

## 4ème édition du tableau de bord régional Nouvelle Gouvernance Hospitalière - juin 2007 Analyse des résultats

*Le centre régional de ressources adresse ses plus vifs remerciements à Géraldine Quéllec de la CRAMIF, pour son aide précieuse dans le recueil et l'exploitation informatique des données de ce tableau de bord.*

L'ARHIF a chargé le centre régional de ressources de suivre la mise en œuvre de la réforme nouvelle gouvernance hospitalière dans la région.

Pour cela, un tableau de bord a été élaboré conjointement avec des représentants d'établissements. Ce tableau a fait l'objet d'un premier envoi fin 2005, d'un second en juin 2006, d'un troisième en décembre 2006, et enfin d'un quatrième en juin 2007.

### ◆ Chronologie :

- 2ème envoi du tableau mi juin à tous les directeurs des 60 établissements publics de plus de 100 lits de la région, des 3 centres de lutte contre le cancer ainsi qu'à tous les référents nouvelle gouvernance hospitalière des 37 établissements de l'AP-HP.
- A fin décembre 2006 : 66 établissements ont retourné le tableau complété.
- A fin juin 2007 : 65 établissements ont retourné le tableau complété.

### ◆ Répartition des établissements :

#### Répartition des établissements interrogés :

Département	Nb étab. AP-HP	Nb hors AP-HP	Nb étab. CLCC	Nb total étab.	Nb total étab hors CLCC
75	20	2	1	23	22
77		9		9	9
78		10		10	10
91	2	9		11	11
92	6	8	1	15	14
93	3	7		10	10
94	5	6	1	12	11
95	1	9		10	10
<b>total région</b>	<b>37</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

#### Répartition des établissements qui ont retourné le tableau

*(voir détail nominatif dans le tableau détaillé remis aux établissements qui ont retourné leurs données) :*

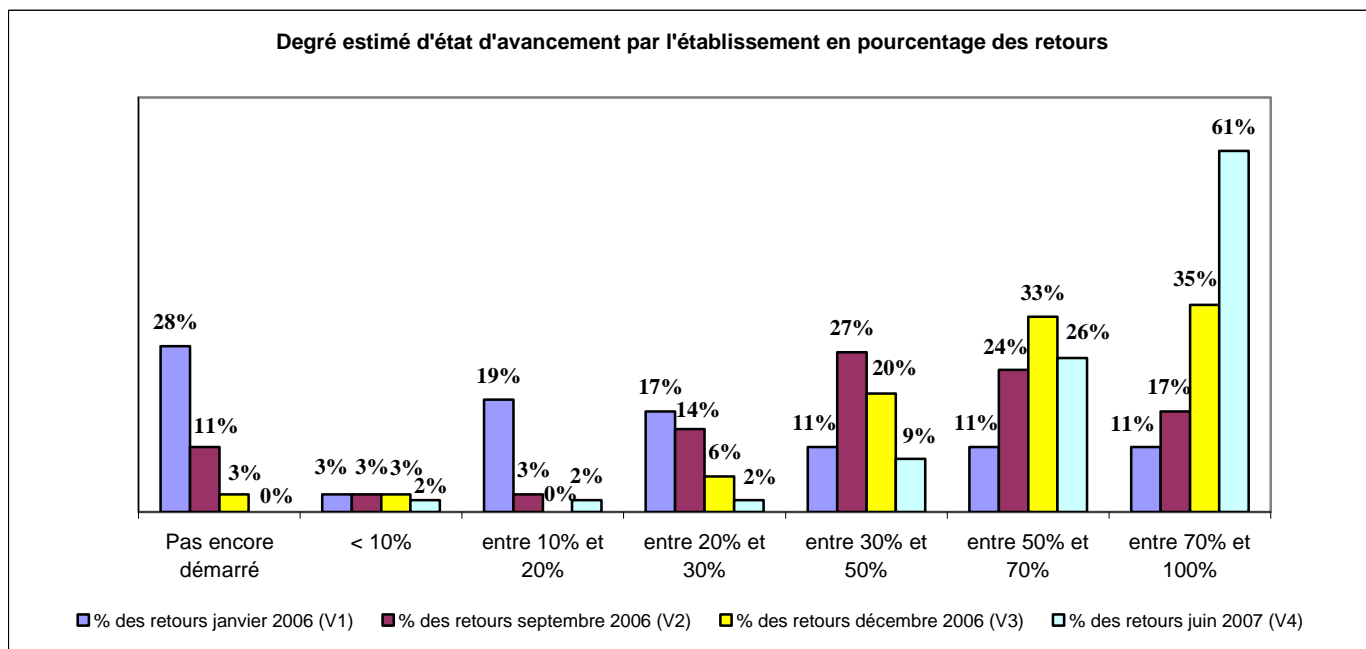
Département	réponses V1* hors CLCC	réponses V2* hors CLCC	réponses V3* hors CLCC	réponses V4* hors CLCC
75	2	13	14	15
77	6	7	5	7
78	7	8	7	7
91	4	9	10	10
92	4	10	8	9
93	4	8	7	8
94	4	6	7	6
95	4	8	8	3
<b>total région</b>	<b>35</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>65</b>

