
Plan « Hôpital 2007 »

**dossier de presse
26 juin 2003**

Sommaire

Ce dossier de presse comporte trois volets

I. Cinq chantiers pour un hôpital rénové, plus proche et plus souple. (*Point d'étape sur la politique hospitalière engagée en novembre 2002*).

Ce premier volet reprend les mesures annoncées en novembre dernier par le Ministre en établissant un état des lieux de leur mise en œuvre.

- 1- La relance sans précédent de l'investissement.
- 2- La Tarification à l'activité (T2A).
- 3- La simplification de la planification.
- 4- La coopération sanitaire.
- 5- La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH)

II. Sept propositions, ouvertes à la discussion, pour la modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics.

Ce deuxième volet présente les propositions à discuter en matière d'organisation interne de l'hôpital. Elles seront soumises à concertation avec les professionnels concernés dès cet été.

- 1- Le Conseil d'Administration.
- 2- Le Comité de Direction.
- 3- Un dispositif de sécurité de gestion.
- 4- La Commission Médicale d'Etablissement.
- 5- Une organisation en pôles d'activité.
- 6- La nomination et la gestion des Praticiens Hospitaliers.
- 7- La nomination et la gestion des directeurs d'établissements.

III. Un dispositif de concertation et d'accompagnement.

Ce troisième volet précise la méthode et le calendrier de concertation et d'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme.

- 1- Une concertation approfondie, avec quatre groupes de travail (gouvernance interne, gestion des praticiens hospitaliers, gestion des directeurs d'hôpitaux, régime budgétaire et comptable).
- 2- Un dispositif d'accompagnement à la modernisation.

Cinq chantiers pour un hôpital rénové, plus proche et plus souple.

- 1- La relance sans précédent de l'investissement**
- 2- La Tarification à l'activité (T2A)**
- 3- La simplification de la planification**
- 4- La coopération sanitaire**
- 5- La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH)**

Une relance sans précédent de l'investissement

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » (6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires en 5 ans) prévoit pour 2003 une première tranche de plus d'un milliard d'euros, financée par le Fonds de Modernisation des Etablissements Publics et Privés (300 M€) et la dotation globale des établissements (70M€, assurant le paiement d'emprunts ou de loyers pour 700M€).

La mise en œuvre de ce plan permet une augmentation de l'ordre de 30 % du volume annuel actuel des investissements hospitaliers publics et privés.

Le calendrier prévu sera tenu

Les Objectifs Régionaux Pluriannuels d'Investissement (ORPI) sont en cours de définition depuis la mi avril par les ARH et aboutiront d'ici la mi-juillet. Ils correspondent au montant des investissements supplémentaires que devront générer les aides en capital et en fonctionnement du plan « hôpital 2007 ».

Ils seront adoptés après concertation locale avec les élus et les professionnels, afin de déléguer les crédits 2003 avant fin juillet.

La Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier est opérationnelle

Créée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2003, la mission a commencé à faire bénéficier les ARH et les établissements de son expertise.

Son directeur, Vincent Le Taillandier, a d'ores et déjà constitué son équipe nationale, et les recrutements de la trentaine d'experts régionaux de la mission est en cours.

L'action de la mission auprès des établissements et des ARH a vocation à s'accroître avec le démarrage des projets.

Les modalités innovantes de réalisation devraient entrer en vigueur prochainement

Dans le cadre des ordonnances de simplification administrative, il est prévu dans le secteur hospitalier :

- Le recours à des marchés globaux (conception, réalisation, maintenance) pour les constructions immobilières.
- La possibilité pour les Sociétés d'Economie Mixte d'intervenir dans le secteur sanitaire.
- La capacité d'utiliser des baux emphytéotiques pour les constructions hospitalières en permettant à des entreprises privées de construire pour le compte des établissements.

La Tarification à l'Activité (T2a)

Aujourd'hui, les établissements reçoivent chaque année une enveloppe globale pour assurer leurs missions sans tenir compte de leur niveau d'activité ; avec la Tarification à l'Activité les établissements percevront un budget en adéquation avec leur activité médicale.

Les travaux conduits par la **Mission T2A**, dirigée par Martine Aoustin et Rolland Cash, ont permis de clarifier en six mois la très grande majorité des points difficiles ce qui permettra de présenter aux professionnels, pour la mi-juillet, le schéma cible pour 2006 et les schémas transitoires pour 2004 et 2005.

Ces expérimentations et leurs résultats feront l'objet d'un rapport au Parlement à l'occasion du PLFSS 2004.

