



Projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

La gouvernance : talon d'Achille du projet !

Ce projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires contient d'excellentes choses telles, la priorité accordée à la qualité et à la sécurité des soins dans les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, le choix possible pour les praticiens entre statut public et contractuel, une souplesse de gestion en matière de marchés publics ou de gestion immobilière, la réforme des urgences...

Il constitue donc un réel progrès. Cependant sur un point essentiel, la gouvernance, déterminante pour le succès de la mise en œuvre de cette loi sur le terrain nous paraît discutable.

En effet, si en matière de gouvernance, il y a une rupture réelle au niveau sémantique, le schéma proposé traduit une réelle incohérence conceptuelle, germe de nombreux conflits de pouvoir, on est bien loin de la volonté exprimée par le Président de la République d'avoir « un patron et un seul » à la tête de l'Hôpital.



1. Une Rupture sémantique

Pour décrire le statut de l'ensemble des établissements de santé, le texte se réfère à une vision très entrepreneuriale¹ :

- Un Conseil de Surveillance avec un Président,
- Un Directoire avec un Président de Directoire sensé être le véritable « patron » de l'établissement, doté de réels pouvoirs,
- Un Comité Exécutif qui implique fortement la communauté médicale.

2. Des limites conceptuelles

La source de la légitimité de ces différentes instances est pour le moins confuse voire incohérente ou contradictoire avec les objectifs affichés au plan politique.

a) *Le Président du Directoire (le Directeur)*

- S'il s'agit d'un CHU, il est nommé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé ; sa légitimité émane clairement du pouvoir central.
- Pour les autres établissements par un arrêté pris par le Directeur Général du centre national de gestion sur proposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé après avis du Président du Conseil de Surveillance. Sa

¹ Rappelons que dans les entreprises à Conseil de Surveillance et Directoire, c'est le Conseil de Surveillance qui désigne les membres du Directoire et le Président du Directoire, la légitimité du « patron » est claire elle émane du Conseil de Surveillance.



légitimité émane du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (lui-même nommé en Conseil des Ministres). Le Conseil de Surveillance n'est pas consulté, seulement son Président pour avis !

En fait dans les 2 cas c'est l'Etat qui désigne le Directeur... indépendamment du Conseil de Surveillance de l'Etablissement !

b) Le Conseil de Surveillance

Ce conseil remplace le Conseil d'administration. Bien qu'il ne participe pas au choix du Directeur, il exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'Etablissement. A cette fin, son Président peut se faire communiquer toute pièce et toute information concernant le fonctionnement de l'Etablissement.

D'où ce conseil tire-t-il sa légitimité ?

Il est composé d'au plus 12 membres.

1. 4 représentants au plus, des collectivités territoriales et de leurs groupements,
2. 4 représentants au plus, du personnel médical et non médical de l'Etablissement,
3. 4 personnalités qualifiées nommées par le Directeur Général de l'ARS dont deux représentants des usagers.

Aucun représentant des financeurs, en particulier de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des grandes mutuelles qui seraient légitimes pour siéger, seul un Directeur de Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par l'Agence Régionale de Santé assiste aux séances, mais avec simple voix consultative !

La légitimité des représentants du personnel est indéniable. Celles des personnalités qualifiées émanent d'une nomination par l'ARS. Quant à la légitimité des élus pour siéger dans un tel conseil stratégique, elle est très discutable, dans la mesure où les collectivités territoriales n'assument aucune responsabilité financière, et le personnel relève en grande partie de la fonction publique d'Etat. Enfin, le Président désigné par le conseil est un élu ou une personnalité qualifiée.

c) Le Directoire

Il est constitué par des membres du personnel de l'Etablissement dans la limite de 5 membres ou 7 membres pour les CHU.

Les membres sont nommés par le Président du Directoire après avis de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Une particularité : le Vice Président du Directoire est de droit le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, c'est-à-dire un élu par ses pairs.

La légitimité des membres du Directoire émane donc clairement du Directeur à l'exception du Vice Président dont la légitimité émane de ses mandants c'est-à-dire du personnel médical de l'établissement. Le Conseil de Surveillance n'est pas consulté sur ces désignations.



Observons pour compléter cette description que c'est le Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé qui fixe les objectifs assignés au Directeur, objectifs qui serviront de base à l'évaluation que réalisera le Directeur Général de l'Agence.

3. Des conflits de pouvoir

Il n'est pas très difficile d'imaginer les conflits de pouvoir qui résultent de ces incohérences conceptuelles.

Le Conseil de Surveillance d'un établissement de santé est doté de réels pouvoirs stratégiques mais il ne participe pas à la désignation du Directeur.

En outre c'est le directeur de l'Agence Régionale de Santé qui fixe les objectifs du directeur alors que le Conseil de Surveillance est censé avoir une vocation stratégique !

