



EXECUTIVE-EDUCATION.DAUPHINE.PSL.EU

21.04.2022

Conférence

Pourquoi réformer la gouvernance hospitalière : choix politique, technique ou financier ?

Animée par Alexandre FOURNIER,
Secrétaire général,
Conférence des DG - CHU

Une initiative de l'*Executive* MBA Santé

Sommaire

- Introduction : le point de départ, situation au 21 avril 2022
- Chapitre 1er : La gouvernance hospitalière, de quoi parle-t-on ?
- Chapitre 2 : La gouvernance hospitalière : plusieurs dimensions
- Chapitre 3 : Que faire ?
- Conclure (ou pas)

Point de départ : la situation au 21 avril 2022

A la veille du second tour de la présidentielle les deux candidats incluent dans leur programme une proposition portant sur la gouvernance à l'hôpital :

Emmanuel Macron / La République en marche

-> « Donner une place centrale aux médecins dans la gouvernance »

Marine Le Pen / Rassemblement national

-> Décider une gouvernance bicéphale partagée entre le directeur et un médecin, reposant sur un projet dont les objectifs seront fixés par un contrat défini par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, amenées à remplacer les ARS

- « Définir un plafond de 10% de postes administratifs dans les hôpitaux »

=> Le sujet de la gouvernance hospitalière a également été abordé à plusieurs reprises au fil de la campagne, souvent en faisant le lien avec le besoin de « débureaucratiser » l'hôpital. Pourquoi ?

« sauvetage de l'hôpital »
public, lutte contre les déserts
médicaux, amélioration de la
prévention....

Point de départ : la situation au 21 avril 2022

Les questions qui reviennent régulièrement :

Pourquoi la gouvernance hospitalière est visiblement un sujet ?

Pourquoi la notion est souvent associée :

- Au nombre d'administratifs à l'hôpital ?
- Au management ?
- À la performance ?

Qui porte le besoin de questionner la gouvernance à l'hôpital et pour quels objectifs ?

Est-ce finalement un sujet récent ?

Est-ce finalement un sujet ?

Point de départ : la situation au 21 avril 2022

Ecosystème santé

pourquoi

La gouvernance doit être revue depuis 2004 (mise en place de la T2A) mais surtout depuis 2009 (loi HPST)

qui

Une partie du corps médical, mais de manière variable et avec des positions très différentes entre le local et le national

comment

Revoir les textes, faire évoluer les pratiques managériales, renforcer le rôle du service

Hors sphère santé

pourquoi

Répondre au mouvement des gilets jaunes, questionner les corps intermédiaires

qui

Plusieurs relais d'opinions, certains partis politiques

comment

Mettre la pression sur les politiques (lobbying), revoir les textes applicables aux EPS

Chapitre 1^{er} : La gouvernance hospitalière : de quoi parle-t-on ?

La gouvernance n'est pas le management.

-> Gouvernance : fournir l'orientation stratégique, s'assurer que les objectifs sont atteints, que les risques sont gérés et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable => ce qu'on fait

-> Management : ensemble des techniques de gestion, de planification, d'organisation, de direction et de contrôle mises en œuvre dans une collectivité (administration ou une entreprise) => comment on le fait (projet, formation, empowerment, « enrôlement »...)

La gouvernance est souvent confondue avec le management et plus particulièrement à l'hôpital

(<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/moderniser-le-pilotage-de-l-hopital-et-son-management>)

La gouvernance dépasse la notion de gestion et renvoie directement au processus de prise de décisions. Le management implique la confiance et la mise en œuvre d'objectifs partagés (et ce en s'appuyant sur différents modes opératoires : délégation, contrôle, projets,...)

La gouvernance hospitalière : un sujet historique



1984 (grève : salaires, formation...)

