

Enquête gouvernance

M Dupon et C Rabaud



JNI Dijon

14/06/07



Rationnel réforme de la gouvernance hospitalière

- L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 (JO du 3 mai) et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} 09 2005 (JO du 6/09), prises en vertu de l'habilitation prévue à l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 /12/2004, constituent le quatrième volet du plan « hôpital 2007 » avec 3 autres volets :
 - la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (ordonnance n°2003-850 du 4/09/2003) ;
 - La réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité ;
 - la relance de l'investissement hospitalier.
- L'article 7, I de l'ordonnance du 2 mai 2005 précise que : « *les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L.6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre2006*»



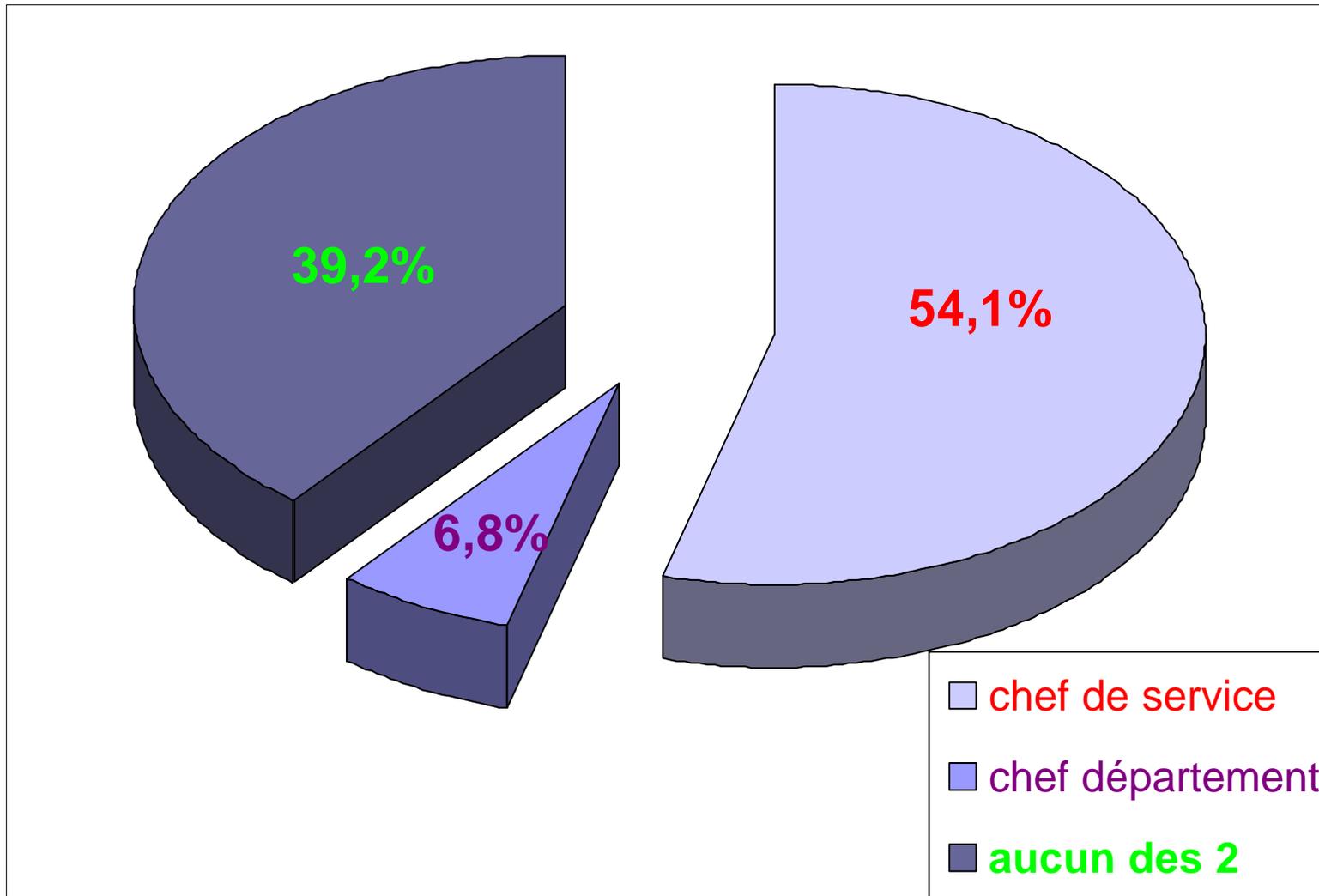
Enquête gouvernance 2007 (1)

- 15 Mars – 15 Avril 2007
- Questionnaires envoyés aux membres du CMIT et de la SPILF par e-mail
- 1 relance infectiologiste
- 15 questions fermées avec possibilité de commentaires (pour/contre)

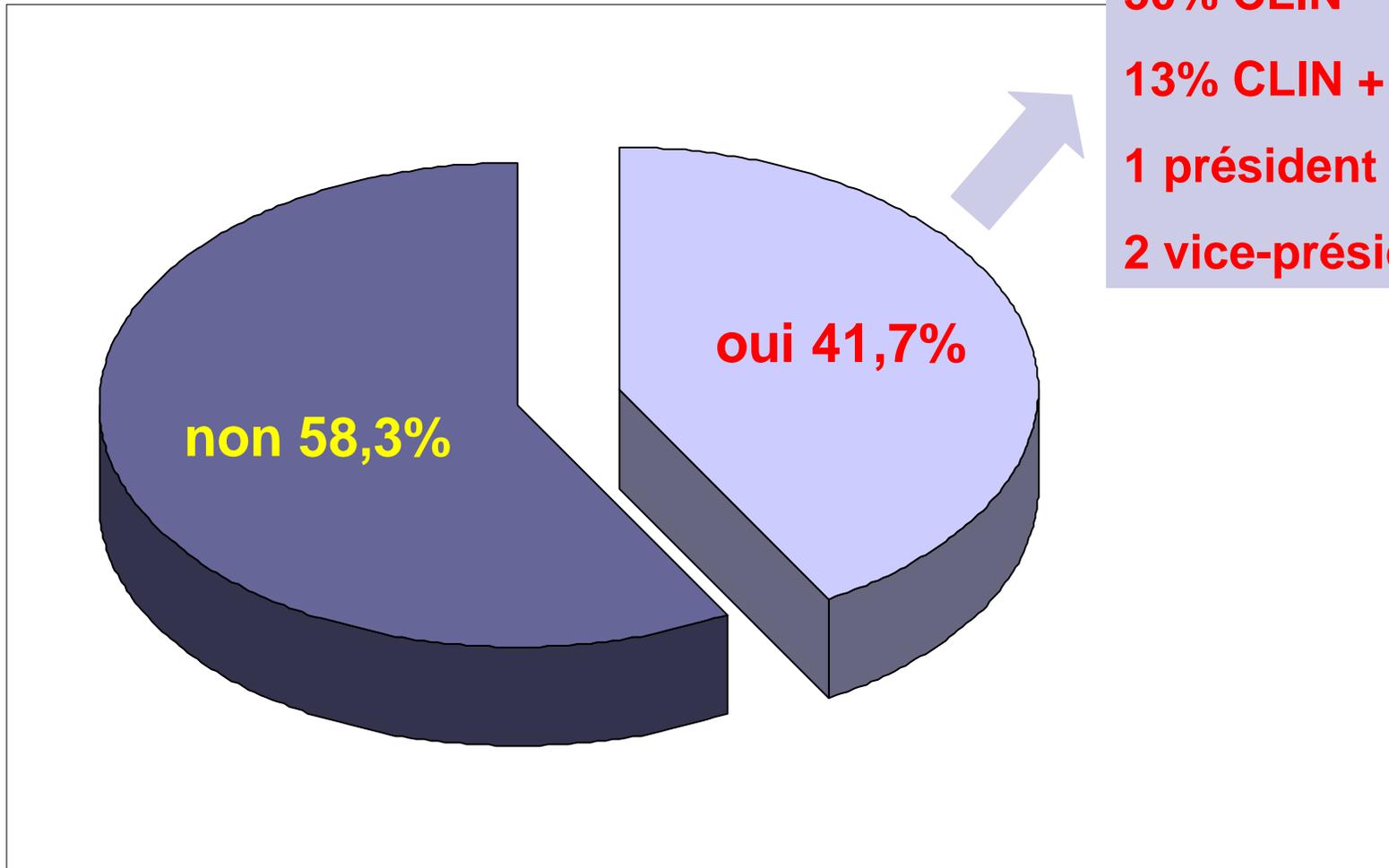
Enquête gouvernance 2007 (2)

- 79 réponses reçus
- 34 CHU
- 21 CHG } 55 Hôpitaux
- 17 doublons et 7 triplets (provenant du même hôpital); la notion 1 site hospitalier/1 réponse n'avait pas été clairement donnée à tous
- Analyse par site ou par réponses (pour/contre)

