

La place des médecins dans la gouvernance de l'hôpital. Vers une *co-gouvernance* adaptée au secteur ?

A propos...

Les publications « Hospital Governance Forum Series » sont une initiative de GUBERNA, l’Institut belge des Administrateurs ASBL. En tant que réseau de membres et centre de connaissances sur la gouvernance dans tous types d’organisations, GUBERNA accorde une attention particulière à la gouvernance des structures hospitalières en Belgique. Dans ce cadre, il a mis sur pied un forum de discussions et d’échanges de bonnes pratiques entre ses membres actifs dans le secteur hospitalier. Les publications font suite à certaines des réunions de l’Hospital Governance Forum et ont pour fil rouge le processus de mise en réseaux des hôpitaux belges voulu par les pouvoirs publics. Elles ont pour ambition d’identifier des points d’attention et de donner des pistes de réflexion sur des thématiques spécifiques de gouvernance hospitalière. Elles s’adressent avant tout aux acteurs hospitaliers (dirigeants, administrateurs, membres des conseils médicaux, etc.). Même si elles s’inspirent des éléments discutés, ces publications ne sont pas un compte-rendu des réunions de l’Hospital Governance Forum et n’engagent que GUBERNA. Elles n’ont pas la prétention d’être exhaustives et visent à se compléter entre elles.

Introduction

Les médecins sont indispensables à la bonne gestion de l’hôpital. En effet, ils jouent un rôle essentiel dans sa solidité financière et sont de plus en plus mêlés à des réflexions stratégiques, les décisions concernant les investissements à venir et le suivi de la situation financière. Cet état de fait, reconnu unanimement par les

différents acteurs œuvrant autour de ce secteur, amène néanmoins de nombreux questionnements et interrogations. En effet, cela entraîne des questions sur le rôle joué, et à jouer, de ces derniers au sein des hôpitaux et notamment autour des questions liées au pouvoir décisionnel.

Ainsi, l’objectif de ce document est double. A la fois, savoir comment impliquer au mieux les médecins¹ pour arriver à un alignement des intérêts entre les acteurs, mais aussi comment établir un processus décisionnel efficace permettant de prendre des décisions « riches » porteuses de valeurs ajoutées. Une piste de solution à envisager, qui sera le fil rouge de notre document, est d’établir une réelle *co-gouvernance* entre, d’une part, ce qu’on pourrait appeler les « gestionnaires » et, d’autres parts, les médecins. Mais, **comment établir ce type de gouvernance ?**

Une **interaction** régulière entre le conseil médical (CM) et le conseil d’administration (CA) est une première étape indispensable. Néanmoins, l’actuelle loi sur les hôpitaux² présente quelques **limites juridiques** notamment au niveau du CM ne permettant pas, ou plutôt ne garantissant pas en son sein, une véritable *co-gouvernance*. C’est ici que le secteur démontre son côté innovant, ce qui d’autant plus remarquable dans cette période si particulière pour ce secteur soumis à une urgence du quotidien assez aigüe depuis maintenant deux ans. Ainsi, en termes de participations des médecins de nouvelles **bonnes pratiques** émergent du terrain et peuvent être inspirantes pour de nombreux hôpitaux. En sus de ces bonnes pratiques, on voit certains hôpitaux

¹ Il sera, ici, principalement question de l’implication des médecins au niveau de l’hôpital et non pas du réseau hospitalier. En effet, pour ce dernier nous ne pouvons pas, à ce stade de maturité des réseaux, réellement parler de *co-gouvernance*. Néanmoins, il peut être intéressant de rappeler l’importance d’impliquer les médecins dans la création des réseaux. Ceci ne pourra rendre que ce dernier plus robuste dans sa mise en place et efficace dans sa pratique.

² Nous faisons référence ici à la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

amorcer de **nouvelles structures** censées venir créer, ou renforcer, cette *co-gouvernance*. Cela illustre également toute la volonté et le besoin d'établir des **processus allant dans le sens de l'intérêt de l'hôpital, ainsi que du patient**, bénéficiaire ultime de l'hôpital.

