

Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital

Guide méthodologique

Juin 2006



ensemble
modernisons l'hôpital
.....
c.r.é.e.r. Hôpital 2007

Préface

Les professionnels qui ont élaboré ce guide appartiennent à des établissements qui ont engagé, pour certains depuis plusieurs années, des démarches visant à faire évoluer leur organisation et la gouvernance.

C'est à partir de leur expérience qu'ils déclinent dans ce document la démarche projet en l'illustrant d'exemples concrets mais non exhaustifs. Ce guide doit donc, être considéré par les professionnels, comme une aide méthodologique à adapter à la réalité de l'institution dans laquelle ils travaillent.

Il vient compléter le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières mis en place par la DHOS, lequel s'appuie sur deux leviers :

> un site internet (WWW.reformes-hospitalieres.com) qui compte trois objectifs principaux:

- communiquer en informant les cadres et les praticiens hospitaliers,*
- coopter leurs expériences,*
- permettre les échanges.*

> un axe « formation des cadres responsables » centré sur la mise en place pratique des réformes.

La nouvelle gouvernance représentée pour les établissements publics de santé' une opportunité incontestable sur le plan stratégique et managérial pour faire évoluer leur organisation interne



Préambule

Le contexte du projet

Le plan Hôpital 2007, dans son 3ème axe « nouvelle gouvernance » demande aux différents acteurs des établissements de santé, et plus particulièrement à l'encadrement, de penser à une refonte approfondie des réorganisations des activités.

Cette approche rénovatrice, déjà initiée, voire expérimentée, dans plusieurs établissements, devra être mise en œuvre en décembre 2006 sur l'ensemble du territoire. C'est dans ce contexte que des cadres de santé, désireux de retrouver par la mise en œuvre de cette réforme leur fonction principale de management, ont sollicité la DHOS pour mener une réflexion en terme de méthodologie, afin de faire face et de répondre aux nouveaux objectifs qui leur sont assignés.

Il y avait de toute évidence, dans ce contexte, une opportunité pour que les diverses logiques souvent cloisonnées et segmentées trouvent enfin leur point de convergence.

Si chaque établissement doit trouver ses propres solutions pour gérer cette évolution, les acteurs hospitaliers doivent pouvoir compter sur une politique incitative et sur des mesures d'accompagnement nationales, notamment sur le plan méthodologique.

C'est pourquoi, la DHOS a décidé de constituer un groupe de réflexion, afin d'élaborer un guide méthodologique d'accompagnement à la mise en place de la nouvelle gouvernance au sein des différentes structures de santé.

Le pilotage de ce projet a été confié à Anne-Marie Doré, directrice des soins, conseillère technique - DHOS .

Sommaire

• Avant propos	5	• 3 ^{ème} étape: la mise en œuvre	39
• 1 ^{ère} étape : le diagnostic stratégique	6	- La communication	42
- L'établissement et son environnement	8	- La validation du périmètre des pôles. La désignation des responsables	46
- Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement	9	- Les modalités de fonctionnement des pôles	50
- La politique institutionnelle	11	- Le projet de pôle	54
- Le management et les acteurs	12	- La contractualisation: la délégation, la déconcentration de gestion, l'intéressement	58
- Le système d'information	14		
- La communication	15		
• 2 ^{ème} étape: la réflexion préalable	17	• Conclusion	61
- La politique institutionnelle: configuration des pôles	20	• Textes de références	62
- Le management et les acteurs	22	• Glossaire	63
- Les interfaces entre le conseil exécutif et l'équipe de direction, entre le conseil exécutif et les instances	32	• Abréviations	64
- Le système d'information	35		
- La communication	36		

Avant-propos

La mise en place de la nouvelle gouvernance implique un engagement fort du directeur chef d'établissement, de son équipe et, notamment, du directeur des soins, coordonnateur général des soins, ainsi que du président et du bureau de la commission médicale d'établissement (CME).

A l'évidence, c'est à eux d'initier la démarche qu'ils devront conduire ensemble.

Plus généralement et s'agissant d'une évolution culturelle importante, l'implication de tout l'encadrement est également fondamentale.

Il convient de distinguer trois étapes principales : **le diagnostic stratégique**, **la réflexion préalable** à la mise en oeuvre **et la mise en oeuvre**, chacune devant être abordée selon la chronologie présentée dans ce document.

Le respect de cette méthodologie facilitera la compréhension et l'appropriation des principes et des outils pour conduire cette réforme.

1^{ère} étape: le diagnostic stratégique

Le diagnostic stratégique

Le diagnostic stratégique devra permettre de situer l'établissement et d'en préciser les enjeux dans le territoire de santé, par une démarche dont le cadre dépasse celui du projet d'établissement et des projets de services.

Faire un diagnostic stratégique :

- c'est situer l'établissement dans son contexte sanitaire, politique, social et économique (prise en compte de l'offre de la concurrence) ;
- c'est, au sein de l'établissement, identifier et évaluer les forces et les faiblesses, les opportunités, les acteurs-ressources, avant d'initier cette démarche ;
- c'est repérer objectivement les outils performants, leurs apports mais aussi leurs limites ;
- c'est identifier la politique de communication.

Le diagnostic stratégique

L'établissement dans son environnement *

La connaissance du contexte environnemental est fondamentale pour la mise en place de la nouvelle gouvernance. En effet, même si celle-ci apparaît comme une réforme interne à l'établissement, l'environnement socio-économique, culturel et politique va constituer soit un atout, soit un frein, qu'il faudra prendre en compte dans la démarche.