Les grandes orientations peuvent déjà être évoquées :

Une entrée en vigueur progressive

- La tarification à l'activité ne concernera en 2004 que les activités MCO (Médecine, Chirurgie, et Obstétrique). Les Soins de Suite et de Réadaptation le seront en 2005.
- A côté du financement à l'activité, demeurera un financement sous forme de dotation pour des « Missions d'Intérêt général et la Contractualisation » (recherche, enseignement, innovations par exemple).

Les principes

- Les **tarifs seront nationaux** et prendront mieux en compte les activités de réanimation, d'urgence, de soins palliatifs, de greffes d'organes, de néonatalogie, et d'hospitalisation à domicile.
- En dehors des tarifs, **certains médicaments innovants particulièrement coûteux** et certains dispositifs médicaux seront facturés directement, sous réserve de l'application de bonnes pratiques de prescription.
- Il n'existera, dès 2004, plus **qu'une seule enveloppe de régulation MCO pour le public et le privé**. La régulation nationale se faisant par une négociation prix/volume, sans distinction des secteurs publics et privés.
- En revanche, pour le calcul des tarifs, **deux échelles tarifaires** seront maintenues : une pour le public et une pour le privé. L'objectif à terme sera d'assurer une convergence de ces deux échelles.

En 2004, tous les établissements publics et privés entreront dans la Tarification à l'Activité, mais de façon progressive

1.1. Pour les établissements publics

- En 2004, ils entreront progressivement dans le nouveau système de financement avec une application limitée à 5 ou 10% de la dotation globale actuelle.
- Pour 2004, la procédure budgétaire actuelle est maintenue La tarification à l'activité s'appliquera au travers des règles budgétaires existantes. Celles-ci ne seront modifiées que pour le budget 2005.

1.2. Pour les établissements privés

- Les tarifs se substitueront aux prix de journée actuels dès 2004. Chaque établissement sera affecté d'un coefficient correcteur pour tenir compte des inégalités tarifaires existantes, et faire converger les tarifs dans des proportions acceptables pour les établissements.

fiche n°I.3.

La simplification de la planification

Le dispositif de planification repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, qui rendent la planification de l'offre hospitalière complexe et peu lisible.

- Aujourd'hui, les autorisations sont délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, chirurgie spécialisée, soins de suite, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychiatrie ou de soins de suite) pour 10 ans. Le SROS et la carte sanitaire sont établis pour une durée maximale de 5 ans.
- Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire est encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels sont arrêtés les indices régionaux, qui tiennent peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitent le nombre de lits ou d'équipements qui peuvent être autorisés.

Les conséquences dommageables de ce dispositif complexe et rigide ont souvent été dénoncées. Le retard encore important de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale en est un exemple frappant. Il en est de même pour l'incapacité à répondre à des besoins de santé spécifiques dans de nombreuses régions compte tenu de la saturation des indices.

L'ordonnance de simplification permettra :

1. La suppression de la carte sanitaire et des indices

Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la régulation de l'offre de soins. C'est dans l'annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par territoire de santé. Cette répartition est arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.

2. La simplification des autorisations

- L'agence régionale de l'hospitalisation devient seule compétente pour délivrer ou refuser les autorisations.
- La notion d'installation disparaît, pour être intégrée aux activités de soins. Les calendriers sont harmonisés : toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS.
- Une contractualisation (sous la forme d'un avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens) accompagne chaque autorisation.

Trois mesures particulières pour les alternatives à l'hospitalisation, la santé mentale, et les soins palliatifs sont également envisagées dans l'ordonnance de simplification

- Les taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives) seront supprimés pour l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation.
- Il n'y aura plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique), mais le schéma régional de psychiatrie sera intégré comme volet obligatoire des SROS
- Les soins palliatifs deviendront également une thématique obligatoire du SROS.

***Faciliter le rapprochement des structures publiques et privées.
Un nouveau Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)***

La coopération sanitaire c'est l'action concertée des professionnels des hôpitaux publics et privés et des professionnels libéraux afin d'assurer une prise en charge optimale des patients au sein d'un territoire de santé.

Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) élargi, souple et polyvalent, remplacera, à terme, les autres modalités de coopérations et facilitera l'atteinte de cet objectif.

Dans le dispositif de modernisation envisagé, le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé.

Ces mesures sont prévues dans l'ordonnance de simplification.

Le GCS n'est plus limité aux établissements. L'objectif est d'ouvrir le GCS aux professionnels libéraux de santé et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville.

