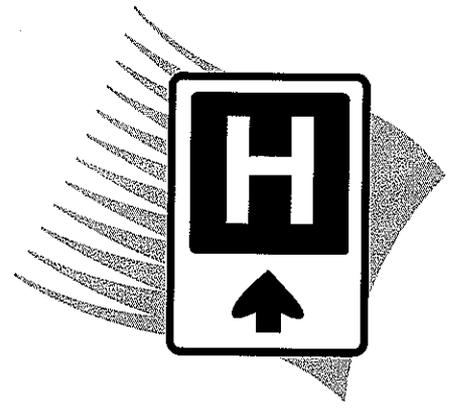


# Nouvelle Gouvernance Hospitalière :

*premier bilan d'une année d'anticipation*



L'Ordonnance simplifiant le régime juridique des établissements de santé est parue le 2 mai 2005 (n° 2005-406). Dès juin 2005 le Ministère a réalisé un premier bilan auprès des 103 établissements volontaires (sélectionnés en 2004 selon la circulaire 3205 du 12 mars 2004) pour mettre en œuvre ses principales dispositions.

**L**es établissements de santé anticipateurs s'étaient engagés à mettre en place une préfiguration du Conseil Exécutif, et une organisation 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).

Répartis sur l'ensemble du territoire, les établissements retenus ont bénéficié chacun d'un crédit de 80 000 € pour couvrir leurs frais (audit, études, recrutements de chargés de mission,...). Ces **103 établissements** comportent : 17 CHU, 76 CH et 7 établissements publics de santé mentale.

## Conseil Exécutif

Les instances de préfiguration du Conseil Exécutif mises en place par ces établissements sont **paritaires** dans 76 % des cas comme le prévoit l'Ordonnance du 02/05/2005 (moitié équipe de direction/moitié responsables médicaux). A noter que **la Direction des soins n'est membre que de 80 % de ces instances**, ce qui en dit long sur l'opinion des directeurs vis-à-vis des soignants.

Dans la majorité des cas, le nombre de membres du Conseil Exécutif va de 12 à 16 dans les CHU, de 10 à 12 dans les CHG, et de 7 à 10 membres en santé mentale. Le décret du 10/05/2005 qui précise que le nombre ne peut être supérieur à 12 en CHG et 16 en CHU tient donc compte de cette réalité.

Dans la majorité des cas, le Conseil Exécutif se réunit au moins une fois par mois, pour organiser la mise en œuvre de la démarche d'anticipation (règlement intérieur, structuration en pôles, projet de contrat interne, intéressement,...), étudier le projet d'établissement et le projet médical, ainsi que les questions financières et budgétaires.

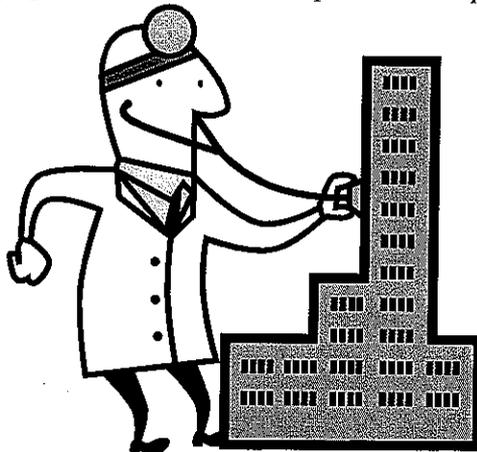
Pour ses membres, le Conseil Exécutif rapproche la direction et le corps médical, **favorise le décroisement**, améliore le dialogue interne, en favorisant l'expression des médecins et des différentes sensibilités qu'ils représentent. Ainsi se trouvent favorisés l'acquisition d'un langage commun et la constitution ou le développement d'une **culture commune médico-économique**.

La création du Conseil Exécutif marque le passage d'une réflexion individualiste à une approche beaucoup plus collective et plus stratégique, de "zones de pouvoir" à l'alliance de compétences, et crée un esprit d'équipe transcendant largement les barrières statutaires. Ce qui est mis en avant, c'est le management médico-administratif.

Le Conseil Exécutif permet de rendre des arbitrages de méthode et de fond avec une légitimité accrue. **Instance de consensus**, il permet de débattre librement autour des enjeux de l'établissement, et de recueillir les avis des différentes parties prenantes. Ceci conduit à une **plus grande cohérence dans la prise de décision finale**, et à une efficacité renforcée dans les actions à mener. Le fait d'associer plus de personnes à la décision est gage de pérennité et de permanence, et garantit la mémoire des décisions prises.

Cependant, certains établissements voient un risque de distanciation entre le Conseil Exécutif et la communauté médicale (les praticiens membres du CE sont en position d'initiés par rapport à leurs collègues de la CME) et les membres de l'équipe de direction qui ne siègent pas (**dualisation de l'équipe de direction**, risque d'une équipe de direction à deux vitesses).

Il va aussi falloir gérer le fait que **les soignants et leur encadrement sont exclus de ce processus de décision**, alors que l'activité de l'établissement repose sur ce troisième pilier.



## L'organisation en pôles d'activité

Dans plus de la moitié des établissements, au moins un pôle d'activité est constitué (13 des 17 CHU, 35 des 76 CH, 2 des 7 CHS).

Il s'agit de combiner :

- ▶ la **gestion de proximité des activités médicales** au sein de structures à taille humaine, ayant néanmoins une masse critique pour optimiser l'utilisation des ressources dans la mise en œuvre d'un projet médical commun,
- ▶ une réflexion stratégique sur les activités à développer, en encourageant une **prise en charge globale et coordonnée du patient**, en privilégiant une approche transversale et pluridisciplinaire dépassant les logiques de territoire,
- ▶ une responsabilisation et une autonomie des structures médicales, en rapprochant les décisions de gestion des professionnels de soins placés au plus près du patient, et en **favorisant l'expression des personnels dans les conseils de pôles**.

Les pôles sont définis par les modalités de prise en charge du patient (priorité au regroupement justifié par une prise en charge médicale des patients). Toutefois, la proximité géographique est un aspect important pour promouvoir les solidarités de fonctionnement, ainsi que la prise en compte des incompatibilités interpersonnelles et l'adéquation entre l'implantation des pôles et l'architecture de l'établissement.

L'organisation en pôles d'activité répond à une combinaison de critères :

- **logiques constituantes** (activité médicale, masse critique, nombre de lits, positionnement géographique)
- et **logiques opportunes** (capacité de travail en commun et de mutualisation, affinités des services et des praticiens).

Selon l'importance de l'établissement, les activités médico-techniques sont totalement regroupées au sein d'un **pôle médico-technique**, ou sont associées au sein de plusieurs pôles d'activité, comme biologie/médicament ou pharmacie/stérilisation.

Certains établissements ont également constitué des **pôles transversaux**.

Les pôles cliniques en psychiatrie sont souvent constitués selon une **logique de secteur**, mais certains sont constitués selon une **logique de prise en charge médicale et soignante** (soins de longue évolution, soins de réadaptation psycho-sociale, pôle adolescents).

**En conclusion :**

Il est impossible de tirer de ce premier bilan une règle à généraliser : **la constitution et le fonctionnement des pôles d'activité relèvent des contingences locales**. Même au niveau de l'AP-HP, les quatre sites anticipateurs de cet établissement fonctionnent de manières différentes ! Mais le principe même de la Nouvelle Gouvernance était de laisser **une marge de liberté pour s'adapter à chaque situation**. ■

**Thierry Amouroux**  
Président du SNPI

Responsable de la Section Centrale AP-HP