Lors de ce dernier envoi de juin 2007, le taux de retour est de 67% dont un taux de 78% pour les établissements AP-HP et de 60% pour les établissements hors AP-HP. 29 établissements AP-HP et 36 établissements publics hors AP-HP ont répondu à ce tableau de bord.

◆ **Degré estimé d'état d'avancement de mise en œuvre de la gouvernance**  
(de « pas encore démarré » à 100% = complètement finalisé) :

Il s'agit d'un degré estimé par l'établissement (sans critères définis) pour janvier, septembre, décembre 2006 et juin 2007 et d'un degré d'avancement sur la base de critères (cf. annexe) proposés au C2R par le groupe de travail FHF-IDF/AP-HP.

Degré d'avancement	Nb étab. V4	Nb étab. nouveau critère <sup>1</sup> V4	% retours janv 2006	% retours sept 2006	% retours déc 2006	% retours juin 2007 (V4)	% retours juin 07 (V4) nv critère
entre 70% et 100%	37	18	11%	17%	35%	61%	32%
entre 50% et 70%	16	23	11%	24%	33%	26%	40%
entre 30% et 50%	5	16	11%	27%	20%	9%	28%
entre 20% et 30%	1	0	17%	14%	6%	2%	0%
entre 10% et 20%	1	0	19%	3%	0%	2%	0%
< 10%	1	0	3%	3%	3%	2%	0%
Pas encore démarré	0	0	28%	11%	3%	0%	0%
<b>Total</b>	61 <sup>2</sup>	57 <sup>3</sup>	100%	100%	100%	100%	100%



<sup>1</sup> Voir annexe

<sup>2</sup> 4 établissements (parmi ceux ayant répondu au tableau de bord) n'ont pas estimé leur degré d'avancement

<sup>3</sup> 8 établissements (parmi ceux ayant répondu au tableau de bord) n'ont pas estimé leur degré d'avancement par rapport au comité d'établissement. Ils n'ont donc pas été pris en compte dans les calculs.

Ces chiffres montrent la montée en charge progressive de la nouvelle gouvernance hospitalière dans la région.

En juin 2007, le degré d'avancement pour 37 établissements qui ont mis en place la réforme de la Nouvelle Gouvernance se situe entre 70 et 100%, et pour 16 établissements entre 50 et 70%.

Il est donc à noter le véritable effort qu'ont fourni les établissements de santé puisqu'à ce jour, plus de 86% des établissements ayant répondu au questionnaire ont mis en place, et de façon conséquente, la nouvelle gouvernance.

Seulement 8 établissements ayant répondu connaissent un degré d'avancement entre 5% et 50%.