Cette mesure est susceptible de répondre à la pénurie que connaissent les établissements hospitaliers publics pour certaines disciplines médicales ou chirurgicales.

Le GCS peut constituer le cadre d'une organisation commune des personnels médicaux pouvant dispenser des actes au bénéfice des patients des établissements membres du GCS et participer aux permanences médicales organisées dans le cadre du groupement.

Il peut aussi devenir un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé.

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH)

Les établissements publics et privés rencontrent des difficultés pour se comparer en matière d'efficience de leur organisation. L'objectif de la MEAH est de fournir un appui méthodologique à des établissements volontaires afin de développer des bases de données de comparaison pour l'ensemble des établissements.

Créée par la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, la MEAH est dirigée par Elisabeth Beau.

Sa vocation est d'agir sur l'organisation des activités et des services.

L'ensemble des missions conduites par la MeaH vise à faire émerger une meilleure organisation des activités hospitalières qui concilie **qualité du service rendu au patient, efficience économique** et **conditions de travail satisfaisantes** pour le personnel. La MeaH prend en compte ces trois dimensions dans le dispositif qu'elle offre aux établissements.

Le programme de travail annuel est arrêté par le Ministre. **Les six thèmes retenus pour 2003 sont : le temps d'attente aux urgences, l'organisation des services de radiothérapie, le temps de travail des médecins et l'organisation des services, les achats dans les hôpitaux et les cliniques, l'organisation des services d'imagerie et la mise en œuvre de la comptabilité analytique.**

C'est un dispositif d'appui innovant et opérationnel au service des établissements.

- *Elle finance des actions dans les établissements.*

Pour atteindre ces objectifs, la MeaH privilégie la mise en œuvre d'actions et de missions « sur le terrain » en offrant aux établissements un dispositif d'appui conseil délivré par des sociétés de consultants que la MeaH sélectionne et finance. A cette fin, elle est dotée d'un important budget d'études et de recherche (4,5 M € pour 2003).

- *Elle s'appuie sur des établissements publics et privés volontaires.*

La MeaH s'adresse à des établissements publics et privés **volontaires** pour mener des audits et mettre en œuvre de nouvelles modalités d'organisation. Il s'agit d'établissements qui ont développé des organisations efficaces ou qui, confrontés à des dysfonctionnements, sont prêts à fournir les informations dont ils disposent sur leurs moyens, leur activité et leur fonctionnement. Ils s'engagent à mettre en œuvre les changements préconisés, après validation, et à en évaluer les résultats.

- *Elle garantit la confidentialité des données confiées par les établissements.*

Les résultats des audits sont **confidentiels** et les établissements en sont propriétaires. Seuls les éléments présentant un intérêt en termes de modélisation ou d'approche méthodologique font l'objet d'une diffusion qui conserve l'anonymat des établissements.

- *Partage d'expériences et de savoir-faire.*

Sur chaque thème de travail, la MeaH constitue un comité technique, composé des responsables des services hospitaliers impliqués dans l'étude, des consultants et le cas échéant de représentants d'associations professionnelles ou d'équipes universitaires. Ce comité technique analyse les situations dégagées par les audits, émet des recommandations, propose de nouvelles modalités de fonctionnement et en accompagne la mise en œuvre puis assure une évaluation des résultats.

Il appartient à la MeaH de construire et de diffuser des référentiels d'organisation hospitalière pour les services cliniques, médico-techniques, administratifs et logistiques, afin que les établissements puissent s'en inspirer pour améliorer leur fonctionnement.

Deuxième volet

Sept propositions pour la modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics

- 1- Le Conseil d'Administration**
- 2- Le Comité de Direction**
- 3- Un dispositif de sécurité de gestion**
- 4- La Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement**
- 5- Une organisation en pôles d'activité**
- 6- La nomination et la gestion des Praticiens Hospitaliers**
- 7- La nomination et la gestion des directeurs d'établissements**

**Un Conseil d'Administration
recentré sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle**

En matière stratégique, il adopterait, sur proposition du Comité de Direction :

- le projet d'établissement, les programmes de santé publique ;
- le projet financier et l'affectation des résultats (budgets, comptes) ;
- le(s) règlement(s) intérieurs ;
- l'organisation interne en pôles d'activité ;
- la nature des contrats entre le Comité de Direction et le chef de pôle;
- les modalités générales d'intéressement.

En matière d'évaluation, il évaluerait la mise en œuvre du projet d'établissement :

- Il analyserait les écarts entre prévisions et réalisations ;
- Il suivrait les indicateurs de résultat (qualité, gestion).

