

# ANTICIPATION DE LA REFORME DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE, ETAT D'AVANCEMENT DES DEMARCHES AU PREMIER SEMESTRE 2005

Gouvernance de l'hôpital: des incertitudes sur le rôle et l'organisation du conseil exécutif ont compliqué son fonctionnement, selon un bilan des expérimentations

PARIS, 11 octobre (APM) - Des incertitudes sur le rôle et l'organisation du conseil exécutif, instance centrale de la nouvelle gouvernance hospitalière, ont parfois compliqué son fonctionnement, soulignent plusieurs établissements anticipateurs de la réforme dans un bilan réalisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

La Dhos a envoyé en avril un questionnaire aux 103 établissements anticipateurs de la nouvelle gouvernance afin de faire le point sur l'état d'avancement. Ce bilan sera discuté lors de la prochaine réunion du comité de suivi sur la gouvernance, le 20 octobre.

Les établissements anticipateurs s'étaient engagés à mettre en place une préfiguration du conseil exécutif et une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne donnant lieu à des délégations de gestion et à la définition d'une politique d'intéressement, rappelle-t-on.

Il ressort de l'enquête de la Dhos, dont l'APM a eu copie, que seulement la moitié des établissements anticipateurs ont organisé au moins un pôle d'activité (cf dépêche APM CBIJA005).

S'agissant du conseil exécutif, 95 établissements ont mis en place un comité préfigurant cette nouvelle instance.

Même si tous les établissements ne sont pas en mesure d'avoir le recul suffisant pour juger le fonctionnement du conseil exécutif, le rapport dresse un bilan des satisfactions et des difficultés sans toutefois indiquer le nombre d'établissements rapportant chaque difficulté.

Il apparaît tout d'abord que "les incertitudes et le retard dans la parution des textes législatifs et réglementaires ont freiné ou fragilisé la démarche".

Plusieurs établissements ont déploré le manque de précision du rôle du conseil exécutif, "organe de décision ou de réflexion?".

Des témoignages font part des difficultés d'organisation des réunions et de gestion des thèmes de travail, soulignant la nécessité de clarifier les règles de fonctionnement.

Un autre point soulevé par la Dhos concerne la difficulté pour les acteurs de se distancier par rapport aux fonctions qu'ils occupent quand ils participent au conseil exécutif. Certains établissements relèvent "la

difficulté de positionnement de certains membres médecins lorsque les intérêts ou priorités de leur service et ceux de l'établissement ne semblent pas en cohérence".

#### UNE INSTANCE PARMIS D'AUTRES

Le conseil exécutif doit également trouver sa place. "En se superposant aux autres instances, le conseil exécutif risque d'alourdir un processus de décision déjà complexe", souligne le rapport.

Des établissements indiquent que les représentants de la commission médicale d'établissement (CME) risquent par ailleurs de se désintéresser du conseil d'administration dès lors qu'ils pourront participer aux décisions plus stratégiques qui se prendront au conseil exécutif.

Il ressort également de l'enquête que cette nouvelle instance, combinée aux instances déjà existantes, est "chronophage du temps médical" et certains considèrent qu'il faut, préalablement à sa mise en place, diminuer le nombre d'instances par fusion.

Dans plusieurs établissements, le conseil exécutif est d'ailleurs considéré comme une instance concurrente de la CME. Sa légitimité et celle de ses membres est parfois contestée, ce qui peut rendre difficile l'appropriation des décisions du conseil exécutif par la communauté médicale.

Des établissements ont également fait part d'une "dualisation" des équipes médicale et de direction, avec une "distanciation" entre les "initiés" qui participent au conseil exécutif et les autres qui se sentent exclus.

"L'accent est mis sur la nécessité d'une évolution importante de la culture hospitalière et d'une implication forte du corps médical dans l'évolution stratégique de l'hôpital", souligne la Dhos.

Toutefois, il est important de noter que 7% des établissements estiment n'avoir aucun élément négatif à signaler.

#### AMELIORATION DES RELATIONS DIRECTION-MEDICINS

Des points positifs ont également été dégagés par l'enquête, notamment au niveau des relations entre la direction et les médecins.

"Le conseil exécutif rapproche la direction et le corps médical (certains parlent même d'apaisement des relations), favorise le décloisonnement entre administration et corps médical, améliore le dialogue interne, en favorisant l'expression des médecins et des différentes sensibilités qu'ils représentent", souligne le rapport en insistant sur le renforcement de la confiance entre les acteurs.

La Dhos a également relevé une meilleure compréhension des enjeux de développement de l'établissement dans son cadre territorial, une plus grande adhésion aux choix stratégiques et une meilleure connaissance des contraintes respectives des acteurs.

Parmi les atouts de la nouvelle instance, les établissements citent l'efficacité associée à sa taille réduite, sa réactivité, sa capacité à parvenir rapidement à des choix concertés et la plus grande transparence sur

les décisions.

