

SUR QUELQUES BLOCAGES DU SYSTEME HOSPITALIER FRANCAIS

La "santé" occupe une place particulière dans la psyché collective ; On conçoit très bien que pour la plupart des objets et services de consommation, chacun fait pour soi une petite analyse coût-bénéfices. On achète une voiture dont la qualité n'est pas ce qu'il y a de mieux; nos ressources forcément limitées nous y contraignent et cette acceptation d'une qualité à la hauteur de nos moyens va de soi parce que à peu près tout, hors la santé et l'éducation, relève d'éléments prothétiques de notre existence qui n'affectent pas notre survie physique. Mais la santé est un objet à nul autre pareil, elle est la condition première assurément de la qualité de notre vie.

On donnerait n'importe quoi pour sauver son enfant et aucun degré de qualité ne serait jamais considéré comme excessif. La santé est une fin en soi, une valeur devenue suprême! Personne n'accepte des services de santé de qualité moindre alors même que des services de qualité supérieure existent et que l'ambition déclarée de l'Etat est que tous y ont droit.

Cette aspiration irrépressible à la santé, partagée par tous, fait de celle-ci un enjeu sociétal et politique majeur.

S'interroger sur les modes de gestion de la santé dans notre pays est une obligation pour qui œuvre dans ce domaine ; les prescriptions sont nombreuses pour "repenser plutôt que panser notre système de santé" pour reprendre la jolie formule de Jean de Kervasdoué.

Ce n'est pas ici mon intention.

Après avoir œuvré pendant 22 ans comme directeur général d'établissements publics de santé au Québec, incluant la direction générale d'Institut Universitaire, je suis revenu en France où je travaille depuis près de 4 ans comme consultant dans le domaine de la "santé" auprès d'une large palette d'hôpitaux universitaires, de cliniques, de réseaux, de mutuelles, d'agences nationales, d'ARH¹, de CRAM² et autres organisations.

J'ai été frappé par le contraste existant entre l'intelligence des dirigeants, présidents de conseil d'administration, directeurs généraux (DG), cadres supérieurs, présidents de CME³ et l'aura diffuse d'impuissance, de timidité voire de paralysie qui les accompagnait. J'ai souvent eu l'impression d'avoir à faire à des locataires n'osant pas trop modifier un appartement qui ne leur appartenait pas, plutôt qu'à des architectes décidés à transformer leur demeure en quelque chose qui réponde pleinement à leurs besoins et à leurs passions. Cette impression s'est peu à peu transformée en conviction suite à des observations d'occasions ratées, de refus d'initiatives et de manques d'anticipation.

Cette situation m'attriste car j'ai la conviction que les choses pourraient être différentes ; Sans toucher à l'architecture générale du système de soins, quelques changements mineurs aux modes de gouvernance permettraient de redonner un peu de souplesse à quelques uns au moins des 3500 établissements hospitaliers de France.

Dans les lignes qui suivent, je décrirais deux cas où la timidité des dirigeants n'est pas à mon sens un simple accident mais ressort probablement de rigidités emblématiques du système.

1^{er} cas : Comment être guidé par les difficultés plutôt que par les opportunités

J'ai organisé ces trois dernières années plusieurs voyages d'études et de contacts au Canada et aux USA, pour des groupes de dirigeants et de médecins provenant d'hôpitaux, d'URML⁴, de la CNAM⁵ et d'autres organisations. Ces voyages duraient environ 8 jours avec un programme extrêmement intensif de visites d'hôpitaux, de rencontres de dirigeants, de tables rondes avec des représentants des équivalents des ARH et des ministères à Montréal, Québec, Ottawa et Boston. L'objectif étant de permettre aux participants d'établir des comparaisons entre leurs pratiques respectives et de nouer des contacts.

