



AUDIT DE LA GOUVERNANCE DU DÉPARTEMENT DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL FRIBOURGEOIS

Rapport final

Experts

Prof. Dr. René Chioléro, Coaching & Management

Prof. François Gonin, Directeur Unité « Ressources humaines & Management »
Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du canton de Vaud (HEIG-VD)

Mandant

Conseil d'administration de l'Hôpital fribourgeois, Fribourg

Le 17 janvier 2013

Insatisfait de la gestion de la crise traversée par le département de gynécologie obstétrique (DG&O) de l'hôpital fribourgeois (HFR) en 2011, le Conseil d'administration (CA) a décidé de mandater un audit pour répondre aux questions qu'il se pose, tirer des enseignements utiles et corriger ce qui a besoin de l'être dans les différents champs abordés.

1. BUTS DU MANDAT ET METHODE

- Comprendre et analyser les raisons de la crise et sa gestion.
- Analyser l'organisation du DG&O et la gouvernance médicale.
- Émettre des recommandations sur la base de ces constats.

Méthode :

- Rencontre avec la Présidente d'alors du Conseil d'administration (CA) (actuellement membre du CA), les membres du bureau et le directeur général, pour fixer le cadre du mandat.
- Interviews de collaborateurs de l'HFR et de personnes concernées par la crise, selon une liste préétablie, à l'aide de questionnaires standardisés.
- Analyse des documents fournis par la direction HFR et par les personnes interviewées.
- Etude de la littérature sur les thèmes en question : gouvernance et régulation des systèmes hospitaliers, organisation de la relève médicale en Suisse.

En tout, **40 interviews** ont été effectuées auprès de **38 personnes**, du 13 décembre 2011 au 7 mars 2012.

Le travail des experts s'est déroulé sur la période d'octobre 2011 (premiers contacts et mise en route du mandat) à janvier 2013 (remise de la version finale du rapport).

Les experts ont rencontré à deux reprises le CA : en avril 2012 pour une séance de présentation de leur rapport et en octobre 2012 pour une séance de clarification. En outre, ils ont eu des entretiens complémentaires en décembre 2012 pour la rédaction du rapport destiné à être diffusé.

Les experts s'engagent sur l'absence de conflits d'intérêt dans l'espace du mandat, sur leur neutralité et leur impartialité.

Le présent rapport, pour diffusion, a été rédigé dans le respect des contraintes légales fribourgeoises (Loi sur l'information et l'accès aux documents (LInf)). Dans ce contexte, les

experts ont éliminé toute appréciation personnelle, susceptible de porter atteinte au respect des personnes privées.

Cadre du mandat et contexte

Il faut souligner que la situation du DG&O dans les sites de Fribourg et de Riaz a rapidement évolué depuis la période pendant laquelle les interviews ont été conduites : un nouveau département a été constitué, piloté par l'équipe dirigeante de Fribourg. Il en résulte un nouveau contexte médical et organisationnel. En conséquence, il s'agit de relever que de nombreux éléments de ce rapport, ainsi que certaines conclusions ne s'appliquent pas à la situation actuelle.

2. LA CRISE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

2.1. Les faits principaux

Vu le caractère résumé du rapport, seuls les faits principaux, nécessaires à la compréhension de l'enchaînement des événements, sont relatés ci-dessous.

- Juin 2006 : finalisation de la loi sur le réseau hospitalier fribourgeois.
- Janvier 2007 : mise en œuvre de l'HFR. Dans les premières années d'existence de l'HFR, la priorité est mise sur le regroupement des différents établissements hospitaliers en son sein et sur l'élaboration d'outils de gestion communs. Par contre, le fonctionnement général des départements hospitaliers n'est pas modifié et ne fait pas l'objet d'un plan directeur.
- Janvier 2007 : le département fribourgeois de gynécologie-obstétrique poursuit son activité de manière inchangée dans les hôpitaux de Fribourg et de Riaz.
- Juin 2007 : un document définissant l'organisation du DFGO sur les 4 sites actifs est établi en 2008 par les 2 médecins chefs de Fribourg et Riaz. Le site de Fribourg est reconnu comme hôpital de référence, les sites gardent leur complète indépendance.
- 2008 : commission de structure pour la clinique de gynécologie-obstétrique du site de Fribourg.