Certains établissements rapportent que le conseil exécutif a permis d'avancer sur des dossiers sensibles.

#### COMPOSITION VARIABLE

S'agissant de la composition du comité préfigurant le conseil exécutif, la Dhos indique que les représentants administratifs et médicaux sont en nombre égal dans 76% des cas.

Près de 90% des établissements ont rapporté que les praticiens qui siègent au comité sont tous membres de la CME.

"Dans 63% de ces instances, les praticiens ont été désignés/élus par la commission médicale d'établissement (CME), 10 établissements (sur 52) précisant qu'il a été procédé à un appel à candidatures et 8 que la désignation/élection s'est faite sur proposition du président de la CME", signale le rapport. Dans 6 établissements, les praticiens ont été désignés conjointement par le président de la CME et par le directeur.

Sept des 17 CHU anticipateurs ont décidé que le doyen de la faculté de médecine sera membre de droit au conseil exécutif, une vingtaine d'établissements ont choisi d'inviter à chaque réunion le directeur de l'information médicale et le contrôleur de gestion et un établissement signale la présence permanente de représentants du personnel et des usagers.

La direction des soins est membre de près de 80% des conseils exécutifs.

Concernant le nombre de membres du conseil exécutif, les CHU rapportent de 10 à 23 membres, les CH en majorité de 6 à 12 membres et les 6 établissements publics de santé mentale de 7 à 12 membres.

Le décret du 10 mai précise que les membres, choisis par le directeur et le président de la CME, ne pourront être plus de douze dans les CH et plus de seize dans les CHU, rappelle-t-on.

Enfin, lors des réunions, mensuelles dans 59% des établissements, le conseil exécutif a inscrit à l'ordre du jour des sujets concernant l'anticipation de la gouvernance (règlement du conseil, organisation en pôles, responsables des pôles, intéressement,...) ainsi que la préparation du projet d'établissement, du projet médical, l'organisation des secteurs d'activité, le développement d'activités nouvelles et les questions financières et budgétaires.

(Anticipation de la réforme de la gouvernance hospitalière, état d'avancement des démarches au premier semestre 2005, Dhos, septembre 2005, 28 pages)

cb/ld/APM polsan  
CBIJA002 11/10/2005 17:39 ACTU

-----  
Gouvernance de l'hôpital: l'organisation en pôles a été ralentie par des difficultés budgétaires, humaines ou d'organisation, selon un bilan des

expérimentations

PARIS, 11 octobre (APM) - La mise en place de pôles d'activité dans les établissements anticipateurs de la réforme de la gouvernance de l'hôpital a parfois été ralentie par des problèmes de relations humaines, de difficultés d'organisation ou de problèmes budgétaires, souligne un bilan réalisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

La Dhos a envoyé en avril un questionnaire aux 103 établissements anticipateurs de la nouvelle gouvernance afin de faire le point sur l'état d'avancement. Ce bilan sera discuté lors de la prochaine réunion du comité de suivi sur la gouvernance, le 20 octobre.

Les établissements anticipateurs s'étaient engagés à mettre en place une préfiguration du conseil exécutif et une organisation, au moins partielle, en pôles d'activité s'inscrivant dans une démarche de contractualisation interne donnant lieu à des délégations de gestion et à la définition d'une politique d'intéressement, rappelle-t-on.

Il ressort de l'enquête de la Dhos, dont l'APM a eu copie, que 95 établissements ont mis en place un conseil exécutif (cf dépêche APM CBIJA002).

S'agissant des pôles d'activité, seulement 53 des 103 établissements ont organisé au moins un pôle d'activité.

Cet état d'avancement est variable selon la catégorie d'établissement.

Les établissements totalement organisés en pôles représentent 35% des 17 centres hospitaliers universitaires (CHU) anticipateurs, 13% des 74 centres hospitaliers (CH) et aucun des 5 centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Il faut également noter que 23% des CHU, 52% des CH et 60% des CHS n'en sont qu'à la phase de définition d'une méthodologie ou de conception.

#### EXPLICATIONS VARIEES DU RETARD

Comme pour le conseil exécutif, certains établissements expliquent le retard d'organisation en pôles par les incertitudes liées aux délais de publication des textes réglementaires, par les incertitudes budgétaires ainsi que par la multiplication des réformes, "source d'inquiétude et de confusion".

Les établissements les moins avancés font part de "situations conjoncturelles". Il s'agit par exemple de la construction d'un nouvel hôpital pour le CH intercommunal d'Eure-Seine, de l'intérim du chef d'établissement au CH d'Angoulême, de problèmes d'approvisionnement, de mouvements sociaux et de dysfonctionnements motivant la reconstruction de l'hôpital au CHU de Pointe-à-Pitre.

Certains indiquent qu'ils avaient d'autres priorités, notamment leur retour à l'équilibre, la redéfinition des territoires de santé ou la restructuration médicale.