La *co-gouvernance* hospitalière, un modèle naviguant entre nécessité et impensés juridiques ?

Tout d'abord, avant de rentrer dans le vif du sujet, il paraît important de s'arrêter sur ce qui est entendu par la *co-gouvernance* dans ce contexte spécifique. Tout d'abord, il serait de bon ton de signaler que la *co-gouvernance* doit se penser, de façon plus large, que comme une « coalition » des volontés entre les acteurs de gouvernance. En effet, une *co-gouvernance*, appelle à une gestion de type **coopératif** et **collégial**.

La *co-gouvernance* comprend différents éléments, comme la **co-décision**, la **co-responsabilité**, une culture de débat qui soit **ouverte** mais aussi **collégiale**, une prise de décision par **consensus**, une **transparence** concernant les décisions, une **défense des décisions prises** envers la base et, enfin, la construction d'un **respect** et d'une **confiance** mutuelle.

De façon concrète, les participants aux décisions devront assurer trois « postures ». Premièrement, **approfondir le sujet** et formuler des **propositions constructives**. Deuxièmement, il est nécessaire de faire exister, pour chacun des acteurs, un réel engagement à la **consultation collégiale** et au **débat constructif**. Enfin, il faut aussi s'orienter vers un **processus décisionnel** qui soit le plus **professionnel** possible et organisé autour du prisme du **consensus**.

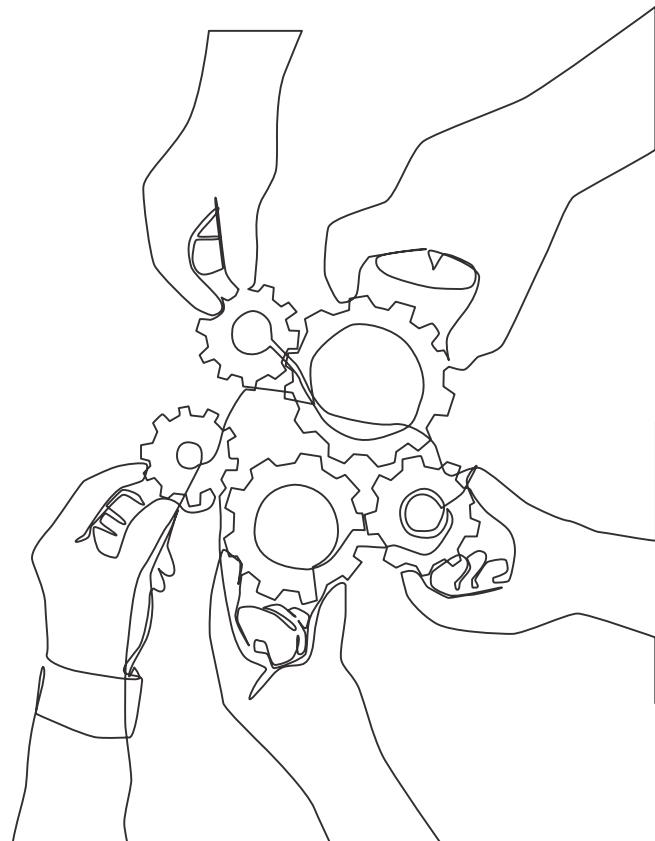
Par ailleurs, on peut s'interroger sur les raisons concrètes rendant nécessaire la mise en place de ce type de gouvernance. Pour cela, on peut mettre en exergue trois raisons principales. La première concerne une **interdépendance opérationnelle**. Les médecins sont l'assurance de la qualité des soins, ainsi que de son innovation. La prise de décision ne saurait donc se priver d'une telle connaissance de terrain. Deuxièmement, il existe une **dépendance financière cruciale** entre l'hôpital et les médecins. En effet, la principale source de revenus de ces derniers provient de l'hôpital. A l'inverse, les médecins constituent, indirectement (via les BFM, c'est-à-dire le budget des moyens financiers) et directement (via divers types de transferts de fonds), l'élément vital du financement des hôpitaux. Enfin, la troisième raison concerne l'**intégration des soins et la mise en réseau des hôpitaux**. Le besoin d'un alignement et d'une coordination interne et externe est de plus en plus grand³.