- **Les enjeux stratégiques :**

- la place de l'établissement dans son environnement : la politique locale, les indicateurs de type démographique, sociologique du bassin de population couvert par l'hôpital (indicateurs INSEE : logement, chômage, niveau d'études, migration, RMI, etc) ;
- l'inscription dans le territoire de santé tel que défini par le SROS III : projet de territoire de santé, offre de soins d'amont et d'aval, structures sanitaires publiques et privées, secteur libéral ;
- le soutien des administrateurs : les identifier, évaluer leur niveau d'implication pour l'hôpital ;
- les rapports avec les tutelles : les antécédents, la situation financière, les relations avec celles-ci ;
- l'image de l'établissement : perception positive ou négative au sein de la population de la région et du territoire de santé, aspect architectural , communication externe

* *Textes de référence art.L.6121.1 à L.6121.5 du CSP : SROS III*

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement

Étape incontournable avant toute mise en œuvre, il doit être précis et documenté : il ne faut donc pas hésiter à y consacrer du temps et penser à collecter, exploiter et croiser toutes les informations (tableaux de bord, résultats d'audits, projets antérieurs, etc)

La responsabilité du pilotage du projet, au niveau institutionnel, incombe au directeur chef d'établissement, à son équipe et au président de la CME.

Faire un diagnostic de l'existant, c'est se poser les questions suivantes :

- quelles sont les données objectives et objectivables concernant l'établissement : nombre de lits, personnel, budget, modes de prise en charge, activités médicales, etc ?
- quelle politique du système d'information : outils de recueil d'information institutionnels, procédures de gestion documentaires, évaluation de l'efficacité des outils par les acteurs ?
- quels indicateurs de ressources, d'activités, de résultats ?
- quelle lisibilité et quelle cohérence des données recueillies ?

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement

Quatre axes de réflexion

La politique institutionnelle

Le management et les acteurs

Le système d'information

La communication

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement

1^{er} axe: La politique institutionnelle

Existe-t-il

- un projet mobilisateur ?
- un contexte institutionnel en évolution ?

Exemples

- Élaboration des différents projets institutionnels dont le projet d'établissement, le projet de territoire de santé ou toute conduite de projets transversaux
- Dynamique de démarche qualité, d'accréditation / de certification
- Fusion d'établissements.
- Coopération, notamment GCS, GIE, GIP
- Restructuration de services
- Projet de construction d'un hôpital neuf
- Création de nouvelles activités médicales
- Missions d'appui, missions d'inspection
- Changement de chef d'établissement, de président de CME, de directeur des soins, coordonnateur général des soins

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement
2^{ème} axe: le management et les acteurs.

Existe-t-il

- des personnes ressources susceptibles de faciliter la démarche ?
- des instances particulières et/ ou provisoires ?
- des instances ou des modalités de management qui engagent les acteurs ?

Exemples

- Directeurs
- Médecins
- Directeur des soins, coordonnateur général des soins
- Cadres supérieurs de santé, cadres de santé et cadres socio-éducatifs
- Cadres administratifs et techniques
- Partenaires sociaux
- Réunions de coordination médecins-direction.
- Conseil exécutif provisoire
- Fonctionnement des conseils de services
- Élaboration de projets d'unités médicales ou de projets de services

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement

2^{ème} axe: le management et les acteurs.

Existe-t-il

- des regroupements de services préexistants ou des filières patients structurées ?

Exemples

- Département ou pôle femmes-enfants
- Département ou pôle gériatrique
- Fédération SAMU/ Urgences

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement

3^{ème} axe: le système d'information

Existe-t-il

- un système d'information hospitalier structuré ?
- une comptabilité analytique ?

Exemples

- Informatique organisée : réseau, matériel, logiciels
- DIM opérationnel : saisie de l'activité médicale (RUM), exploitation efficiente
- Schéma directeur informatique
- Contrôleur de gestion
- Tableaux de bord
- Réunions de gestion

Le diagnostic stratégique au sein de l'établissement
4^{ème} axe: la communication

Existe-t-il

- Une politique de communication ?

Exemples

- Cellule de communication
- Journal interne
- Intranet
- Messagerie organisée
- Journées institutionnelles
- Rencontres sur le terrain

Les interfaces et les acteurs

Dans cette phase la contribution des médecins, des cadres de santé et socio-éducatifs, des cadres administratifs et techniques, pour le renseignement des données et leur analyse est un élément fondamental dans la conduite du diagnostic stratégique.

2^{ème} étape : la réflexion préalable

La réflexion préalable

La réflexion préalable doit permettre à l'établissement :

- de penser à la configuration des structures et de définir l'organisation future ;
- de trouver sa logique propre de conduite de ce projet.

Il s'agira de repérer les leviers d'actions, de fédérer les acteurs porteurs des évolutions.

La responsabilité de cette phase, au niveau institutionnel, incombe au directeur chef d'établissement et à son équipe, au président de la CME et au corps médical en articulation avec l'encadrement supérieur.