Chef de service et de département



Appartenance CME



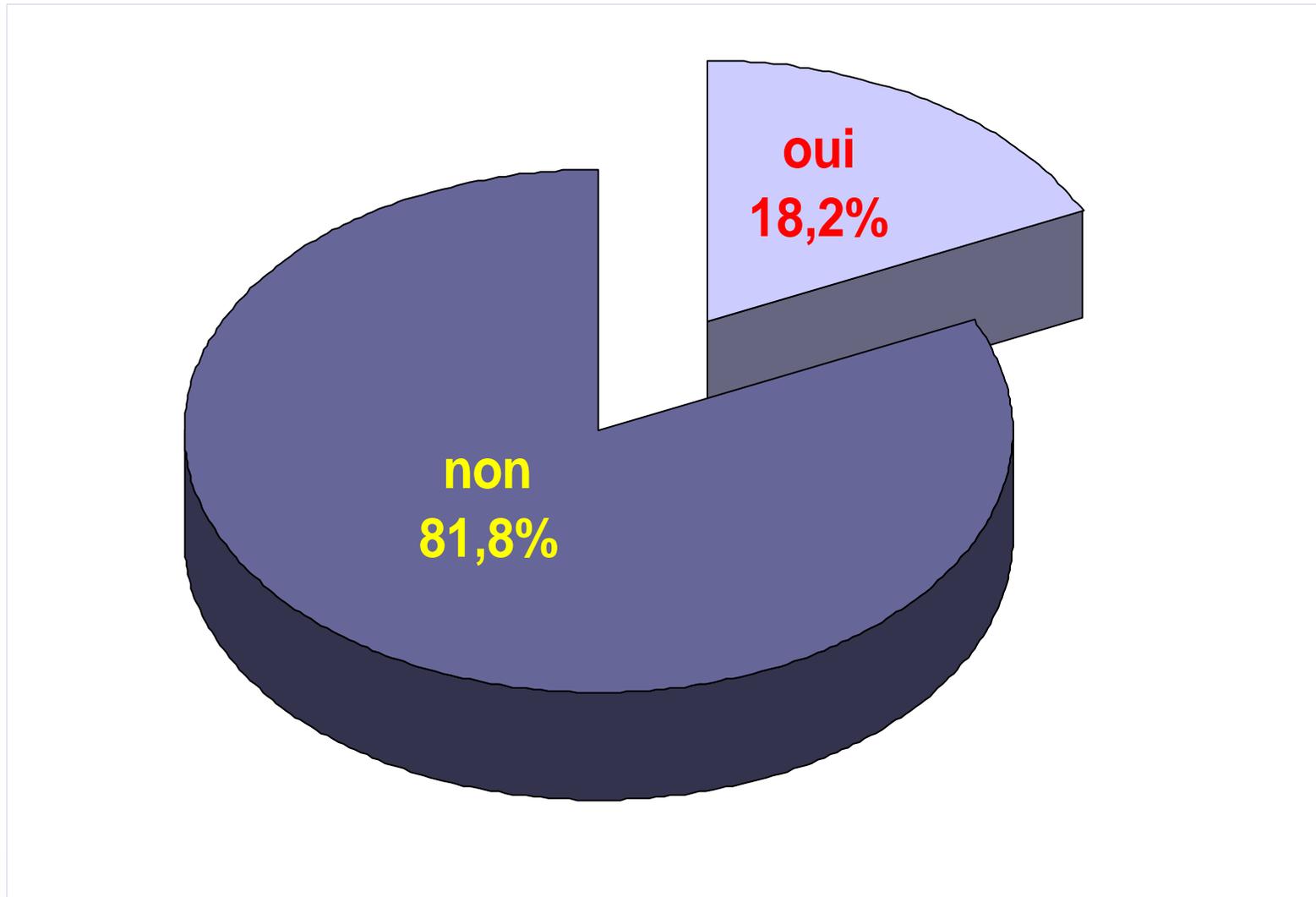
30% CLIN

13% CLIN + COMEDIMS

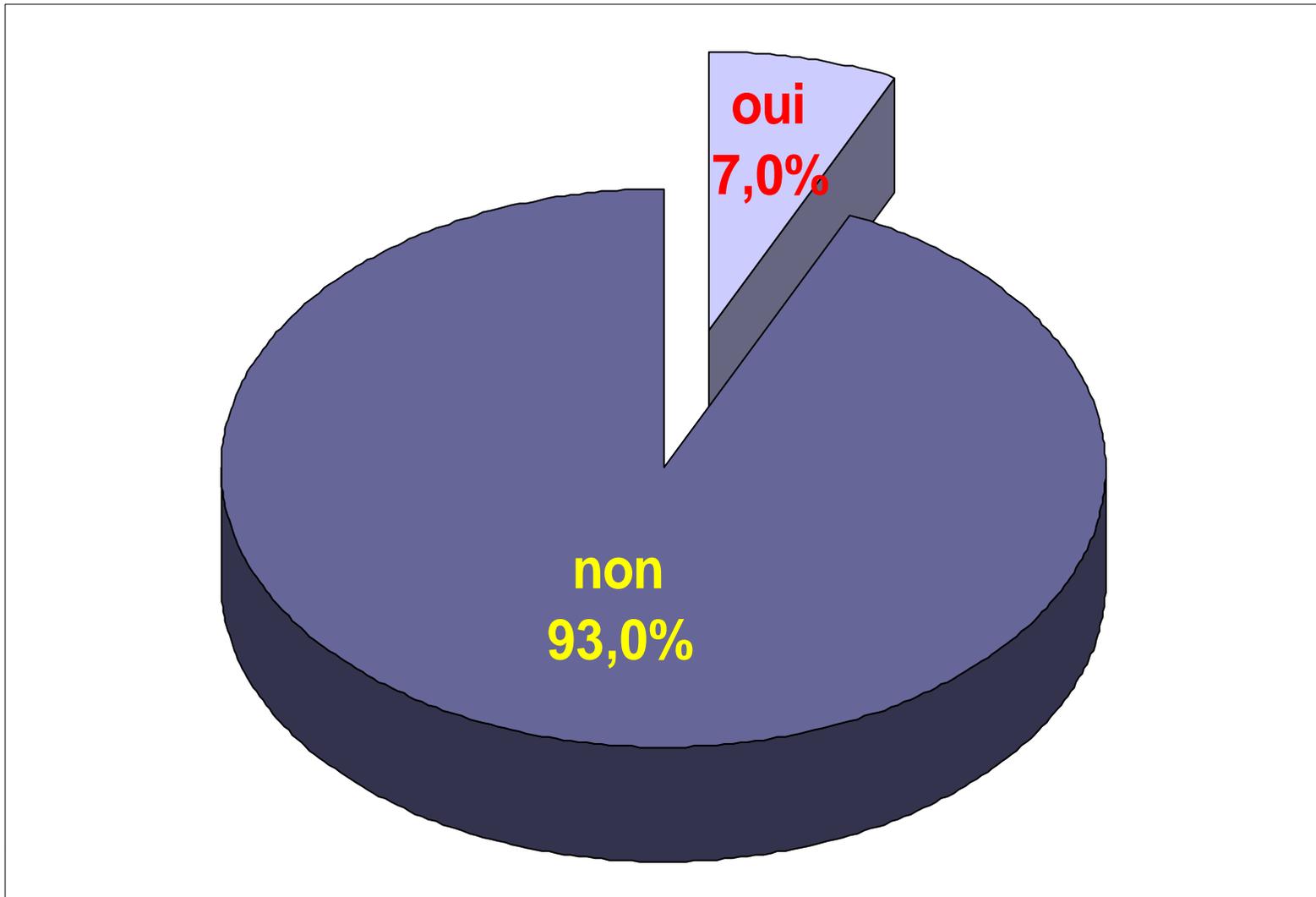
1 président

2 vice-présidents

Appartenance au comité exécutif

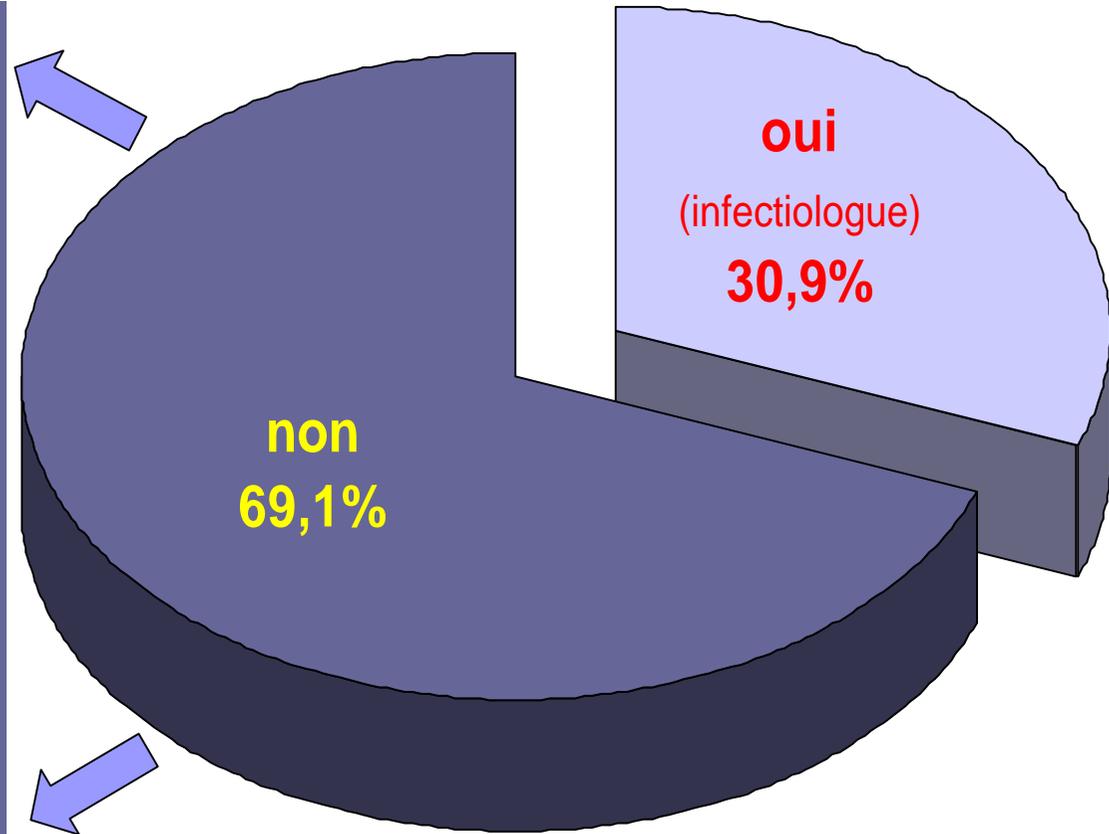


Appartenance au conseil d'administration

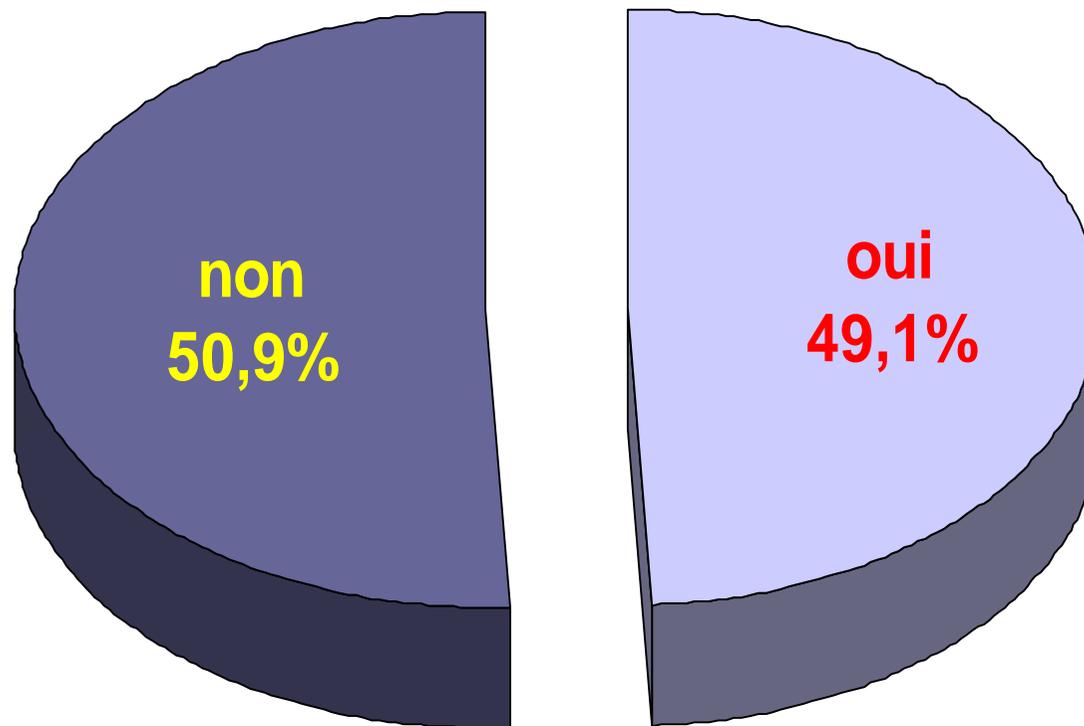


Responsables médicaux de pôle

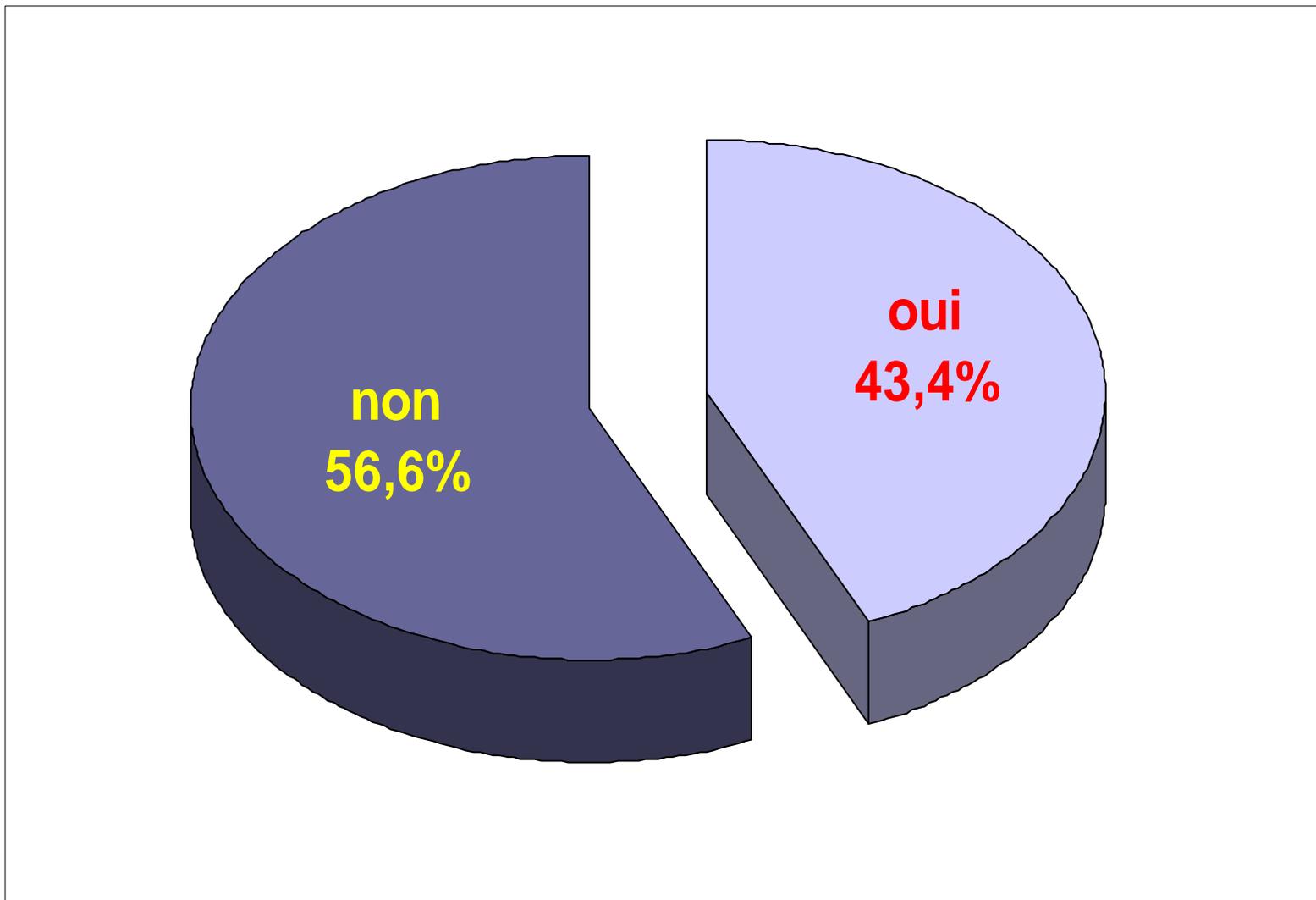
• Médecine interne	21,0%
• Urgentiste	7,9%
