



Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier

REFORME DE LA GOUVERNANCE : REDONNER SOUFFLE ET ENERGIE A L'HOPITAL !

Dans le cadre des travaux conduits par la Mission dirigée par le Pr CLARIS et N. BAILLE sur l'identification d'un tandem au sein de chaque hôpital, la conférence des Directeurs de Centre Hospitalier qui comprend 100 directeurs représentant plus de 900 centres hospitaliers se veut force de propositions.

Des propositions volontaristes qui rassemblent et apaisent.

DES CAUSES SYSTEMIQUES DEFAVORABLES

Si la CNDCH souligne que le malaise hospitalier qui s'exprime est lié à des causes systémiques multiples, particulièrement un déficit de financement du système sanitaire et médico-social, une vision comptable qui s'est peu à peu éloignée des objectifs de santé publique et une raréfaction des ressources humaines médicales et paramédicales mais aussi une fatigue des équipes après des années de gestion de la pandémie, **l'hôpital public, comme tous les secteurs d'activité, doit évoluer, faire preuve d'une constante agilité et prendre en compte les évolutions sociétales qui modifient profondément les rapports au travail.**

DES ATOUTS INCONTESTABLES

Cette évolution est envisagée avec confiance : la gestion du COVID et, encore récemment, d'une triple épidémie (COVID, grippe, bronchiolite) a démontré sa capacité à faire face, dans la durée, à des risques majeurs, inédits. Ainsi, **les Directions ont pu s'appuyer sur la compétence de l'ensemble des équipes médicales, soignantes, techniques, administratives et sur leur engagement sans faille et leur capacité à innover.**

C'est pourquoi **la CNDCH s'étonne que l'hôpital public soit souvent dénigré ou systématiquement présenté à l'aune des difficultés qui, si elles sont réelles et doivent être traitées, ne doivent pas obérer les compétences et atouts hospitaliers.** Jamais l'hôpital n'a été aussi inventif s'agissant de l'ingénierie des métiers de la santé en plaçant la confiance au cœur des évolutions, comme avec la multiplication des protocoles de coopération, la création de postes d'Infirmiers de Pratique Avancée, ... Jamais il n'a autant promu la concertation et la participation de ses personnels à la définition de leur quotidien et ce, malgré toutes les difficultés. Jamais il n'a autant mis en œuvre tout moyen possible pour honorer sa responsabilité populationnelle et ce malgré les difficultés rencontrées par la Médecine de Ville mais aussi malgré un contexte général inédit : inflation galopante, politique d'investissements hospitalier encore très insuffisante, enjeux majeurs en termes de prévention et de promotion de la santé, paupérisation d'une partie de la population qui s'éloigne de plus en plus des soins... Jamais il n'a mené autant de protocoles de recherche. Jamais il n'a autant laissé une place aux patients que ce soit via les représentants des usagers ou via les patients-experts qui se multiplient dans les services.

C'est dire que les évolutions nécessaires s'appuient sur un terreau fertile.

PROMOUVOIR LA DIVERSITE DES PROFILS

Si l'hôpital a une culture historique marquée par la hiérarchie des médecins et qui s'incarnait dans les « mandarins » ou les « patrons », terme qui a pu également désigner les directeurs alors que ceux-ci ne se sont jamais reconnus dans cette position, désormais, les personnels hospitaliers aspirent à participer plus directement à la vie de leur établissement. Cette aspiration n'est pas seulement exprimée par les médecins mais bien par l'ensemble des professionnels. Et le seul fait d'être ancien élève d'une grande école de la fonction publique, après réussite d'un concours exigeant, ou d'avoir un diplôme de médecine ne peut continuer à exclure de nombreux professionnels qui peuvent apporter, au sein de la gouvernance hospitalière, compétence et dynamisme.

Par exemple, les Directeurs des soins et leurs équipes expriment un souhait fort d'être davantage reconnus dans leur place à l'hôpital et ce d'autant plus que durant la crise COVID, leur rôle a été majeur non seulement en termes de réalisation des soins mais tout autant dans l'organisation de ceux-ci.

Le défi consiste bien à ce que la gouvernance de l'hôpital reconnaisse à leur juste place et valeur les différentes cultures-métiers de manière à promouvoir les approches pluridisciplinaires et transversales.

Ainsi, l'évolution nécessaire doit, non pas se fonder sur un renforcement du sommet de la pyramide hiérarchique, mais résolument sur **l'intelligence collective qui doit se décliner désormais dans chaque unité de travail à l'hôpital** dans une nouvelle dynamique de démocratie sanitaire.

IDENTIFIER, ACCOMPAGNER ET FORMER UN VIVIER DE TALENTS

La CNDCH, comme d'autres conférences, propose que dès à présent, dans les hôpitaux, un vivier de professionnels volontaires pour exercer des responsabilités institutionnelles soit identifié. Seraient notamment approchés médecins, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes, coordonnateurs de soins, cadres supérieurs de santé, mais aussi, hors secteur hospitalier, administrateurs de l'Etat, administrateurs territoriaux, magistrats, ingénieurs...