**La réflexion préalable est une phase de questionnement
et d'élaboration stratégique,
qui préfigure la phase de mise en oeuvre.
C'est une étape qui conditionne la réussite du projet.**

La réflexion préalable

Cinq axes

La politique institutionnelle

Le management et les acteurs

Les interfaces entre le conseil
exécutif et les autres instances

Le système d'information

La communication

La réflexion préalable

1^{er} axe : la politique institutionnelle - Configuration des pôles

Mener la réflexion sur

- l'étude macroscopique de l'établissement
- les principes logiques d'association de services liés à des facteurs d'activité, d'architecture et financiers

Objectifs

- **Identifier** la logique de production d'activités et de moyens
- **Réfléchir** à la taille minimale d'un pôle selon une masse critique, en lien avec l'activité médicale et l'effectif en personnel
- **Imaginer** la configuration des pôles en fonction :
 - du projet médical,
 - de filières d'activité,
 - des différents modes de prise en charge,
 - d'intérêts communs de culture, de ressources, de site, de management,
 - de logique client fournisseur (pôle cliniques, médico techniques et administratifs),
 - de logique architecturale,
 - de logique économique

La réflexion préalable

1^{er} axe: la politique institutionnelle - Configuration des pôles

Mener la réflexion sur

- les modalités de délégation, d'intéressement.
- le principe de logique d'articulation des pôles
- le socle commun d'une charte et d'un règlement intérieur de pôle

Objectifs

- **Rechercher** des domaines où des actions innovantes peuvent être développées, en matière de délégation et d'intéressement collectif *
- **Garder** une cohésion institutionnelle
- **Élaborer** un socle commun de charte et de règlement intérieur, afin d'assurer un fonctionnement homogène des pôles dans la phase de mise en oeuvre

** Ordonnance du 2 mai 2005, art 5 L.6145-16*

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs.

Mener la réflexion sur

- une démarche participative : comité de pilotage, comité de suivi
- la gestion de la différence de dynamique entre les pôles
- l'accompagnement et la gestion du passage d'une phase de déconstruction à une phase de construction.

Objectifs

- **Initier** et mettre en place une dynamique de projet en mobilisant l'encadrement (médical, administratif, soignant, etc)
- **Affirmer** l'importance d'un pilotage par le conseil exécutif provisoire(s'il existe) ou un binôme cohérent : équipe de direction et président de CME
- **Organiser** le partage d'expériences entre établissements et entre pôles afin de maintenir un liant entre les plus avancés et ceux qui sont en cours de maturation
- **Imaginer** la possibilité de mise en place et d'opérationnalité des pôles selon un mode progressif
- **Maintenir** la cohésion, anticiper les conflits par une communication organisée

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur

- l'élaboration d'une politique de gestion des ressources humaines : missions et rôles des différents acteurs
- La définition des modalités de subsidiarité ou de délégation, de fongibilité, de contractualisation

Objectifs

- **Déterminer** quel grade pour quel niveau de décision au sein du pôle (possibilité de séparation entre le grade et la fonction)
 - **Action** : élaboration de profils de fonctions
- **Définir** l'accompagnement et la formation des nouveaux métiers : assistants de gestion, contrôleurs de gestion
 - **Action** : identification des nouveaux métiers
- **Faciliter** la compréhension des nouveaux principes de management

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur

- la création d'un groupe projet
- l'esprit d'émulation institutionnelle

Objectifs

- **Créer** un lien entre les nouvelles instances et les instances existantes
- **Faire évoluer** le fonctionnement et les missions des groupes projet existants
 - **Action** : constitution du groupe
- **Développer** un esprit d'émulation et non de compétition
 - **Action** : organisation de réunions transversales afin de maintenir la cohérence institutionnelle, au travers de la mise en œuvre de différents projets, notamment le projet d'établissement

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur le rôle

- du directeur chef d'établissement, responsable de l'application des décisions et représentant légal de l'établissement

Objectifs

- **Garantir** la politique institutionnelle, la stratégie et le système d'information au sein de l'établissement
- **Assurer** le pilotage et la coordination de la démarche, en partenariat avec le président de la CME, en interaction avec l'équipe de direction et notamment avec le directeur des soins, coordonnateur général des soins (rôle du conseil exécutif provisoire s'il existe)
- **Faire évoluer**, en fonction de la réglementation et selon l'évolution du projet, son positionnement stratégique et opérationnel
- **Maintenir** la cohésion de l'équipe de direction

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur le rôle

- du président de la commission médicale d'établissement (CME)

Objectifs

- **Intégrer** son nouveau positionnement au sein de l'institution
- **Maintenir** la cohésion du corps médical et la cohérence de ses actions
- **Imaginer** des systèmes d'information efficaces à l'attention de la CME et du corps médical
- **Sensibiliser** les praticiens au développement de la culture hospitalière et de la conduite du changement

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs.

Mener la réflexion sur le rôle

- des directions fonctionnelles

Objectifs

- **Identifier**, au sein de l'équipe de direction, un référent pour chaque pôle
- **Concevoir** les outils qui permettront :
 - d'assurer la coordination et la cohérence de l'ensemble : mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens ;
 - d'aider les cadres à élaborer des tableaux de bord, des instruments de gestion, etc ;
 - d'élaborer et d'assurer le suivi des contrats de pôles ;
 - de gérer les relations client fournisseur interne
- **Prévoir** des rencontres régulières entre le trinôme de chaque pôle et le directeur qui suit la délégation de gestion
- **Prévoir** des bilans réguliers avec le directeur chef d'établissement

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs.

Mener la réflexion sur le rôle

- du directeur des soins, coordonnateur général des soins, dans le cadre de ses compétences

Ses domaines de compétences et de responsabilités, son expertise dans l'organisation des soins et sa qualité de membre de l'équipe de direction constituent des atouts en faveur de sa présence au sein du conseil exécutif, par décision du directeur.