En matière de contrôle, il disposerait de la capacité :

- De mettre en place un comité d'audit ;
- De demander au Comité de Direction soit directement (en cas d'écart entre les objectifs fixés et les réalisations constatées par exemple), soit à l'initiative du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, de mettre en œuvre un plan de redressement ;
- De demander au ministre, par l'intermédiaire du directeur de l'ARH, de mettre fin au mandat du chef d'établissement.

Sa composition serait resserrée, autour par exemple de 12 à 18 membres, organisée en trois collèges de même importance :

- ✓ **Un collège d'élus** dont le maire auquel s'ajouterait un élu régional, un élu départemental et un élu de l'agglomération de communes. (Pour les CHU la place des élus régionaux sera plus importante).
- ✓ **Un collège de personnalités qualifiées** nommées par l'ARH dont trois d'entre eux représenterait, respectivement, les usagers, les médecins libéraux, le conseil économique et social
- ✓ **Un collège de représentants des personnels** de l'Etablissement (corps médical et personnel non médical).

Des membres, à titre consultatif, assisteraient aux séances du Conseil d'Administration :

- ✓ Le président du Comité de Direction (en charge de la préparation de l'ordre du jour)
- ✓ Le Directeur de l'ARH ou son représentant.

Une réflexion approfondie sur la question de la présidence du conseil d'administration devra être menée en concertation avec les élus et les professionnels.

fiche n°II.2.

Un Comité de Direction qui associe l'administration et le corps médical

Sa vocation serait d'assurer la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur.

- Il élaborerait le projet stratégique et les programmes de santé publique ;
- Il mettrait en œuvre les orientations validées par le Conseil d'Administration ;
- Il gèrerait les ressources et les dépenses dans le cadre du projet financier,
- Il élaborerait le(s) règlement(s) intérieur(s),
- Il mettrait en place et coordonne les pôles et la contractualisation interne ;
- Il proposerait les nominations de médecins au Ministre par l'intermédiaire de l'ARH, et nomme les chefs de pôle ;
- Il assurerait le pilotage de l'activité à partir d'indicateurs de qualité et de performance communiqués par les pôles d'activité ;
- Il analyserait la qualité du service rendu aux malades ;
- Il gèrerait les risques.

Sa composition serait également resserrée pour le rendre opérationnel.

Seraient membres de droit :

- Le directeur de l'établissement, président du comité de direction et investi de l'autorité hiérarchique au sein de l'établissement ;
- Le président de la CME ;
- Le doyen, dans le cas d'un CHU.

Ces membres de droit devraient pouvoir choisir au sein de l'équipe de direction et des chefs de « pôle » des **membres complémentaires** (3 dans chacun de ces ensembles). Au total, dans un centre hospitalier, le comité de direction comprendrait ainsi au maximum 8 membres, pour un chu ce nombre serait porté à 9.

fiche n°II.3.

Un dispositif de sécurité en cas de dérive de gestion

Si l'établissement ne parvenait pas dans son nouveau cadre de responsabilité à prendre les mesures de gestion nécessaires et suffisantes à son équilibre, l'ARH, saisi éventuellement par le Conseil d'Administration, disposerait d'un double pouvoir :

- ✓ **Un pouvoir d'injonction** : le directeur de l'ARH aurait la possibilité de demander au conseil d'administration d'obtenir du Comité de direction la mise en œuvre d'un plan de redressement en cas d'écart entre les objectifs prévus et les réalisations constatées ou bien de déficits chroniques ;
- ✓ **Un pouvoir de suspension** : le directeur de l'ARH pourrait suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et du comité de direction en mettant l'établissement sous le régime d'une « administration temporaire ». En pratique, cette administration temporaire serait alors assurée par une sorte de « comité des pairs » regroupant des directeurs et des médecins préalablement nommés dans le statut de « conseillers généraux des hôpitaux », statut réactivé rénové à cette occasion.

Les comités consultatifs et les comités internes

✓ **La Commission Médicale d'Établissement**

Le rôle stratégique de la CME serait conforté par une implication plus forte dans la définition de la politique médicale de l'établissement et dans la définition de la formation médicale continue. La CME serait dotée d'un **pouvoir d'alerte** en direction du Conseil d'Administration.

Sa composition évoluerait vers une représentation fonctionnelle de l'organisation médicale.

L'ensemble des responsables médicaux de pôles en seraient membres de droit.