Une fois la phase d'identification faite, des formations au management et au leadership de haut niveau devront se structurer. L'EHESP, école de référence pour les métiers de la santé publique, doit être positionnée sur cette nouvelle mission : son action qui bénéficie déjà à plusieurs métiers, favorisera une approche commune. Car **manager ne s'improvise pas**. Manager nécessite des compétences stratégiques et techniques qui ne s'acquièrent pas « sur le tas ». D'ailleurs, les difficultés du management de proximité qui génèrent actuellement dans les établissements malaise et perte de sens montrent la nécessité d'**accompagner de façon beaucoup plus forte les responsables institutionnels afin qu'ils soient de vrais appuis à tous les professionnels.**

Cette démarche conduirait à **diversifier encore les équipes de direction**. La CNDCH rappelle que celles-ci ne comprennent pas que des directeurs d'hôpital puisqu'y siègent des directeurs de soins, des ingénieurs, des juristes ... Mais rares sont celles qui associent des médecins, ce qui doit évoluer mais sans pour autant affaiblir les Présidents de CME (PCME).

RECONNAITRE L'IMPLICATION DES PCME ET LES SOUTENIR

Les textes publiés en 2021 portant sur la gouvernance hospitalière ont donné une nouvelle ampleur aux responsabilités des PCME mais du fait de leur caractère récent, ils n'ont pas encore joué tous leurs effets. Il faut donc poursuivre leur mise en œuvre ainsi que l'application des recommandations qui figurent

dans le Guide dit « Claris » même si tous les PCME ne trouvent pas forcément sens à toutes les dispositions du rapport.

Il n'est pas utile que cette dynamique s'accompagne de nouvelles prérogatives des PCME : celles-ci sont déjà vastes (projet médical, politique de la qualité des soins et de l'accueil des usagers...) et une extension reviendrait à instaurer une dyarchie à la tête des établissements de santé, modèle de gouvernance qui ne trouve aucun équivalent tant, par nature, il générerait lourdeur, paralysie et impression d'un mille-feuille dont l'hôpital n'a pas besoin. Il serait à contre-courant des évolutions sociétales en renforçant l'aspect pyramidal des établissements et heurterait la communauté des personnels soignants qui y verrait une nouvelle tutelle alors même qu'ils sont en train d'acquérir une nouvelle place dans le système de santé avec notamment les IPA, les protocoles de coopération, les équipes paramédicales d'urgence, etc.

RENFORCER LA PLACE DES SERVICES DANS LA GOUVERNANCE

Le **renforcement de la place du service** dans l'organisation hospitalière doit être accéléré.

La CNDCH rappelle que **le binôme chef de service-cadre de service** joue un rôle déterminant et il doit davantage être accompagné de façon à ce que, sur le terrain, les équipes hospitalières soient davantage soutenues mais aussi impliquées dans les processus décisionnels.

Ces évolutions doivent s'appuyer sur une meilleure circularisation de l'information, un sens donné au quotidien, un management plus participatif, une réintroduction de temps d'équipes et une nouvelle approche des délégations.

MAINTENIR L'HOPITAL DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le modèle de gouvernance appliqué aux quelques Centres de Lutte Contre le Cancer ne peut être appliqué aux établissements publics de santé tant ils diffèrent : outre le fait qu'ils sont mono-activité, ils relèvent du secteur privé, sont de taille modeste et ont un modèle de financement très spécifique. Ainsi, la CNDCH souligne son attachement à ce que les hôpitaux restent dans le service public hospitalier et donc respectueux de l'ensemble de ses principes, ce qui ne serait plus d'actualité en cas d'évolution vers le modèle CLCC. La CNDCH estime que cet attachement au service public est largement partagé par les hospitaliers mais aussi par les Français qui font chaque année de l'hôpital leur service public préféré.

UNE NOUVELLE PAGE POUR LE « PRENDRE SOIN »

En définitive, promouvoir une approche en réseaux que ce soit en interne ou au sein même des territoires avec tous les autres acteurs du système sanitaire et médico-social est désormais incontournable. Car toute vision hospitalo-centrée de ces sujets qui n'épouserait pas les enjeux territoriaux serait non seulement tronquée mais déjà dépassée. Ainsi, la question du tandem ne doit pas masquer les défis qui n'avancent pas suffisamment rapidement comme la responsabilité populationnelle, un financement des établissements davantage porteurs des enjeux de l'offre de soins, l'implication renouvelée des élus ...

Certes, le binôme Directeur-PCME est en train d'acquérir une maturité nouvelle et sécurisante. Toutefois, il ne peut plus être l'alpha et l'oméga de la gouvernance hospitalière. Non seulement il laisse à penser qu'on déconnecte stratégie et gestion, mais, de façon plus fondamentale, il obère une réalité grandissante dans les hôpitaux : **il est désormais l'heure de donner une nouvelle place aux soignants dans la gouvernance de façon à ce que celle-ci s'appuie davantage sur leur expertise réelle et reconnue.** « Le prendre soin » doit dépasser la logique médico-administrative.