Objectifs

- **Coordonner** l'ensemble des acteurs de soins *
- **Être** une interface entre le directeur et le président de la CME
- **Veiller** à la cohérence du projet de soins institutionnel dans la perspective de la mise en place des pôles
 - **Action** : préciser les responsabilités dans l'organisation des soins (niveaux hiérarchiques et fonctionnels) - Définition des missions - Elaboration d'un organigramme fonctionnel et hiérarchique
- **Impliquer** l'encadrement dans des réunions institutionnelles, le projet de soins, la démarche qualité, des projets transversaux, afin de maintenir son unité.

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La réflexion préalable

2^{ème} axe: le management et les acteurs

Mener la réflexion sur le rôle

- du cadre supérieur de santé

La mise en place des pôles d'activités lui confère un positionnement stratégique et affirmé au sein d'une politique institutionnelle.

Objectifs

- **Préciser** sa position hiérarchique et fonctionnelle *
- **Situer** ce poste, en terme de responsabilités, au sein du trinôme médecin-cadre de santé- cadre administratif, dans un contexte de missions transversales
 - **Action** : élaboration d' un profil de fonction définissant le champ de responsabilités, les compétences requises, le niveau de formation et ses missions
Ce profil devra également préciser :
 - son rôle dans le cadre de la délégation de gestion dans les différents domaines et notamment par rapport à la gestion du personnel (interface entre la direction des soins, la DRH et le pôle) ;
 - sa participation à des missions transversales (participation à des instances, des comités ad hoc internes et externes, des groupes de travail, etc.), de façon à développer sa vision stratégique et politique de l'institution

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur le rôle

Objectifs

. du cadre de santé/socio éducatif

La mise en place des pôles confère au cadre de santé un rôle fondamental dans l'adhésion des personnels et une fonction d'interface avec les équipes.

- **S'assurer** que, dans la phase de mise en œuvre, les cadres s'approprient les changements d'organisation au niveau institutionnel, de façon à les intégrer à leur mode de management
- **S'assurer** que le groupe des cadres de santé/cadres socio-éducatifs d'un pôle soit en cohérence avec l'accompagnement des nouvelles structures à manager (unités fonctionnelles, activités, etc)
- **Préciser** les lignes hiérarchiques et fonctionnelles, internes et externes, au pôle
- **Inform**er les cadres de façon régulière sur le niveau d'avancement des projets et **recueillir** leurs observations
- **Prévoir** l'élaboration d'une définition de fonctions précisant le champ de responsabilité, leur niveau d'implication dans les processus décisionnels, renforcer le principe de subsidiarité
- **Travailler** sur la délégation et sur les champs de compétences en fonction de la configuration des pôles
 - **Action** : formation pour
 - ❑ préparer les cadres à l'évolution de la notion de proximité dans le passage du service ou de l'unité autonome à leur intégration au sein d'un pôle ;
 - ❑ intégrer dans leur mode de gestion de ressources humaines la notion de mobilité personnelle, en s'appuyant sur une politique de gestion des compétences

La réflexion préalable

2^{ème} axe : le management et les acteurs

Mener la réflexion sur le rôle

Objectifs

- du cadre administratif, assistant de gestion au niveau du pôle
- **Préciser** les lignes hiérarchiques et fonctionnelles au sein et en dehors du pôle *
 - **Action** : organigramme fonctionnel et hiérarchique
- **Prévoir** un processus d'adaptation et d'intégration
- **Réfléchir** sur ses inter relations avec le médecin responsable et le cadre
 - **Action** : élaboration d'un profil de fonction et de poste
- **Préciser** le champ de responsabilités, les rôles et la fonction par rapport au cadre supérieur, en particulier dans la gestion des ressources humaines
- **Définir** leur rôle d'interface entre les pôles et les directions fonctionnelles, dans le cadre d'une « relation client fournisseur »
- **Réfléchir** à leur participation à des projets transversaux au niveau de l'institution, de façon à leur donner une vision stratégique

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La réflexion préalable

3^{ème} axe: les interfaces entre le conseil exécutif et l'équipe de direction, le conseil exécutif et les instances

Mener la réflexion sur

- le conseil exécutif * et l'équipe de direction
- le conseil exécutif et les instances

Objectifs

La réunion de direction

- Redéfinir son rôle et ses missions par rapport au conseil exécutif :
- ❑ maintenir une cohérence institutionnelle et opérationnelle ;
- ❑ préparer et coordonner les interventions des différents directeurs au cours du conseil exécutif ;
- ❑ tenir compte du fait que, dans certaines structures, tous les directeurs ne participent pas au conseil exécutif

L'équipe de direction met en œuvre les décisions du conseil exécutif.

- **Ordonner et définir** le rythme des réunions du conseil exécutif par rapport aux différentes instances (CME, CTE, CA, CSIRMT)
- **Rythmer** ces réunions les unes par rapport aux autres

La CME

- Rendre compte à la CME : compte rendu, synthèse par le directeur ou le président de la CME
- La CME émet un avis sur les propositions du conseil exécutif.

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La réflexion préalable

*3^{ème} axe: les interfaces entre le conseil exécutif
et l'équipe de direction, le conseil exécutif et les instances*

Mener la réflexion sur les interfaces

- conseil exécutif / instances

Objectifs

Le CTE

- Lorsque le conseil exécutif sera constitué, que devra-t-il diffuser : PV, synthèse, etc, et comment ?
- A quel moment et comment associer les partenaires sociaux ?
- Il émet un avis sur les propositions du CE.

Le CA *

- Il articule de manière forte les deux instances.
- Il transmet un PV ou une synthèse.
- Il adopte ou non les propositions du conseil exécutif.