#### ◆ **Analyse qualitative : avantages et inconvénients de la mise en œuvre de la réforme**

La mise en place du conseil exécutif est fort appréciée, notamment en tant que lieu d'échange et de partage entre le personnel médical et le personnel de direction/administratif, et fait donc ressortir de nombreuses fois les items suivants :

- sensibilisation et implication plus fortes des praticiens
- meilleur dialogue médico-administratif, développement d'une compréhension réciproque entre direction et médecins
- plus grande fluidité des échanges et meilleure circulation des informations
- simplification des structures avec une prise de décision facilitée (moins d'interlocuteurs)
- mutualisation de moyens
- réflexion et suivi d'objectifs partagés
- responsabilisation des acteurs
- amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- redistribution des responsabilités
- meilleur suivi de l'activité avec compréhension des réalités économiques
- concertation plus facile
- plus grande transversalité
- meilleure transparence de la stratégie de l'établissement
- meilleure coordination
- décloisonnement

Toutefois, de nombreuses difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance notamment dans :

- la réorganisation et le repositionnement de chacun dans ce nouveau dispositif (délimitation délicate des responsabilités, sentiment de perte d'identité au sein des services, crainte du partage des pouvoirs, problème de reconnaissance, ...)
- la mise en œuvre opérationnelle de la délégation de gestion et dans son appropriation
- la lourdeur des procédures et leur application
- la mise en place d'outils de pilotage
- la difficulté du rattachement de service ou d'activités à un pôle (avec notamment le problème du dimensionnement des pôles constitués)
- la mise en œuvre de la contractualisation et l'intéressement
- le manque de relais d'information et de communication au sein des pôles
- le manque de moyens humains et d'accompagnement dans la gestion des pôles
- le fait de faire partager le projet de la nouvelle gouvernance par l'ensemble de la communauté hospitalière
- la préservation de la dynamique médicale : cumul des fonctions

▪ **Evolutions constatées au sein de l'établissement depuis la mise en œuvre du conseil exécutif :**

**a) En terme d'organisation :**

⇒ **Avantages recensés :**

- diffusion de culture entre corps médical et équipe de direction
- meilleure communication médico-administrative
- meilleure participation du corps médical à la prise de décision
- apprentissage d'une "cogestion" administrateur/médecins
- meilleure transparence des processus de décision et meilleure prise en compte des contraintes des différentes catégories d'acteurs dans ces processus
- demandes et arbitrages renvoyés au niveau des pôles
- le conseil exécutif local est un lieu de décisions stratégiques et de suivi de leur mise en œuvre
- développement du partage de l'information, recherche de mutualisation des moyens au sein des pôles pour plus d'efficacité, des regroupements d'activité, cohérence de filière
- suivi régulier et précis des orientations stratégiques du projet d'établissement
- rapprochement des équipes, meilleure articulation entre les services, interface entre les pôles
- plus grande implication des chefs de pôle dont le rôle dans la mise en œuvre des projets médicaux est centrale
- un meilleur taux d'occupation des lits

⇒ **Difficultés rencontrées :**

- Nécessité de réunir trois instances au lieu de deux précédemment (CME et CA)
- Les outils de suivi ne sont pas encore à la hauteur

**b) Décisions prises par le conseil exécutif, qui n'auraient pas été prises avant ou bien plus difficilement :**

⇒ **elles concernent principalement :**

- le personnel médical et le fonctionnement de l'établissement
- validation d'orientations stratégiques par pôle
- changements organisationnels (redéploiement de certains effectifs entre pôles, activités médicales, audit, restructurations architecturales,...)
- gestion du plan d'économie
- participation active à la certification
- plan de retour à l'équilibre, choix budgétaires...
- découpage en pôles
- orientations du projet d'établissement
- répartition des surfaces entre pôles et entre services
- définition de la contribution de chaque pôle au plan de convergence
- mutualisation de lits en période de travaux
- actions de coopération
- nomination des responsables de pôles
- délai rapide d'examen du CPOM et de ses priorités

**c) Evolutions constatées en terme de pilotage d'établissement :**

- sensibilisation de la communauté médicale au pilotage, à la gestion financière, au SROS3, à la nécessité de se positionner
- le conseil exécutif a rapidement pris sa place en tant qu'instance de réflexion stratégique

- le conseil exécutif a un effet structurant en matière de suivi du pilotage du fait de ses compétences concernant le suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement
- mise en place de tableaux de bord de pilotage partagés (activité, qualité, suivi des effectifs par pôle, financier, ressources humaines, projets...)
- fiabilité des remontées de données
- meilleure visibilité des évolutions différenciées entre les pôles
- prise de conscience des enjeux de la situation budgétaire de l'établissement
- une responsabilisation accrue de tous les partenaires et des prises de décisions consensuelles direction / médecins
- meilleur suivi et réactivité des acteurs en cas d'évolution négative des indicateurs
- meilleure implication des acteurs
- gain de temps
- équilibre à trouver entre autonomie des pôles et cohérence de l'établissement
- besoin d'outils de pilotage (ex : système d'information,...)
- une nécessité de repositionnement du comité consultatif médical (CME) et du comité de direction par rapport au conseil exécutif

