diffusion de l'info. tehnoc
91.	Patrice	QUENEAU	Membre Académie Nationale de Médecine
92.	Claude	RAMBAUD	Présidente, Association le Lien
93.	Frédéric	ROSTAND	Président directeur général , GENERALE de SANTE
94.	Philippe	ROUSSEL	Directeur Gal CH. Le Mans
95.	François	ROUSSELOT	Membre du conseil national de l'ordre des médecins
96.	Christian	SAOUT	Président CISS
97.	Jean Claude	SCHREDER	Consultant
98.	Louis	SCHWEITZER	Président du Conseil d'Administration de RENAULT
99.	Jean Paul	SEGADE	Directeur Général AP-HM ; Marseille
100.	Jörg Rdiger	SIEWERT	Prof. Chir. , Directeur Médical Hôpital Universitaire Heidelberg
101.	Jean Cyril	SPINETTA	Président Directeur Général d'AIR FRANCE-KLM
102.	Pierre	TEILLAC	Directeur R. et D. Laboratoire PIERRE FABRE
103.	Christian	THUILLEZ	Doyen Université de Rouen, presd. Conférence des doyens
104.	Danielle	TOUPILLER	Directrice du Centre National de Gestion
105.	Denis	VALZER	Directeur Général du CH. de Lons Le Saunier
106.	Rose Marie	VAN LERBERGHE	Présidente du Directoire du Groupe KORIAN
107.	Martin	VIAL	Président d'EUROP ASSISTANCE, anc presd. La POSTE
108.	Serge	WEINBERG	Président du conseil d'administration groupe ACCOR