• Réanimateur médical	7,9%
• Anesthésiste-réanim.	7,9%
• Pneumologue	7,9%
• Biologiste	5,3%
• Microbiologiste	5,3%
• Néphrologue	5,3%
• Hépto-gastro-entér.	5,3%
• Hématologue, gériatre, immunologiste, diabétologue, psychiatre, neurologue, anatomo- pathologiste, thérapeute, urologue,	10 x 2,5 %



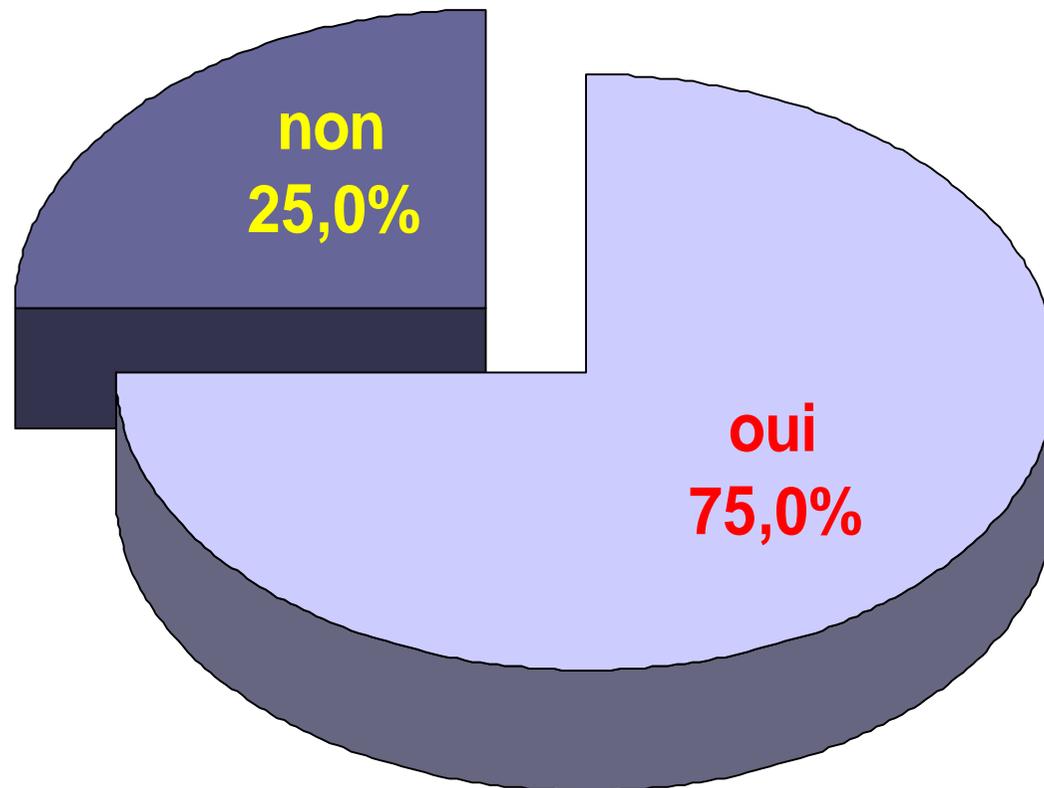
Phase expérimentale avant 31/12/2006



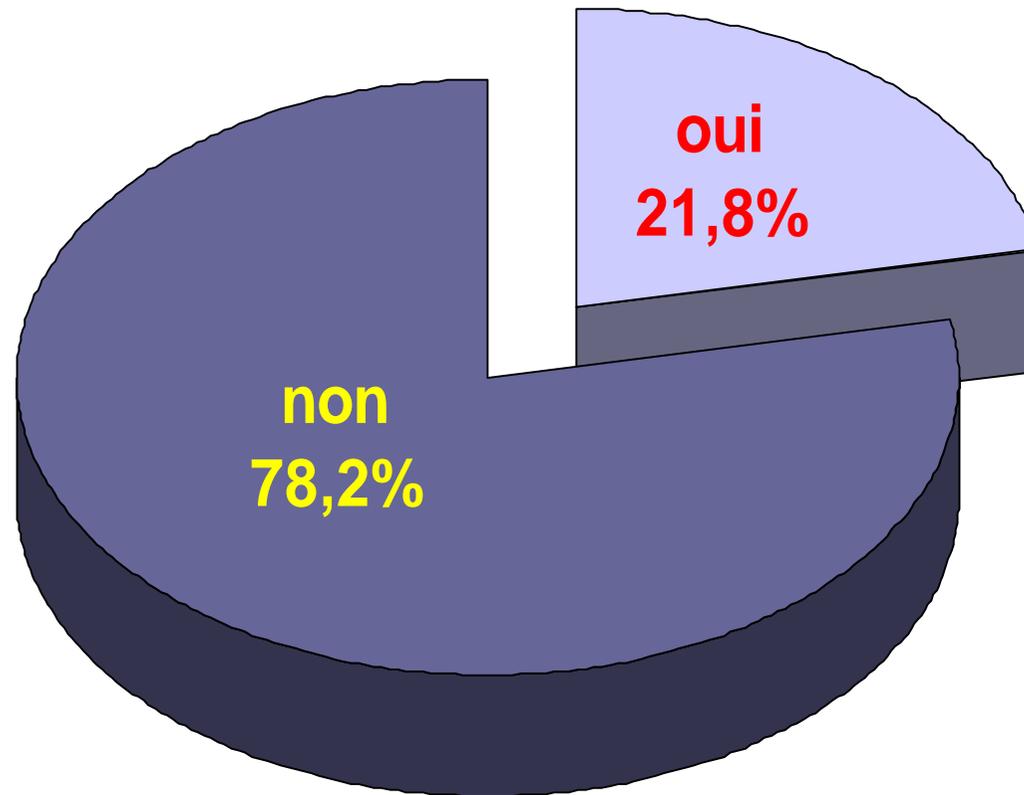
Taux de complétude de la mise en place des pôles - avril 07-