Une carence dans la législation ?

A l'heure actuelle, la loi⁴ traite des obligations d'implication des médecins au niveau de la gouvernance hospitalière. Ainsi, les médecins sont représentés par un organe spécifique appelé le **conseil médical**, qui est composé par des médecins, élus par leurs pairs. Ce conseil ne dispose pas, à proprement parler, de pouvoir décisionnel en ce qui concerne la gouvernance de l'hôpital. Il dispose plutôt de ce que l'on pourrait appeler un **pouvoir consultatif**. Il est donc comparable à un conseil consultatif, à l'instar d'un conseil d'avis qui existe dans certaines entreprises. Néanmoins, ce « droit de conseil » est, dans certains domaines, accru ; c'est-à-dire que si l'avis du conseil médical n'est pas suivi, alors une procédure de réconciliation doit être mise en place.

Cette situation induit donc deux états de fait qui peuvent rentrer en contradiction avec l'idée de *co-gouvernance*. Premièrement, les accords vont être structurellement fixés dans un règlement général et financier, ce qui a pour conséquence d'induire une polarisation entre les différents organes de gouvernance qui travaillent en « ping-pong » plutôt qu'en réelle co-création. Deuxièmement, la plupart des consultations ont lieu sur une base « ad hoc », sujet par sujet, restreignant alors le partage d'une vision commune entre les acteurs.

Les conséquences de ces « impensés » juridiques entraîne donc une **prise de décision complexe** et (très) **lente**, ce qui n'est pas dans l'intérêt de l'hôpital et de ses parties-prenantes, y compris donc les médecins. Cependant, si, à lui seul, le cadre juridique n'offre pas les balises suffisantes que pour garantir une (suffisante) implication des médecins dans la gestion hospitalière, des bonnes pratiques existent néanmoins.



³ Sur ce thème, voir nos deux premiers Leaflet, accessible [ici](#) et [ici](#).

⁴ Nous faisons encore référence ici à la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Quelles recommandations en matière de participation des médecins ?

Une nécessaire interaction entre le conseil d'administration et le conseil médical

(Trop) classiquement, l'implication des médecins dans la gestion hospitalière se limite au conseil médical (CM). Si on comprend bien que la *co-gouvernance* ne se limite pas une participation de ceux-ci via le CM, il n'en reste pas moins un organe indispensable à une gouvernance efficace. Outre l'importance de son fonctionnement stricto sensu, qui pourrait faire l'objet d'un Hospital Governance Serie à part entière, c'est son **interaction** avec le conseil d'administration qu'il convient de renforcer. Pour ce faire, différentes bonnes pratiques peuvent être mises en place.

Premièrement, et comme bien souvent lorsque l'on décide de professionnaliser sa gouvernance, un travail de **formalisation** doit se faire. Coucher, par écrit, le cadre organisant le fonctionnement du conseil médical, ainsi que son interaction avec le CA, de façon la plus précise et complète possible, est effectivement une étape indispensable. Deuxièmement, prévoir des moments **d'évaluation** de cette interaction est également porteur de valeur ajoutée ; à condition, bien sûr, de s'engager à tenir compte des résultats de l'évaluation. Troisièmement, établir une culture de la **transparence** et de l'**ouverture** entre les organes. Quatrièmement, **responsabiliser** les médecins en les impliquant de façon plus large, par exemple en matière stratégique, participe à une bonne interaction entre le conseil d'administration et le conseil médical. Cinquièmement et dernièrement, se concentrer sur la « **big picture** ». Chaque acteur est invité à se concentrer sur la direction que l'on veut donner à l'hôpital en adoptant une « vue d'hélicoptère ». Cette prise de hauteur permet généralement de désamorcer certaines tensions et permet aux acteurs de s'aligner plus facilement sur les grandes orientations et décisions.