A Boston, lors d'un repas avec le DG d'un grand hôpital français et le président d'un des "syndicat" de médecins du *Brigham and Women Hospital* dont je rappelle qu'il est l'un des hôpitaux les plus

¹ Agence régionale d'Hospitalisation

² Caisse régionale d'Assurance Maladie

³ Commission Médicale d'Etablissement

⁴ Union Régionale des Médecins Libéraux

⁵ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

prestigieux des Etats-Unis, j'ai proposé que des échanges de 3 à 5 médecins, pour des durées de 2 à 3 mois, soient organisés entre les deux institutions. Ces échanges visaient à comparer les pratiques cliniques, les modes d'encadrement et d'évaluation des services, les rapports entre l'hôpital et le médecin, bref les façons de faire en vue de susciter la curiosité, l'interrogation, peut-être même des remises en question, d'établir des liens et d'amorcer des réseaux. Indubitablement, cette suggestion n'aurait pas été facile à mettre en œuvre compte tenu des contextes juridiques différents, des droits de pratique, des couvertures en responsabilité, des problèmes éventuels de traduction, du paiement des salaires, des contraintes logistiques et de bien d'autres facteurs.

Inutile de préciser la suite ; le médecin américain a immédiatement exprimé son intérêt ; le directeur français est resté évasif ; Quelques semaines plus tard, ce président de "syndicat" de médecins du "BWH" en visite touristique à Paris avec sa femme nous rencontrait, le Directeur Général et moi, dans un restaurant du quartier latin ; Enchantement de l'américain, je relance la discussion et cette fois, le DG du grand hôpital français déclare que les échanges suggérés ne sont pas à l'ordre du jour vu qu'il a trop de choses à mener présentement dans son établissement. Ce qui m'avait frappé à cette occasion, c'était bien sûr la différence d'attitude, mais aussi le fait que le DG français n'avait pas vu ou voulu voir que ces échanges représentaient une opportunité unique pour enclencher sa démarche d'accréditation qui l'inquiétait, avec des médecins sensibilisés depuis des lustres à ce processus ; Non seulement les médecins français en "stage" au BWH auraient tiré profit de leur insertion et apporté à leurs collègues américains des points de vue intéressants, mais les 2, 3 ou 4 médecins américains en "stage" en France auraient pu jouer en sus des échanges attendus, un rôle actif de sensibilisation à l'intérêt de la démarche d'accréditation auprès du corps médical de l'Hôpital. Je sais que quelques médecins français ont fait des stages ailleurs dans d'autres pays, et même si cela ne déclenche pas de changements immédiats dans leurs services en France, le fait d'être habités par "une inquiétante étrangeté" ne peut être que positif.

Sensible aux contraintes très réelles de son environnement, le DG avait jugé que les difficultés à organiser une telle initiative l'auraient distraient de ses obligations usuelles de gestion. Il n'avait donc pas soumis cette idée pour consultation au sein de son établissement !

2^{ème} cas : comment ne pas accroître ses ressources financières

Dans beaucoup de pays ayant des systèmes de santé aussi radicalement différents que le Canada, les USA, Israël, les pays nordiques de l'Europe, la Hollande, la France, de grandes institutions hospitalières, des moyennes et des petites sont accompagnées dans leurs efforts par des Fondations qui leur sont généralement attachées, dont l'unique objet est de recueillir et de gérer des fonds pour soutenir les projets de l'hôpital. Ces projets sont habituellement non récurrents, ils touchent autant à la recherche, l'achat d'équipement, qu'au financement de programmes expérimentaux, etc.

Ces fondations, toujours à but non lucratif quel que soit leur statut juridique, sont dirigées par un conseil d'administration bénévole, très fortement impliqué dans les grands défis de l'hôpital. Le succès de ces fondations dépend du régime de déduction fiscale ayant cours dans le pays, mais pas exclusivement ; il dépend massivement de la qualité de leur leadership, de l'enthousiasme de ses dirigeants, de leur dévouement, de leur capacité à renouveler leurs rangs et de leur détermination à faire vivre leur fondation censée durer aussi longtemps que l'institution qu'elle promeut. Le travail de ces fondations repose sur un partenariat sans faille avec "leur" hôpital ; Leurs activités sont multiples et requièrent un haut niveau de professionnalisme ; ces organisations sont en fait de véritables entreprises soudées autour d'une passion, celle de contribuer à un "bien public : la santé" qui confère une aura de légitimation sociale à ses membres.

Les résultats de ce bénévolat engagé se passent de superlatifs ; A titre d'exemple, l'Hôpital "Massachusetts General Hospital" un grand CHU⁶ (*Academic Medical Center*) américain de Boston est adossé à un trésor de guerre de plus d'un milliards de dollars US collecté au cours des décennies par ses fondations ; les dividendes et une partie des collectes régulières assurent annuellement entre 50 à 100 millions de dollars de marge de manœuvre à la direction de l'Hôpital pour aider au financement de la recherche, à la construction ou rénovation de bâtiment, à l'achat d'appareils, à des programmes de formation, etc.