La CSIRMT **

- Par l'intermédiaire du directeur des soins, coordonnateur général des soins, elle informe et fait remonter au CE les avis et les remarques de la CSIRMT.
- Elle émet un avis sur les propositions du CE.

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

** Décret N°2005-1656 du 26 décembre 2005, art R.6146-50

La réflexion préalable

4^{ème} axe: le système d'information

Mener la réflexion sur

- la création d'outils de gestion communs et performants

Objectifs

- **Veiller** à ce que les outils du système d'information soient adaptés, partagés, interfacés et utilisables par les différents acteurs de pôles pour faciliter la lisibilité des tableaux de bord
 - **Action**: création de tableaux de bord.

La réflexion préalable

5^{ème} axe : la communication

L'élaboration de la politique de communication est un élément essentiel de cette phase de réflexion. Elle se concrétise, dès cette phase, par la mise en place d'une cellule de communication pluri-disciplinaire et peut s'accompagner par la désignation d'un chargé de communication.

En effet, la clarté des messages qu'elle véhiculera, la conception des supports et la définition des circuits constituent des atouts majeurs, favorisant la compréhension et l'appropriation de cette démarche de changement par les acteurs.

La réflexion préalable

5^{ème} axe: la communication

Mener la réflexion sur

- la communication, l'information, la formation
- la stratégie de communication

Objectifs

- **Définir** un langage commun
- **Faciliter** la mise en place des pôles et le positionnement des différents acteurs à l'intérieur des pôles
- **Adapter** le support et le discours en fonction des interlocuteurs :
 - ✓ *en interne* :
 - aux instances (CA, etc) ;
 - aux personnels ;
 - à l'encadrement ;
 - aux partenaires sociaux
 - ✓ *en externe* :
 - aux tutelles ;
 - aux usagers ;
 - aux élus ;
 - aux professions libérales

La réflexion préalable

5^{ème} axe: la communication

- **Action** : présentation d'exemples concrets à des groupes pluri-professionnels pour visualiser les effets de la gestion déconcentrée
- **Action** : diffusion d'une information régulière sur l'avancement du projet (tableaux de constitution et échéancier) aux services du futur pôle
- **Action** : organisation et animation de rencontres avec les personnels tout au long du processus de mise en pôle
- **Action** : diffusion des informations par affichage, par journal interne, par intranet, etc

3^{ème} étape : la mise en oeuvre

3^{ème} étape : la mise en œuvre

C'est la concrétisation des configurations et des fonctionnements conçus dans la **phase de réflexion préalable**, sur la base des éléments du **diagnostic stratégique**.

Elle doit aboutir, par la coordination de l'ensemble des acteurs, à la concrétisation des objectifs posés.

Elle comporte une phase de transition qui devra permettre de passer d'une configuration à une autre, sans induire de fracture au sein de l'établissement.

Le rôle des cadres de proximité est fondamental de par leur positionnement en interface avec les différentes logiques de l'institution.

La mise en oeuvre

Cinq axes de réflexion

La communication

La validation du périmètre des pôles, la désignation des responsables

Les modalités de fonctionnement des pôles : le règlement intérieur

Le projet de pôle

La contractualisation la délégation, la déconcentration de gestion, l'intéressement

La mise en oeuvre

1^{er} axe : la communication

Objectifs

- assurer de la transparence et permettre une lisibilité des actions.
- délivrer un message clair

Mise en oeuvre

- **Élaboration** d'un plan de communication en tenant compte de ce qui existe
- **Désignation** des acteurs chargés de la communication au niveau du pôle et du service
- **Organisation** d'un maillage entre les acteurs, de façon à éviter les effets de redondance, voire d'incohérence
- **Diffusion** d'informations précises, concises et compréhensibles par tous en adéquation avec les objectifs fixés

La mise en oeuvre

1^{er} axe : la communication

Objectifs

- sensibiliser, accompagner, favoriser l'adhésion du plus grand nombre de personnels

Mise en œuvre

- **Mise en évidence** des actions et des effets positifs des réformes pour les acteurs, mais en précisant aussi les difficultés dans leur mise en oeuvre
- **Utilisation** des supports adéquats selon les cibles, par exemple : un support d'informations générales à destination de tout le personnel et un support plus spécifique à l'attention de l'encadrement et des praticiens
- **Communication** pluri-professionnelle, de façon à montrer que le message émis est le même quelle que soit la personne qui le véhicule
- **Organisation** de journées thématiques

La mise en oeuvre

1^{er} axe : la communication

Objectifs

- responsabiliser des praticiens, des cadres de santé, des cadres socio-éducatifs, administratifs et techniques, pour être des relais dans la communication
- faire de la formation un vecteur de communication

Mise en oeuvre

- **Transmission** des informations, par les praticiens et les cadres, dans les instances formelles (conseils de services, réunions), mais également lors de rencontres informelles
- **Organisation** des formations spécifiques « nouvelle gouvernance » pour des groupes pluri-professionnels, praticiens responsables, encadrement
- **Intégration** de la thématique « nouvelle gouvernance » dans les contenus de formations prévues au plan de formation continue
- **Participation** de l'établissement aux formations organisées dans le cadre du dispositif d'accompagnement des réformes

La mise en oeuvre

1^{er} axe : la communication

Objectifs

- associer les cadres en valorisant leurs actions
- évaluer la politique de communication et les actions menées

Mise en œuvre

- **Affirmation** du positionnement des cadres par la communication des résultats de leur action
- **Mise en place** d'enquêtes du type « enquête de satisfaction » par l'encadrement, pour faire remonter les informations du terrain - Cette évaluation permet la validation ou l'ajustement des supports de communication.