#### **d) Evolutions constatées en terme d'évolution des rapports hiérarchiques :**

Les avis des établissements divergent assez sur cette question (pour plus de précisions, se référer au tableau de bord, accessible par les établissements ayant répondu).

En résumé, 3 grands avis émergent :

- pour certains, il y a simplification des rapports hiérarchiques du fait notamment de la diminution du nombre de référents. Les rapports professionnels sont plus harmonieux.
- pour d'autres, il existe encore de nombreux blocages, voire des rancœurs sur les choix effectués. Des difficultés relationnelles et de positionnement hiérarchique apparaissent.
- et enfin, pour d'autres, il n'y a pas eu de changements majeurs.

#### **e) Evolutions constatées en terme de motivation :**

En général, la motivation est nettement plus palpable que dans l'ancien schéma.

En effet, la facilitation des échanges et des prises de décision sont motivant pour les différents acteurs et favorise la motivation générale de l'établissement (meilleure adhésion aux projets, bonne fonctionnalité du partenariat, gestion des enveloppes déléguées, application du principe de subsidiarité, plus de marge de manœuvre données au pôle,...).

Toutefois, la confusion des rôles alliée à la lourdeur de fonctionnement et à la résistance de certains nécessitent la plus grande vigilance. Des réflexions nouvelles sont posées notamment sur : la participation du travail, la lutte contre l'absentéisme et la nécessité de solidarités inter pôles (absence de segmentations des pôles performants et les autres).

#### **Evolution constatée depuis l'entrée en fonction des équipes exécutives de pôles :**

##### **a) En terme d'organisation de pôles :**

La situation est variable selon les pôles. Le fonctionnement au sein des pôles est directement corrélé à l'implication des exécutifs de pôle. En général, la mise en place des équipes exécutives de pôle fonctionne bien.

La plupart des pôles ont créé un bureau (associant l'ensemble des services et unités du pôle / les chefs de service, les cadres de proximité et le trinôme dirigeant,...).

Il existe un besoin réel de tableaux de bords / indicateurs de gestion lisibles et opérationnels.

La mutualisation des ressources et des projets est possible.

Il est à noter que pour un certain nombre d'établissements, le pôle médico-technique est le plus difficile à gérer notamment du fait qu'il regroupe plusieurs services.

**b) Décisions prises dans un pôle qui n'étaient pas prises avant :**

⇒ elles concernent principalement :

- mutualisations (ex: lits, personnel médical ou non médical, services)
- gestion des priorités en termes de recrutement et de remplacement (affectation des personnels, transformation d'emplois, évolution de la qualification des emplois)
- modalités de réorganisation (activité médicale, restructurations, nombre de lits, localisation,...)
- plan de formation au sein du pôle
- décisions en matière d'équipements et de travaux
- démarche qualité

**c) 4 grandes évolutions constatées en terme d'évolution des rapports hiérarchiques au sein du pôle :**

1. Le **responsable de pôle** développe une cohérence au sein du pôle en s'appuyant sur le cadre de santé et le cadre administratif. Toutefois, il reste encore à les « responsabiliser » notamment sur l'aspect continuité du service.
2. Un plus grand rôle du **cadre paramédical** : en général, rapport hiérarchique fonctionnel entre le cadre coordinateur paramédical de pôle et l'ensemble des cadres de soins du pôle. Mais il n'est pas forcément encore bien perçu par les cadres supérieurs infirmiers présents au sein du pôle.
3. Constat d'un positionnement plus difficile pour le **cadre administratif** de pôle, d'une part vis à vis de la direction et d'autre part vis à vis du responsable de pôle.
4. Positionnement délicat entre chefs de services et chefs de pôle.