1996 : ordonnances Juppé : mise en place de l'ONDAM (dépassé jusqu'en 2010)

Début des années 2000 : **le concept de gouvernance se diffuse**, y compris à l'hôpital, (avec en cible : un financement clarifié entre l'Etat et l'AM, une responsabilisation des acteurs dont les patients, et une régionalisation renforcée)

2001 : grève des généralistes

Décret 03/03/2002 (CA des CLCC) : autres formes de gouvernance sanitaire

2004 : création HAS

Loi HPST – 21 juillet 2009 -> transfert des compétences de gestion du conseil d'administration au directeur, président du directoire

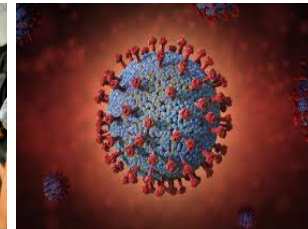
Réingénierie financière majeure pour les secteurs public et privé. -> 2002 : plan « **Hôpital 2007** » (passage à la tarification à l'activité progressivement à partir de 2004)

2009 : création de l'ANAP

2020 : Ségur de la santé



2019 : crise sociale



2020... : crise sanitaire

2021 : évolution de la gouvernance des EPS

La gouvernance hospitalière, un sujet juridique

Un sujet juridique via la conciliation de la position du directeur, nommé,...

- **Article L 6143-7 du CSP :**

Compétence du directeur (« *Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement...* »).

- **Article L 6143-7-2 du CSP :**

Nomination pour les DG de CHU par décret sur rapport du ministre (passage en CM) + révocabilité de la nomination («*Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1* »).

...avec celle du PCME, élu (et dans les CHU avec celle du doyen)

Article L6144-2 « *La commission médicale d'établissement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Elle élit son président....* ».... Dont les compétences ont été renforcées en 2021 suite au Ségur de la santé (en lien avec la mise en place des CMG)

Le doyen est élu pour 5 ans (parmi les enseignants-chercheurs, les enseignants ou les chercheurs qui participent à l'enseignement, en fonction dans la Faculté)

La gouvernance hospitalière, un sujet juridique

CIRCULAIRE N°

DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août
2021 (guide mieux manager pour mieux
soigner)

Des évolutions en cours nées du Ségur :

Ordonnance GHT (27/03/21) et décrets d'applications (27/05/21) :

- > La mise en place des CMG : composition, fonctionnement, compétences ;
- > L'institution de présidents de CMG : élection, compétences et champ de codécision ;
- > L'élargissement des compétences des comités stratégiques de groupement ;
- > La révision du contenu du projet médical partagé et de sa procédure d'élaboration ;
- > L'élargissement des compétences mutualisées au niveau des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- > L'évolution, en conséquence, des commissions médicales d'établissement : compétences, pouvoir de proposition, composition ;
- > L'évolution du rôle du PCME : compétences, champs de codécision.
- > Charte de gouvernance mentionnée à l'article L. 6143-7-3

Loi Rist (publiée le 26 avril 2021) :

« Réhabilitation » du service, du chef de service et du cadre de proximité (article 22 de la loi) ; Enrichissement des projets médicaux et des projets de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques

Evolution du directoire

Mise en œuvre d'un projet de gouvernance et de management participatif au sein de chaque établissement

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

La gouvernance hospitalière, un sujet financier

- Chaque décision implique un arbitrage entre différentes parties (et notamment entre positions médicales)
- Chaque décision implique de suivre ou de faire évoluer le *business model* de l'établissement (ex : fauteuils d'odontologie vs/ une unité de coronarographie, rénovation d'un service de stérilisation vs/ achat d'un TEP-Scan..)
- Chaque décision implique (au-delà de certains montants) un appui de l'ARS et du Ministère.
- Directeur : ordonnateur (responsabilité pénale). NB : Réforme en cours de la responsabilité des gestionnaires publics (application au 1^{er} janvier 2023)
- plan hôpital 2007 : généralisation de la contractualisation interne et développement de la délégation de gestion. Rôle du pôle jusqu'en 2021.
- Plan de retour à l'équilibre = limitation des compétences de la gouvernance locale
- 2022 : reprise de l'inflation, risque de la stagflation, dépenses de santé systématiquement supérieures au PIB.

