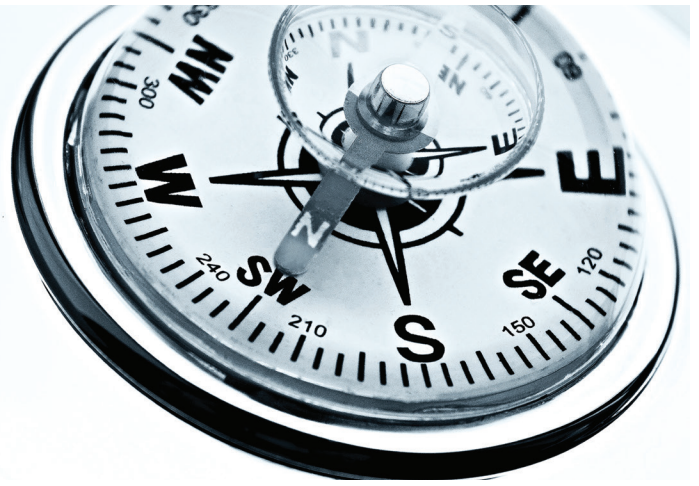


Hospital Governance Forum Serie | #1

Modèles de gouvernance
dans un contexte mise
en réseau des hôpitaux



A propos...

Les publications « Hospital Governance Forum Serie » 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 chacune des réunions de l'Hospital Governance Forum et ont pour fil rouge le processus de mise en réseaux des hôpitaux belges voulue 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 réseaux hospitaliers seront le nouveau cadre dans lequel s'inscrira la gouvernance hospitalière de demain. La réforme initiée par la Ministre De Block impose en effet aux hôpitaux belges de s'organiser, dans un souci d'efficience, en « réseaux hospitaliers locorégionaux ». Au sein d'un réseau, chaque hôpital peut rester une entité à part entière. Il ne s'agit donc pas d'un processus de

fusion entre hôpitaux, bien qu'une fusion puisse être une option privilégiée par certains hôpitaux désireux d'aller au-delà d'une collaboration en réseau, ne serait-ce à plus long terme.

Tandis que les réseaux peuvent être des moyens de coordination très efficaces, ils comportent certaines vulnérabilités pouvant affecter leur efficience et leurs chances de survies à plus long terme. **Afin d'être prospères et durables, les réseaux ont besoin d'un cadre de gouvernance approprié.**

La gouvernance des réseaux fait face à un problème intrinsèque étant donné que la gouvernance touche traditionnellement à des structures verticales d'autorité, aux délégations de pouvoirs, au contrôle du management par un conseil d'administration, etc. Il semble dès lors que la gouvernance d'entreprise classique soit d'abord taillée pour des systèmes hiérarchiques. **Le caractère coopératif d'un réseau, ses relations transversales et l'autonomie des organisations qui le composent expliquent pourquoi un simple « copier/coller » des principes de gouvernance d'entreprise n'est pas indiqué dans un contexte de réseau.**

Les réseaux ne font pas disparaître les problèmes de gouvernance, mais changent leur nature. **Un cadre de gouvernance approprié aux réseaux hospitaliers semble donc être une nécessité.** L'élaboration d'un tel cadre de gouvernance ne se fait pas du jour au lendemain et de nombreuses questions restent aujourd'hui sans réponse, tant l'expérience est nouvelle pour la grande majorité des hôpitaux belges. GUBERNA essaie toutefois au travers de ce document de balayer quelques grands défis et de mettre en exergue des questions essentielles à se poser dans la construction des réseaux hospitaliers de demain.

content inspires network
network inspires content



GUBERNA
INSTITUUT VOOR BESTUURDERS
INSTITUT DES ADMINISTRATEURS

La confiance comme prérequis

Une mise en réseau, ne peut se concevoir sans un socle de confiance solide entre les acteurs.

La confiance est essentielle à la construction d'un modèle de gouvernance équilibré, où chaque acteur trouve satisfaction. L'émergence d'une confiance prend du temps. Les acteurs doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Il peut à cet égard être utile de capitaliser sur les initiatives communes existantes, ayant leur place au sein du futur réseau. Il n'est en effet pas rare que les hôpitaux aient déjà des projets communs, tant médicaux qu'organisationnels.