A relever que :

- 1) le futur médecin chef est désigné comme le doyen du département fribourgeois de gynécologie-obstétrique, mais le fonctionnement du réseau n'est pas abordé ;
- 2) la réfection des locaux du site de Fribourg n'est pas mentionnée ;
- 3) la révision des dotations de sages femmes n'est pas mentionnée.

- 2008 : commission de structure pour la clinique de gynécologie-obstétrique du site de Riaz. Nomination de la nouvelle médecin cheffe.
- 2008 : commission de nomination pour la clinique de gynécologie-obstétrique du site de Riaz. Nomination d'un médecin chef adjoint.
- Avril-fin 2010 : la médecin cheffe prépare une liste de demandes à la direction HFR concernant la réfection des locaux, les dotations infirmières et médicales, ainsi que le transfert de la patientèle de Riaz à Fribourg. Le départ de médecins agréés met l'hôpital de Riaz en crise. Le même phénomène se produit à l'hôpital de Fribourg, suite au non remplacement de plusieurs chefs de clinique.
- En février 2011, un rapport sur l'avenir de la gynécologie-obstétrique à l'HFR est rendu par le Dr. C. Haudenschild, mandaté par le CA.
- Avril 2011 : la médecin-chef du DG&O (à Fribourg) donne sa démission, suivi par la co-médecin-cheffe.
- Été 2011 : crise grave dans le département de gynécologie, site de Fribourg :
 - Baisse progressive de l'effectif de l'équipe médicale du DG&O, en l'absence d'un nouveau chef du DG&O : les soins ne pouvant plus être assurés de manière satisfaisante, la direction envisage de fermer temporairement la maternité et le communique.
 - Beaucoup d'actions pour organiser cette fermeture temporaire, puis finalement, in extremis, pour maintenir les activités : en effet, le dispositif prévu pour la fermeture étant remis en question par des médecins et soignants, l'ancien médecin chef est finalement contacté pour assurer une suppléance rendue possible par l'engagement concomitant du nouveau chef du DG&O.
 - NB : Il s'agit de relever que la phase la plus critique de la crise s'est déroulée pendant la période des vacances d'été. Ainsi, il apparaît que les différents acteurs responsables de la gestion de la crise se sont succédés en vacances et n'ont, de ce fait, pas pu travailler ensemble pendant 6 semaines.
- En octobre 2011 : entrée en fonction du nouveau chef du DG&O (Dr. Féki), avec une équipe de médecins cadres et chefs de clinique. La reconstruction démarre dans le site de Fribourg.
- Janvier 2012 : démission du médecin-chef adjoint à Riaz.
- Février 2012 : démission d'une médecin adjointe dans le DG&O.

2.2. Le bilan de la crise dans le DG&O

Le bilan de la crise est particulièrement lourd :

- Mise en crise de l'ensemble du département fribourgeois de gynécologie-obstétrique.
- Démission de 4 médecins chefs et médecins chefs adjoints (3 à Fribourg, 1 à Riaz).
- Perte de patientèle, crise confiance chez les patientes du site de Fribourg.

- Orage médiatique, altération de l'image du DG&O de l'Hôpital Fribourgeois, ainsi que de l'ensemble de l'institution.
- Crise entre l'HFR et les spécialistes gynécologues obstétriciens de la ville de Fribourg.
- L'image de l'hôpital fribourgeois a été fortement écornée par une crise dans un des départements phare de l'hôpital. L'atteinte de l'image a été marquée auprès des spécialistes gynécologues-obstétriciens de la ville, dont les relations avec l'hôpital de Fribourg étaient déjà marquées par de la méfiance et par une collaboration peu active.
- Aggravation de la crise du personnel soignant, en cours depuis 2009 dans le DG&O.
- Altération de la réputation du DG&O, entraînant des difficultés de recrutement des chefs de cliniques et médecins cadre.

3. ANALYSE : LES DÉTERMINANTS ET LES MÉCANISMES DE LA CRISE

De multiples éléments sont à considérer pour expliquer la survenue de la crise dans le DG&O et son déroulement. Ils ont été groupés dans 4 catégories générales, afin de faciliter l'analyse et de préparer des recommandations :

1. Des **éléments structurels**, liés aux caractéristiques de l'HFR et de sa gouvernance.
2. Des éléments liés à la **mise en réseau des hôpitaux**, en particulier le retard dans la mise en place de départements inter-hospitaliers.