La mise en œuvre

2^{ème} axe: la validation du périmètre des pôles

Objectifs

- définir le périmètre des pôles cliniques et médico-techniques
- proposer le périmètre des pôles
- piloter la mise en oeuvre

Mise en œuvre

- Sur la base de la réflexion préalable
- Les praticiens, dans le cadre de collèges médicaux ou de groupes de travail, élaborent des propositions sur la base du projet médical. Ce travail doit s'effectuer en y associant les cadres. Il est essentiel qu'ils s'approprient la démarche et qu'ils donnent leur avis sur la pertinence des pôles en termes de synergie, d'organisation et de mutualisation.
- Le CE pilote la mise en oeuvre.
- Mise en place possible d'un comité de pilotage des pôles composé : du président de la CME, des membres du CE, du(des) cadre(s) supérieur(s), de cadres, de médecins

La mise en œuvre

2^{ème} axe: la validation du périmètre des pôles

Objectifs

- réfléchir à la configuration des pôles
- valider le périmètre des pôles cliniques et médico-techniques
- définir et valider les pôles administratifs ou techniques

Mise en oeuvre

- Échanges entre ces groupes, le conseil exécutif et la CME
 - ✓ le président de la CME et ses collègues sont mandatés par le corps médical au sein du CE.
 - ✓ il est essentiel d'assurer une bonne articulation entre le conseil exécutif et la CME afin d'éviter à celle-ci le sentiment d'être écartée des décisions stratégiques.
- Validation par le conseil exécutif qui propose l'organisation interne à l'avis des instances
- Avis des instances consultatives : CTE, CME, CSIRMT
- Vote au CA
- Leur périmètre est défini par le directeur de l'établissement, en concertation avec les directeurs adjoints et les responsables techniques. Ces pôles n'ayant pas d'activité clinique, il est indispensable de prendre en compte l'importance de leurs prestations « relation client-fournisseur ».
- Avis des instances consultatives : CTE, CME, CSIRMT
- Vote au CA

La mise en œuvre

2^{ème} axe : la validation du périmètre des pôles

Objectifs

- désigner les responsables de pôle

Mise en oeuvre

- Pour les praticiens responsables de pôle *
- Dans tous les cas, les praticiens responsables de pôle sont désignés par décision conjointe du directeur d'établissement, du président de la CME et du doyen pour les CHU.
- En cas de désaccord, les praticiens responsables de pôle sont nommés par délibération du CA**.
- Peuvent être nommés en qualité de praticiens responsable de pôle:
 - les praticiens titulaires inscrits sur une liste nationale d'habilitation à gérer les pôles.
- Dans l'attente de la publication de cette liste, les praticiens responsables de pôles sont nommés parmi les praticiens titulaires exerçant dans l'EPS.

* Décret n° 2005 -421, art5 (IV)

** Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La mise en œuvre

2^{ème} axe: la validation du périmètre des pôles

Objectifs

- désigner les cadres de santé* qui assistent les praticiens responsables de pôle
- désigner les cadres administratifs qui assistent les praticiens responsables de pôle

* Un cadre de santé ne peut être désigné dans ces fonctions qu'en l'absence de cadre supérieur.

Mise en œuvre

- Désignation par le directeur d'établissement **, sur proposition du praticien responsable de pôle et après avis du coordonnateur général des soins, dans le cadre de ses compétences
- Désignation par le directeur d'établissement*
- Il s'agira de désigner soit des attachés d'administration hospitalière, soit des cadres administratifs (adjoints des cadres), sur proposition du praticien responsable de pôle.

** Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

La mise en oeuvre
3^{ème} axe : les modalités de
fonctionnement des pôles

Le règlement intérieur de l'établissement
Le règlement intérieur du pôle

La mise en oeuvre

3^{ème} axe: les modalités de fonctionnement des pôles

Le règlement intérieur de l'établissement

Il est arrêté par le CA.**

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, le règlement intérieur de l'établissement doit être complété pour préciser :

- les missions des pôles,
- le fonctionnement de l'équipe de direction en interface avec les trinômes responsables des pôles, dans un souci de cohérence,
- les niveaux de décisions et la marge de manœuvre de chacun en terme de responsabilité.

Il fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle.*

* Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, art.L.6146-6

** Décret n° 2005 -421, art5 (IV)

La mise en oeuvre

3^{ème} axe: les modalités de fonctionnement des pôles

Le règlement intérieur du pôle

Objectifs

- rédiger le règlement intérieur « type » du pôle

Mise en oeuvre

- Constituer un groupe de travail composé :
 - ✓ des représentants du conseil exécutif ;
 - ✓ des représentants des professionnels concernés (médicaux, soignants, administratifs, etc) ;
 - ✓ des professionnels en interface avec les pôles cliniques (service logistique, administratif, etc)
- Il élabore un document qui précise :
 - ✓ les différents niveaux de décision et de responsabilités entre les directions fonctionnelles et les pôles ainsi que les modalités de fonctionnement ;
 - ✓ les niveaux requis de compétences nécessaires ;
 - ✓ le rythme des réunions au sein du pôle ;
 - ✓ le mode de diffusion des comptes rendus.

La mise en oeuvre

4^{ème} axe : le projet de pôle.

Objectifs

Rédiger le projet de pôle en lien avec les axes stratégiques du projet d'établissement dans le nouveau cadre budgétaire

Mise en oeuvre

- un groupe de travail, animé par le trinôme du pôle : responsable médical du pôle, assisté du cadre de santé et du cadre administratif
- le groupe comprend les membres du conseil de pôle : il est possible d'y adjoindre d'autres professionnels experts et les principaux prestataires du pôle (démarche client-fournisseur).