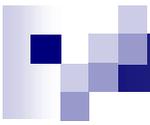


Découpage en pôle selon les desiderata médicaux

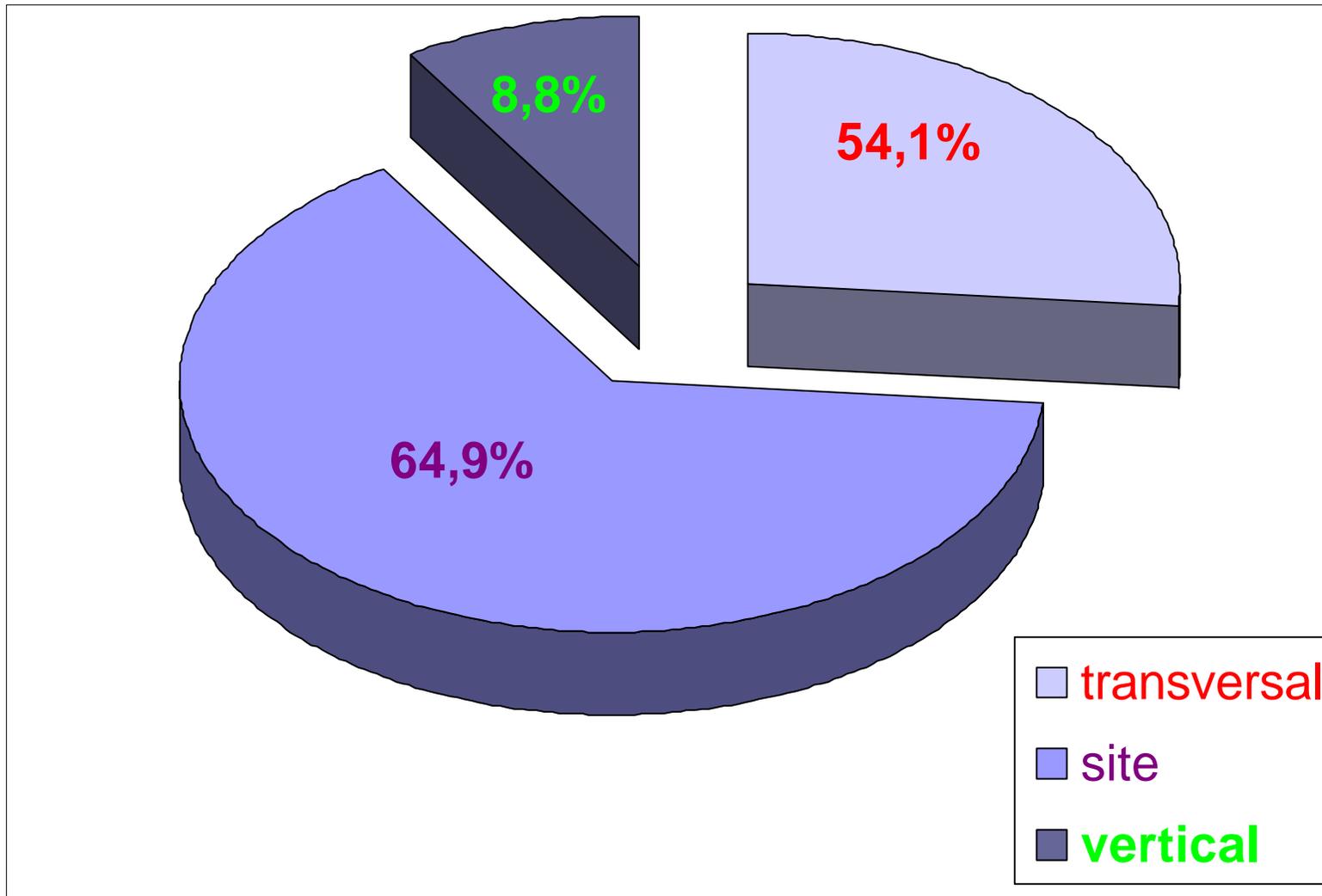


Taux d'informatisation complète permettant un accès à la comptabilité analytique

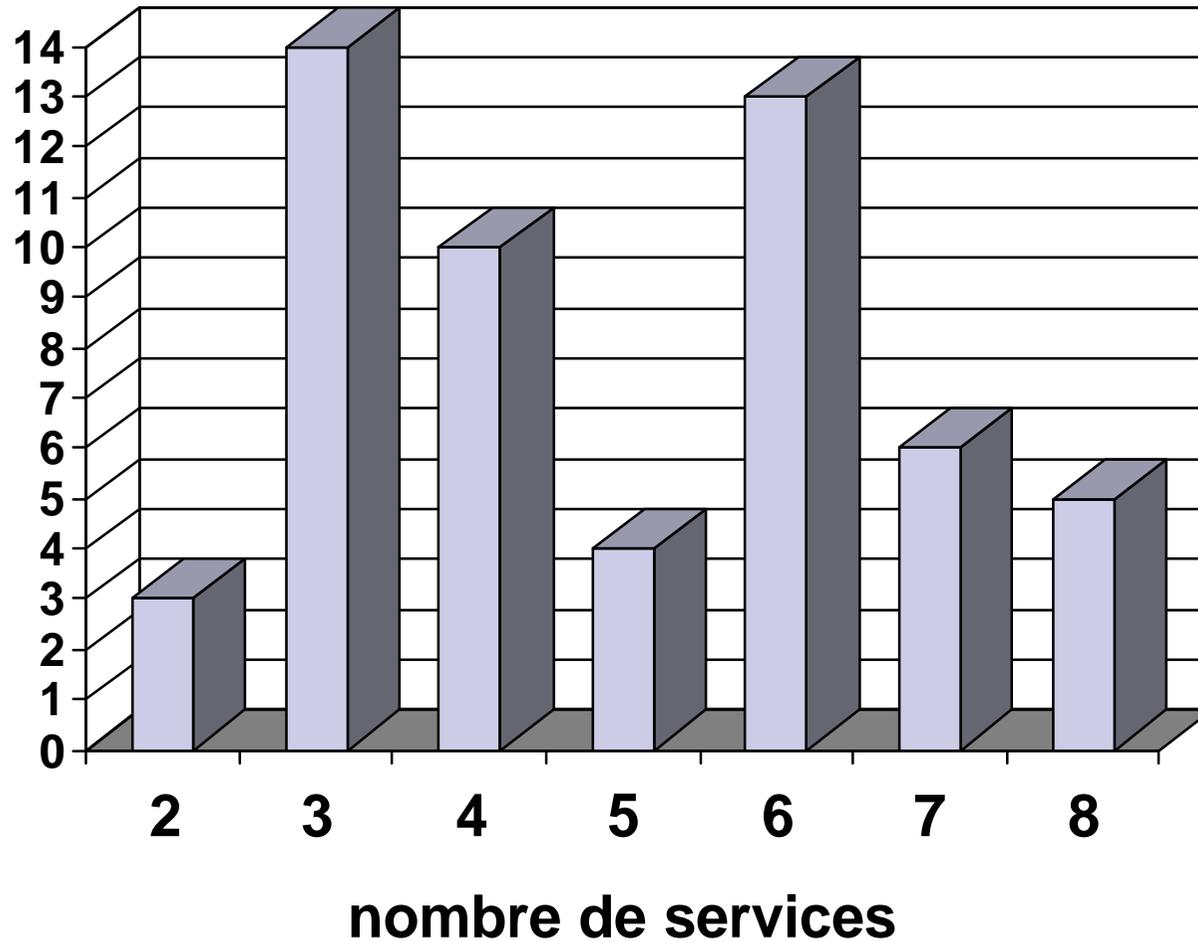




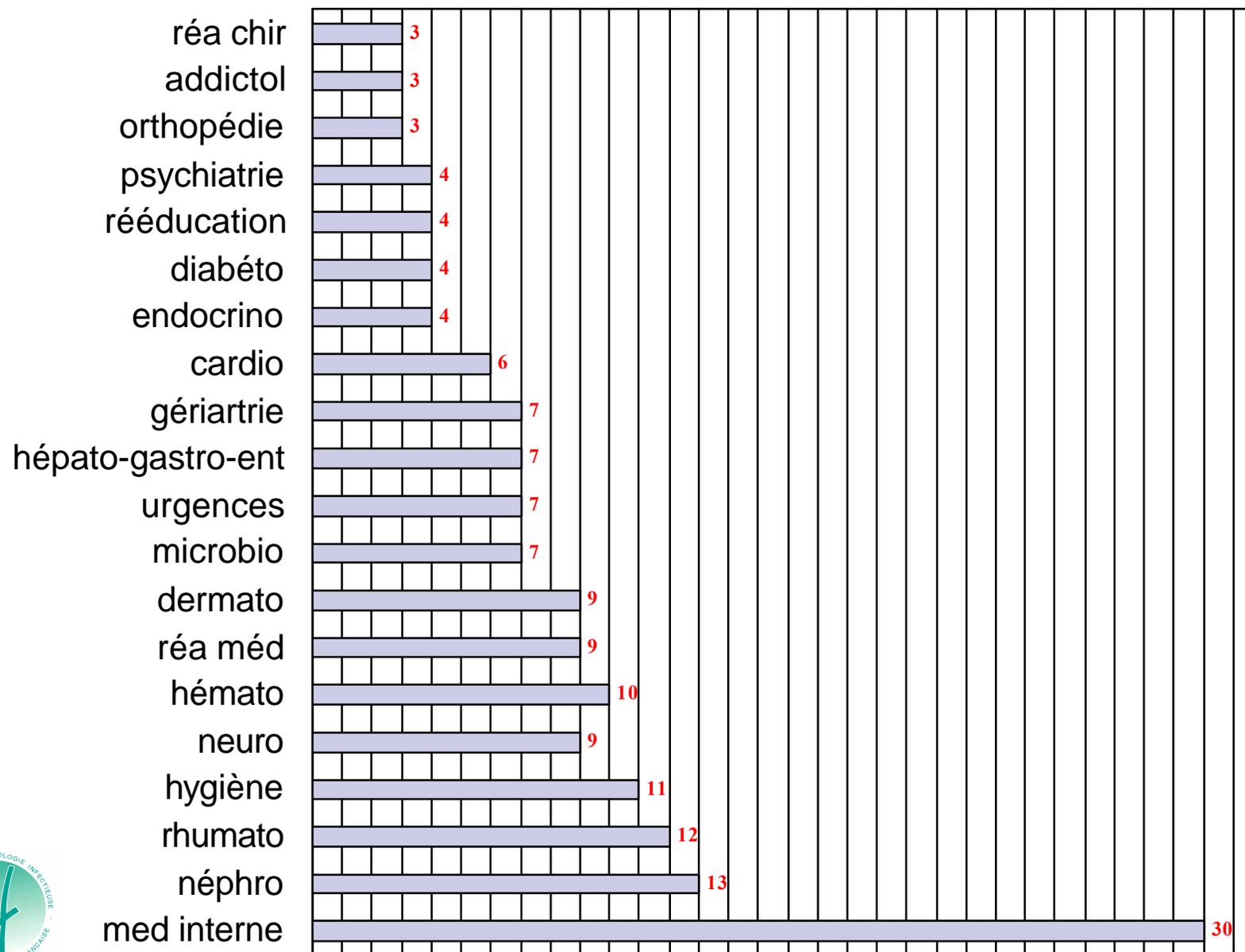