En outre, les dirigeants des hôpitaux entretiennent déjà bien souvent des relations professionnelles, voire personnelles, grâce au fait qu'ils font partie d'associations et de fédérations professionnelles communes. La réussite d'une mise en réseau passera non seulement par une confiance globale entre les entités concernées et leurs organes, mais aussi plus simplement par une confiance interpersonnelle entre les individus chargés de la mener à bien.

Dans un premier temps, **la construction de la confiance passera par le respect de l'autonomie opérationnelle de chacune des entités appelées à former le réseau.** En outre, les entités individuelles devront être considérées sur pied d'égalité. La mise en réseau ne peut être instantanée et se traduire par une perte d'autonomie soudaine au niveau opérationnelle. La confiance permettra de développer au mieux les activités au niveau du réseau, l'émergence de celle-ci étant elle-même favorisée par une absence de rupture au niveau de l'autonomie de chaque acteur concerné par la mise en réseau.

Le dépassement de certains clivages peut contribuer au développement de cette confiance. Il en va ainsi des clivages idéologiques ou de clivages relatifs au type de structure hospitalière : privée, publique ou universitaire par exemple. Il convient également de dépasser les questions de l'avenir des postes individuels dans la nouvelle entité à créer. Souvent source de tensions, le devenir des individus en place dans les structures existantes a tendance à constituer un obstacle à une collaboration accrue entre hôpitaux. Parallèlement, des tensions pourraient émerger autour des fonctions nouvelles à créer en vue de la constitution du réseau. Or, il est essentiel que l'intérêt général du rapprochement prime sur les questions individuelles.

Investir dans le développement d'une confiance et d'un sentiment d'intérêt commun paraît donc être un prérequis avant d'entreprendre toute forme de rapprochement entre entités hospitalières.

?

Questions à se poser :

- Y a-t-il suffisamment de confiance entre les partenaires potentiels du réseau ?
- L'autonomie opérationnelle est-elle suffisamment préservée en début de processus de mise en réseau ?
- Des initiatives sont-elles prises pour nouer ou renforcer des liens de confiance ?
- Quelles sont les sources potentielles de conflits et comment les atténuer ?



Ne pas sauter les étapes

Tout comme la confiance ne se crée pas du jour au lendemain, il convient de prévoir du temps pour organiser le rapprochement voulu entre les entités hospitalières. Certains hôpitaux ont créé **un comité de pilotage**¹ dédié à la mise en réseau, ce qui peut aider à établir un calendrier réfléchi du processus de rapprochement (cf. « Qui fait quoi et comment ? »).

Une condition nécessaire à l'émergence d'un réseau efficace est l'émergence de suffisamment d'implication des acteurs concernés. Ceci est d'autant plus nécessaire étant donné le probable manque de hiérarchie en début de processus de rapprochement. Les réseaux sont en effet souvent composés d'organisations affichant des niveaux d'implication différents. Les membres d'un réseau peuvent avoir des activités multiples dont certaines d'entre elles seulement sont pertinentes pour les objectifs communs du réseau. Il s'agira dès lors de concilier au mieux les intérêts parfois divergents des membres, en veillant à trouver un juste équilibre entre le degré d'autonomie de chaque entité et la nécessité de surpasser les intérêts particuliers pour bâtir des réelles vision, mission et stratégie au niveau du réseau. **Il conviendra de mettre l'accent sur la création d'une nouvelle valeur ajoutée qui peut se dégager du réseau en tant qu'entité collective, et dont pourra bénéficier chaque entité individuelle.**

Certains acteurs du secteur plaident pour que le rapprochement entre hôpitaux se concentre prioritairement sur ces collaborations au niveau de la gestion opérationnelle. **Les projets de mise en commun de certaines ressources semblent en effet être les plus porteurs, et mettent en exergue rapidement les avantages découlant d'une coopération entre hôpitaux (« quick wins »).** Il en va ainsi d'une mutualisation des achats, de la mise en commun d'un laboratoire médical ou d'une pharmacie, d'outils ICT et de services informatiques, de la gestion des données relatives à la vie privée, d'une gestion centralisée des bâtiments et des installations, du recours à des exercices de benchmarking, etc. A cet égard, des groupes de travail thématiques sur des collaborations opérationnelles s'avèrent être des instruments utiles.