Mais, le règlement intérieur prévoirait, le cas échéant, une représentation complémentaire

La fonction de président de CME serait indemnisée, et le temps médical correspondant à sa charge serait compensé.

✓ **Le comité technique d'établissement**

Le CTE (comité technique d'établissement) devrait être conforté. Son rôle et sa composition demeureraient inchangés, mais on pourrait envisager, en cas de dérive de l'établissement, de le doter d'un pouvoir d'alerte auprès du conseil d'administration.

✓ **Les autres comités internes**

L'organisation et la mission de l'ensemble des comités internes de l'établissement devraient être revues, afin d'en limiter le nombre et en simplifier le fonctionnement. Il y a aujourd'hui trop de comités, (le CLUD pour la douleur, le CLIC pour les personnes âgées, le CLIN pour les infections nosocomiales, le comité des risques, d'hémovigilance, de matériovigilance, les 3C, la commission des gardes, etc.).

fiche n°II.5.

Une organisation interne simplifiée avec des pôles d'activité responsables

Le nouveau principe de l'organisation interne de l'hôpital devrait être la **liberté d'organisation**.

L'hôpital devrait choisir le mode d'organisation qu'il jugerait le plus adapté et développerait des modalités de **contractualisation interne**.

Sous la terminologie de « pôle » ou de « service », en un sens élargi du terme, serait désormais regroupé l'ensemble des organisations actuelles (services, département ou fédérations).

Les établissements seraient incités à une refonte en profondeur de leur organisation interne et à une responsabilisation des chefs de « pôle ».

Le contrat conclu entre le « pôle » et le comité de direction pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle en tant qu'ordonnateur secondaire ; ce qui veut dire qu'il disposerait de la capacité d'engager certaines dépenses et recettes. Il pourrait par exemple décider des achats pour son «pôle» de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments. Les termes de cette délégation seraient fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le « pôle » et le comité de direction.

Le responsable de ce « pôle », serait un médecin désigné par le Comité de Direction après avis de la CME. Il serait assisté dans ses fonctions par un encadrement infirmier et par un encadrement administratif.

Il gèrerait opérationnellement l'activité de « production de soins » de son « pôle ». En charge de l'ensemble du « staff » administratif, paramédical et médical de son «pôle».

Il exécuterait le budget du « pôle »,

Il assurerait les affectations et la gestion du personnel au sein du « pôle ».

Il suivrait et évaluerait l'activité du « pôle » à partir d'indicateurs budgétaires et d'indicateurs de qualité et de performance.

La fonction de responsable de pôle donnerait lieu à une indemnité spécifique, et à une compensation du temps médical utilisé.

Une simplification de la nomination et de la gestion des Praticiens Hospitaliers (PH)

Simplification de la procédure de nomination des PH.

Le Ministre demeurerait l'autorité de nomination avec une possibilité de délégation de signature au directeur de l'ARH.

Les postes de praticiens hospitaliers ne seraient plus soumis à autorisation de l'ARH. Les postes seraient créés par l'établissement lui-même au vu de ses besoins et de ses moyens ; moyens qui dépendront à terme de son activité, et donc des choix qu'il opèrerait. L'absence d'autorisation administrative pour les postes permettrait une publication au gré des besoins tout au long de l'année des profils de postes recherchés par l'établissement.

L'accès à la liste nationale d'aptitude devrait être simplifié. Un accès de droit, **peu après la délivrance du diplôme d'études spécialisées**, à la sortie du clinicat ou après une période de post-internat, pendant un laps de temps limité, devrait être étudié.

Une fois inscrit sur la liste d'aptitude, un praticien hospitalier pourrait répondre à toute publication de profil de poste, en se présentant dans le « pôle » concerné. Après avis du responsable de « pôle », la candidature serait adressée à l'ARH par le comité de direction pour nomination par le ministre. Des procédures de recours pour les candidats non retenus par le comité de direction seront bien sûr prévues.

Modernisation de la gestion des PH.

Un **Centre National de Gestion**, serait placé auprès du ministre, en dehors de l'administration centrale.

Il aurait notamment vocation à tenir à jour la liste d'aptitude, publier en temps réel les profils de postes adressés par les établissements en utilisant les outils modernes de communication, et suivre la carrière des praticiens.

Enfin, une **position « hors cadre »** assurerait une plus grande fluidité pour les praticiens souhaitant une mobilité, et permettrait de trouver facilement des solutions transitoires dans certaines situations délicates.