La pratique nous montre que cette interaction n'est évidemment pas toujours un « long fleuve tranquille ». Elle peut connaître des hauts et des bas. Mais, en se concentrant sur ce qu'on veut atteindre, sur l'objectif commun visé, une relation de confiance peut se tisser pour établir une interaction positive allant dans le sens de l'intérêt de l'hôpital.

Augmenter l'implication indispensable en matière stratégique

Si, en parlant de *co-gouvernance* une attention toute particulière doit être adressée au conseil médical, cette dernière ne doit bien sûr pas se limiter à cet organe et avec son interaction avec le conseil d'administration. Une recommandation particulièrement importante concernant la *co-gouvernance* se situe au niveau de la **stratégie**.

Cette dernière est cruciale pour toutes organisations. Il est, en effet, primordial d'assurer la durabilité de l'organisation par le développement d'une stratégie la plus adéquate et appropriée possible. La stratégie a toujours été essentielle. Cela étant dit, son importance ne fait que croître dans l'environnement actuel qui navigue autour de lames de fonds modifiant le fonctionnement de la société (comme la démographie, le vieillissement de la population, un autre équilibre vie privée-vie professionnelle désirée par certains jeunes médecins, la digitalisation,...), mais aussi d'événements difficilement prévisibles dont il faut néanmoins tenir compte (comme une pandémie mondiale).

Pour les raisons ainsi évoquées, les médecins doivent jouer un rôle dans ce domaine. L'hôpital ne peut se passer de cette valeur ajoutée potentielle à la fois dans la mise en œuvre de la stratégie, mais aussi dans son développement. Cela peut se faire via différentes voies :

- Via la création d'un **organe consultatif stratégique mixte**⁵, avec une délégation du conseil médical, de la direction, et éventuellement du CA
- Avec un rôle « **préparatif** » au niveau de la politique
- Avec un rôle dans la **mise en œuvre** de la politique
- Avec un rôle dans le **suivi** de la politique

De façon générale, cette implication au niveau stratégique peut se faire tant lors de l'établissement d'un **agenda global** et d'une vision commune, qu'en se concentrant sur des **questions stratégiques spécifiques**. Qui plus est, une attention doit être placée autour de la **continuité** et d'une certaine **cohérence** à terme.

⁵ Cela peut, par exemple, prendre la forme d'un « policy advisory board », comme nous l'expliquerons dans la partie suivante.

Par ailleurs, ces différents éléments peuvent venir soutenir la mise en place d'une organisation qui soit orientée autour de la stratégie. Ceci permettrait donc plusieurs éléments :

- Un **consensus** sur les **initiatives stratégiques** et l'avenir de l'hôpital (en ce compris ses parties prenantes)
- Valoriser l'**expertise** et l'**esprit d'initiative/d'innovation** des médecins
- Pratiquer une **co-création** qui suscite le soutien des décisions prises et l'engagement des acteurs
- Intégrer dans une **gouvernance professionnelle solide**, une gestion des **soins de qualité** et une **planification financière** saine

Organiser un comportement professionnel

Pour assurer une (co-)gouvernance efficace, il n'est pas question de se concentrer uniquement sur les structures et les procédures. Elles sont, bien sûr, essentielles et nous y consacrons une partie importante dans ce document. Cependant, finalement, seules elles ne garantissent pas la bonne gouvernance, qui est avant tout habitée par des acteurs qui la font vivre au quotidien. Ainsi, le **comportement professionnel** peut être manquant lorsque l'on évoque la (co-)gouvernance hospitalière. Le développement d'une **culture de gestion professionnelle** est ainsi essentiel⁶. Cela demande non seulement du temps et des efforts de tous les acteurs, mais aussi un changement de mentalité ; il faut passer de deux « camps », voire même une multiplicité de camps, à un « nous ».