Des projets de collaboration médicale semblent également procurer satisfaction aux divers acteurs impliqués. Cependant, des choix difficiles risquent de devoir être posés rapidement dans le processus de mise en réseau. Certaines fonctions médicales devraient en effet disparaître dans des hôpitaux du réseau, au profit d'un (ou plusieurs) autre(s) qui se spécialiserai(en)t en centre(s) d'excellence. Un juste équilibre dans la spécialisation des hôpitaux du réseau devra être trouvé. **Un tel exercice s'annonce particulièrement complexe et chaque entité ne pourra sans doute pas en sortir gagnante.** Pourtant, cette évolution semble inévitable dans le processus de mise en réseau étant donné qu'il vise précisément à des économies d'échelle, aussi au niveau des fonctions médicales.

Il importe toutefois de ne pas entreprendre des projets de collaboration de gestion médicale ou autre trop tôt dans le processus de mise en réseau. **Les objectifs et la stratégie de la collaboration doivent être préalablement définis en amont : c'est un prérequis essentiel.** Les projets de collaboration à un niveau plus opérationnel et médical seront alors des moyens de réaliser la stratégie arrêtée et d'atteindre les objectifs fixés.

?

Questions à se poser :

- Y a-t-il une personne ou un organe chargé de travailler sur la mise en réseau ?
- Des intérêts communs bénéfiques à tous les membres du réseau ont-ils été identifiés afin de mettre en exergue la valeur ajoutée du réseau ?
- Les acteurs concernés par la mise en réseau sont-ils suffisamment impliqués et quelles sont les pistes pour accroître leur implication le cas échéant ?
- Un calendrier réfléchi des étapes de constitution d'un réseau a-t-il été établi ?
- Les objectifs et la stratégie du réseau ont-ils été clairement définis ?
- Des collaborations opérationnelles peuvent-elles être envisagées ?

¹ En Flandre, un accompagnement a été formalisé le 13 janvier 2017 par la Décision du Gouvernement Flamand relative au planning thématique de la stratégie de soin. Celle-ci prévoit la création d'un comité d'accompagnement par thématique identifiée (situation actuelle, vision future, arguments sous-jacents à cette vision, et conditions), composé d'experts et de parties prenantes, chargés de définir les dispositions et exigences auxquelles le plan stratégique de soins doit satisfaire. Par ailleurs, la firme de consultance Deloitte a été mandatée par le Gouvernement Flamand pour accompagner le processus de mise en réseau, via notamment un Manager de transition et la création d'un comité d'orientation stratégique par candidat-réseau.

Qui fait quoi, et comment ?

...au cours du processus de mise en réseau visant à atteindre le cadre de gouvernance légal imposé

Très vite, la question de l'organisation en tant que telle du réseau va se poser. Il conviendra en effet de diviser les responsabilités au sein du réseau et de coordonner les travaux des différentes entités. En d'autres termes, **il s'agit de construire un modèle décisionnel qui supporte l'équilibre voulu par la stratégie et les objectifs du réseau**. La nouvelle loi fédérale du 28 février 2019² précise à cet égard une série de dispositions qu'il s'agira de respecter. L'objectif de ce document n'étant pas de synthétiser le contenu de cette loi, seuls quelques éléments de gouvernance clés sont rappelés dans les paragraphes suivants. Les conditions de gouvernance posées par la loi portent sur la forme

finale des réseaux hospitaliers. Dans l'immédiat, les hôpitaux doivent s'atteler à développer le réseau et la présente note a pour ambition de nourrir le débat sur les processus de construction des réseaux hospitaliers.