Ces 2 premières catégories n'expliquent pas à elles seules la crise, mais elles ont produit un **environnement qui a favorisé le développement d'une crise hospitalière majeure**.

3. Des éléments liés à la **gestion des problèmes du DG&O**, en particulier la gestion des successions des médecins chefs sur les sites de Fribourg et Riaz, la gestion de l'accueil et l'accompagnement de la nouvelle cheffe de département sur le site de Fribourg, la gestion de la crise par la Direction de l'HFR et par le CA.
4. Des éléments **conjoncturels** (recrutement des spécialistes) et **imprévisibles** (départs anticipés des deux co-médecins-chefes) : ils constituent les éléments non directement maîtrisables de la crise.

3.1. Les éléments structurels : gouvernance et fonctionnement de l'HFR

a) Rappel des dispositions légales et réglementaires

L'HFR se déploie sur 6 sites et réunit les structures hospitalières du canton, à l'exception de celles de la santé mentale. Ses caractéristiques principales et les principes définissant son fonctionnement sont décrits dans la Loi concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) du 27 juin 2006, devenue (en 2012) la Loi sur l'hôpital fribourgeois (LHFR). Divers règlements établis par le CA ont réparti les rôles entre les différents organes de direction.

Les missions et compétences des différents organes sont définies dans la LHFR.

Le Conseil d'Etat a, en particulier, les attributions suivantes : *planification hospitalière ; définition du mandat de prestations de l'HFR ; nomination des membres du CA et son président ; gestion du personnel : classification des emplois et conditions salariales) ; approbation de l'engagement du directeur/directrice général-e de l'HFR.*

Le Conseil d'administration (CA) a les attributions suivantes : *organisation des activités hospitalières ; développement de l'HFR, fonctionnement et qualité des prestations ; définit l'organisation de l'HFR dans un règlement ; bilan et les comptes annuels, rapport de gestion ; collabore à l'élaboration du mandat de prestations, propose et répartit le budget global, allocation des ressources ; prend les décisions importantes en matière de gestion du personnel ; engage le directeur général, le directeur médical les responsables administratifs, médicaux et soignants en étroite collaboration avec le directeur général ; se détermine dans les cas de responsabilité civile ; veille au respect des règles d'éthique ; met en place un concept de protection des données et contrôle son application.*

Dans la loi du 4 novembre 2011, la composition, les missions et attributions du conseil d'administration ont été modifiées comme suit :

Le CA compte parmi ses membres le conseiller/ère d'Etat en charge du domaine de la santé.

Le CA a les attributions suivantes : adopte le budget, les comptes, ainsi que le rapport de gestion et les présente annuellement au Conseil d'Etat, qui en prend acte et les transmet au Grand Conseil pour information ; collabore à l'élaboration du mandat de prestations ; procède à l'allocation des ressources.

Les missions et tâches de la **Direction HFR** sont définies dans différents règlements établis par le CA.

- Le **directeur général (DG)** a pour mission générale d'organiser la direction générale et d'appliquer le règlement. Il est responsable sur le plan opérationnel du bon fonctionnement de la direction et de son développement. Il est assisté dans sa tâche par le **Conseil de direction**, qui exerce la direction sous forme d'une direction d'entreprise et assume la responsabilité du fonctionnement et de la gestion de chaque site. Il traite toute les affaires relevant de la direction HFR, en particulier: mise en œuvre de la stratégie décidée par le CA et du mandat de prestations ; planification des objectifs à court, moyen et long terme ; mise en place et maintien de la structure organisation ; octroi de l'utilisation des moyens financiers pour le fonctionnement et le développement ; management de la qualité ; communication interne et externe ; préparation des affaires traitées par le CA.
- Le **directeur médical (DM)** incarne l'autorité médicale fonctionnelle. Il n'a pas de responsabilité hiérarchique. Il a pour mission principale d'assurer la coordination des activités médicales, la qualité et la sécurité des prestations afin de garantir une prise en charge optimale des patients. Il est assisté par le **Conseil médical**, qui inclut plusieurs médecins responsables de spécialités ou de sites. L'effectif de la **direction médicale** est limité, à l'image de ses responsabilités décisionnelles.