4^{ème} axe : le projet de pôle

Objectifs

Rédiger le projet de pôle en lien avec les axes stratégiques du projet d'établissement dans le nouveau cadre budgétaire

Mise en oeuvre

- L'élaboration du projet, sur la base des éléments suivants :
 - le SROS 3^{ème} génération, le projet médical de territoire
 - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
 - le projet d'établissement,
 - une analyse de l'existant : activité, organisation, management, T2A ,etc,
 - les attentes et besoins des usagers,
 - l'évaluation des pratiques professionnelles, audits, rapport d'accréditation / certification,
 - les avis du comité d'éthique,
 - etc.

4ème axe: le projet de pôle.

Objectifs

- Rédiger le projet de pôle

Ce document sera la base de la démarche contractuelle

Mise en oeuvre

- Il doit faire apparaître notamment :
 - ✓ les orientations d'activité,
 - ✓ les objectifs et les moyens,
 - ✓ les organisations,
 - ✓ le management (formation, nouveaux métiers),
 - ✓ l'organisation en réseaux,
 - ✓ l'articulation avec les autres pôles,
 - ✓ la démarche qualité, certification,
 - ✓ l'évaluation de l'atteinte des objectifs,
 - ✓ etc.
- Le conseil de pôle propose le projet rédigé pour examen, au conseil de pôle, aux instances stratégiques dont le CE.

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation - La délégation, la déconcentration de gestion, l'intéressement

La politique générale de contractualisation, ainsi que les modalités et les critères d'évaluation annuelle de son exécution, sont définies par le conseil d'administration (CA).

Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, art L-6143-1

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation

La délégation

Objectifs

- concevoir des outils de pilotage institutionnels permettant une délégation de gestion efficiente et l'application du principe de subsidiarité

Mise en œuvre

- Le conseil exécutif définit les outils de pilotage nécessaires à la délégation de gestion.
- La procédure de mise en place de ces outils est décrite, ainsi que l'accompagnement des différents professionnels concernés, afin de rendre efficiente l'organisation en pôle (département de l'informatique médicale, par exemple).
- Un comité de suivi de gestion assure l'évaluation et les réajustements éventuels de ces outils.

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation

La déconcentration de gestion

Objectifs

- élaborer une procédure de déconcentration de gestion pour les trois titres
- Titre I : directeur des ressources humaines, directeur des soins, coordonnateur général, cadre de santé du trinôme responsable du pôle

Mise en œuvre

Par exemple

- Titre I :
 - ✓ gestion des effectifs du pôle : effectifs rémunérés (décision du pôle)
 - ✓ formation continue en lien avec le projet de pôle
 - ✓ mensualités de remplacements en définissant les critères d'attribution des enveloppes, par exemple l'évolution du nombre annuel de jours de congé maladie sur les trois dernières années
 - ✓ politique de mobilité intra-pôle
 - ✓ autorisations de déplacements : ordre de mission
 - ✓ contractualisation sur les plages additionnelles médicales
 - ✓ etc

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation

La déconcentration de gestion

Objectifs

- Titre II : direction des services économiques/techniques, cadre administratif du trinôme responsable de pôle
- Titre III : direction des services économiques/logistiques, cadre administratif du trinôme responsable de pôle

Mise en œuvre

Par exemple

- Titre II :
 - ✓ dépenses pharmacie,
 - ✓ investissement (enveloppe financière d'équipements médicaux en lien avec l'activité du pôle)
 - ✓ etc
- Titre III :
 - ✓ dépenses papeterie (possibilité de déléguer une enveloppe budgétaire et choix des services dans un catalogue)
 - ✓ relation client-fournisseur : services logistiques (blanchisserie)
 - ✓ dépenses produits d'entretien
 - ✓ etc

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation

La déconcentration de gestion

Objectifs

- élaborer un contrat décrivant :
 - ✓ la procédure d'application de la T2A, des MIGAC, des missions d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation
- ✓ La procédure de fongibilité budgétaire

Mise en œuvre

par le trinôme du pôle

- Identification du domaine d'activité : trinôme du pôle et DIM
- Mise en place des outils :
 - ✓ d'engagement et de suivi des différents indicateurs (PMSI, casemix, observation des coûts, exhaustivité des RSS, échelle nationale des coûts) ;
 - ✓ d'engagement et de suivi des objectifs d'activité ;
 - ✓ d'engagement et de suivi des objectifs qualité, (accréditation certification- EPP)
- Mise en place de la procédure :
 - ✓ les règles ;
 - ✓ le périmètre, le suivi ;
 - ✓ les arbitrages

La mise en œuvre

5^{ème} axe : la contractualisation

L'intéressement

Objectifs

- élaborer un contrat dans lequel sont décrites :
 - la procédure et les modalités d'intéressement

Mise en œuvre

- Identification des champs d'intéressement collectif en terme :
 - ✓ de conditions de travail (équipements informatiques, mobilier) ;
 - ✓ de formation continue ;
 - ✓ de « petit matériel » médical (pompes analgésiques, etc) ;
 - ✓ de « petits travaux » d'amélioration de l'architecture ;
 - ✓ etc

Conclusion

La mise en place de la nouvelle gouvernance va se traduire par des changements structurels, organisationnels et culturels.