Une simplification de la nomination et de la gestion des directeurs d'établissements

Simplification de la procédure de nomination

Le Ministre demeurerait l'autorité de nomination pour les chefs d'établissement avec une possibilité de délégation de signature au directeur de l'ARH.

Les directeurs adjoints, cadres de direction des établissements hospitaliers n'ayant pas la responsabilité de chefs d'établissements, **seraient recrutés directement par le directeur de l'établissement** (après publication du poste).

Pour les Chefs d'établissements, après définition, par le Conseil d'Administration, d'un profil de poste, les candidatures seraient examinées par le Conseil d'Administration après publication de la vacance de poste par le Centre National de Gestion. En vue de la nomination, le Conseil d'Administration transmettrait ensuite son avis au Ministre. Les postes seraient publiés au gré des besoins et non à date fixe, aucun poste de directeur d'hôpital ne pouvant être pourvu sans avoir fait l'objet préalablement d'une publication.

Modernisation de la gestion.

Un **Centre National de Gestion**, serait placé auprès du ministre, en dehors de l'administration centrale.

Il assumerait les tâches de gestion opérationnelle :

- Publication des postes en temps réel (à la fois les postes de directeurs adjoints et les postes de chefs d'établissement) en utilisant les outils modernes de communication et de diffusion de l'information (site Internet)
- Gestion des positions « hors cadre » ;
- Définition et mise en œuvre d'une méthodologie d'évaluation des directeurs d'hôpitaux ;
- Suivi des carrières et des évaluations.

La création d'un groupe ad hoc de 200 à 300 personnes, serait destinée à alimenter obligatoirement les postes de chefs d'établissement des 200 plus gros hôpitaux de France, classés en emplois fonctionnels. Ce groupe serait alimenté par des profils de nature diverse (principalement corps des directeurs d'hôpitaux, mais également candidats externes) faisant l'objet d'une sélection par une commission d'habilitation de façon transparente, objective et professionnelle, pouvant préconiser le suivi d'une formation adaptée à certains candidats. L'appartenance à ce groupe aurait une durée déterminée.

Une évaluation des directeurs modernisée.

L'évaluation des directeurs serait confiée aux directeurs d'ARH et menée selon des procédures professionnelles et une méthodologie élaborée par le Centre National de Gestion, en charge également du respect de cette méthodologie et du suivi des évaluations.

Troisième volet

Concertation et accompagnement

- 1- Une concertation approfondie, avec quatre groupes de travail (gouvernance interne, gestion des praticiens hospitaliers, gestion des directeurs d'hôpitaux, régime budgétaire et comptable).
- 2- Un dispositif d'accompagnement au changement.

fiche n°III-1.

Un dispositif de concertation approfondie

Après un entretien bilatéral entre le Ministre et l'ensemble des organisations syndicales, **quatre groupes de travail** seront constitués sur les thèmes suivants :

- groupe 1..... La gouvernance à l'hôpital
- groupe 2 La gestion et les statuts de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
- groupe 3 La gestion et les statuts de praticien à l'hôpital
- groupe 4 Le régime budgétaire et comptable

Chacun de ces groupes sera coordonné par un membre de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, qui définira sa composition, le calendrier des travaux, et celui des consultations proposées aux représentants professionnels.

Ces groupes de travail auront pour mission d'approfondir chaque thème à partir des orientations définies par le ministre, et de lui proposer à l'issue de ce travail de réflexion, des projets de textes législatifs et réglementaires.

Pour encadrer et coordonner l'ensemble de cette dynamique, sera mis en place **un comité de pilotage national du volet « organisation interne » du plan «Hôpital 2007 »**, présidé par le directeur de la DHOS.

Ce comité de pilotage et les groupes de travail pourront s'appuyer, en tant que de besoin, sur des groupes-experts hospitaliers.

fiche n°III-2.

Un dispositif d'accompagnement à la modernisation

Une mission d'aide à la modernisation va être mis en œuvre dès cet été.

Elle sera confiée aux responsables du groupe projet « hôpital 2007 », Messieurs Debrosse, Perrin et Vallancien.

Elle pourra procéder à un appel d'offre pour identifier les établissements qui seraient volontaires pour réfléchir dès à présent sur une organisation médicale en « pôles d'activité » basée sur les nouvelles modalités de contractualisation interne, avant même la parution des textes législatifs et réglementaires.

Elle pourra également identifier, avec les établissements volontaires, les mesures d'accompagnement qui seraient nécessaires pour assurer la plus grande diffusion des nouvelles modalités d'organisation. Il s'agirait notamment de préciser les besoins en formation des chefs de « pôles ».