

2^{ème} Rencontre DRH du CNEH

« Le PH nouveau de l'hôpital du XXI^{ème} siècle »

Le PH dans la Nouvelle Gouvernance Hospitalière

**« Pardonne à la France qui dit bien la voie
droite et chemine par des sentiers obliques ... »**

(Léopold Sédar Senghor)

Antoine Faure

Consultant Stratégie et Nouvelle Gouvernance Hospitalière

CNEH



L'ordonnance du 2 mai 2005

- **Modification du rôle des instances existantes (CA, CME, CTE, CSIRMT)**
- **Renforcement du contrôle de la gestion hospitalière par l'ARH**
- **Création du conseil exécutif**
- **Organisation de l'hôpital en pôles d'activités avec contractualisation et délégation de gestion**

3 grandes incidences sur les PH

- **Implication dans la stratégie et la gestion de l'hôpital**
- **Nouvelles relations avec l'administration et les soignants**
- **Nouvelles relations entre les médecins**

3 questions de fond

- **Gérer le temps médical**
- **Repenser les liens entre médecins et administration**
- **Repenser les relations au sein du corps médical**

1- Gérer le temps médical

**« Que de temps perdu à gagner du temps ! »
(Paul Morand)**

- Une nouvelle sollicitation des leaders de la communauté médicale pour le Conseil Exécutif et la responsabilité des pôles
- Une bureaucratisation (encore) accrue de la médecine hospitalière
 - Après le PMSI, l'accréditation ...
 - Alors que la médecine hospitalière représente le choix d'une médecine sans contraintes administratives
- Un paradoxe : avec la T2A, veut-on plus de gestion, ou plus d'actes ?

1- Gérer le temps médical

**« Choisir son temps, c'est gagner du temps »
(Francis Bacon)**

- Un élargissement de la consultation des médecins dans la réflexion stratégique
- La nécessité d'équipes de pôles qui fonctionnent, et du respect des prérogatives de chacun
- Gagner du temps médical en améliorant le recrutement, et en améliorant les coopérations

2- Les liens entre médecins et administration

**« L'expérience prouve que celui qui n'a jamais confiance en personne ne sera jamais déçu »
(Léonard de Vinci)**

- Un copilotage médico-administratif fondé sur le conseil exécutif et les contrats de pôle
 - Pour convertir les médecins ?
 - Pour faire toujours plus avec toujours moins ?
- Des délégations de gestion
 - ... ou de pénurie ?
 - ... et des heures sur excel ?
 - ... et une subordination au délégant ?
- Un cadre administratif de pôle
 - ... ou l'œil de Moscou ?
 - ... qui dit non ?
 - ... disponible 20 minutes par mois ?

2- Les liens entre médecins et administration

« Aidons-nous mutuellement – La charge de nos maux en sera plus légère »

(Jean-Pierre Claris de Florian)

- Un copilotage médico-administratif fondé sur le conseil exécutif et les contrats de pôle
 - Pour reconnaître le rôle central du corps médical dans la production et l'utilisation de la ressource hospitalière
 - Pour répondre à l'attente d'une majorité de PH
 - Sondage FHF – TNS Sofres (Nov 2005) : Souhait marqué des PH d'être plus impliqué dans les décisions stratégiques (94%), les décisions budgétaires (83%) et la gestion courante (74%)
- Des délégations de gestion
 - Pour raccourcir les circuits de décision
 - Pour gérer au plus près du patient ce qui peut l'être
- Un cadre administratif de pôle
 - Pour étayer, chiffrer et soutenir les demandes du pôle
 - Pour entretenir des échanges de proximité
 - Pour que chacun se comprenne, sans changer de métier, et sortir d'une vision en « camps »

3- Les relations entre les médecins

**« On devrait toujours être amoureux. C'est la raison pour laquelle on ne devrait jamais se marier »
(Oscar Wilde)**

- Au nom du découplage ...
 - On dissout le service dans le pôle ?
 - On passe des mandarins aux supermandarins ?
- Des projets de pôles qui regroupent des services
 - Pour mutualiser entre carpes et lapins ?
 - Pour créer des fossés entre « riches » et « pauvres » ?
 - Pour recréer des conflits anciens ?
- L'autorité fonctionnelle du chef de pôle
 - La porte ouverte au favoritisme ?
 - Ne changera rien à rien ?

3- Les relations entre les médecins

« Quand la paix est faite, il faut la maintenir par l'intérêt »

(Oliver Cromwell)

- Au nom du décloisonnement ...
 - On structure des filières transversales de prise en charge
 - On centralise l'implication médicale dans la gestion sur un nombre réduit de responsables de pôle
- Des projets de pôles qui regroupent des services
 - Pour mutualiser ce qui peut être partagé, et décrire les missions spécifiques qui restent à chaque service
 - Pour que le corps médical formule lui-même des priorités lisibles
- L'autorité fonctionnelle du chef de pôle
 - S'exerce en regard du projet et du contrat de pôle
 - Dispose de garde-fous
 - Doit se distinguer de l'autorité sur la prise en charge

Conclusion

« Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement »

Francis Blanche