Le CHU mère-enfant Sainte-Justine de Montréal dispose de plusieurs fondations qui collectent de 10 à 20 millions de dollars (canadiens) par an, hors campagne de capital pour financer une nouvelle construction ; La construction du pavillon "Videotron"⁷ pour les petits cancéreux a bénéficié d'un

⁶ Centre Hospitalier Universitaire

⁷ Nom de la compagnie québécoise qui a financé en bonne part le pavillon des petits cancéreux

grand élan de solidarité orchestré par sa fondation. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec aurait dû en bonne logique assurer ce financement, mais cette réalisation aurait attendu peut-être quelques années de plus pour se faire et aurait sûrement abouti à un pavillon plus petit, moins beau, moins fonctionnel parce que moins doté financièrement.

L'Hôpital "Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital" de Montréal dispose d'une fondation qui a collecté au cours des années plusieurs centaines de millions de dollars, ce qui a permis au Directeur Général de mettre en place un des centres de recherche parmi les plus performants au Canada le "Lady Davis Institute" et d'aller chercher des "stars" pour piloter ce centre.

Le "Jewish Hospital of Hope" de Montréal est un établissement plus modeste, un centre hospitalier de longue durée qui durant des décennies avant l'instauration du régime universel canadien, accueillait des usagers aux moyens très modestes pour ne pas dire des indigents ; leur fondation avait collecté plus de 30 millions de dollars en ramassant ce qu'on appelle là-bas les "cènes noires", c'est-à-dire l'équivalent des petites pièces jaunes de Mme Chirac. Il y a quelques années, cet établissement a fusionné avec un autre et ils ont bâti un nouveau centre hospitalier incomparablement plus attirant que ce qu'il aurait été s'il n'avait dû compter que sur les subsides de l'Etat.

Moi-même, j'avais créé une Fondation au Québec pour soutenir l'action de l'Institut Universitaire de Gérontologie Sociale du Québec que je dirigeais alors. Cette fondation toute jeune avait collecté en deux ans environ 1.5 millions de dollars, ce qui m'avait permis de fournir de meilleures conditions aux chercheurs de l'Institut.

On l'aura compris, il y a une gradation du prestige dans ces fondations qui toutes essaient de coopter les membres influents de l'establishment pour mieux encourager les grosses donations ; mais ce n'est pas une condition sin qua non, comme les deux derniers exemples le montrent. De plus, l'existence de fondations accompagnant des établissements hospitaliers dans des systèmes de soins aussi dissemblables que ceux des USA et du Canada, démontre que ces approches ne dépendent pas de la nature du financement du système de soins, qu'il soit privé, public, ou s'abondant aux deux sources.

Qu'en est-il en France ?

La France n'est pas dépourvue d'hôpitaux ou d'institutions aidées par des fondations ; par exemple, l'Hôpital Foch avec sa fondation américaine, l'Institut Pasteur, l'Institut Gustave Roussy, l'Hôpital Américain de Paris, sans parler des actions menées par des organisations comme "la ligue contre le cancer, la fondation des pièces jaunes, et bien d'autres. Le succès éclatant de certaines de ces fondations indique que cette démarche n'est pas antinomique avec la culture et les lois françaises.

Bizarrement il n'y a pas à ma connaissance de fondation active accompagnant les grands hôpitaux publics français, qu'ils soient CHU ou pas ; pourtant les conditions de base sont réunies : le désir de contribuer au bien commun existe, les conditions juridiques et fiscales ne s'y opposent pas même si elles sont moins favorables que dans d'autres pays et il y a de l'argent en France.

Ayant eu à rencontrer dans diverses régions de France, des dirigeants d'entreprises, des leaders d'opinion, des professionnels, des personnalités médiatiques, je leur ai demandé s'ils seraient prêts à consacrer du temps bénévolement à des fondations de ce genre et à contribuer à leur objet premier, c'est-à-dire aider à la collecte de fonds. Leur réponse était en général positive ;

C'est pourquoi, à titre de consultant puisant dans son expérience nord-américaine, j'ai proposé au cours des trois dernières années aux dirigeants de plus d'une vingtaine de grands établissements, de les aider à enclencher ce genre de dynamique. Ma proposition n'était pas une simple idée mais une démarche fortement structurée.