La littérature sur la gouvernance des réseaux identifie **trois principaux modèles** de gouvernance de réseaux³ qui peuvent servir de source d'inspiration dans le processus de construction du réseau hospitalier voulu par la loi belge. GUBERNA constate que ces types de gouvernance de réseaux sont avant tout théoriques. En pratique, les réseaux et les processus sous-jacents à leur émergence prendront le plus souvent des formes hybrides, ce qui présente l'avantage de tenir compte des particularités propres à chaque réseau et à leur contexte.

- **Shared participant-governed network.** Dans ce modèle, le travail sera coordonné de manière formelle par des réunions régulières entre représentants des organisations, ou de façon informelle au travers d'actions permanentes mais non coordonnées des acteurs ayant un intérêt dans le réseau. Ce type de réseau dépend exclusivement de l'implication et de l'engagement de tous les membres, étant donné que toutes les responsabilités doivent être réparties au sein de l'ensemble des membres. Le pouvoir relatif aux décisions du réseau devra être plus ou moins symétrique. Ce modèle semble être propice à l'émergence d'une confiance entre les membres et de support à l'égard du projet de réseau. Le point faible de ce type de modèle est le besoin de maintenir un haut degré de consensus et d'accord au sein des membres. Ceci peut résulter en un modèle de réseau à la fois fragile (étant donné que les membres reconsidèrent régulièrement leur participation au réseau) et limitatif par rapport à sa capacité à prendre des décisions fortes.
- **Lead organisation governance.** Ce modèle implique que toutes les activités et décisions importantes au niveau du réseau soient coordonnées par une seule entité du réseau, à savoir, l'organisation « lead ». Le pouvoir n'est dans ce cas plus symétrique. L'organisation « lead » fournit les ressources administratives au réseau et/ou supporte les démarches des organisations membres du réseau dans la réalisation des objectifs de ce dernier. L'organisation « lead » peut émerger des membres du réseau, ou être mandatée par un tiers (un bailleur de fonds par exemple). En raison de ses ressources et connaissances a priori supérieures, le risque existe que l'organisation « lead » puisse abuser de sa position dominante, promouvoir davantage ses intérêts propres, voire même fausser le fonctionnement du réseau de telle sorte que les activités de celui-ci servent l'organisation « lead », au détriment du réseau dans son ensemble. Ce risque peut mettre à mal l'existence même du réseau, dans la mesure où des membres plus « faibles » pourraient questionner leur appartenance au réseau.
- **Network administrative organisation.** Il existe dans ce modèle une entité administrative distincte qui est responsable de la gestion du réseau et de ses activités. Cette organisation peut consister en une personne (le facilitateur de réseau) ou en un conseil d'administration, directeur général et membres du personnel. Quelle que soit sa forme, le but exclusif de cette organisation est de gérer le réseau. Ce type de gouvernance de réseau peut avoir de nombreux avantages, étant donné qu'il existe une seule organisation/personne neutre, responsable de coordonner, faciliter, de rechercher le consensus, de jouer le rôle de médiateur en cas de d'intérêts divergents au sein du réseau, etc. Cependant, ce modèle peut créer une forte perception de hiérarchie, et peut être coûteux et complexe à organiser.

² Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.
³ Provan, Keith G., and Patrick Kenis. «Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness.» *Journal of public administration research and theory* 18.2 (2008): 229-252.

Comme évoqué ci-avant, la loi fédérale du 28 février 2019 balise le modèle de mise en réseau à suivre. Elle insiste tout d'abord sur le fait que le but n'est pas de créer une fusion d'hôpitaux : ceux-ci restent responsables de la dispensation des soins au patient, et de toutes les compétences non attribuées explicitement au réseau hospitalier dont ils font partie (notamment l'organisation des soins au niveau opérationnel, en ce compris la politique du personnel). Les hôpitaux individuels conservent en outre leur personnalité juridique, leur numéro d'agrément, leur responsabilité financière, etc. La loi stipule également que le réseau se distingue du groupement ou de l'association d'hôpitaux. Un groupement d'hôpitaux suppose une collaboration volontaire entre des hôpitaux (à l'image du modèle théorique « shared participant-governed network » présenté ci-dessus). Or, le législateur fédéral rend obligatoire la participation à un réseau, qui est le reflet d'une collaboration durable avec personnalité juridique. En d'autres termes, le réseau hospitalier possède une identité propre⁴ et une gouvernance propre. En conclusion, le modèle final prôné par la nouvelle loi fédérale semble s'approcher davantage d'un « network administrative organisation ».