Par ailleurs, autre point important concerne l'importance de se concentrer autour de l'intérêt de l'hôpital dans sa globalité, plus qu'un seul silo de ce dernier. Pour ce faire, les acteurs sont invités à rechercher, dans la mesure du possible, des **solutions « wins-wins »**. Lorsque les intérêts divergent, la recherche d'un **consensus équitable** est à prescrire. Qui plus est, quand des retombées peuvent être négatives, un **débat ouvert** sur la manière de les gérer est également à mettre en avant. Enfin, les prises de décisions doivent être organisées autour d'une gestion stricte et contraignante en ce qui concerne les **conflits d'intérêts**.

Par-delà le conseil médical, quelles structures de participations des médecins ?

La participation des médecins dans la gestion hospitalière ne peut, et ne doit pas, se limiter au conseil médical si l'on souhaite établir une véritable *co-gouvernance*. En effet, comme on l'a vu par exemple en matière stratégique, il serait dommage de se priver de la potentielle valeur ajoutée des médecins en limitant leur apport aux strictes délimitations du conseil médical. A cet égard, des recherches pratiques ont montré que **diverses voies supplémentaires** se sont développées pour donner **plus de poids aux médecins**, voire pour évoluer vers une véritable *co-gouvernance* fondée sur la confiance et une culture de la transparence et de la consultation. Bien sûr, il n'y a pas de formule magique ici et l'objectif consiste à choisir le modèle le plus optimal possible, en tenant compte de la situation spécifique et des défis stratégiques et financiers auxquels l'hôpital est confronté.

Des médecins au sein du conseil d'administration

Un premier mode d'implication consiste à proposer des médecins au sein du conseil d'administration. C'est notamment bénéfique en vue de lui partager du « feedback » de terrain et de la communauté médicale, mais aussi pour pouvoir interagir avec les membres du CA sur les matières médicales, ou tout dossier pouvant être en lien avec l'activité médicale et de soins. Dans ce cadre, il existe donc deux possibilités d'implication : en tant qu'externe (donc ne travaillant ou n'étant pas actif au sein de l'organisation), ou en tant qu'interne (c'est-à-dire en travaillant ou étant déjà actif au sein de l'organisation). Quoi qu'il en soit, et peu importe la modalité d'implication, ces médecins sont invités à agir, au sein du CA, *non pas en tant qu'auditeur, mais en tant qu'acteur*.

⁶ A cet égard, GUBERNA a établi une charte, accessible ici, à destination des administrateurs. Celle-ci rassemble un ensemble de proposition visant à soutenir l'exercice professionnelle du mandat d'administrateur. De façon générale, elle peut être utile comme point d'inspiration à toutes personnes jouant, ou voulant jouer, un rôle au niveau de la gouvernance de l'hôpital.

1. Des médecins désignant des représentants externes

Dans ce cas de figure, le conseil médical **propose** un ou plusieurs candidats externes au CA, qui seront nommés par l'assemblée générale (AG). Les candidats ne sont **pas actifs dans l'hôpital** et doivent répondre à **un profil** établi par le CA⁷. Il s'agit généralement de **médecins**, mais **d'autres expertises** peuvent également proposées (comme financiers, juridiques,...). Une bonne pratique est de prévoir une **interaction** spécifique, principalement en termes d'informations, entre le (président du) conseil médical et le représentant externe.

De façon pratique, ce type de représentation prend

deux formes : soit ces candidats siègent en tant que **membres** à part entière du conseil d'administration avec **droit de vote**, soit ils siègent en tant qu'**observateurs**. Dans ce cas, ils ont, bien sûr, accès à toutes les informations et participent au débat mais ils n'ont **pas de droit de vote** (ni de responsabilité par ailleurs). Cela étant dit, il est vrai la dynamique professionnelle du CA peut être plus aisément obtenue par un poste d'administrateur à part entière, plutôt que par ce statut d'observateur.