Bien que séduits pour beaucoup d'entre eux, aucun ne s'est hasardé jusqu'alors ; Aujourd'hui enfin, deux CHU ont exprimé leur intérêt ; le DG et le Président de l'un de ces CHU, le Maire d'une grande ville française ont manifesté leur ouverture, le DG de l'autre CHU a déclaré vouloir aller de l'avant ; Ces déclarations d'intérêt seront-elles suivies d'effets ?

Pourquoi est-il si difficile de convaincre les dirigeants d'établissements publics, confrontés selon leurs dires à un manque chronique de ressources, d'oser cette initiative peu coûteuse, alors que les exemples de son succès abondent à l'étranger et même en France hors du secteur public ?

Je m'arrêtera à ces deux exemples, parce que manifestement, prendre l'initiative d'aller de l'avant dans les deux cas, n'implique pas de choix douloureux au plan organisationnel, ne crée pas de difficiles conflits de pouvoirs internes et n'engage pas de dépenses excessives.

Alors pourquoi cette timidité ?

3 facteurs principaux me semblent expliquer cette situation, je ne ferais que les effleurer.

1 : L'absence d'incitatifs

Gérer un établissement hospitalier dans le contexte français est une très lourde tâche, les établissements sont souvent gigantesques jusqu'à la caricature et la philosophie prévalente du "toujours plus" n'a pas encore cédé la place au "toujours mieux". "Toujours plus" renvoie à de plus gros établissements au statut plus important dans la hiérarchie ; cette progression est visible et conforte le statut personnel du DG. Le "toujours mieux" est moins évident car il exige de sortir de la routine habituelle, de migrer du statut d'administrateur de règlements à celui de "manager" c'est-à-dire d'entrepreneur habité par une vision stratégique, prêt à prendre des risques pour faire de son institution un modèle, qui n'est plus défini par le nombre de lits ou de plateaux chirurgicaux mais par la qualité de ses services de pointe.

Innover dans le pilotage hospitalier ne paie généralement pas. Dans la poursuite d'une idée véritablement novatrice, le DG devra surmonter de formidables résistances internes, des interférences politiques, des défis organisationnels, humains et financiers majeurs, et s'il réussit, ce qui n'est pas évident, cela ne lui servira probablement pas dans sa progression au vu des ressacs qu'il aura créés au sein de son établissement et à l'extérieur. En négatif, s'il échoue, les conséquences sont sérieuses, graves conflits internes, rapports de pouvoir altérés au Conseil d'administration, difficultés certaines avec la CME, etc. De plus, certaines initiatives requièrent une longue durée de maturation telle que la mise en œuvre d'un programme pérenne de collecte de fonds ; ce type de projet profitera plus sûrement au DG suivant qu'à celui qui en a eu l'idée, qui l'a lancée et qui en a assumé les aléas.

Pourquoi prendre des risques, s'il n'y a pas une contrepartie morale et concrète, soit financière soit sous forme de notoriété et/ou d'avancement vers des établissements considérés comme plus prestigieux. Ailleurs dans d'autres pays, la gestion des carrières n'est pas nécessairement orchestrée au sein d'une administration centrale⁸ ; un Directeur Général n'est pas promu d'un établissement à un autre ; il doit postuler de lui-même ou on vient le solliciter sur la force de sa réputation ; c'est ainsi que les managers hospitaliers progressent ; ils sont jugés sur leurs résultats antérieurs, sur leurs capacités démontrées de résolution de problèmes, sur leurs qualités de leader et sur leurs capacités d'innovation.

Cette culture organisationnelle hospitalière propre à la France n'est pas propice au changement, ni a fortiori au risque, même pour des initiatives aussi mineures que l'échange de médecins sus mentionnés.

Un Directeur Général dans l'actuel contexte hospitalier n'a pas d'intérêt objectif à être audacieux et original, son retour sur investissement risque d'être pénalisant. S'il est soucieux de sa survie et de sa tranquillité d'esprit, il se cantonnera à la maintenance organisationnelle.

