

Discours
de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la santé et des sports

INAUGURATION

63^{ème} CONGRÈS SNCH

(Syndicat National des Cadres Hospitaliers)

« *Communauté hospitalière de territoire :*
quel discours de la méthode ? »

-Jeudi 11 Juin 2009-

à 11h00

(DEAUVILLE)
Centre International

Monsieur le maire, cher Philippe Augier,
Monsieur le directeur de l'agence régionale de
l'hospitalisation, cher Dominique Blais,
Monsieur le président, cher Philippe El Saïr,
Mesdames et messieurs les directeurs,
Mesdames et messieurs,

Chacune de mes rencontres avec la communauté
hospitalière est un **moment privilégié de partage et
d'échange**.

Parce que nous sommes tous animés par les mêmes
convictions et les mêmes valeurs, celles de l'hôpital
public, j'éprouve toujours autant de plaisir à vous
rencontrer et à vous écouter.

Aussi suis-je particulièrement heureuse de m'associer
une nouvelle fois à votre congrès annuel.

L'an dernier, nous évoquions ensemble les grandes lignes de la réforme de l'hôpital. Un an plus tard, nous venons d'achever son examen au Sénat, et seuls la commission mixte paritaire et le conseil constitutionnel nous séparent désormais d'une promulgation que je sais très attendue.

Ma présence à vos côtés m'offre ainsi l'occasion de revenir sur quelques axes majeurs de cette réforme, qui vous donne, à vous directeurs d'hôpital, une place accrue et légitime.

*

Le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* », dans son titre consacré à l'hôpital, prévoit une **profonde réorganisation de notre système de soins**.

C'est pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, partout et pour tous, que cette réforme a été conçue.

C'est pour garantir les missions du service public que l'hôpital et sa gouvernance doivent être modernisés.

Au terme d'un débat riche, animé, passionné même parfois, nous sommes parvenus à un texte **équilibré et cohérent**, qui **confirme vos missions** et **renforce vos responsabilités**.

J'en profite pour vous remercier, cher Philippe El Saïr, et pour saluer l'ensemble du SNCH pour son soutien et son engagement.

Depuis les premières étapes de l'élaboration du projet de loi jusqu'à aujourd'hui, vous avez toujours défendu l'idée d'une **réforme à la hauteur de vos convictions et de vos attentes**.

Cette ambition, je la partage, et, je ne crains pas de le dire, elle a été **respectée**.

Sans entrer dans le détail d'un texte dont vous connaissez l'ampleur, je souhaiterais revenir sur deux points, qui sont au cœur de la réforme comme de vos préoccupations : les communautés hospitalières de territoire (CHT) et la gouvernance.

En choisissant de consacrer ces journées d'études aux **communautés hospitalières de territoire**, vous soulignez à juste titre le rôle essentiel que ces CHT sont appelées à jouer sur un territoire de santé.

Par ce choix, vous insistez également sur la nécessité de poursuivre notre **réorganisation hospitalière**.

J'ai voulu, en effet, que les CHT soient un moyen supplémentaire d'améliorer nos réponses aux besoins de la population, à l'échelle d'un territoire de santé.

Les communautés hospitalières de territoire présentent ainsi le double avantage de **restructurer l'offre de soins**, tout en conservant le **maillage très fin** des établissements de santé sur notre territoire.

En ce sens, les dispositions portant création des communautés hospitalières de territoire et des groupements de coopération sanitaire (GCS) qualifiés d'établissements de santé constituent des **leviers inédits**

pour mutualiser les moyens hospitaliers et concrétiser les filières de soins entre les établissements, pour mieux conjuguer, à l'échelle des territoires, sécurité et proximité.

Mon objectif, je tiens à le préciser d'emblée, n'est surtout pas de créer des « mastodontes régionaux », mais, bien au contraire, de renforcer les complémentarités entre établissements de taille moyenne, pour une activité totale MCO de l'ordre de 400 à 600 lits : les CHT doivent atteindre une taille suffisante, mais elles doivent aussi être gouvernables.

La CHT et le GCS sont avant tout des outils **au service d'une stratégie médicale associée à un territoire**. C'est donc le projet médical de territoire qui devra structurer les coopérations.

En toute logique, ces coopérations seront impulsées par les établissements eux-mêmes, soutenus, bien entendu, par les agences régionales de santé, y compris financièrement.

Qui d'autre que vous, acteurs de terrain, pourrait proposer à l'ARS une filière de soins, ou un partenariat avec un établissement de proximité, qu'il soit sanitaire ou médico-social ?

Je parle ici à la fois des coopérations entre établissements publics et des partenariats public-privé, que j'entends soutenir résolument, au moyen du groupement de coopération sanitaire.

Je parle, également, de la collaboration étroite qui doit s'établir avec le **secteur médico-social**. Le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » prévoit, à cet égard, que les communautés hospitalières de territoire puissent associer des structures médico-sociales. C'est une avancée importante, car elle va dans le sens du décloisonnement de nos approches, qui est au cœur de ce projet de loi.

La communauté hospitalière de territoire, comme l'ensemble des mesures d'un projet de loi ambitieux et cohérent, doit nous permettre de relever les défis d'aujourd'hui et de demain.