- Si le Président du Conseil de Surveillance a une forte personnalité ce qui est souhaitable, le conflit est inéluctable entre Président du Conseil de Surveillance, Directeur de l'établissement, Directeur Régional de l'Agence de Santé.
- Quant aux CHU :

On voit mal le directeur nommé en Conseil des Ministres admettre l'autorité du Directeur de l'Agence Régionale de Santé (lui-même nommé en Conseil des Ministres) qui lui fixera ses objectifs.

Observons que ce même directeur de l'Agence Régionale de Santé rend des comptes à un Conseil de Surveillance présidé par le Préfet de Région, lui-même nommé en Conseil des Ministres !

4. Comment améliorer tout cela ?

Il faut simplement redonner leur véritable sens aux termes utilisés. Voici notre idée :

Le conseil de Surveillance définit les grandes orientations stratégiques dans le cadre des priorités sanitaires régionales définies par l'Agence Régionale de Santé.

Le conseil de Surveillance désigne le Président du Directoire. Les membres de ce dernier sont désignés par le Conseil de Surveillance sur proposition du Président du Directoire. Il n'y a plus d'élu au sein du Directoire, le Président de la CME ne fait pas partie du Directoire. En revanche il serait pertinent de prévoir un directeur médical.

Il comprend :

- Des représentants des financeurs, 2 (Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Mutuelles,...)
- Des personnalités qualifiées, 6, désignées par l'Agence Régionale de Santé dont 2 représentants des patients
- Des représentants du personnel au nombre de 4 (dont 2 médecins)



Le Président est désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées.

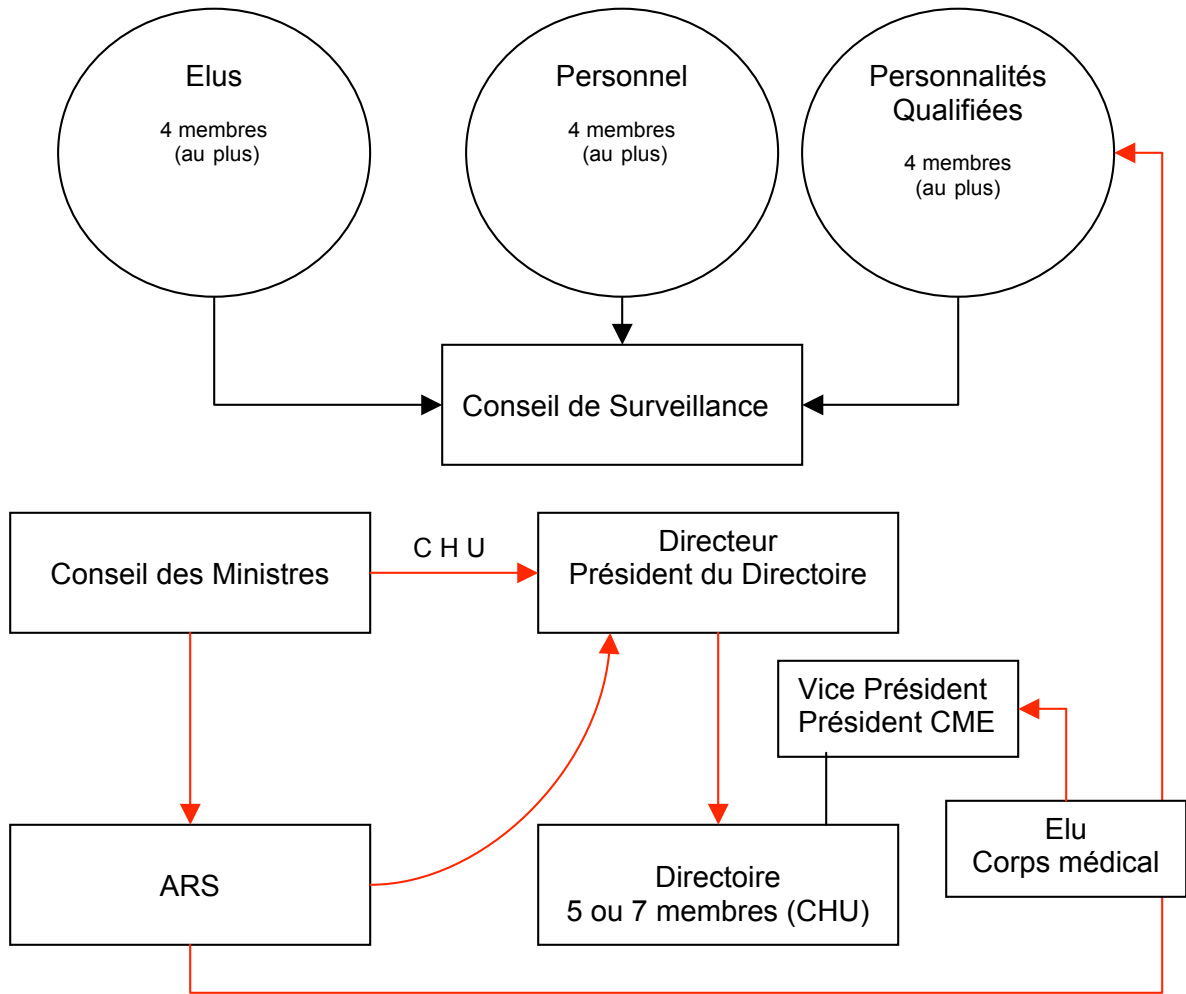
La légitimité du directeur dans ce schéma est claire, elle émane du conseil d'orientation dont la moitié des membres est désignée par l'Agence Régionale de Santé, bras séculier de l'Etat...ce qui est normal puisqu'il s'agit d'établissement public.