2 : Les modes de gouvernance

Les établissements hospitaliers et notamment les CHU, les universités et les centres de recherche font partie des organisations les plus complexes et difficiles à gérer. En effet, le DG doit piloter son navire sans avoir d'autorité hiérarchique réelle sur les intervenants les plus essentiels, à savoir les médecins ; ceux-ci, pour d'excellentes raisons doivent rester maîtres de leur profession et prendre en toute autonomie les décisions qu'ils jugent appropriées pour leurs patients même si cela affecte la logique comptable de l'institution. Diriger sans avoir aucune emprise réelle sur l'un des centres majeurs de coûts est un casse tête que vivent les DG en France et dans la plupart des autres pays.

Le DG rend compte par ailleurs à un Conseil d'Administration dont il relève théoriquement et il doit consulter la Commission Médicale d'établissement (CME) pour s'assurer d'un minimum de concertation ; bien entendu il y a de nombreuses autres instances notamment les syndicats et les comités d'entreprises, dont il faut recueillir l'avis, mais la réalité des pouvoirs est entre les mains d'un trio, le Président du CA, le Président de la CME et le DG ; le conseil d'administration correspond à une chambre d'enregistrement et n'a de facto aucun réel pouvoir. Le président du CA est le Maire de sa commune ou de sa ville et son objectif prioritaire sera de préserver les emplois que fournit l'Hôpital avant toute autre considération ; en fait, le Président du Conseil est en conflit d'intérêts quasi permanent, car il serait surprenant qu'il acquiesce à toute initiative même hautement désirable au plan de la santé publique si elle requiert des réductions de postes importants. On ne compte plus les anecdotes où un président de conseil, maire de sa municipalité s'oppose avec force à la fermeture d'un service de son hôpital mais en aucun cas ne ferait soigner sa famille dans cet hôpital. Les

⁸ La Direction des hôpitaux gère les carrières des cadres et des DG au travers d'un système de notation centralisé, elle reçoit leurs demandes de mutation ou de progression et décide qui sera promu et où, selon des critères pas toujours évidents. ; une sorte d'ANPE pour cadres hospitaliers en attente de progression. Il y a du soviétique dans cette façon de procéder ; Ne serait-il pas plus judicieux de laisser chaque établissement dresser le profil du DG dont il a besoin, compte tenu de son contexte et de ses stratégies spécifiques, et embaucher qui lui convient, plutôt que d'hériter d'une décision parisienne, même si elle prend la forme d'un choix laissé au président de l'établissement entre 2 ou 3 individus présélectionnés par Paris

interférences politiques sont innombrables et les députés et ministres ne sont pas les derniers à intervenir sans aucun égard à la supposée autonomie de gestion de l'établissement.

La plupart des hôpitaux français sont encore gérés selon des modèles très hiérarchisés et j'ai pu constater que dans de nombreuses équipes de direction, il était fréquent que les directeurs adjoints n'osent pas réfuter les idées du DG s'ils n'étaient pas d'accord ni encore moins contester ses modes de gestion s'ils les jugeaient dysfonctionnels. A l'exception de quelques établissements pionniers, on peut dire que la philosophie d'empowerment⁹ et de gestion participative est peu répandue au sein des structures organisationnelle et managériale des hôpitaux ; peu de cadres sont habités par l'idée que la reddition de comptes en amont et en aval de la hiérarchie, est une condition impérative du fonctionnement partenarial requis pour faire face aux défis majeurs et complexes de l'institution hospitalière ; Pourtant on ne perd pas de pouvoirs en habilitant ses subordonnés¹⁰ ; La conséquence en est habituellement, une culture centrée sur la gestion de l'existant, caractérisée par l'absence d'auto responsabilisation, le manque d'initiative et l'absence du goût du risque tout au long de la chaîne hiérarchique.

Ce mode de gouvernance est un non sens ; premièrement, le pouvoir n'est pas véritablement exercé par le Conseil d'Administration dont le président ne devrait être que le porte-parole, deuxièmement, le président du conseil est en conflit d'intérêt dès lors que les décisions de l'hôpital risquent d'affecter sa ville, troisièmement, il n'y a pas de vrai débat mobilisateur d'idées.

A leur décharge, on peut dire que les DG font face à un défi impossible, ils ont été investis de lourdes responsabilités sans disposer des leviers d'action correspondants.