Parmi les freins à la démarche d'anticipation, les établissements citent également les difficultés de planification, le défaut de ressources et de compétences, les préalables à réunir simultanément (un projet médical

finalisé, une bonne connaissance de la réforme...) et la difficulté à sensibiliser les acteurs en l'absence de modèles de référence.

Le rapport souligne que la démarche a été parfois ralentie par des "problèmes d'incompatibilité d'humeur entre personnalités antagonistes, qui peuvent être exacerbés dans les petits établissements, et la difficulté à surmonter les individualismes".

Plusieurs établissements font état de la difficulté à définir le cadre de la contractualisation interne et à mettre au point les contrats de pôle dans un contexte de retour à l'équilibre et/ou en l'absence d'indicateur d'activité.

Ils ont parfois eu du mal à déterminer les relations croisées entre plusieurs pôles, les activités transversales et l'articulation entre le plateau technique et les services cliniques, notamment sur le positionnement du pôle imagerie.

Certains établissements de petite taille ont jugé la mise en place des pôles peu compatible avec leur organisation.

#### BESOIN DE TEMPS

L'enquête fait ressortir le manque de disponibilité des acteurs et pose la question de la compensation du temps des personnes impliquées.

Les établissements ont également souligné l'"impérieux besoin de temps" pour s'approprier la nouvelle organisation, apprendre à se connaître et examiner les points communs et les divergences.

A titre d'exemple, le CH de Chambéry indique que "l'ensemble de la démarche étant basée selon deux principes que sont l'expérimentation et le volontariat, il est apparu, d'une part, légitime de respecter l'expression des personnels [demande de temps pour se préparer à la réforme] et, d'autre part, constructif d'intégrer cette phase de préparation au sein de la méthodologie proposée".

De nombreux établissements font également état des réticences du personnel et notamment du corps médical.

Les professionnels ne sont pas "nécessairement convaincus de la nécessité d'une telle réforme", doutent quant à la plus value apportée par la nouvelle organisation qui est perçue comme une exigence supplémentaire s'ajoutant à leurs obligations croissantes, rapporte la Dhos.

"Au delà de la crainte des médecins de la dilution de la notion de service et/ou de devoir gérer la pénurie, certains interprètent ces réticences comme l'expression d'un refus de faire évoluer le mode hiérarchique dominant", précise le rapport.

#### VARIABILITE DANS LE DECOUPAGE

Lorsque la mise en place des pôles n'est pas calquée sur l'organisation antérieure (un pôle correspond à un service ou un département), le rapport montre qu'elle répond à une logique de cohérence médicale (organe, filière de prise en charge, filière de soins, de production), à une double logique (médicale et de gestion ou géographique et fonctionnelle) ou, plus

fréquemment, à une combinaison de logiques.

Sur ce dernier point, la Dhos distingue les "logiques constitutantes", fondées sur l'activité médicale, la taille, le nombre de lits, le poids financier et le positionnement géographique, et les "logiques opportunes", correspondant notamment à la capacité de travail en commun, de mutualisation et aux affinités entre services et praticiens.

"La viabilité d'un pôle d'activité repose sur un croisement de critères: par exemple, association d'une logique d'hommes, d'une logique géographique et d'une logique de système de soins", conclut la Dhos.

S'agissant des pôles cliniques, le rapport montre qu'une vingtaine d'établissements ont constitué un pôle gériatrie, une trentaine un pôle mère-enfant ou femme-mère-couple, une dizaine un pôle locomoteur (chirurgie orthopédique, traumatologie, rhumatologie, rééducation et neurologie) et six un pôle tête et cou.

Les services d'urgences (Samu, Smur et urgences) constituent un pôle au CHU de Toulouse ou font partie d'un pôle comportant la réanimation (CH d'Agen, d'Annonay, de Bayonne, de Carcassonne, de Melun, etc.) et/ou l'anesthésie (CH de Vichy), les réseaux (HEGP à Paris) ou toutes les activités à surveillance continue comme la réanimation, la cardiologie, etc. (CH de Brive).

Le rapport liste également des exemples de pôles transversaux, logistiques, administratifs et particuliers (qualité-gestion des risques, vigilances, alternatives à l'hospitalisation, santé publique...).

Enfin, la Dhos recense l'utilisation des crédits annuels (80.000 euros) alloués aux établissements pour couvrir les frais afférent à l'anticipation de la réforme.

Ainsi, elle détaille les actions de formations, les études, le recours à un cabinet de consultants, l'élaboration et l'acquisition d'outils ainsi que le recrutement ou la rémunération de personnel.

(Anticipation de la réforme de la gouvernance hospitalière, état d'avancement des démarches au premier semestre 2005, Dhos, septembre 2005, 28 pages)

cb/ld/APM polsan  
CBIJA005 11/10/2005 17:53 ACTU