... au sein du réseau hospitalier établi

Une fois le réseau établi, la question du « Qui fait quoi ? » et des responsabilités assorties au rôle de chaque acteur va devoir être tranchée.

Les principes de gouvernance insistent à cet égard pour que tout pouvoir soit assorti d'un contre-pouvoir. En d'autres termes, s'il existe des lignes de délégations de pouvoir, elles doivent être complétées de lignes claires de responsabilité.

Ceci est d'autant plus important dans un contexte de réseau. S'il est probable que les membres du réseau s'accordent pour partager les tâches au sein de celui-ci, il est facile d'esquiver ses responsabilités et de considérer qu'un autre acteur endosse en réalité la responsabilité finale. Le type d'organisation (cf. ci-dessus) a un impact non négligeable sur l'organisation des responsabilités au sein du réseau. Dans un « Shared participant-governed network », la confiance et l'implication seront des qualités déterminantes dans la définition des responsabilités. Dans des réseaux plus structurés, l'organisation centrale sera chargée de la gouvernance du réseau, en ce compris de l'attribution des rôles et des responsabilités sous-jacentes.

Des questions d'organisation plus spécifiques doivent également être tranchées. Il en va ainsi de la place qui sera laissée aux différents acteurs de la gouvernance hospitalière. En particulier, quelle place réserver au corps médical dans la gouvernance du réseau et des différentes entités hospitalières ? Faut-il inclure les parties prenantes (les patients par exemple) dans la gouvernance du réseau ? Si oui, comment ? La loi apporte des éléments de réponses à ces questions centrales qui méritent d'être traitées lors de prochains Hospital Governance Forums.

Ainsi, la loi prévoit que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier dispose d'au moins un représentant dans **l'organe de gestion du réseau**. Elle ajoute que les représentants des hôpitaux au sein de cet organe de gestion sont également membres d'un organe de gestion de l'hôpital qu'ils représentent. Par ailleurs, elle prévoit que l'organe de gestion du réseau hospitalier doit comprendre au moins un administrateur indépendant. La loi précise enfin que au moins un tiers des membres de l'organe de gestion du réseau hospitalier disposent d'une expertise en matière de soins de santé, et au moins un des membres est un médecin qui n'est pas un médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau concerné⁵.

Au niveau de l'organisation médicale du réseau, la loi pose également plusieurs balises qui devraient permettre aux réseaux de s'organiser au mieux. Elle prévoit notamment que le réseau dispose soit d'un médecin en chef de réseau désigné par la gestion du réseau, soit d'un collège de médecins en chef de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier. Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau à l'exception des discussions qui portent sur des matières impliquant personnellement et directement le médecin en chef du réseau ou un membre du collège de médecins en chef de réseau. Elle liste enfin toutes les responsabilités incombant à la fonction⁶.

4 Projet de loi du 18 septembre 2018, modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, pages 5-6.

5 Article 15 de la Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux. Article 15.

6 Article 15 de la Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux. Article 17.

L'organisation médicale des réseaux hospitaliers passe également par **un conseil médical** dans chaque réseau, qui constitue l'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau. La loi prévoit toutefois une période transitoire dans la mesure où, pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau peut être assurée par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau⁷.

Toujours au niveau organisationnel, la loi autorise les hôpitaux du réseau hospitalier à opter pour une collaboration plus intense et donc décider de transférer davantage de compétences au réseau hospitalier. Les hôpitaux peuvent désormais choisir de faire appel à un comité d'éthique organisé par le réseau hospitalier⁸.