"Responsabilités sans pouvoirs, c'est une recette assurée pour la paralysie dès que l'on s'aventure hors de la maintenance organisationnelle.

3 : L'idéologie

L'Etat occupe une place centrale en France, dans les faits comme dans les esprits. Il se pose comme le seul acteur capable de dire l'intérêt public, le seul à même d'acter l'intérêt public, face à des acteurs privés poursuivant des buts forcément individuels, incapables a priori de parler au nom de "l'intérêt public" et de prime abord "suspects" dans leurs intentions. Lorsque les choses sont simples, que l'Etat dispose des ressources intellectuelles et financières requises, il impose aisément son monopole dans l'organisation des services d'intérêt public. Lorsque j'étais enfant dans les années 50 à Paris, les écoles privées étaient perçues comme le lieu où aboutissaient ceux qui échouaient à l'école publique et dont les parents pouvaient payer des études de substitution à leurs rejetons. Les écoles privées n'étaient pas perçues comme participant de l'intérêt public. Dans un contexte sociétal plus complexe où les diversités identitaires pèsent d'un poids plus lourd, les écoles privées peuvent être d'intérêt public bien que portant des intérêts non universels.

Cette idéologie du monopole d'Etat sur le "Bien Public" ne repose pas sur du vent ; elle est portée par des lois, des décrets et surtout par des agents, fonctionnaires des diverses administrations qui sont le visage quotidien du pouvoir. Ces agents sont au moins dans leurs couches supérieures formés dans des écoles prestigieuses et élitistes ; ils sont en général convaincus qu'ils comprennent mieux que tout autre les besoins des usagers dont ils ont la charge, ils rejettent l'idée que leur vision de la chose publique découle également de la défense de leurs propres intérêts en tant que caste de la fonction publique.

Leur vision intègre difficilement l'idée que la notion d'universalité déborde largement le champ de l'espace public, ou qu'il est parfois souhaitable d'invoquer le concept d'équité en lieu et place d'égalité mécanique, pour mieux soutenir l'intérêt général. En fait, cette idéologie dans sa forme habituelle répugne à l'idée que des acteurs privés deviennent des partenaires reconnus d'acteurs publics ; et c'est là un des points d'achoppement. L'idée que des services publics essentiels sollicitent la charité privée sonne comme un aveu d'impuissance de l'Etat ; Pourtant face à la pénurie de ressources¹¹, l'existence de fondations à but non lucratif visant à collecter des fonds privés pour soutenir l'effort d'établissements hospitaliers "publics" conforte l'idée que des acteurs privés peuvent être partenaires et porteurs dans certains cas de "l'intérêt public". Accepter l'existence de fondations, c'est accepter

⁹ Différents auteurs traduisent en français le terme "empowerment" par habilitation, empouvoirement, prise en charge, prise de contrôle, responsabilisation et subjectivation.

A notre avis, il n'existe pas de consensus sur la traduction la plus adéquate. Nous conservons le terme anglais « empowerment » qui veut dire « se donner du pouvoir sur soi et la collectivité »

C'est un concept clé en santé publique et en management.

¹⁰ Comme le dit Peter Drucker, un gourou du management, (*Managing for results Harper and Row, 1964*) "Je ne connais aucun président de compagnie qui ait fait faillite parce qu'il avait formé d'excellents cadres"

¹¹ L'exigence de qualité en santé des citoyens requière des ressources de plus en plus considérables. L'Etat est incapable de financer à lui seul, l'ensemble des attentes des citoyens et ceci se vérifie dans tous les pays de l'OCDE quelque soit le mode de financement du système de santé, qu'il soit exclusivement public comme au Canada ou privé/public comme en France.

une plus grande diversité dans le jeu décisionnel, c'est accepter face à la complexité des problématiques du terrain d'imaginer des solutions partenariales qui débordent du strict cadre public. Les agents de la fonction publique n'ont plus alors le monopole du "bien-disant" public ; Beaucoup ne l'acceptent pas.

Que faire ?