- **Le directeur des soins** définit, élabore et met en œuvre la politique des soins infirmiers, médico-techniques, médico-thérapeutiques et des autres activités affectées au département des soins et veille à son application dans l'ensemble des sites. Il est assisté dans sa mission par la direction des soins, qui inclut un état-major, des responsables de fonctions transversales ainsi que les responsables de site.
- Le **collège des médecins** (règlement du 4 juin 2008, relatif à l'organisation médicale de l'HFR) a pour mission de veiller au bon fonctionnement, à la bonne cohésion et au développement des différentes disciplines médicales de l'hôpital. Parmi ses nombreuses tâches, on relève : *l'élaboration de la vision à long terme et la stratégie de développement de l'hôpital ; la nomination des membres des commissions structures et de nomination ; la possibilité de donner son préavis sur le règlement définissant l'organisation médicale, sur la composition, le fonctionnement et les charges des départements médicaux, sur la création de nouveaux postes de médecins chefs, chefs du laboratoire, chefs de services médico- techniques, et de médecins cadres; sur les projets de lois et les règlements touchant l'HFR ; avalise les décisions du conseil médical ; apporte des propositions destinées à améliorer le fonctionnement médical, l'organisation médicale, la sécurité la qualité des prestations ; établit son propre règlement d'organisation; propose au CA le mode d'élection des représentants du corps médical au CA.*

b) Analyse

- Le système mis en place pour gérer l'HFR au niveau stratégique et opérationnel est **déployé à 3 niveaux**, caractérisés par des missions et des fonctions différentes :
 - Le Chef de département, Conseiller d'État, exerce la conduite et la responsabilité politique. Sa mission est centrée sur l'accès aux soins, l'équilibre des régions, ainsi que sur les arbitrages et médiations dans le domaine de la santé publique.
 - Le CA a une mission de soutien, supervision voire de contrôle de la direction HFR, dans le système actuel. En principe, il ne devrait pas exercer de rôle opérationnel dans la conduite des affaires de l'HFR, mais participer à la gestion stratégique.
 - La direction a pour mission naturelle d'exercer la conduite opérationnelle de l'HFR.
- Dans la loi et la réalité du terrain, on relève le **poids du CA** dans le fonctionnement quotidien de l'entreprise : il est responsable non seulement du plan stratégique, mais également de larges pans de l'organisation et du fonctionnement hospitalier sur lesquels il exerce un contrôle réel. Pour répondre à cette mission, le CA devrait disposer de larges compétences spécifiques dans l'organisation et la gestion hospitalière, qu'il ne possède pas au vu de sa composition. L'analyse du système de régulation montre donc une tendance forte à la centralisation avec un contrôle de la gestion opérationnelle de l'HFR depuis les niveaux supérieurs, susceptible de perturber le fonctionnement de l'HFR, voire de favoriser les confusions de rôles.

- La présence de la **conseillère d'Etat** à deux, voire 3 niveaux constitue une particularité susceptible d'amplifier les confusions de rôles. Cette particularité a été en partie corrigée dès 2012 par les nouvelles compositions et organisation du CA, qui n'est plus présidé par la cheffe de département.
- L'organisation hospitalière montre un **directeur général**, membre unique de la Direction générale et responsable devant le CA de l'ensemble des missions et activités de l'hôpital. Pour accomplir cette mission, il est **assisté** par un conseil de direction, co-responsable, comprenant l'ensemble des corps de métiers essentiels au fonctionnement de l'hôpital. On constate néanmoins une grande solitude du directeur général, aggravée par des relations difficiles avec une partie des chefs de département et chef de service médicaux, voire franchement mauvaises avec certains d'entre eux.
- Le poste de **directeur médical** a été créé en 2007. Dans l'organisation actuelle, le directeur médical joue le rôle de facilitateur dans les processus médicaux et n'a pas de relations hiérarchiques avec ses collègues (relations fonctionnelles uniquement). Le directeur médical constitue un dirigeant avec de hautes compétences spécifiques, mis dans l'impossibilité d'effectuer toutes les activités qui devraient lui revenir, en raison de sa position relativement basse dans la direction, l'absence de relations hiérarchiques définies avec ses collègues, son faible soutien par bon nombre de chefs de départements, ainsi que sa position de simple participant dans le collège médical.
- Le **collège des médecins** jouit de larges prérogatives dans tout ce qui touche le domaine médical, pour autant qu'il puisse faire entendre sa voix auprès du directeur général et du CA. Sur le papier, il possède un poids supérieur à celui du directeur médical dans le fonctionnement et le développement de l'hôpital fribourgeois. Cette organisation bicéphale affaiblit in fine le poids du corps médical dans l'institution et empêche le développement et la mise en œuvre d'une véritable stratégie médicale.
- Si l'on peut comprendre que, pendant les premières années d'existence de l'HFR, la priorité a dû être mise sur sa constitution et son organisation, la crise a mis en évidence **un manque de vision** dans l'ensemble du système de direction de l'HFR. En témoignent, l'absence de plan directeur pour la mise en place du réseau hospitalier fribourgeois et des départements hospitaliers. Elle a également révélé **un défaut d'anticipation** qui a marqué les quatre premières années de fonctionnement du réseau fribourgeois de gynécologie-obstétrique et a joué un rôle important dans la mise en crise du département.
- Globalement, l'analyse effectuée met en évidence la **faiblesse du pilotage de l'HFR**, particulièrement dans les situations de crise, situations qui font pourtant partie de la vie usuelle de tout hôpital.