Au-delà de l'organisation même du réseau, les processus de décisions au sein de celui-ci devront également être établis. La loi prévoit quelques règles de majorité spécifiques à certains cas de figure dont il s'agira de tenir compte. De manière plus générale, alors qu'il est recommandé que les conseils d'administration adoptent un système de prise de décisions au consensus, le mode de décision interne au réseau peut prendre différentes formes. Ainsi, des systèmes de droits de veto ou de majorités variables pourraient être mis en place. En tout état de cause, il est important que l'influence et les rôles de leadership soient équitablement répartis entre les membres du réseau. Certains font par exemple le choix d'organiser une présidence tournante de l'organe de gestion central ou des comités de gouvernance clés. Bien qu'a priori séduisante, cette méthode comporte le risque de voir les présidents successifs jouer les avocats de leur propre hôpital, au détriment du réseau.

?

Questions à se poser :

- Comment les rôles et responsabilités vont-elles être réparties entre les membres du réseau ?
- Quelles parties prenantes vont-elles être impliquées dans la gestion du réseau et comment ?
- Quelles méthodes de prise de décisions seront favorisées au sein du réseau ?



7 Article 30 du Projet de loi du 18 septembre 2018, modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

8 Article 22 du Projet de loi du 18 septembre 2018, modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

Formaliser la gouvernance du réseau en fonction des choix posés

L'étape du développement d'une vision, d'une mission et d'une stratégie, ainsi que celle visant à définir les rôles de chacun des acteurs du réseau doivent guider la formalisation des choix posés. Certaines démarches légales doivent en effet être prises et une gouvernance de qualité appelle à ce que les principes de gouvernance soient arrêtés dans des documents formels.

Tout d'abord, **en fonction des choix de gouvernance posés à la lumière de la vision et de la stratégie arrêtées, il conviendra d'opter pour une forme juridique appropriée pour la nouvelle structure.** Les hôpitaux belges favorisent pour l'instant la forme juridique de l'ASBL, au détriment de la coopérative. Il s'agit d'un choix important eu égard aux différences notables entre les deux formes juridiques, en vertu du nouveau code belge des sociétés et associations. Ce choix doit dès lors être posé en prenant compte de celles-ci. La différence principale entre les deux formes réside sans doute dans leur finalité (et non plus dans les activités autorisées). En effet, une ASBL peut désormais exercer des activités purement commerciales, à condition de ne pas distribuer les bénéfices qui en découlent et qu'elle garde sa « finalité sociale ». La société coopérative, quant à elle, aura un régime juridique finalement assez proche de la nouvelle SRL (Société à Responsabilité Limitée) dans le Code belge des sociétés et associations, mais devra davantage se limiter à une vraie finalité coopérative. En outre, une différence importante restera le régime fiscal.

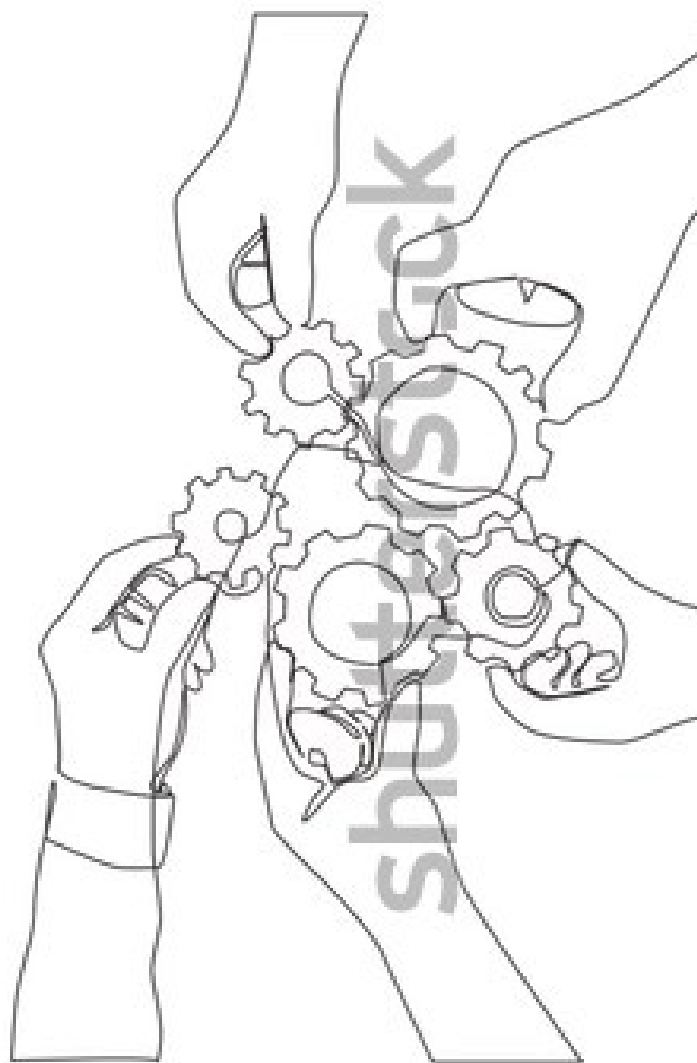
Ensuite, afin de formaliser les éléments de gouvernance retenus, il s'agira de développer des statuts pour le réseau. Au-delà d'une obligation légale, les statuts représentent un instrument utile pour arrêter les dimensions fondamentales de la gouvernance du réseau hospitalier. Développer les statuts du réseau représente une étape cruciale dans la concrétisation du réseau hospitalier, et dans la définition de son cadre de gouvernance. Bien que cette étape risque de se présenter assez vite dans le processus de mise en réseau, il convient de veiller à ne pas la concrétiser trop hâtivement, le contenu des statuts étant hautement dépendant des choix (notamment de gouvernance) devant être posés préalablement.