Encore une fois mon propos n'est pas de suggérer de grandes réformes; j'ai appris depuis longtemps que celles-ci ne se réalisent que lorsque les situations sont devenues catastrophiques; Lorsqu'il n'y a plus d'alternative un politicien peut alors mettre sur le dos de la fatalité ou de l'évidence, la nécessité d'agir radicalement et sans tarder; Mon sentiment est que la France a encore un certain nombre d'années avant que la situation ne devienne réellement ingérable. Mon ambition est plutôt de suggérer quelques simples changements qui redonneraient un peu de souplesse au système hospitalier.

I Modifier les modes de gouvernance

Rendre le conseil d'administration responsable et souverain.

- La première chose à faire, c'est de confirmer que le Conseil d'administration est la seule instance à gérer l'Hôpital et que tous les pouvoirs de gestion lui sont confiés et non au président et au Directeur Général. Le conseil d'administration sera responsable devant l'ARH de l'exécution de ses mandats, comme il est déjà censé l'être. On disposera de cette façon d'une instance émanant de la collectivité réellement responsable et non d'une simple chambre d'enregistrement; le vote des membres sera réellement significatif. La nomination des membres ne devrait pas excéder un double mandat de 3 ans, de façon à assurer un renouvellement continu du leadership et encourager les remises en question.
- Le Conseil élirait son président qui ne pourrait pas exercer cette fonction plus de 3 ans; ses pouvoirs seraient ceux qui lui seraient confiés par le conseil. Le Conseil pourrait déposer son président à tout moment selon des règles qu'il se donnerait.

Avoir pour DG, des dirigeants ayant le goût de l'entrepreneurship et du risque.

- Le Conseil serait libre d'engager le Directeur Général de son choix, pour une période déterminée, renouvelable au gré du Conseil d'administration, sans aucune interférence ou suggestion du Ministère ou de toute autre instance, que le postulant vienne de la fonction publique ou d'ailleurs. De cette façon, il y aurait des DG qui auraient été formés ailleurs qu'à l'ENSP¹². Si le postulant a un statut de fonctionnaire, il devra demander un congé de statut de fonctionnaire et ne pourrait réintégrer son corps d'origine qu'au niveau de cadre hospitalier s'il venait à perdre son emploi de DG. De cette façon, on éviterait de maintenir au plus haut niveau de l'hôpital des personnes qui ne seraient pas taillées pour être de vrais dirigeants. Cette contrainte écarterait du poste de DG tout cadre qui ne serait pas prêt à prendre ce risque.
- Le DG ne ferait plus partie de la fonction publique dès lors qu'il assume ce poste; par contre, tous les autres cadres et employés de l'hôpital conserveraient leur statut et leur sécurité d'emploi à vie tels qu'ils existent aujourd'hui.
- Le Conseil serait libre de congédier le Directeur Général à tout moment sous réserve que ce soit approuvé par une majorité qualifiée et sous réserve du respect des clauses du contrat signé avec le DG lors de son engagement. Il est en effet impératif qu'au sommet de l'organisation, si le lien de confiance venait à se rompre entre le DG et son conseil, celui-ci ne soit pas contraint de le garder quelque soit par ailleurs la compétence du DG.
- Le DG serait évalué annuellement par son conseil d'administration en fonction du degré de réalisation des objectifs convenus.
- En contrepartie de la perte de sécurité d'emploi comme DG, celui-ci devrait recevoir des émoluments et des conditions de travail très nettement supérieurs à ce qu'il touche présentement, de façon à motiver des individus très compétents, de véritables dirigeants; les émoluments étant négociés entre le DG et le Conseil.

¹² Ecole Nationale de Santé Publique ; tous les directeurs hospitaliers sont censés être formés dans cette école. Dès leur sortie de l'école, même sans expérience ils intègrent immédiatement les équipes de direction des hôpitaux.

- Le DG aura la possibilité d'engager les cadres supérieurs de son choix issus de la fonction publique hospitalière¹³, ceux-ci conservant toutefois les conditions qui sont présentement les leurs à la seule exception de l'accès au poste de DG, puisqu'ils devraient se mettre en congé de la fonction publique¹⁴.

II Autres préconisations

Les préconisations suivantes délibérément générales ne peuvent être implantées que si elles sont voulues par le Conseil d'Administration et le Directeur Général, elles seraient toutefois bien utiles.