La population vieillit ; les hospitalisations sont plus courtes. L'hôpital moderne devra gérer des flux de patients. Il devra mieux les orienter, et leur garantir un parcours de soins plus fluide.

J'en suis persuadée : c'est à l'aune des filières de soins que vous saurez constituer **pour les patients**, et à l'aune de la qualité de la prise en charge globale de ces patients que vous saurez mettre en place, que l'on jugera la qualité de vos structures.

*

Le second point que je voulais évoquer avec vous est la question de la **gouvernance**, qui, vous le savez, s'est trouvée au cœur des débats parlementaires tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

Comment rendre nos hôpitaux mieux à même de remplir leur mission et de relever les défis auxquels ils sont confrontés, en lien avec la médecine de ville et le secteur médico-social ? Comment donner à chaque acteur de l'hôpital les moyens d'**exercer pleinement ses responsabilités** ? Tels étaient les enjeux majeurs de la réforme de l'hôpital.

Le projet de loi adopté par le Sénat achève ainsi la mutation entamée en 2005 avec le renforcement de la gouvernance et les délégations de gestion au sein des pôles.

La requalification du conseil d'administration en conseil de surveillance donne au directeur, président du directoire, **l'ensemble des compétences de gestion**. C'est ici une avancée majeure, qui répond aux préoccupations des directeurs d'hôpital : vous allez enfin disposer des moyens nécessaires pour piloter vos établissements et sortir des situations de blocage qui, trop souvent, minent l'hôpital public.

Le conseil de surveillance, dont le président sera désormais élu, sera chargé de la stratégie et du contrôle de la gestion.

Il reviendra aux directeurs de **mettre en œuvre le projet d'établissement** et d'assurer la gestion opérationnelle : vous fixerez l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), procéderez à la nomination de vos adjoints et serez amenés à signer, avec le directeur général de l'agence régionale de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Bien entendu, ces responsabilités ne sauraient être exercées de manière solitaire : le **directoire**, composé en majorité de médecins, sera une véritable **instance de concertation et d'échange**.

A cet égard, je partage votre vision d'un directoire qui conseille le directeur, ce dernier entendant les remarques, les avis, voire les oppositions.

Cette vision, nous le savons bien, correspond au mode de fonctionnement du conseil exécutif actuel, qui a donné toute satisfaction jusqu'à présent.

Certains ont craint que le projet de loi conduise à « démedicaliser » les décisions. C'est évidemment hors de question. Vous les premiers, en effet, êtes bien placés pour savoir qu'il est indispensable, pour diriger un hôpital, d'**associer pleinement le corps médical à la prise de décision.**

C'est pourquoi il m'a paru naturel que la montée en puissance de la fonction de direction s'accompagne de la définition d'un **rôle clair et précis pour le président de la commission médicale d'établissement**, qui sera vice-président du directoire.

Enfin, j'ai voulu que la **logique de pôle** prenne sa pleine ampleur en proposant que le pôle soit une unité qui bénéficie d'une délégation de gestion systématique et évaluée. Elle sera formalisée par un contrat, signé entre le directeur et le chef de pôle.

Dans une ligne hiérarchique clarifiée, le chef de pôle sera le relais naturel, le relais opérationnel du directeur pour la mise en œuvre du projet d'établissement.

Vous l'aurez compris : la question de la prise de décision est cruciale pour l'amélioration du fonctionnement de nos hôpitaux.

J'ai le sentiment – et je sais qu'il est partagé – que le texte issu du débat parlementaire préserve les objectifs de cette réforme tout en respectant le rôle de chacun.

*

Je l'ai maintes fois rappelé : la prise en charge est un acte d'**équipe**, où chaque membre de la communauté hospitalière joue un rôle.

Si j'ai beaucoup parlé, jusqu'à présent, des directeurs d'établissements, je n'en oublie pas pour autant les cadres hospitaliers.

C'est sur elles et eux que s'appuie le directeur pour mettre en œuvre le projet d'établissement. Qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques, ce sont elles et eux qui feront vivre la réforme.

C'est pourquoi j'ai confié à Chantal de Singly, directrice de l'Institut du management à l'EHESP, une **mission sur les cadres hospitaliers**, qui porte sur leur formation, leur rôle et leur valorisation.

Il ne s'agit pas, soyez-en assurés, d'une mission de plus, ni d'un rapport de trop. Je suis déterminée à mettre en œuvre les recommandations utiles qui seront formulées, parce que je sais que le corps des attachés d'administration hospitalière traverse actuellement une crise et qu'il est indispensable de penser son évolution en même temps que celle du corps des directeurs. Avant même la mise en place de la mission confiée à Chantal de Singly, les attachés d'administration m'ont fait connaître **leur souhait légitime d'une formation initiale renouvelée et renforcée.**

Je puis leur dire aujourd'hui que la réflexion engagée, sur ce dossier, entre les services de mon ministère et l'EHESP devrait aboutir prochainement à un nouveau dispositif de formation, auquel pourra être associé un choix des postes par liste d'aptitude. Les professionnels seront bien sûr consultés pour l'élaboration formalisée de ces deux dispositions.