2. Des médecins (internes) comme administrateurs

Ici, le conseil médical **propose** également un ou plusieurs candidats au CA, qui seront nommés par l'AG (comme pour tout administrateurs). Les candidats sont toujours **actifs** dans l'hôpital. Ils disposent d'un **droit de vote**, en tant qu'administrateurs, et peuvent également siéger dans certains **comités** de gestion (par exemple, le comité d'audit ou le comité stratégique).

Cela étant, sur cette possibilité, la pratique nous apprend que cette situation peut amener certaines **difficultés** et nécessite **une attention supplémentaire** aux frictions potentielles. En effet, il n'est pas évident, pour ces administrateurs, de trouver le juste équilibre entre le professionnalisme requis en

tant qu'administrateur et la collégialité envers les collègues de la profession médicale. En effet, un administrateur professionnel doit se concentrer prioritairement sur l'intérêt général de l'hôpital, et respecter la confidentialité dans les discussions et les décisions, y compris les plus sensibles. Cela peut amener une certaine difficulté avec la confiance et coopération au sein de sa corporation, qui exige la transparence et la défense prioritaires de leurs intérêts. Cette multiplication de casquettes peut donc rendre le rôle de l'administrateur-médecin « schizophrénique » et rendre sa position plus précaire lorsqu'il s'agit de prendre en compte la multiplicité des intérêts.



⁷ A cet égard, on peut rappeler l'importance d'avoir un processus de sélection professionnel qui se base notamment sur une matrice de compétence reprenant les compétences actuelles, celles manquantes, et celles que l'on désire disposer dans le futur.

Des médecins au sein de l'assemblée générale ?

En dehors d'une inclusion des médecins dans le CA, il existe une possibilité **d'inclure** ces derniers à **l'assemblée générale** (AG). Dans une ASBL, il n'existe pas d'actionnaire, ce sont donc principalement les fondateurs et des parties-prenantes qui y sont membres. Il est, par ailleurs, conseillé d'avoir une AG composée d'une majorité de membres non dirigeants. Ceci est particulièrement un point d'attention dans les hôpitaux. Les médecins étant une partie-prenante essentielle de l'hôpital, il est entendable que ces derniers fassent parties de l'AG, tout en ne représentant pas non plus une majorité.

A l'instar du CA, deux options sont possibles : **une représentation interne**, donc via des médecins actifs au sein de l'organisation, et **une représentation externe**. Cependant, contrairement au CA, la prise de décision ici n'est pas basée sur des décisions collégiales par consensus, mais bien par **vote**, avec une majorité appropriée selon la matière. De ce fait, il y a, par principe, **moins d'objections** à ce que des médecins internes, éventuellement complétés par des experts externes, participent en tant que représentant du corps médical.

D'autres formes d'implications formalisées

Plusieurs hôpitaux ont tenté de pousser la *co-gouvernance* plus loin en ne se limitant pas à la mettre en place dans des structures déjà existantes (à savoir le conseil médical, l'assemblée générale, le conseil d'administration, ou même la direction générale). En effet, ils ont décidé d'instaurer de nouvelles structures pour venir renforcer les synergies entre les « gestionnaires » et les médecins ainsi que pour renforcer la participation de ces derniers. A cet égard, deux illustrations peuvent être mises en avant. Bien sûr, celles-ci ne sont pas exhaustives et doivent plutôt être pensées comme sources d'inspirations pour les acteurs du secteur.