Les repères proposés dans ce guide constituent, pour les professionnels concernés, le fil conducteur d'une démarche qui met en évidence les questions à se poser.

Ils y trouveront les pistes de réflexion sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour mettre en place ces nouvelles organisations.

La nouvelle gouvernance constitue une approche managériale dont le facteur humain est le socle essentiel et l'enjeu majeur dans la réussite de cette réforme.

Elle ouvre les perspectives d'un pilotage collectif et partagé, s'éloignant des corporatismes. Elle favorise une qualité d'écoute réciproque, une cohésion dans la démarche et la richesse d'une approche médicale, soignante, administrative et technique.

Textes de référence

- CSP : art- L.6121-1 à 6121-12., art- R.6121-1 à 6121-5
- Circulaire DHOS/O/2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3ème génération
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques d'établissement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: décret en conseil d'état)
- Décret n°2005-444 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables des pôles d'activité cliniques et médico-techniques
- Décret n°2005-421 du 04 mai 2005 portant diverses propositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale mentionnées au II de l'article L.6144-1 du CSP et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

Glossaire

- Autorité fonctionnelle : pouvoir dont sont investies certaines personnes à raison de la fonction qu'elles remplissent ou qu'elles exercent dans un cadre institutionnel déterminé et préalable
- Autorité hiérarchique: détenue par celui ou celle qui a le pouvoir de nomination, d'évaluation, de notation
- Délégation : fait, pour une autorité administrative, de se dessaisir dans les limites légales d'un ou plusieurs de ses pouvoirs en faveur d'un autre agent qui les exercera à sa place
- Fongibilité : caractéristique des crédits dont l'affectation, dans le cadre du programme, n'est pas prédéterminée de manière rigide, mais simplement prévisionnelle. La fongibilité laisse donc la faculté de définir l'objet et la nature des dépenses dans le cadre du programme pour en optimiser la mise en œuvre.
- Subsidiarité : notion introduite dans le traité de Maastricht pour définir le partage des compétences entre les Etats membres et la communauté européenne. La communauté intervient seulement « si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière satisfaisante par les Etats membres et si elle peut être mieux réalisée au niveau communautaire. A l'hôpital il s'agit donc de permettre à l'encadrement de proximité de mener des actions au plus près du terrain, afin de résoudre des problèmes sans repasser par l'échelon central.

Abréviations

- CA: conseil d'administration
- CME: commission médicale d'établissement
- CSP : code de santé publique
- CTE: comité technique d'établissement
- CSIRMT: commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- DHOS: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DIM: département de l'information médicale
- GCS: groupement de coordination en santé
- GIE:groupement d'intérêt d'entreprises
- GIP: groupement d'intérêt public
- IGAS: inspection générale des affaires sanitaires
- INSEE: institut national de la statistique et des études économiques
- RMI: revenu minimum d'insertion
- RSS : résumé standardisé de sortie
- RUM: résumé d'unités médicales
- SROS III: schéma régional d'organisation sanitaire 3ème génération

Remerciements

A tous les membres du groupe de travail, pour leur assiduité aux réunions et les échanges riches et constructifs

A toutes les personnes qui ont accepté de relire ce guide :

- Danielle Toupillier, chef de service, DHOS
- Jean-Jacques Romatet, directeur général, CHU de Nice, chargé de mission auprès du ministre
- Marie-Claude Marel, sous-directrice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, DHOS
- Eliane Apert, sous-directrice de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, DHOS
- Philippe Vigouroux, directeur général, CHU de Limoges
- Denis Debrosse, chef de projet « réformes hospitalières », DHOS
- Jean-François Cabon, chargé de mission, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, DHOS
- Annick van Herzele, chef du bureau E1, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, DHOS
- Françoise Philippe-Raynaud, adjointe à la chef du bureau E1, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, DHOS

Groupe de travail

Pilotage du projet : Anne-Marie Doré, conseillère technique DHOS.

- Roselyne Autan, cadre supérieure de santé, CHU de Toulouse
- Pascale Barbier, responsable d'administration de pôle, CHU de Lille
- Joëlle Bastellica, cadre supérieure de santé, CH d'Ajaccio
- Alain Boissau, directeur adjoint, CH de Mâcon
- Christiane Bistué, directrice des soins, coordonnatrice générale, CH d'Alès
- Gisèle Blanc, cadre de santé, CH d'Alès
- Luc Durand, directeur des soins, coordonnateur général, CH de Pontoise
- Marie Gabrielle Haure, cadre supérieure de santé, CHU de Fort-de-France
- Sonia Lazarovici, PH, vice-présidente de CME, responsable de pôle, CH de Carcassonne
- Mireille Lebras, directrice des soins, coordonnatrice générale, CHU de Nantes
- Marie-Pierre Loizic, directrice des soins, coordonnatrice générale, CHD Félix-Guyon, Saint-Denis-de-la-Réunion
- Robert Maigrot, directeur adjoint chargé des ressources humaines, CHU de Dijon.
- Martine Moura, directrice des soins, coordonnatrice générale, CHU de Lille
- Francine Philippet, cadre supérieure de santé, CH du Mans
- Jean-Louis Pourrière, directeur des soins, responsable de la filière des directeurs des soins, ENSP
- Gérard Rince, cadre supérieur, CHS de Blain
- Christian Robert, PH, chef de service, CH de Tarbes
- Marie-Jo Soula, cadre médico-technique, CH de Carcassonne
- Damien Subtil, PU-PH, responsable de pôle, CHU de Lille
- Claude Viande, chargé de mission, CHS Edouard-Toulouse, Marseille.