3.2. Le retard dans la mise en place de départements inter-hospitaliers

- Le retard dans la mise en place d'un véritable département fribourgeois de G&O a joué un rôle considérable dans la mise en crise des sites de Fribourg et de Riaz et dans l'extrême difficulté de remédier à l'aggravation inexorable des problèmes rencontrés sur les 2 sites. En témoignent les éléments suivants : absence de plan directeur pour la mise en réseau, collaboration très limitée des différents sites, absence de standards de soins similaires dans les différents sites, non prise en considération de l'organisation du département par les 2 commissions de structure, non description des tâches liées à la conduite du département dans le cahier des charges de la nouvelle médecin cheffe de département. De l'avis des experts, la responsabilité dans le retard dans la mise en place du réseau doit être imputée aux 3 niveaux du système de gouvernance de l'HFR, si l'on se réfère à leurs missions respectives :
 - le Conseil d'Etat, responsable du mandat de prestation, ainsi que de la définition et de la répartition des missions des différents sites hospitaliers,
 - le CA, responsable de l'organisation des activités hospitalières, du développement de l'HFR, de son fonctionnement et de la qualité des prestations,
 - le directeur général (et le Conseil de direction), responsables de la mise en œuvre de la stratégie décidée par le CA et du mandat de prestations.
- L'absence de **plan de relève** a également contribué à compliquer la situation de l'HFR. L'organisation de la relève médicale devrait constituer une des missions prioritaires du directeur médical.
- Ces éléments auraient dû être anticipés et réglés par le DG et par le CA de l'HFR.

3.3. La gestion des problèmes du DG&O et de la crise par la Direction HFR et le CA

- Les 2 commissions de structure de G&O des sites de Fribourg et Riaz ont fonctionné de manière indépendante, en l'absence d'un plan directeur pour la mise en place d'un département inter-hospitalier. Ceci a bloqué l'organisation d'un véritable département.
- L'évaluation des locaux qui n'étaient plus adaptés aux standards actuels et la dotation en personnel n'ont pas été pris en compte par la commission de structure du site de Fribourg. Le rôle du chef de département n'a pas été défini.
- Les omissions concernant le plan pour la mise en place du département fribourgeois de gynécologie obstétrique, en particulier pour la collaboration entre les médecins des sites de Fribourg et Riaz, l'absence de réponses de la direction HFR aux demandes de la cheffe de département sur la réfection des locaux du site de Fribourg et le

pilotage distant du directeur général ont joué un rôle clé dans le départ de la cheffe de département et dans l'aggravation inéluctable de la crise à Fribourg et à Riaz.

- De l'avis des experts, le directeur général et le Conseil de direction, responsables de la conduite opérationnelle de l'HFR, portent une part de responsabilité dans le management peu efficace des événements liés au DG&O, en particulier dans les champs suivants : préparation de la transition liée au départ à la retraite de l'ancien médecin chef, évaluation des besoins en locaux et en personnel, accueil de la nouvelle cheffe de département et réponse à ses demandes, organisation du réseau et des collaborations entre Riaz et Fribourg, gestion de la repourvue du poste de médecin chef du DG&O (au printemps 2011), gestion des variantes permettant d'éviter la fermeture du site de Fribourg.
- Le CA est intervenu lorsque l'aggravation de la crise à Fribourg et à Riaz a menacé l'ensemble des activités du département, en particulier l'obstétrique. L'absence de spécialistes en nombre suffisant a failli conduire à la fermeture de la maternité de Fribourg. Ces menaces ont conduit le CA et sa présidente à soutenir activement la direction HFR, sur un mode de « sauvetage ». Cette intervention a permis de trouver des solutions à la crise et d'empêcher la fermeture du site de Fribourg.