Type de pôle



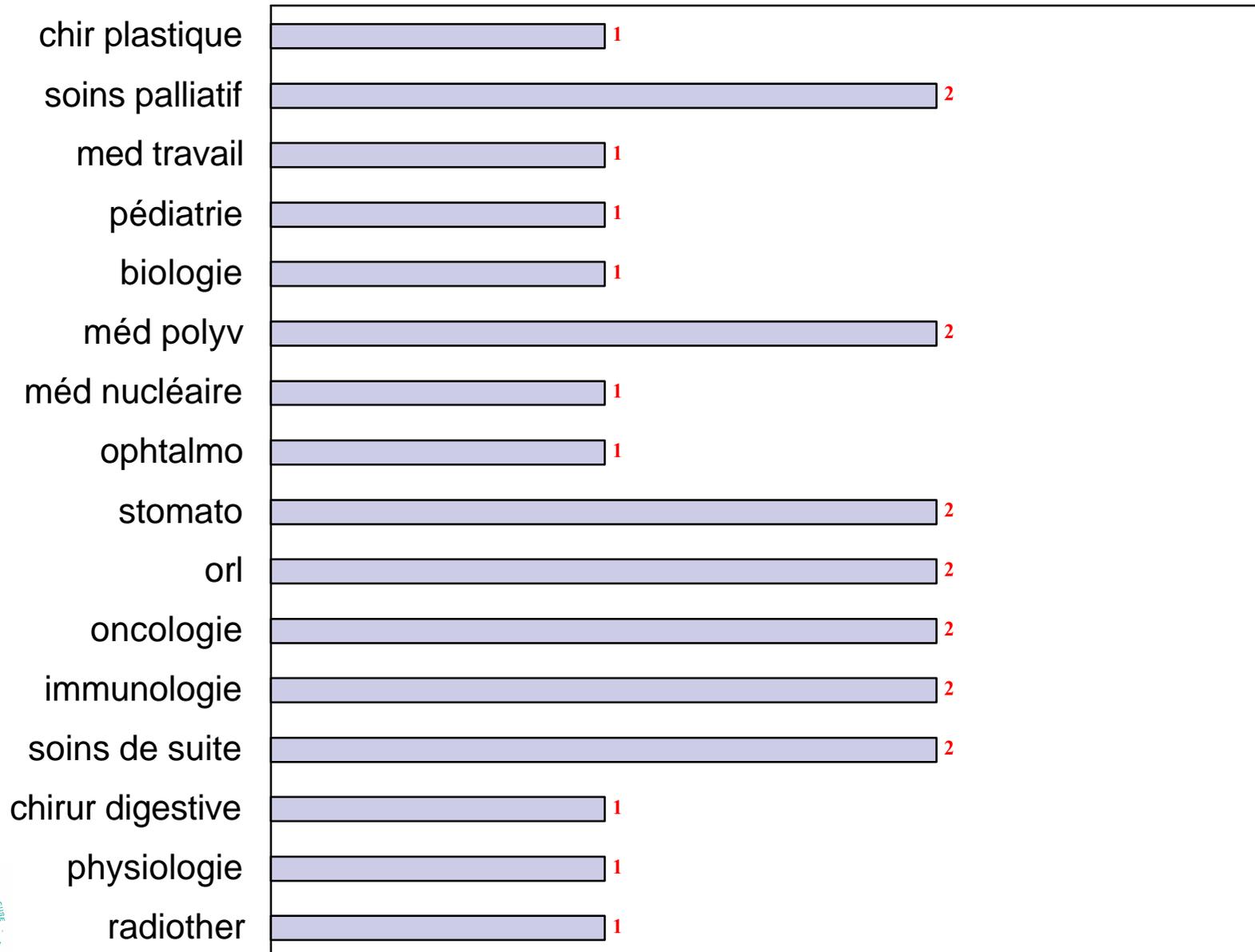
Services constitutifs d'un pôle (nombre)



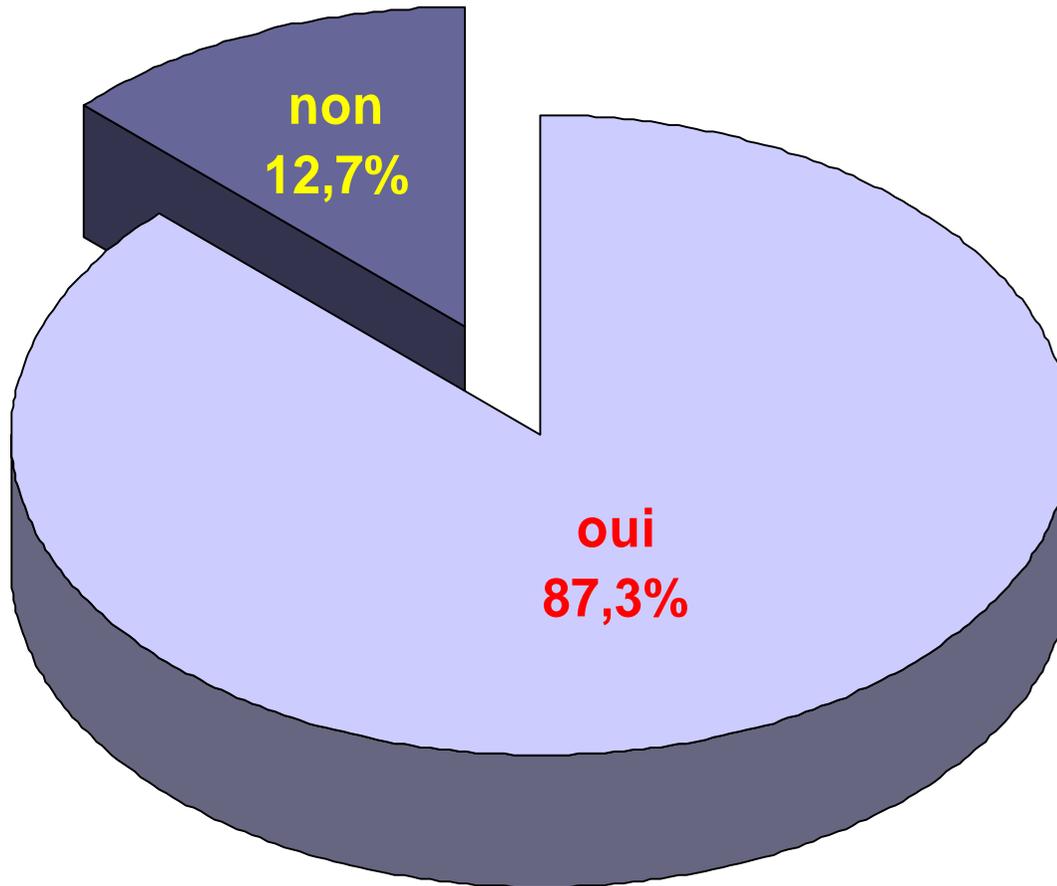
Services constitutifs d'un pôle (composition)



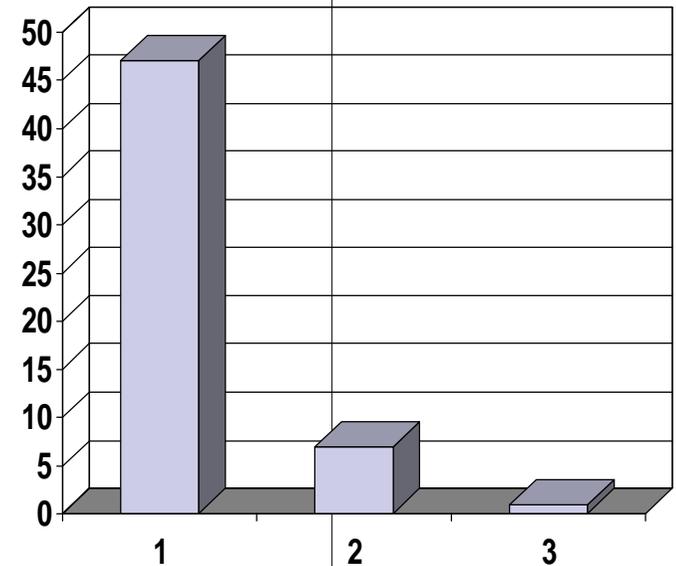
Services constitutifs d'un pôle (composition)