Une première pratique consiste à mettre en place ce qu'on pourrait appeler un « policy advisory board ». Il s'agit d'un **comité consultatif**, n'ayant pas de base légale à proprement parler, visant à assurer une bonne **coopération et coordination** entre le conseil d'administration, la direction et le conseil médical. Il peut être composé d'une délégation restreinte des 3 organes précités. Ce comité, pour bien fonctionner, doit se réunir régulièrement ; mensuellement est généralement un bon équilibre, mais cela peut être adapté en fonction des besoins et spécificités de l'organisation. L'objectif est donc d'avoir une coopération plus efficace et fluide entre les organes. Ainsi, en établissant rapidement des liens, le délai entre les propositions et leurs réalisations peut être considérablement raccourci et les évolutions peuvent être suivies de (plus) près. L'intention est

également de pouvoir rencontrer plus rapidement la délégation plus restreinte en cas de problème urgent. En outre, il peut aussi permettre une meilleure coordination en termes d'ambitions et d'objectifs stratégiques, comme évoqué précédemment. Bien entendu, un risque de ce type d'organe est d'accaparer une partie du pouvoir décisionnel et s'autonomiser de façon abusive par rapport aux organes traditionnels, en premier lieu le conseil d'administration. C'est pourquoi il est important de spécifier régulièrement l'objectif de ce comité, à savoir fournir une plateforme consultative visant à une prise de décision finale plus fluide et des décisions plus « riches », en apportant sa pierre à l'édifice de la *co-gouvernance*.

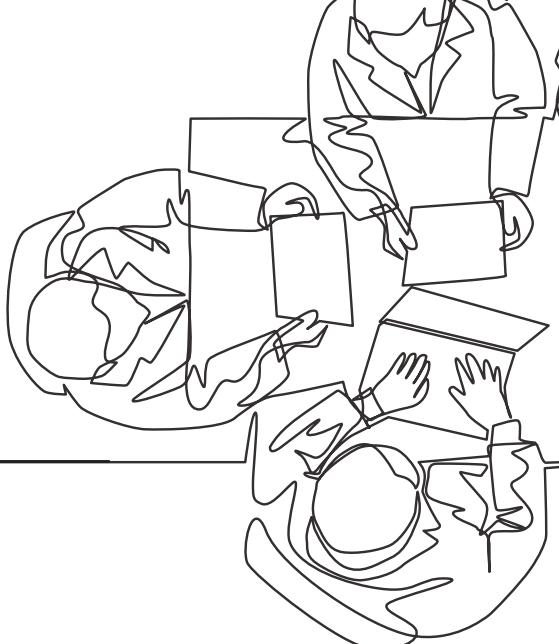
Une autre pratique consiste à établir un « comité consultatif paritaire », qui servirait comme lieu de **concertation entre le conseil médical et le conseil d'administration**. Contrairement au premier exemple, il s'agit d'un comité paritaire composé d'une délégation mandatée par le CA et le CM. Une base mensuelle pour les réunions semble adéquate, mais là encore peuvent être flexibles. Une fois de plus, ce type de comité a pour risque d'être le vrai lieu de pouvoir décisionnel avec un CA et CM qui deviennent de simples « chambres d'entérinements ». Néanmoins, il peut être d'une valeur ajoutée s'il est envisagé comme réellement consultatif et comme un moyen d'approfondir, en qualité et en quantités, les échanges entre ces deux organes.

Tous ces exemples montrent comment, en plus des structures officielles telles que le conseil médical le comité financier par exemple, les hôpitaux cherchent de nouveaux moyens d'accroître la participation des médecins par le biais de commissions et de comités informels ou formels. Ces comités (par exemple les comités d'investissement médical, les comités TIC, les comités concernant les projets de construction,...) sont créés de manière organique et présentent l'avantage supplémentaire que des médecins n'occupant pas de fonction dans des organes de gouvernance peuvent également y siéger.

A côté de ces éléments qui se basent donc sur l'établissement de nouvelles structures, d'autres choix peuvent être faits à l'intérieur de structures déjà existantes. Ainsi, on peut observer des pratiques assez intéressantes, comme le fait de prévoir la présence du directeur médical au sein du comité médical, la présence d'administrateurs au sein d'un comité de sélection des médecins,...