3.4. Les éléments conjoncturels et imprévisibles

- La relève des cadres médicaux dans certaines spécialités médicales est aujourd'hui difficile en Suisse ; c'est le cas dans le domaine de la gynécologie obstétrique, comme attesté par les responsables des centres universitaires consultés. La planification de la relève dans tous les grands hôpitaux régionaux de notre pays fait donc partie des soucis quotidiens des directions hospitalières.
Plusieurs facteurs ont probablement joué un rôle significatif dans les difficultés à recruter des chefs de cliniques de G&O à l'HFR, puis dans le remplacement de la médecin cheffe démissionnaire. Pour la G&O les facteurs principaux incluent : réputation de l'hôpital et du service ; niveau du salaire de base et possibilité d'obtenir des compléments de salaire ; localisation de l'hôpital ; types d'activités (opératoires et médicales) et patientèle ; pénibilité et fréquence des gardes (liées à la dotation en médecins formés) ; pour les chefs de clinique, possibilité d'effectuer des interventions chirurgicales pour compléter leur liste opératoire.
- Les départs précipités et simultanés des deux co-cheffes de département (en été 2011), durant les premiers mois de leur activité, n'étaient pas directement prévisibles. Il en est de même de l'absence de soutien médical des centres hospitaliers voisins. Ces éléments, imprévisibles par nature, ont contribué à compliquer la tâche des dirigeants de l'HFR.

En **conclusion**, la répartition des compétences, inadéquate dans plusieurs domaines, entre les différents organes et instances décisionnelles de l'HFR, ainsi que le retard dans la mise en réseau des hôpitaux et des départements ont constitué un environnement favorable au développement de la crise du DG&O. Dans ce contexte difficile, l'HFR n'a pas pu compter sur un management qui, soumis de plus à des événements conjoncturels et imprévisibles, aurait permis de gérer une situation devenue hautement problématique.

4. LE DÉPARTEMENT DE G&O, SITE DE FRIBOURG, EN MARS 2012

- **Structure** : le DG&O est constitué de 2 sites hospitaliers (Fribourg et Riaz) sans liens depuis l'arrivée de la nouvelle équipe dirigeante, en octobre 2011. Le départ (au printemps 2012) du médecin chef de Riaz a permis de modifier ce mode de fonctionnement, et de mettre en place un département multisite, sous l'impulsion du directeur médical et de la nouvelle DG.
- **Equipe médicale**. La nouvelle équipe médicale est en place depuis le 1er octobre 2011. Elle est composée d'un médecin chef de site, de 2 médecins chefs adjoints et de 2 médecins cadres.

La nouvelle équipe de cadres possède une large expérience dans tous les domaines de la spécialité. Dès son arrivée, elle a mis en place un large programme de changements des pratiques en gynécologie-obstétrique, alors que le programme d'encadrement et formation des médecins assistants a été revitalisé.

- Les **équipes soignantes** restent en crise (février 2012). La transition rapide, les changements nombreux effectués par la nouvelle équipe médicale ont occasionné des tensions.
- **Gouvernance et leadership**. Le nouveau médecin chef jouit d'une autorité incontestée dans la clinique, il est soutenu par les médecins cadres en place. Il bénéficie du soutien d'un manager professionnel expérimenté, qui l'aide à mettre en place un système moderne de gouvernance et de management. Ce système, qui devrait être mis en place dès le printemps 2012, est basé sur des concepts modernes de gestion à tous les niveaux.
Comme on peut l'imaginer, il n'a pas été possible de mettre en place un système de management participatif dans la clinique, compte tenu du temps fort limité et de la gravité de la crise traversée par la clinique en 2011.
- **Analyse**. La venue de la nouvelle équipe médicale de gynécologie-obstétrique a permis au site de Fribourg de se reconstituer rapidement. Les perspectives de développement sont réjouissantes, pour autant qu'un système de management participatif soit établi et que l'équipe médicale dirigeante intègre le corps infirmier à la marche et au développement de la clinique.