Je veux me pencher, également, sur la question de la représentation des cadres au sein des différentes instances.

Il faudra enfin envisager une **nouvelle formation** et identifier des masters de management. L'intégration des formations paramédicales au LMD doit aussi profiter aux cadres hospitaliers.

*

Pour conclure mes propos, j'aimerais revenir sur le statut des directeurs et sur un certain nombre d'engagements que j'ai pris vis-à-vis de votre profession.

La première étape a été d'unifier le corps des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

La seconde étape sera, ainsi que je vous l'avais annoncé, le lancement d'une **mission sur les personnels de direction**, qui couvrira à la fois les directeurs d'hôpitaux et les directeurs d'établissements médico-sociaux. Il est essentiel, en effet, de tenir compte des évolutions démographiques du nombre de directeurs, de la montée en

puissance de la fonction de cadre, mais aussi des changements que ne manquera pas d'apporter la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». Il conviendra notamment d'adapter le régime indemnitaire à vos nouvelles responsabilités.

Nous devons réfléchir également au positionnement des **adjoints** à l'heure des pôles d'activité, au rôle que doit jouer un directeur d'établissement siège de CHT ou de GCS, tout en garantissant une attractivité suffisante de ces responsabilités dans un environnement complexe.

De même, j'ai souhaité que le régime juridique portant sur les **conditions de logement des personnels de direction** soit clarifié et rendu plus transparent.

J'ai donc le plaisir de vous annoncer que le projet de décret sur les logements de fonction sera prochainement transmis au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière pour un examen le 24 juin prochain, ce qui rend sa publication envisageable dans le courant du mois de juillet.

Ce décret précise les personnels astreints à la nécessité absolue de service, revalorise de manière significative les indemnités en cas d'absence de logement adapté et prévoit un suivi individualisé des dépenses afférentes aux

logements de fonction. Enfin, les modalités d'attribution des logements pour utilité de service sont clairement définies.

La parution de ce décret s'inscrit dans la **relation de confiance** que nous avons su mettre en place.

Je sais que ces questions sont sensibles pour vous tous, qui vous consacrez sans compter à vos fonctions.

Aussi, j'ai souhaité vous offrir un cadre sécurisé, répondant à vos attentes légitimes.

*

Ai-je encore besoin de le dire ? Vous savez que j'ai toujours eu à cœur de vous défendre, parce que je connais la grande valeur des directeurs d'hôpitaux, **hommes et femmes de synthèse** qui savent allier gestion et santé publique.

Je sais pouvoir compter sur vous, puisque vous avez déjà démontré l'envergure de vos compétences, lors des crises sanitaires notamment. Ainsi, j'ai bien conscience de l'investissement réalisé par les centres 15 et les services hospitaliers ces dernières semaines, pour la **grippe A H1N1**, tout comme j'ai conscience de l'organisation qu'il vous a fallu mettre en place dans vos établissements pour y parvenir.

La phase initiale de l'épidémie a nécessité une logique de contingentement pour limiter la diffusion du virus. Dès que l'épidémie aura entamé une phase de plus grande diffusion, c'est une prise en charge ambulatoire qui sera mise en œuvre. L'hospitalisation sera alors réservée aux formes graves, mais c'est encore une mobilisation totale des hôpitaux qui sera nécessaire, et je sais que, comme toujours, vous répondrez présents.

Quant à la mise en œuvre de la réforme de notre système de soins, je voudrais d'ores et déjà vous témoigner toute ma **confiance**. Dès le mois de juillet s'ouvrira le chantier des décrets d'application. Bien entendu, je ne manquerai

pas de vous consulter, car les propositions du SNCH, partenaire toujours exigeant, mais toujours constructif, sont précieuses.

C'est cette même confiance que je viendrai exprimer dans les hôpitaux, au cours d'un tour de France des régions que je débiterai dès la fin du mois de juin. Je veux, en effet, aller à la rencontre de la communauté hospitalière et **accompagner la mise en œuvre de la réforme.**

Je tiens à ce que cette réforme soit évaluée dans ses différentes étapes, et il faudra, notamment, que nous puissions déterminer ensemble, avec les personnels de direction, les **indicateurs** qui nous permettront de mesurer les évolutions apportées.

Pour finir, vous me permettrez, cher Philippe El Saïr, quelques considérations plus personnelles, pour vous dire toute mon estime au moment où vous vous apprêtez à quitter vos fonctions.

Je tenais à vous remercier, en effet, et à saluer en vous un homme de valeur(s), au singulier comme au pluriel. Sans complaisance sur vos engagements, vous avez toujours su défendre ardemment vos positions tout en engageant de véritables débats, c'est-à-dire en instaurant des échanges ouverts et constructifs. Je suis fière de vous compter parmi les hautes figures de notre système hospitalier et je sais que, où que vous soyez, vous continuerez à l'améliorer.

Et je ne doute pas que Philippe Blua saura, **avec la même énergie et le même talent**, porter haut et fort les valeurs de votre profession. Bienvenue à vous.

Je vous remercie.