Enfin, pour terminer, il est indispensable d'envisager le rôle du directeur médical comme une fonction essentielle au niveau de la *co-gouvernance*. Sa double connaissance de terrain et de la gouvernance (via sa participation régulière aux CA, au CM,...) le rend incontournable. Qui plus est, son rôle peut aussi être envisagé pas uniquement à l'aune de structures et d'organes, mais aussi comme personne de confiance lors de contacts plus informels. Car, si la gouvernance nécessite un travail de

formalisation indispensable, la *co-gouvernance* a besoin aussi d'établir des moments d'échanges informels qui viendront mettre de l'huile dans les rouages d'une machine hospitalière particulièrement complexe et multiple.



Conclusion

Dans ce document mais aussi dans les précédents Leaflets⁸, nous avons pu constater que le secteur hospitalier continue donc encore et toujours de s'approprier des questions importantes en matière de gouvernance. En outre, il poursuit également des innovations et tente généralement de garantir au mieux une *co-gouvernance* efficace en formalisant certaines initiatives plus au moins originales ou inspirées de pratiques déjà existantes, dépassant ainsi le cadre (trop) étiqueté de l'actuelle loi hospitalière.

Ainsi, notre objectif était d'à la fois savoir comment impliquer au mieux les médecins⁹ pour arriver à un alignement des intérêts entre les acteurs, mais aussi comment établir un processus décisionnel efficace permettant de prendre des décisions « riches » porteuses de valeurs ajoutées. Une piste de solution a été d'établir une réelle *co-gouvernance efficace* entre, d'une part, les « gestionnaires » et, d'autres parts, les médecins. Ceci ne peut se faire qu'en dépassant le cadre juridique et en s'appropriant les bonnes pratiques et les nouvelles structures qui émergent du terrain.

Néanmoins, pour arriver à cet idéal d'une *co-gouvernance* efficace au service de l'hôpital, il ne faut pas « simplement » organiser une coalition de volontaires comprenant quelques médecins. Il est clair que ceux-ci ne constituent pas un groupe homogène d'experts médicaux ; ils agissent, pour la plupart, en tant qu' « indépendants » et bénéficient d'une certaine autonomie. De plus, ils désignent légalement leurs délégués

par le biais d'élection. Au contraire, il revient à l'hôpital la nécessité de construire un **modèle de gouvernance** permettant des « conditions de possibilités » d'une *co-gouvernance* pleine et effective, redéfinissant ainsi la coordination entre le conseil d'administration, la direction et les médecins (dans toutes leurs hétérogénéités).

Dans ce cadre, et peu importe le modèle choisi, un certain nombre d'éléments constitutifs essentiels de la gouvernance doivent, malgré tout, être présents ; ce qu'on appelle les **invariants de la gouvernance**. En outre, l'hôpital veillera à ne pas non plus créer une « usine à gaz » empreinte de (trop de) lourdes procédurales et embrumant les acteurs sur les rôles et responsabilités réciproques.

Pour terminer, un point important que nous avons déjà évoqué mais qu'il est primordial de rappeler. La *co-gouvernance* n'est pas à penser uniquement comme une question de structures et de co-décisions. Elle concerne aussi, ou plutôt même avant tout, un comportement coopératif et collégial présent partout et par tous afin de parvenir à un processus décisionnel efficace et effectif allant dans le sens de l'intérêt de l'hôpital. C'est in fine ceci le rôle de la (co-)gouvernance : rendre possible un alignement d'intérêts et d'acteurs afin de prendre de bonnes décisions qui vont dans le sens de l'intérêt premier de l'organisation et, dans ce secteur spécifique, du patient.

⁸ Sur ce thème, voir nos deux premiers Leaflet, accessible [ici](#) et [ici](#).

⁹ Il sera, ici, principalement question de l'implication des médecins au niveau de l'hôpital et non pas du réseau hospitalier. En effet, pour ce dernier nous ne pouvons pas, à ce stade de maturité des réseaux, réellement parler de *co-gouvernance*. Néanmoins, il peut être intéressant de rappeler l'importance d'impliquer les médecins dans la création des réseaux. Ceci ne pourra rendre que ce dernier plus robuste dans sa mise en place et efficace dans sa pratique.