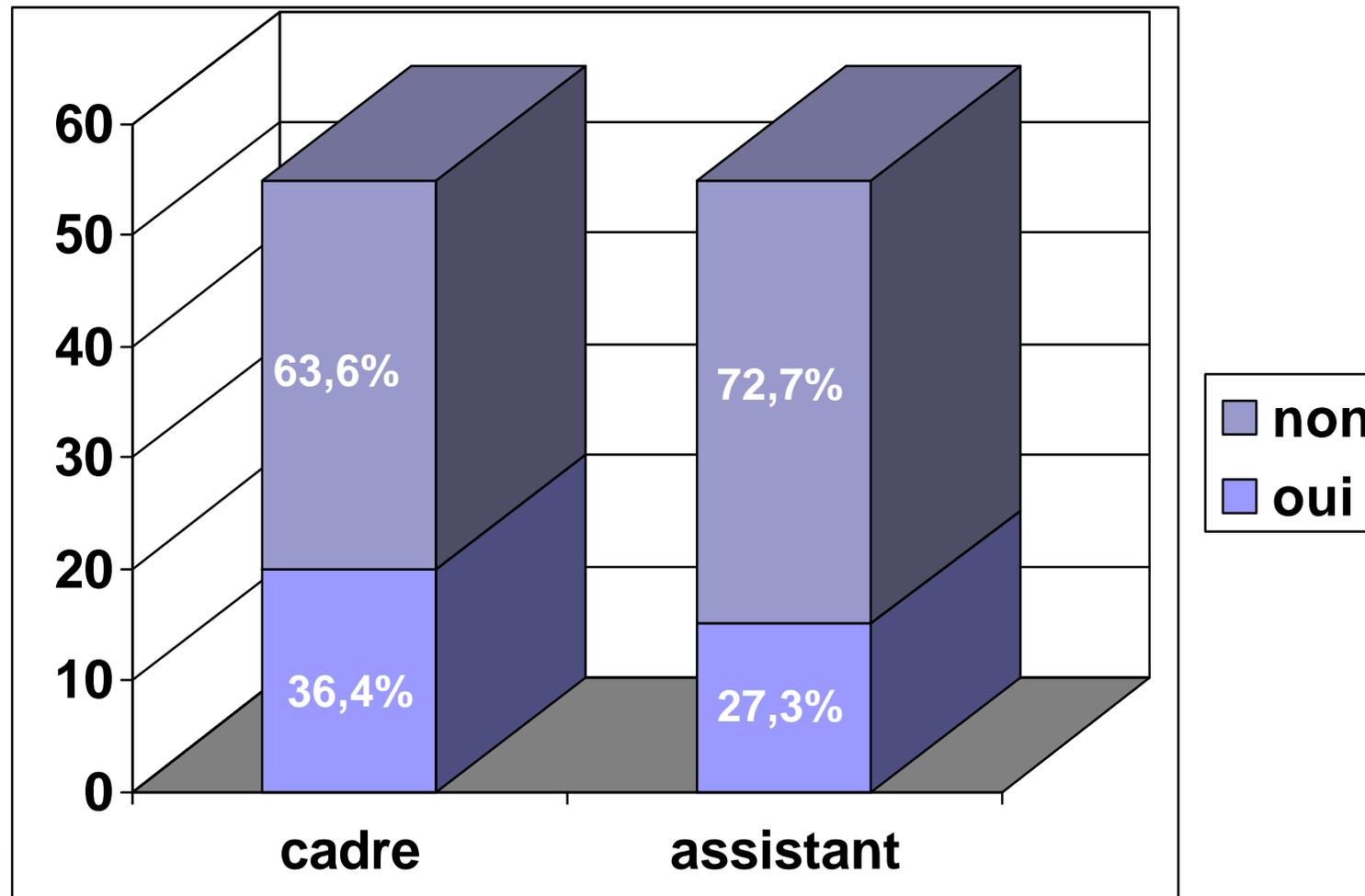
Participation à l'élection du responsable médical du pôle



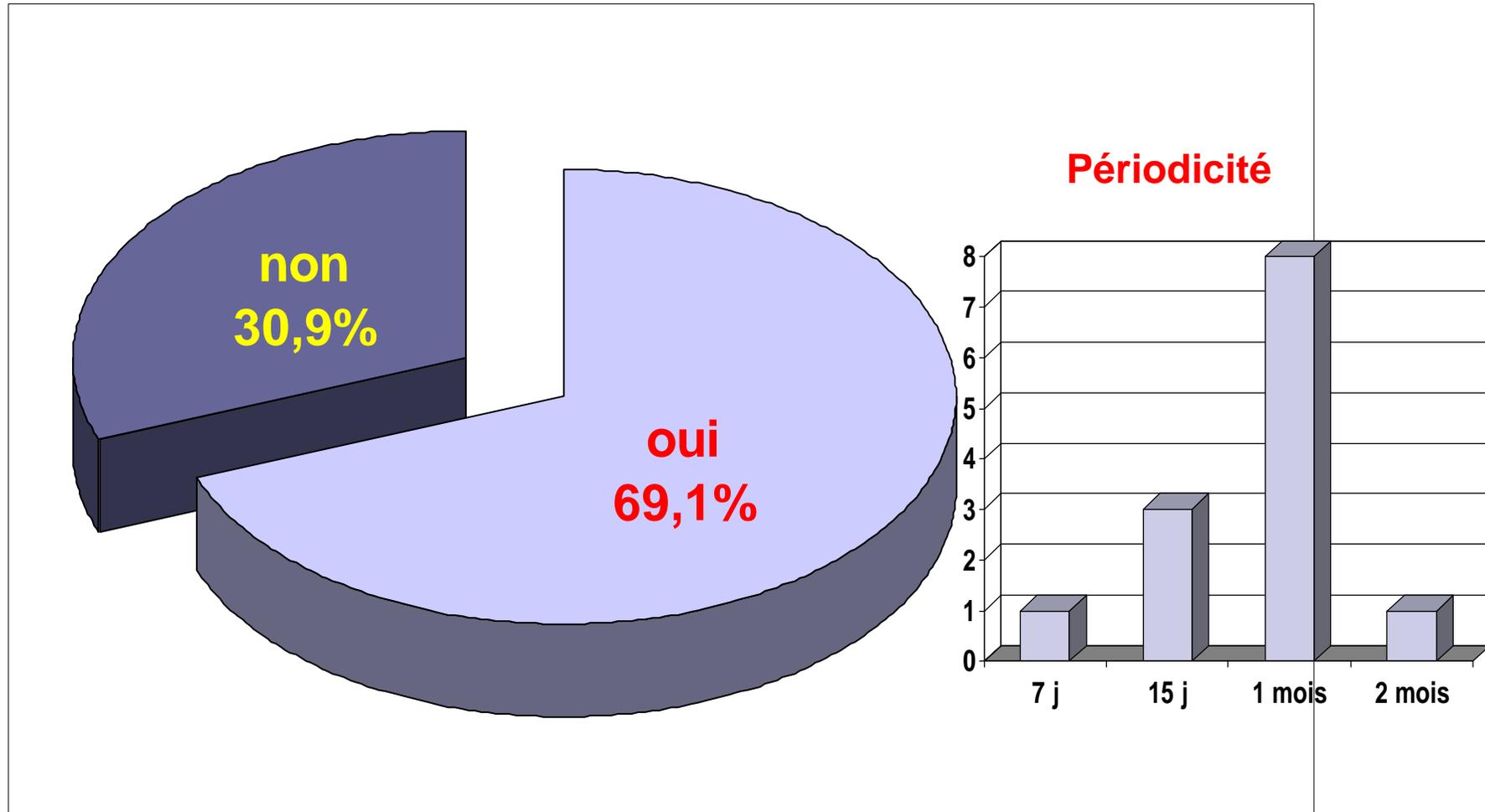
Nombre de candidats



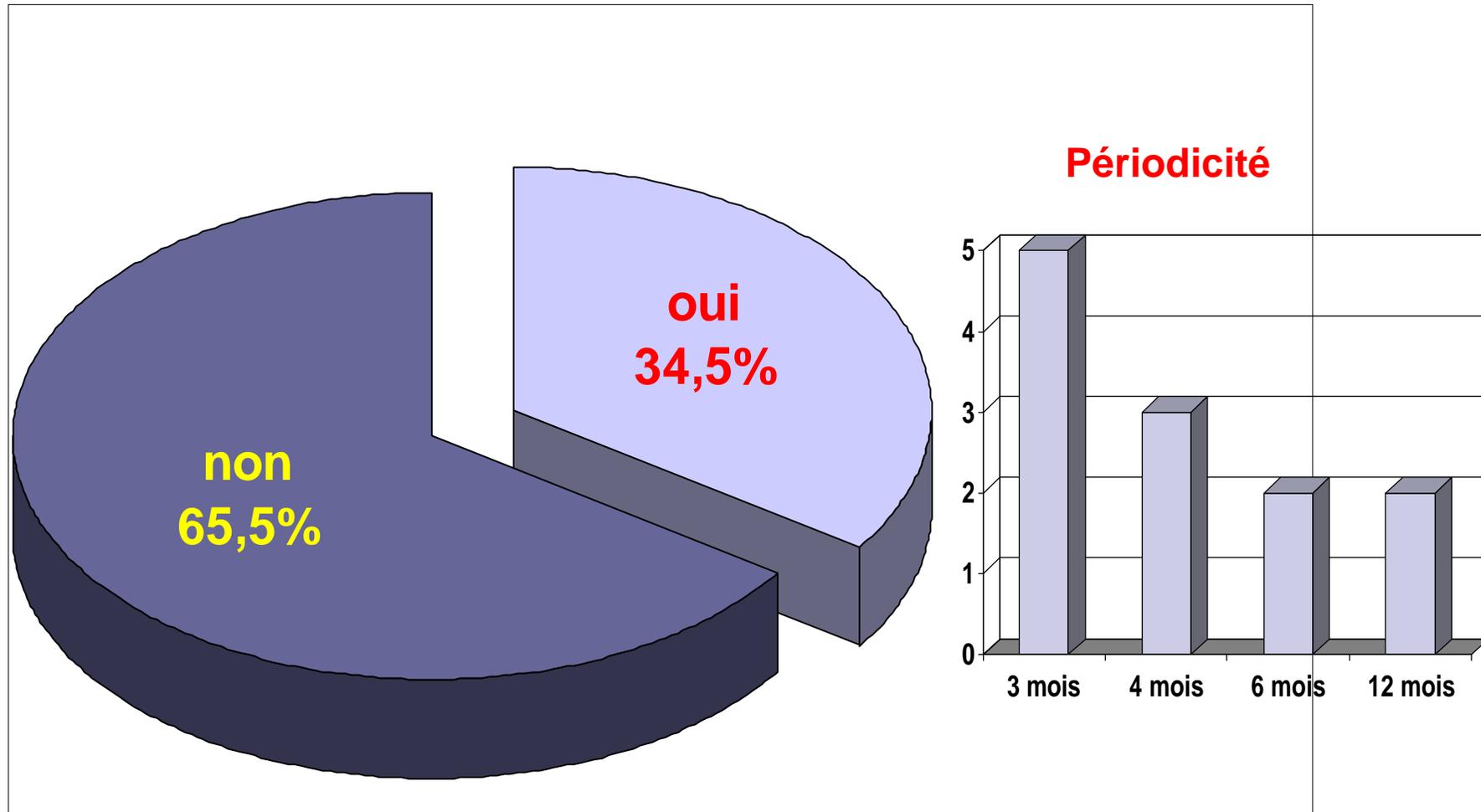
Désignation du cadre responsable du pôle et de l'assistant de gestion par le responsable