La gouvernance hospitalière, un sujet politique

-> **2009** : évolution importante, trop souvent rappelée à travers le renforcement des compétences du directeur, or :

- renforcement des responsabilités médicales (les décisions concernant les organisations médicales impliquent systématiquement l'avis du PCME, et le cas échéant des vice-présidents du directoire chargés de l'enseignement et de la recherche)
- mise en place des ARS (en remplacement des ARH), notion d'hôpital entreprise, Conseil national de pilotage (CNP),

-> **au sein de l'hôpital** : le directeur reste une autorité nommée, le PCME une autorité élue -> marges de manoeuvre différentes vis-à-vis des communautés hospitalières. Travaux préparatoires à la loi Rist : chef de service « élu », (*in fine* le service est « une instance de concertation » au sens de la loi)

-> **Que fait la gouvernance ?** (les difficultés de l'hôpital sont souvent imputées à la gouvernance de l'hôpital)... Derrière la question (parfois rhétorique) il faut distinguer ce qui est endogène vs/ exogène à l'hôpital, *in fine* les *EPS ont* démontré leur capacité d'adaptation et de continuité pendant la crise

ex : accompagnement des étudiants et des internes (rôles de l'université, contenu des formations, procédures disciplinaires HU, cadre réglementaire des VSS... => facteurs exogènes nombreux)

ex : ressources médicales (effets des « zones sous-denses » -> conséquences sur les EPS)

-> la **gouvernance hospitalière** s'inscrit dans un continuum Etat -> EPS...Autorité de l'ARS / Autorité des tutelles (agences) et des corps d'inspection / Autorité de l'HAS...

->... qui **implique un pilotage multiple**, (pas de concertation interne = pas de pilotage = pas de gouvernance)

La gouvernance ne doit pas être surpondérée pour améliorer l'efficacité du système hospitalier....

Un diagnostic des difficultés mais aussi des points de force du système hospitalier est indispensable....

Dans les points de difficultés préserver la soutenabilité des EPS est incontournable (sur la base de critères objectifs)

La situation de l'hôpital ne peut s'améliorer que sur la base :

- d'une efficacité accrue de la ville (PDSA notamment)
- D'un effort renouvelé en matière de prévention.
- D'un rôle de régulation des ARS qui s'exerce avec la même efficacité sur le public, le privé (ESPIC ou non) et sur le libéral.

Les points de force ne sont pas à méconnaître, la crise a démontré la résilience du système hospitalier.

Il reste à poursuivre la rationalisation de l'offre hospitalière dans les territoires : les GHT demeurent une construction inaboutie (le passage en direction commune doit être encouragé). Une plus grande cohérence d'action dans la réponse aux besoins de prise en charge est incontournable.

Le principe de spécialisation hospitalière se retrouve également dans le label hôpitaux de proximité (décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité)

=> Les indicateurs actuels montrent que la situation sanitaire actuelle peut / doit s'améliorer (DREES – octobre 21)

...La gouvernance n'est qu'un levier parmi d'autres pour améliorer la prise en charge des patients

Les différentes réformes de la gouvernance sont sans effet sur... :

- La démographie médicale
- Le rapport des français à la prévention
- La qualité du management en proximité (respect des métiers et des fonctions au sein des services)

.... Et avec des effets marginaux sur :

- Les enjeux de recrutement (public / privé -> effet salaire)
- La qualité intrinsèque des projets (recherche, soins, formations)
- Le recours à l'intérim (médical) et au-delà au maintien de certaines activités

Des efforts majeurs restent à mettre en œuvre en matière de management (médical et non médical).

Cet objectif est complexifié dans un environnement marqué par de nombreuses réformes statutaires

(ex : décret n°2022-1333 concernant l'activité libérale des praticiens à l'hôpital, décret n°2022-134 : statut unique de praticiens hospitaliers, décret n° 2022-135 : conditions de recrutement et d'exercice des praticiens contractuels et règles générales qui leur sont applicables).

Pas de formation au management = pas de management.

Valorisation du management des équipes : point d'appui essentiel pour la gouvernance.

