

GOUVERNANCE INTERNE DE L'HOPITAL (A PROPOSE DE LA REUNION DE CONCERTATION DU 2 OCTOBRE 2003)
--

La contractualisation interne

En premier lieu, un constat s'impose : la contractualisation interne est, dans les formes réglementaires actuelles, marginale. Elle est conçue ou perçue comme un transfert de responsabilité financière, mistigri ou jeu de la **patate chaude** conférant aux médecins contractants la responsabilité de tenir l'enveloppe financière.

Les expériences de contractualisation interne portent, pour beaucoup, sur des expériences de CHU. Elles créent des entités de taille souvent très importante qui concernent volontiers plusieurs centaines de professionnels de santé et un nombre souvent très important de médecins. La contractualisation interne qui aboutit alors à créer un hôpital dans l'hôpital a une finalité de contrainte financière n'est évidemment pas un objectif partageable.

Pour autant, le contrat a-t-il une part souhaitable dans l'organisation hospitalière ? Sous quelles conditions ce mode de partage des responsabilités pourrait être utile ?

Le Directeur a autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale. Cela place chaque médecin, individuellement mais aussi collectivement dans une position d'indépendance indispensable à la prise en charge du malade. Cependant, on perçoit bien qu'entre les projets individuels, ceux de l'équipe, le projet le médical de l'établissement ou la vision de planification des schémas régionaux, il convient d'établir des règles et des coordinations.

Le contrat peut, probablement, participer à ce nécessaire **partage des objectifs**. Pour cela, le contrat doit être établi à égalité de droits et de devoirs. Ce principe suppose que soit abandonné un lien de subordination entre le contractant et le contracté. Ce principe est bien sûr différent d'un contrat client fournisseur à la Darty. Il est enfin éloigné d'un contrat employeur employé dans une forme de subordination hiérarchique.

Placé sur le principe de l'égalité de droits et de devoirs, le contrat peut s'attaquer à des engagements réciproques en terme de qualité et d'activité notamment. Une telle contractualisation équilibrée soulève des questions qui sont le territoire concerné, la nature du contractant médical, les notions d'intéressements et de sanctions...

Le découpage des structures internes de l'hôpital.

Entre logique d'entreprise et logique technocratique, le découpage en pôle « de taille et de masse critique », a le vent en poupe. En l'état, une telle proposition n'est pas recevable. Mais là encore, le simple refus ne se suffit pas à lui-même. Le découpage actuel en unités fonctionnelles, services, départements, fédérations est souvent complexe et parfois de taille trop petite et inadaptée. Quelles pourraient donc être les règles qui conduiraient à accepter un nouveau découpage interne de l'hôpital ?

Le point de départ, la pierre angulaire, doit rester le **projet médical**. C'est par rapport à ce projet, que doivent être définies les **activités médicales** qui fondent l'organisation première. Au-delà de ces activités, une approche par **filières** doit être réalisée. C'est ce fameux parcours du patient qui, dans des pathologies souvent transversales, doit permettre des fonctionnalités et des coordinations nouvelles.

Aucune règle générale ne peut bien sûr être donnée. C'est à chaque établissement, dans son projet médical, de définir les clefs de répartition en activité et filière. La vraie difficulté, que l'on observe, est un **décalage chronologique entre notamment l'élaboration du projet médical, l'historique des services**, les renouvellements des chefs de service et les départs à la retraite. Sur ce point, la réorganisation des calendriers doit être envisagée. La mise à plat des organisations devrait pouvoir se faire au fur et à mesure de la validation des projets médicaux au sein des projets de l'établissement.

Enfin, la structure nouvelle définie doit pouvoir conserver le label de « **service** » porteur de sens pour les équipes et les malades.

Les conditions de nominations des responsables de services

Arguant du fait que, dans le cadre de la contractualisation, le responsable de service doit intégrer le projet de la structure à un projet d'établissement et un schéma régional. Il est proposé que le chef de service soit nommé localement (conseil d'administration ? directeur ?...).

A l'opposé, la communauté médicale met en avant la nécessaire indépendance que nous avons déjà évoquée. A ce titre, la nomination par le Ministre reste le leitmotiv. L'enjeu est d'importance. Il s'agit de retrouver une responsabilité médicale forte dans un hôpital. Cette responsabilité doit intégrer la **responsabilité de gestion**. Il convient d'ailleurs que celle-ci soit inscrite dans le cadre des formations en amont de la décision de nomination. Le projet de service ne peut évidemment mettre en avant de contradictions importantes avec le projet médical de l'établissement ou avec les schémas régionaux. Il peut donc constituer le chapeau d'un contrat interne new look élaboré sur les principes déjà évoqués. **Sur ce projet, les instances (CME, CA) devraient se prononcer. Si elles sont convergentes, on peut considérer qu'une forme très symbolique de labellisation ministérielle pourrait être réalisée dans un deuxième temps. En cas de désaccord, la commission nationale paritaire et le Ministre auraient alors toute légitimité de décision.**

Ces différentes hypothèses constituent autant de perspectives qui doivent ouvrir un débat des propositions rapidement formalisées.