

Etablissement : Centre hospitalier de Dourdan
Statut : Public
Département : 91
Contact: Vincent Delivet, directeur
direction@ch-dourdan.fr, 01 60 81 58 52

THEME

NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE

TITRE DE L'EXPÉRIENCE

Mise en place de la nouvelle gouvernance

DIAGNOSTIC DE DÉPART

Petite structure de 339 lits et places dans laquelle les relations entre les services et entre les différentes catégories de personnel étaient relativement aisées.

Il fallait formaliser une pratique existante sans alourdir le fonctionnement de la structure et en bénéficiant des opportunités offertes par la nouvelle gouvernance.

GRANDES ETAPES DE LA DÉMARCHE

1- Découpage de l'établissement en pôles :

- ✓ Tenir compte de la taille de l'établissement et de la nécessité d'adopter une démarche pragmatique : rassembler certaines activités sans pour autant « être obsédé » par la course à la concentration.
- ✓ Privilégier une logique fonctionnelle médicale car c'est celle-ci qui génèrera le plus de résultats en terme d'utilisation des moyens.
- ✓ Utiliser le découpage pour favoriser la fluidité de la prise en charge.
- ✓ Ne pas créer de pôles artificiels qui reposeraient uniquement sur une logique financière (taille critique) sans de partage réel de « cœur de métier » : décision de ne pas créer un pôle médico-technique rassemblant l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie.
- ✓ Intégrer le DIM dans les pôles administratifs.
- ✓ Au total 13 pôles (6 cliniques, 3 médico-techniques, 4 administratifs), regroupant en moyenne près de 50 agents.
- ✓ Les conseils de pôles sont à élire.

2- Définition des règles de fonctionnement et des missions dévolues à chaque intervenant :

- ✓ Un responsable de pôle désigné pour quatre ans et dont les missions sont précisées dans un document adopté par les instances.
- ✓ Des chefs de services responsables de la prise en charge médicale dans leur spécialité.
- ✓ Un cadre référent de pôle qui demeure cadre de proximité pour le secteur placé sous sa responsabilité.
- ✓ La mise à disposition des moyens humains du contrôle de gestion et de la cellule qualité (choix de ne pas créer de poste de cadre administratif au sein des pôles).
- ✓ Une formation spécifique prévue pour les responsables de pôle (management d'équipe pour les médecins, gestion pour les cadres).
- ✓ Mise en place de la contractualisation interne sur des objectifs d'activité et de politique qualité avec l'organisation des modalités de suivi.
- ✓ 2008 : contractualisation également sur des objectifs financiers et mise en place de mécanismes d'intéressement / déconcentration de gestion.
- ✓ 2009 : arbitrage sur la pertinence d'une véritable délégation de gestion.

3- Instauration du Conseil Exécutif

- ✓ Composé de 12 membres (6 médecins désignés par la CME et représentatifs de l'activité de l'établissement dont le médecin DIM ; 6 membres de la direction).
- ✓ Rôle de pilotage opérationnel de l'établissement, de préparation et de suivi des orientations stratégiques arrêtées par le Conseil d'Administration.
- ✓ N'est pas considéré comme une instance mais comme un organe de gestion, les décisions sont prises par consensus.
- ✓ Au moins une réunion tous les deux mois.
- ✓ La CME conserve son rôle d'instance et ses membres sont informés des travaux du Conseil Exécutif. La réunion de direction perdure : elle coordonne l'action des pôles administratifs et joue le rôle, chaque mois, de comité de pilotage opérationnel de la qualité (la Présidente de la CME et la chargée de mission qualité participent à ce comité).

4- Rationalisation de la gestion des réunions

- ✓ Un succès : la mise en place de la journées des vigilances (rassemblement des sous commissions de la CME). La planification de CME régulières à un horaire ne perturbant pas l'activité.
- ✓ Un point de divergence : la création du Comité d'Etablissement.
- ✓ Un statu quo : le maintien des pré-cme et des réunions de direction.
- ✓ Une réflexion en cours : comment associer tout le monde aux réflexions en cours dans un contexte de réduction du temps individuel disponible ? (définition de nouvelles règles du processus décisionnel, utilisation des supports informatiques, développement de la communication interne ...)

OUTILS UTILISÉS

- La concertation
- Le système d'information

MOBILISATION ET COMMUNICATION AUTOUR DU PROJET

- Présentation des différentes étapes aux instances et arbitrages de ces dernières
- Présentation lors des réunions d'encadrement
- Utilisation des supports de communication interne

RÉSULTATS OBTENUS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Résultats :

- Poursuite du décloisonnement des pratiques
- Modernisation de la gestion favorisée notamment par l'utilisation de l'outil contractuel et l'élargissement de la concertation médico-administrative pour le pilotage de l'établissement (ne se limite pas au duo Directeur / Présidente de CME)
- Mutualisation de certains moyens, meilleure fluidité dans la prise en charge et impact sur l'activité globale

Difficultés :

- Lutter contre la réunionite et économiser le temps médical disponible pour les patients
- Faire jouer à chaque instance son rôle
- Lourdeur des textes concernant les conseils de pôle

ENSEIGNEMENTS TIRÉS AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS FACTEURS CLÉS DE LA RÉUSSITE

Avantages :

- Modernisation de la gestion, responsabilisation des acteurs
- Transparence dans la décision et exigence de cohérence

Facteurs clés de réussite :

- Un tandem Directeur / Président de CME capable d'impulser la démarche
- Un bon système d'information et une capacité d'exploitation des données
- De la concertation et du pragmatisme