Management de proximité efficace = **attractivité**

La gouvernance relève principalement de la **responsabilité et du pilotage**, elle doit s'appuyer sur un management de qualité (prise en compte des attentes des équipes, valorisation de la contrainte, détection des potentiels, justesse des décisions et des arbitrages, respect...)

Quelques leviers connexes :

- > la liberté d'installation des médecins
 - > les dotations populationnelles et plus largement la réforme du financement des établissements (public / privé)
 - > les cursus médicaux et soignants
 - > le rôle de l'école pour sensibiliser aux enjeux de prévention (et plus largement la réforme de la santé publique, cf rapport Chauvin)
 - > le « *global health* »
 - > le rôle dévolu aux collectivités territoriales (ex : rôle du CD pour financer le grand âge).
 - > les évolutions numériques possibles / souhaitables (télésanté, stockage de données)
 - > favoriser les évolutions thérapeutiques (recherche et innovation) en levant les verrous réglementaires
- => Ces enjeux peuvent être relayés par la gouvernance locale, mais ils dépendent d'évolutions légales ou réglementaires

Grande Bretagne	Espagne	Allemagne	Belgique	Pays-Bas	Danemark	Québec
Liberté d'installation des médecins conditionnée aux besoins de santé	Liberté d'installation des médecins conditionnée aux besoins de santé. les médecins ne peuvent s'installer que dans la région où ils ont fait leurs études.	L'installation de nouveaux médecins n'est autorisée que dans des zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur à un seuil fixé nationalement	Sur la base d'un système de quotas, les nouveaux médecins sont conventionnés ou non. Sur-rémunération dans les zones sous denses	Pas de régulation pour l'installation des médecins	Les généralistes (libéraux) doivent passer contrat avec les autorités régionales qui régulent l'installation des médecins selon les régions.	Répartition des postes en fonction des besoins de médecins dans les zones rurales (sur-rémunération pendant un mois 5 ans)

Ex : Interroger le financement de la santé (et la répartition de la contrainte en fonction des types d'établissements)	1er groupe	2ème groupe	3ème groupe	4ème groupe
	Elsan	ramsay santé	Vivalto Santé	Almaviva
	2020	2021 (fin juin)	2020	projection 2021
résultat d'exploitation		42,20%		
excédent brut d'exploitation		17,70%		
chiffre d'affaires	2,1 md €	7,40%	900 M€	550 M€

Est-ce un (vraiment) sujet ? Oui mais...

Le modèle en 1958 :

- une hiérarchie avec les chefs de services médicaux
- une administration modeste dans sa taille et sa fonction, un rôle majeur donné au Maire de la commune siège de l'hôpital
- un régulation financière basée sur les prix de journée et les honoraires (puis mise en place de la dotation globale de fonctionnement de 1984 à l'instauration de la T2A)

Un modèle qui a connu de nombreuses distorsions.... :

- Dans le rapport à l'université (à la marge)
- Dans les statuts des personnels (mais aussi dans le rapport au travail)
- Dans la gouvernance (pôle vs/ services)
- Dans le financement et le modèle économique (dont course aux salaires)
- Dans les attentes des usagers et des territoires
- **... et qui évolue notamment de manière réactionnelle à l'issue de crises (2003, 2010, 2020...)**

Un impératif de justice dans les unités de soins : mieux manager en proximité pour reconnaître la fonction et le rôle de chacun
-> un chantier majeur pour restaurer de l'attractivité et éviter de transférer à « la gouvernance » les choix difficiles.
#responsabilité #questionnement #changements=> s'engager dans les évolutions au long court et non dans les stratégies réactionnelles et l'action dans l'urgence (évolutions sociologiques : attentes à prendre en compte)

Questions ?

MERCI

Executive MBA Santé
laurence.meil@dauphine.psl.eu

mba-sante.dauphine.fr



Dauphine Executive Education
executive-education.dauphine.psl.eu

Pour ne manquer aucun de nos événements gratuits conçus pour les professionnels
[suivez-nous sur LinkedIn !](#)

UNIVERSITÉ PARIS DAUPHINE - PSL
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny – 75775 Paris cedex 16