**d) 2 constats en terme d'évolution de la motivation au sein du pôle :**

1. On peut constater qu'une certaine émulation se crée au sein des pôles. Pour l'ensemble des établissements, cette motivation plus grande se traduit par :
  - o une meilleure lisibilité du suivi de l'activité, des dépenses, et des recettes,
  - o plus de concret,
  - o meilleure prise de conscience des contraintes de pôle,
  - o un sentiment d'appartenance au pôle,
  - o une plus grande proximité et un partage des préoccupations liées au potentiel de développement du pôle et à la résolution des dysfonctionnements
2. La gestion des enveloppes déléguées (investissement, formation), intéressement en fin d'année, plan de formation, la mise en place de tableaux de bord mensuels encouragent la motivation des acteurs.

▪ **Structure des projets de pôle :**

Ils reprennent globalement les volets du projet d'établissement :

- o projet médical, projet de soins
- o projet qualité
- o orientations d'activité
- o organisation interne
- o organisation managériale (ressources humaines, formation, évaluation des pratiques professionnelles,...)
- o la prise en charge du patient
- o volet social
- o enseignement et recherche
- o projet patrimonial
- o priorités stratégiques

▪ **Suivi du contrat de pôle :**

**a) Outils :**

- Tableaux de bords (activité, personnel, exploitation, investissement)
- Mise en place d'indicateurs dans les contrats (résultats, activité, efficience, attractivité, qualité, gestion des risques, moyens, projets, suivi)
- Organisation de réunions

**b) Fréquence :**

En grande majorité : mensuelle/trimestrielle

**c) Acteurs :**

Généralement le trio de pôle, les directions fonctionnelles et les membres du conseil exécutif

▪ **Déclinaison de la stratégie de l'établissement en objectifs opérationnels :**

La déclinaison de la stratégie de l'établissement en objectifs opérationnels est spécifique à chaque établissement (se référer au tableau de bord, accessible par les établissements ayant répondu).

▪ **Communication sur la déclinaison de ces objectifs opérationnels par pôle :**

Les outils ou lieu de communication sont : le conseil exécutif et les instances, l'intranet, dans les contrats de pôle, dans le journal interne, par réunions au sein des pôles.

▪ **Formations :**

Pour voir le détail, voir le tableau de bord détaillé.

En comparant le nombre de pôles mis en œuvre au sein de chaque établissement et le nombre de responsables de pôle/cadre administratif /cadre paramédical, on peut constater :

- en ce qui concerne les établissements AP-HP : environ 50% des responsables de pôles, des cadres administratifs et des cadres paramédicaux ont été formés
- en ce qui concerne les établissements hors AP-HP : environ les 2/3 des responsables de pôles, des cadres administratifs et des cadres paramédicaux n'ont pas été formés

Les thèmes les plus abordés lors de la formation ont tournés autour des grands principes de la nouvelle gouvernance : délégation de gestion, projet de pôles, contrat de pôles, communication, tableaux de bord, management, élaboration de tableaux de bord de pôle et indicateurs,...

Les durées de formation ont été très variables en fonction des établissements et des personnes formées.

## ANNEXE

### Grille pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre de la réforme nouvelle gouvernance (sur proposition du groupe de travail FHF Ile de France/AP-HP)

#### Points **Pôles**

- 0 Pas de pôles
- 1 Organisation partiellement polaire
- 2 Organisation totalement polaire
- 4 Organisation totalement polaire et instances mise en place (Cf. conseil de pôle, triumvirat)
- 8 Organisation totalement polaire, instances mise en place (Cf. conseil de pôle, triumvirat) et existence de contrats de pôle
- 10 Organisation totalement polaire, instances mise en place (Cf. conseil de pôle, triumvirat), existence de contrats de pôle et délégations de gestion

#### **Conseil exécutif**

- 0 Pas de conseil
- 1 Réunion non périodique du conseil
- 3 Réunion périodique du conseil
- 5 Réunion régulière et exercice de ses prérogatives (article L 6143-6-1 du code de la santé publique)

#### **Comité d'établissement**

- 0 Pas de comité
- 1 Comité mis en place

#### **Accompagnement de la démarche**

- 0 Absence de communication sur le thème
- 2 Politique de communication sur le thème
- 4 Politique de communication et de formation sur le thème

TOTAL points sur 20 (X5 sur 100)