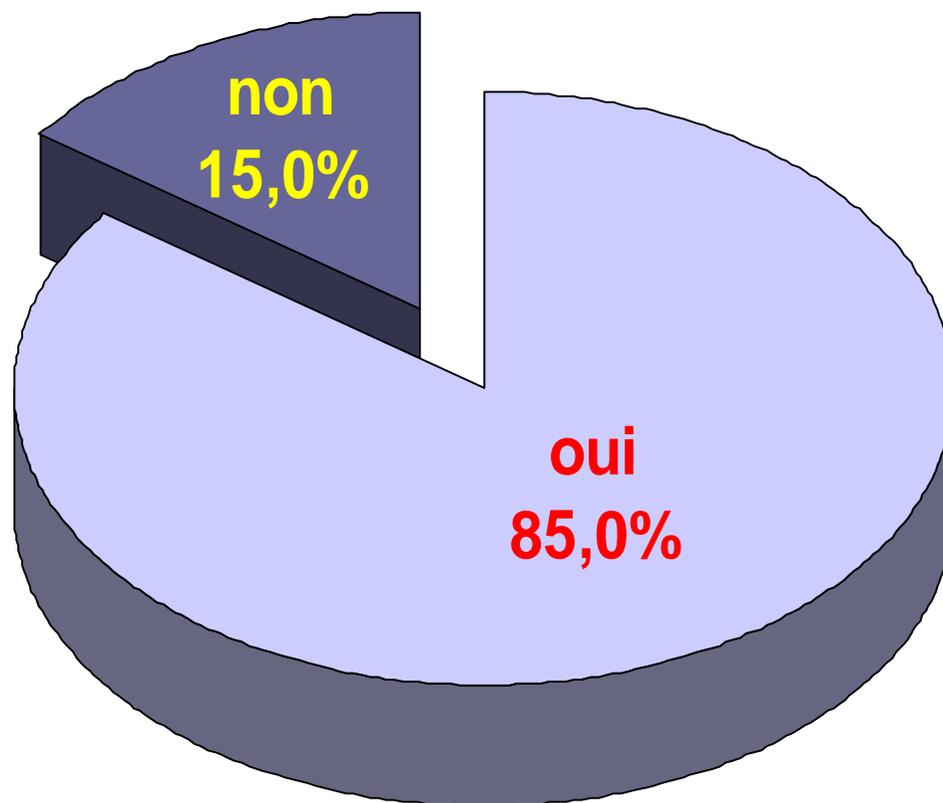
Existence d'un bureau de pôle



Existence d'un conseil de pôle



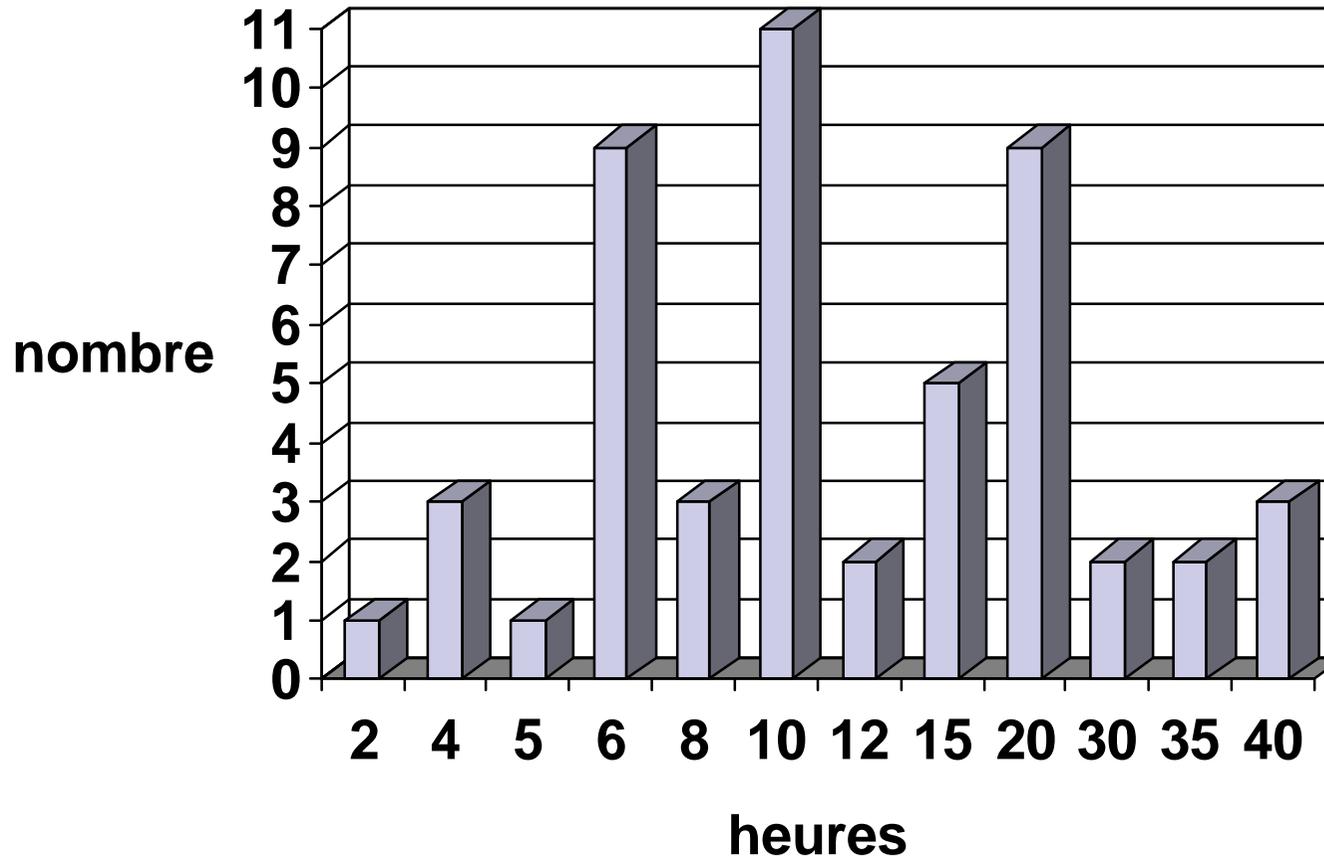
Un médecin est-il fait pour être chef de pôle?



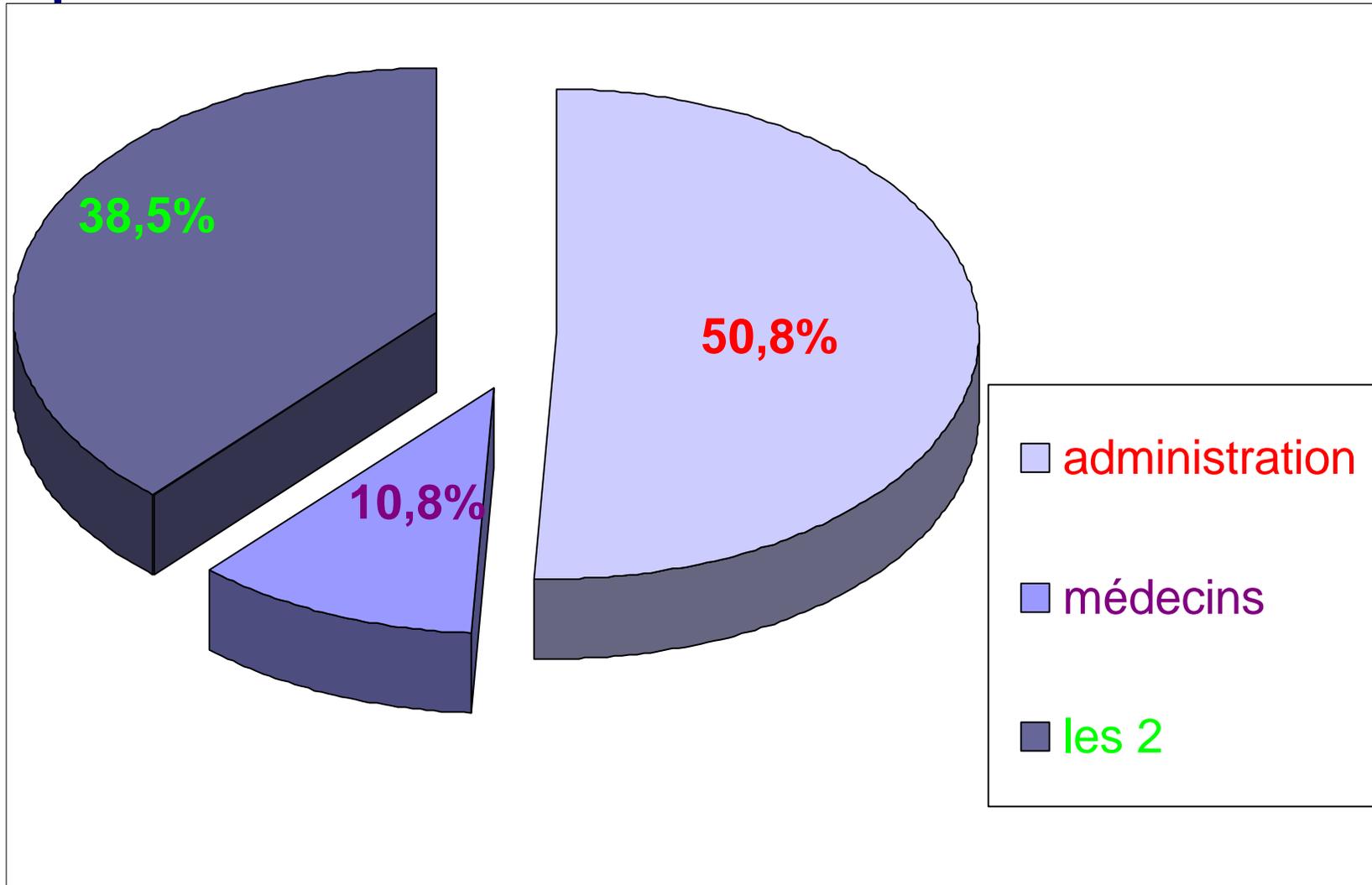
Quelles compétences pour être chef de pôle?