5. RECOMMANDATIONS

5.1. **Établir un plan directeur pour définir le fonctionnement de l'hôpital fribourgeois et de ses départements.**

En pratique, il s'agit d'élaborer les modalités pratiques de mise en action de la loi, en définissant le périmètre des départements et les modes de collaboration entre les différents sites hospitaliers.

Les experts estiment que la définition de **standards des pratiques médicales et des soins**, applicable à tous les sites d'une même spécialité médicale est indispensable, de manière à assurer aux patients du canton une prise en charge de qualité, quelque soit le site où ils sont pris en charge : il s'agit d'un objectif de santé publique.

5.2. **Etablir un plan détaillé du fonctionnement en réseau dans le département de gynécologie, ainsi que dans les autres départements de l'HFR.** Dans une première étape, il est nécessaire de définir le modèle de réseau, en particulier la définition de la mission de chaque site hospitalier, les standards de prestations médicales et des soins, ainsi que les modes de collaboration des cadres médicaux.

5.3. **Revoir la gouvernance générale de l'HFR** et de ses instances de régulation : Conseil d'Etat et service de la santé publique, conseil d'administration et direction générale. Il s'agit de modifier le système mis en place, caractérisé par une hypercentralisation à tous les niveaux. Nous proposons de redéfinir la mission et les compétences de chaque niveau de décision (Conseil d'Etat, service de la santé publique, CA). La même démarche concerne la direction de l'HFR et ses différents organes dirigeants : direction générale, direction médicale, direction des soins, collège médical, etc.

5.4. **Revoir la mission respective du conseil d'administration et de la direction générale HFR, ainsi que la répartition des activités entre le conseil d'administration, le directeur général, le conseil de direction et les organes de la direction médicale.**

En pratique, il s'agit de revoir le fonctionnement global du système et de modifier les règlements élaborés par le CA pour délimiter les rôles missions et activités du CA, du bureau et de son président, ainsi que de la direction de la l'HFR.

La **direction de l'HFR et ses organes** devraient être responsables de l'ensemble des missions et tâches opérationnelles, en particulier celles concernant les activités médicales, les soins, la relève médicale.

5.5. **Revoir le fonctionnement interne de la direction HFR**, en particulier les relations fonctionnelles entre la direction générale, la direction médicale, la direction des soins et le collège des médecins.

- Créer une **direction générale**, dont la mission première serait centrée sur la production principale de l'HFR : les prestations médicales, les soins et la santé. En

pratique, elle serait responsable de mettre sur pied un système de **gouvernance clinique** comme philosophie de base pour l'organisation hospitalière. Développer la gouvernance clinique consiste à mettre en place un pilotage des activités cliniques centrées sur la qualité des soins et les besoins des patients, en s'assurant de l'utilité et de l'économicité des prestations fournies. Dans un tel cadre, on souligne l'intérêt de mettre en phase les deux corps de métiers soignants (médecins et infirmiers) avec les responsables de la gestion et l'administration hospitalière.

- Renforcer la place du **directeur médical** dont les responsabilités dans le domaine médical devraient être élargies : relève, plans de formation, coordination des départements, synergie avec le département de médecine de la Faculté des sciences de l'Université de Fribourg.
- Créer une **direction médicale forte** autour du directeur médical et de quelques chefs des départements et représentants des sites hospitaliers principaux. Pour lui donner du poids dans l'institution, cette direction médicale devrait reprendre certaines compétences du collège des médecins, en particulier l'organisation et la conduite des commissions de structure et de nomination des médecins-chefs.
- Associer le **directeur médical à la présidence du collège des médecins** en créant un système de co-présidence, basé sur les domaines d'action et compétences. Au directeur médical reviendraient les domaines relevant de l'institution et au co-président, représentant des médecins, les domaines relevant de la défense des intérêts du corps médical (conditions de travail, etc.).

5.6 Faire établir par le directeur médical un **plan de relève** pour l'ensemble des disciplines médicales et non médicales.

5.7. Valoriser la présence d'un **département de médecine au sein de l'Université de Fribourg**, responsable de la formation médicale de niveau bachelor.

5.8. Établir un **lien entre le DG&O de l'HFR et le groupement des gynécologues de la ville de Fribourg** (c'est le cas de facto à Riaz).