Les statuts peuvent ensuite être complétés par des documents additionnels visant à détailler davantage certains aspects de la gouvernance et de leur application. Ainsi, des chartes de gouvernance (tant pour les organes de gouvernance de l'hôpital en tant qu'entité que pour les administrateurs individuels) et des règlements d'ordre intérieur ou encore une charte éthique peuvent s'avérer être des instruments utiles.

?

Questions à se poser :

- Quelle forme juridique va prendre le réseau ?
- Les statuts du réseau ont-ils été établis ?
- Quels documents de gouvernance additionnels (règlements d'ordre intérieur, chartes) pourraient s'avérer utiles au réseau ?



Construire une légitimité

Le modèle de gouvernance d'un réseau hospitalier devrait contribuer à l'émergence d'une légitimité interne et externe. Dans un premier temps, il s'agira surtout de créer une légitimité interne. En interne, les membres doivent en effet être convaincus que le réseau est le vecteur approprié pour accroître leurs avantages. Très vite, il sera également question d'une légitimité externe. Vis-à-vis du monde extérieur, le réseau doit démontrer sa capacité à accroître la qualité et l'offre des soins médicaux à des prix acceptables (grâce notamment à l'optimisation des ressources disponibles et aux économies d'échelle), de sécuriser ses ressources (au travers de financements, de contrats, etc.) et, plus globalement, convaincre que le réseau est une entité viable. La réputation et l'acceptation sociale des réseaux peut être d'autant plus importante dans des réseaux sans but lucratif (tels que les hôpitaux) qui mènent des activités dont les performances sont difficilement mesurables. La littérature démontre que tant la légitimité interne qu'externe sont essentielles à la survie d'une organisation en réseau.

La construction d'une légitimité interne sera favorisée par une bonne communication, de manière à ce que tout le monde au sein du réseau comprenne pourquoi certaines décisions sont prises. Quant à la légitimité externe, elle peut être renforcée par le développement d'une identité unique, afin que le monde extérieur comprenne qu'il s'agit d'une organisation aux missions et valeurs communes.

La construction d'un modèle de gouvernance clair contribuant au développement d'une légitimité externe s'avèrera être particulièrement important vis-à-vis des créanciers. En effet, les banques sont demandeuses de visibilité sur les modes de gouvernance et sur les plans financiers des réseaux, ainsi que sur les responsabilités financières des différentes entités formant le réseau hospitalier.

?

Questions à se poser :

- Le (projet de) réseau jouit-il d'une légitimité interne ? Si non, quelles mesures sont-elles prises pour accroître cette légitimité ?
- Le réseau jouit-il d'une légitimité externe ? Si non, quelles mesures sont-elles prises pour accroître cette légitimité ?