- Introduire une culture de l'évaluation et du benchmarking¹⁵ à tous les niveaux; on ne progresse qu'en se comparant et en se mesurant; les dirigeants des grands hôpitaux du Canada et des Etats-Unis ont à peu près tous pour motto "*World class or nothing*"¹⁶, cette ambition paraît excessive, mais si on élimine l'obsession de l'excellence, que reste-t-il sinon une acceptation de sa médiocrité ?
- Introduire une culture de l'empowerment de tous les acteurs hospitaliers au risque de secouer les structures hiérarchiques rigides
- Encourager une invasion massive de l'hôpital par des armées de bénévoles¹⁷, les bénévoles sont multiples : entre autres, ils assurent une interface entre la communauté, les patients et l'hôpital qui dissout une bonne partie du caractère bureaucratique de l'institution; ils assurent un support thérapeutique sous l'égide de l'équipe soignante dans le cadre de programmes d'éducation des patients souffrant de conditions chroniques ou de maladies graves¹⁸; ils apportent une aide admirable à l'établissement lors de collectes de fonds ou sous forme de soutien politique.
- Penser la mission de l'hôpital comme une partie d'un continuum de services intégrés dédié à la santé et pas seulement aux soins. La notion de continuum est indispensable si on veut développer sérieusement le maintien à domicile (MAD)¹⁹ et réduire la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier. Sans la généralisation des réseaux ville-hôpital dans le cadre de continuum, ce sera impossible. Migrer d'une conception de la santé historiquement réduite aux soins à une véritable prise en charge du capital santé des citoyens et de la collectivité est un défi autrement plus colossal.

Conclusion

Je réalise que ces changements ne peuvent que susciter beaucoup de résistances :

- I. Tout d'abord, supprimer la nomination automatique des maires comme présidents de leur hôpital, c'est réduire une source de pouvoir très importante pour eux, je doute qu'ils applaudissent.
- II. Suggérer aux DG qu'ils n'auront plus de garantie d'emploi comme DG et qu'ils seront soumis à des obligations de résultats, c'est assurément courtiser l'opposition de la majorité des DG, même si en contrepartie leurs salaires étaient considérablement accrus.
- III. Suggérer que les conseils d'administration choisiront qui ils veulent comme DG, c'est à dire affirmer que l'ENSP ne sera plus la voie royale pour devenir DG, c'est là encore s'attirer une forte opposition de l'école nationale et des cadres déjà en place
- IV. Suggérer d'éliminer le rôle de la Direction des hôpitaux du ministère dans le pilotage des carrières des cadres et des DG, c'est leur demander d'accepter de perdre du pouvoir, ce qui n'est jamais très agréable

¹³ Idéalement, il serait préférable que le DG puisse choisir et engager en toute indépendance le cadre supérieur dont il juge qu'il apportera une réelle valeur ajoutée, qu'il provienne ou pas de la fonction publique hospitalière. La notion de chasse gardée renvoie à une conception corporatiste et féodale peu adaptée aux complexités de notre environnement.

¹⁴ Dans de très rares cas, des DG de CHU ont pu par dérogation engager des cadres supérieurs qui n'étaient pas issus de la fonction publique (CHU de Strasbourg, HCL)

¹⁵ Processus visant à se mesurer en rapport à une référence connue

¹⁶ "Top niveau ou rien" aux plans clinique, recherche, enseignement

¹⁷ L'Hôpital "*Sir Mortimer B Davis Jewish General Hospital*" de Montréal compte environ 600 lits et plusieurs milliers de bénévoles actifs.

¹⁸ Programme "Hope and Cope" de soutien aux cancéreux du "*Sir Mortimer B Davis Jewish General Hospital*" ayant été couronné de nombreux prix pour ses effets exemplaires en particulier avec les patientes ayant un cancer des seins

¹⁹ Il y a présentement en France environ 5 lits de soins aigus par milliers d'habitants pour 2.1 au Canada. Cette différence massive tient à une réduction de la durée moyenne de séjour en hôpital pour les diverses pathologies et ceci grâce à un programme de MAD beaucoup plus vigoureux au Canada

Et pourtant, ces changements sont relativement mineurs, ils n'exigeraient pas de toucher à l'architecture générale de la santé en France, ils ne requerraient pas d'amendements législatifs. Les bénéfices ne se verraient pas immédiatement, mais un vent de changement serait perceptible dans les trois premières années.

Léon Ouaknine
19 février 2002.