- Un administrateur complet :
 - Gestion (finances, comptabilité analytique)
 - Management (DRH)
 - Compétences (connaissances en réglementation, en économie de la santé)
- Avec des qualités humaines très développées :
 - Qualités relationnelles (écoute, sociabilité, médiateur, politicien, psychopédagogue)
 - Capable de projections (recherche, développement)
 - Courageux
 - Altruiste
 - Impartial
- Ayant du temps (en plus de ces autres fonctions)

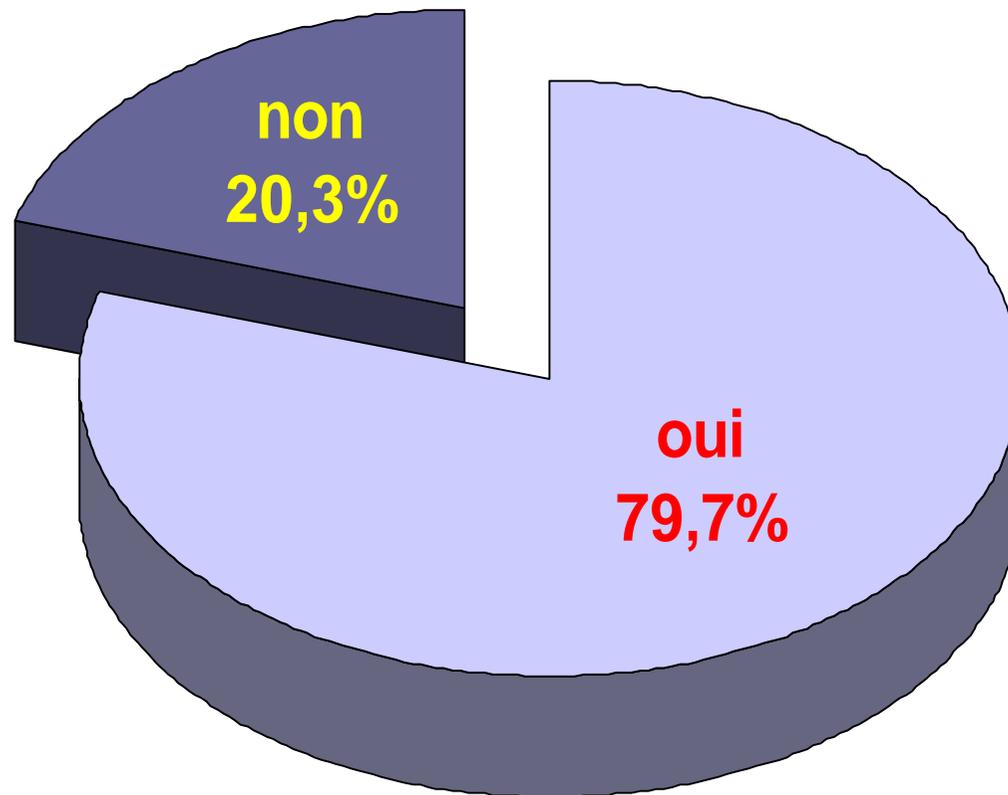
Charge de travail hebdomadaire en heures



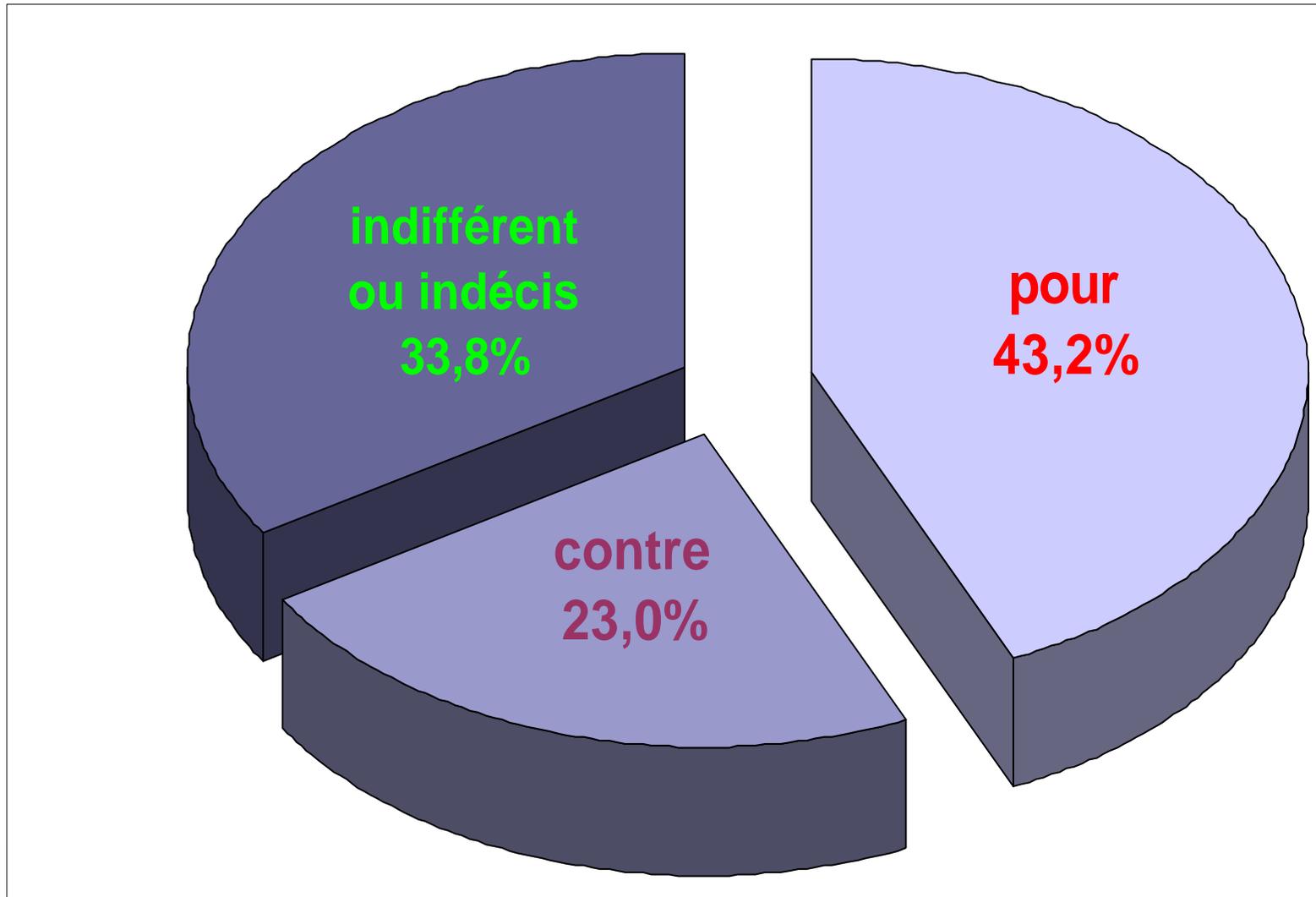
A qui la réforme est-elle favorable?



L'administration hospitalière joue-t-elle le jeu de la réforme?



Position des médecins vis-à-vis de la réforme?





Conclusion (1)

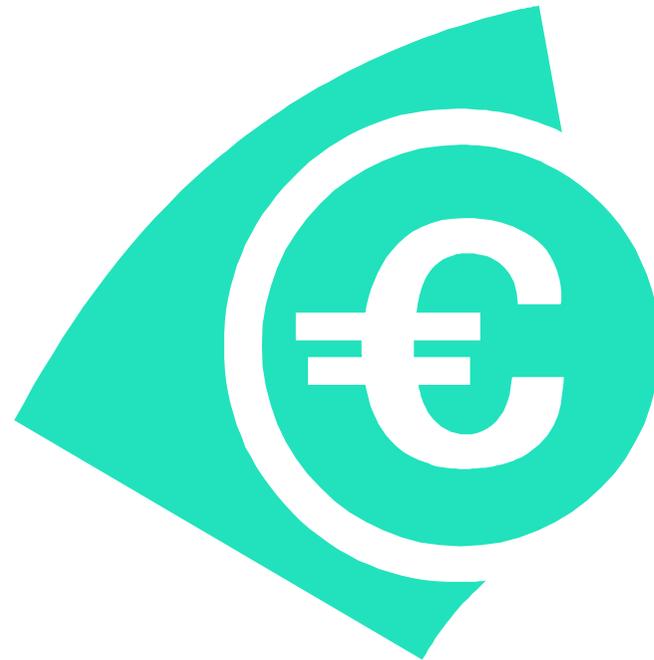
« Les hôpitaux publics ne sont pas le Congo »

Eric Pichard

« Des emmerdes en plus.. »

« Une vision cadurcienne de la gouvernance »

Conclusion (2)





Conclusion (3)

Remerciements à tous ceux qui ont répondu à l'enquête

Contre

- Disparition des services, des disciplines
- Un échelon de plus dans les instances : couche inutile
- Distanciation avec le terrain avec déresponsabilisation : le chef de pôle a le pouvoir, les PU-PH chef de service ou non moins qu'auparavant
- Association de complémentarité fictives (matériel oui, personnel non); rassemblement autoritaire sur une logique mal définie
- Rôle majeur du comité exécutif, difficulté pour « la base » de s'exprimer
- Combat politique inter-pôle (compétition)
- Balkanisation des hôpitaux sans notion d'équilibre général
- Outil de surveillance de l'activité plus que de gestion sans évaluation du processus de réforme

Contre

- Manque de temps; charge de travail lourde sans compensation
- Métier différent; pas de formation initiale donc complément à acquérir; les médecins du public n'ont pas la culture d'entreprise
- Usine à gaz qui détourne les médecins de leur rôle premier : le soin (la recherche)
- Risque d'être le bouc émissaire de la rationalisation des dépenses de santé
- Risque d'être accusé de ne pas savoir gérer si déficit
- Evolution vers la privatisation avec égalisation public-privé; objectif économique pur (T2A); « administrativité » stérile
- « Collaboration (collusion) » avec l'administration
- Faire le « mauvais boulot », l'administration se déchargeant des tâches désagréables
- Pouvoir limité (délégation restreinte); les décisions majeures (« nobles ») étant prise en dehors du pôle
- Opacité persistante des décisions administratives
- Privilégie l'activité au détriment des missions de santé publique (réseaux de surveillance biologique)

Pour

- Mutualisation des moyens (coordination pour les fermetures de lit, la prise en charge du patient, la recherche)
- Amélioration de la gestion
- Meilleure synergie médecins-administration
- Optimisation médico-économique à moyen terme
- Meilleure répartition des crédits (adéquation des moyens, attribution à ceux qui travaillent)
- Contre-pouvoir à l'administration et aux cadres
- Responsabilisation des acteurs de soins avec implication dans les décisions stratégiques, devoir éthique de gérer l'outil de travail
- Diminution de l'individualisme, du médecin qui râle parce qu'il n'a pas de moyens par la faute de l'administration
- Disposer d'une comptabilité analytique
- Bénéfice attendu à moyen terme si tout le monde joue le jeu de la réforme
- Obligatoire donc pas de chaise vide