Le directeur peut être révoqué à tout instant par le Conseil de Surveillance.

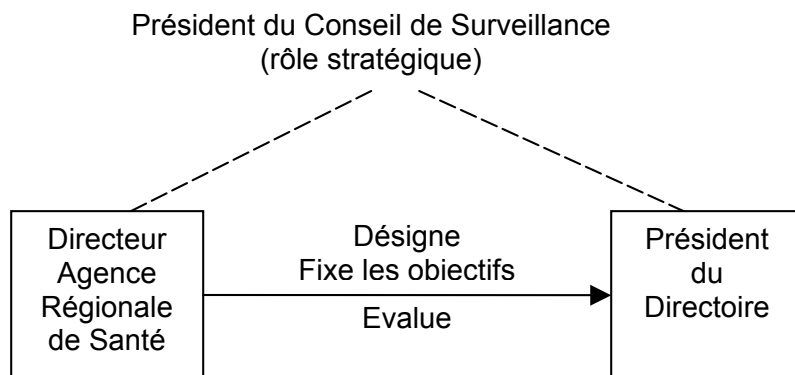
Il y aura un patron et un seul, et un patron... responsable devant une seule instance : le Conseil de Surveillance.

Ces principes et schémas de gouvernance doivent bien sûr s'appliquer aux communautés hospitalières de territoire qui selon le projet de loi sont appelées à devenir « la forme de droit commun de coopération entre établissements publics de santé ».

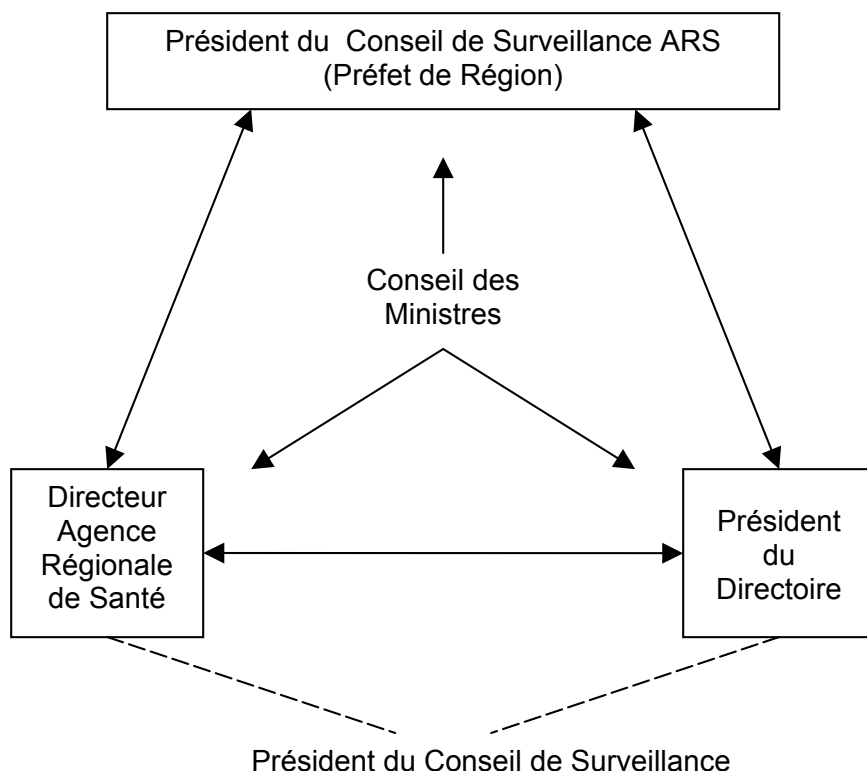
Conseil de surveillance, Directoire sont définis au niveau de la communauté, si cette dernière inclus un CHU, le directeur de CHU n'a pas vocation à être Président du Directoire de la communauté, cette éventualité devrait même être exclue.



Graphe des désignations prévues dans le projet de loi



Etablissements de santé non CHU
Le Président du Directoire représente l'Etat au sein de l'Etablissement



CHU
Au niveau régional le triangle des pouvoirs, trois décideurs en interactions fortes...