

Gouvernance décentralisée et qualité de vie au travail

Dr Antoine Lemaire

Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient Oncologique (DISSPO)

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)

Chef de pôle Cancérologie & Spécialités Médicales

Centre Hospitalier de Valenciennes

Lemaire-a@ch-valenciennes.fr

Pourquoi décentraliser et médicaliser la gouvernance à l'hôpital?

- Gap(s) voire incompréhension(s) entre la sphère administrative qui gère et la sphère médicale qui soigne
- Enjeu d'impliquer la **communauté médicale et soignante** dans la gestion de l'établissement
- Utiliser la **vision terrain** et l'**expertise métier** pour mieux cibler les actions à mener
- Apporter de la réactivité et de l'**agilité**
- **Disruption managériale** et exploitation d'un **cadre prévu par la loi** (2005, puis 2009)

Principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, revient à **l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par cette action.**

Lorsque des situations excèdent les compétences d'une entité donnée responsable de l'action publique, cette compétence est transmise à l'entité d'un échelon hiérarchique supérieur et ainsi de suite.

Le principe de subsidiarité veille à ne pas déconnecter la prise de décision publique de ceux qui devront la respecter. C'est en somme la recherche de la sphère d'influence adéquate dans une organisation sociale par laquelle se déploie une action publique.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes

- 1^{er} CH Général en France
- Etablissement de recours du GHT Hainaut : bassin de vie d'un million d'habitants
- Epidémiologie du territoire : parmi les moins bons indicateurs de santé en France (ex : surmortalité par cancer et MCV)
- Gouvernance décentralisée historique et originale mise en œuvre dès 2007 en réponse aux problématiques de l'époque
- Mode de gouvernance singulier ayant progressé et évolué
- Impacts de ce modèle : médico-économiques, RH, attractivité (dans un bassin de vie qui ne l'est pas...), dynamique projets, développement de la structure
- Modèle identifié (rapport Claris, Sénat, Présidence de la République, EHESP...)

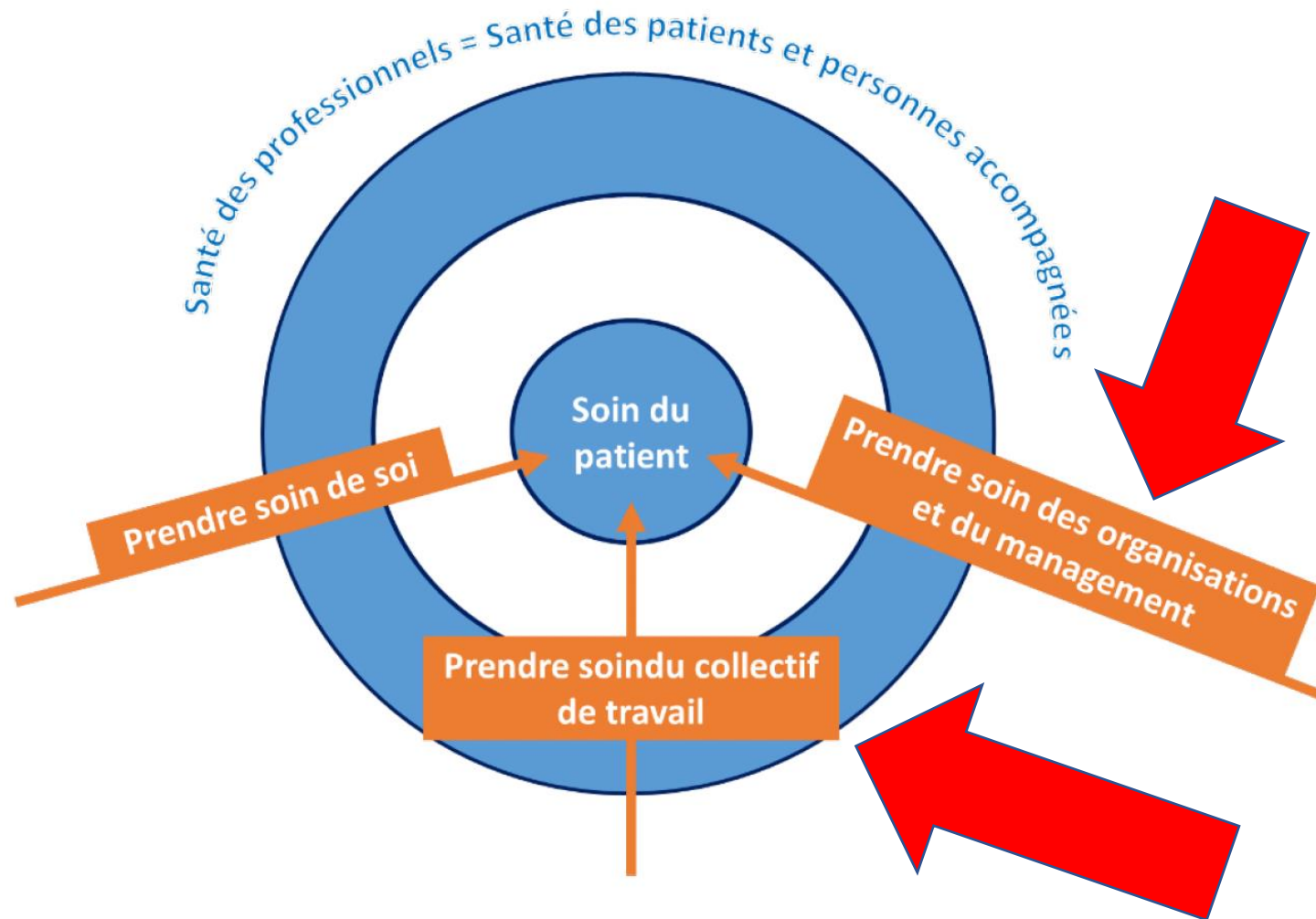
Les fondamentaux d'une délégation polaire

- Une priorité accordée aux activités productives sur les activités support, l'idéal étant **d'intégrer le support directement dans l'unité de production** (achats, commercial, gestion RH, etc.)
- Une large **autonomie** laissée à l'organisation sur le terrain au plus près de l'activité (principe de subsidiarité : « *une autorité centrale ne peut effectuer que les tâches qui ne peuvent pas être réalisées à l'échelon inférieur* », pyramide inversée)
- Une **autonomie budgétaire** importante des unités de production
- La suppression des contrôles a priori, remplacés par une **évaluation** périodique et régulière des résultats
- Un échelon central qui conserve la **stratégie** et la politique générale du groupe et assure l'évolution du système de délégation de gestion

La délégation polaire à Valenciennes (en une slide!)

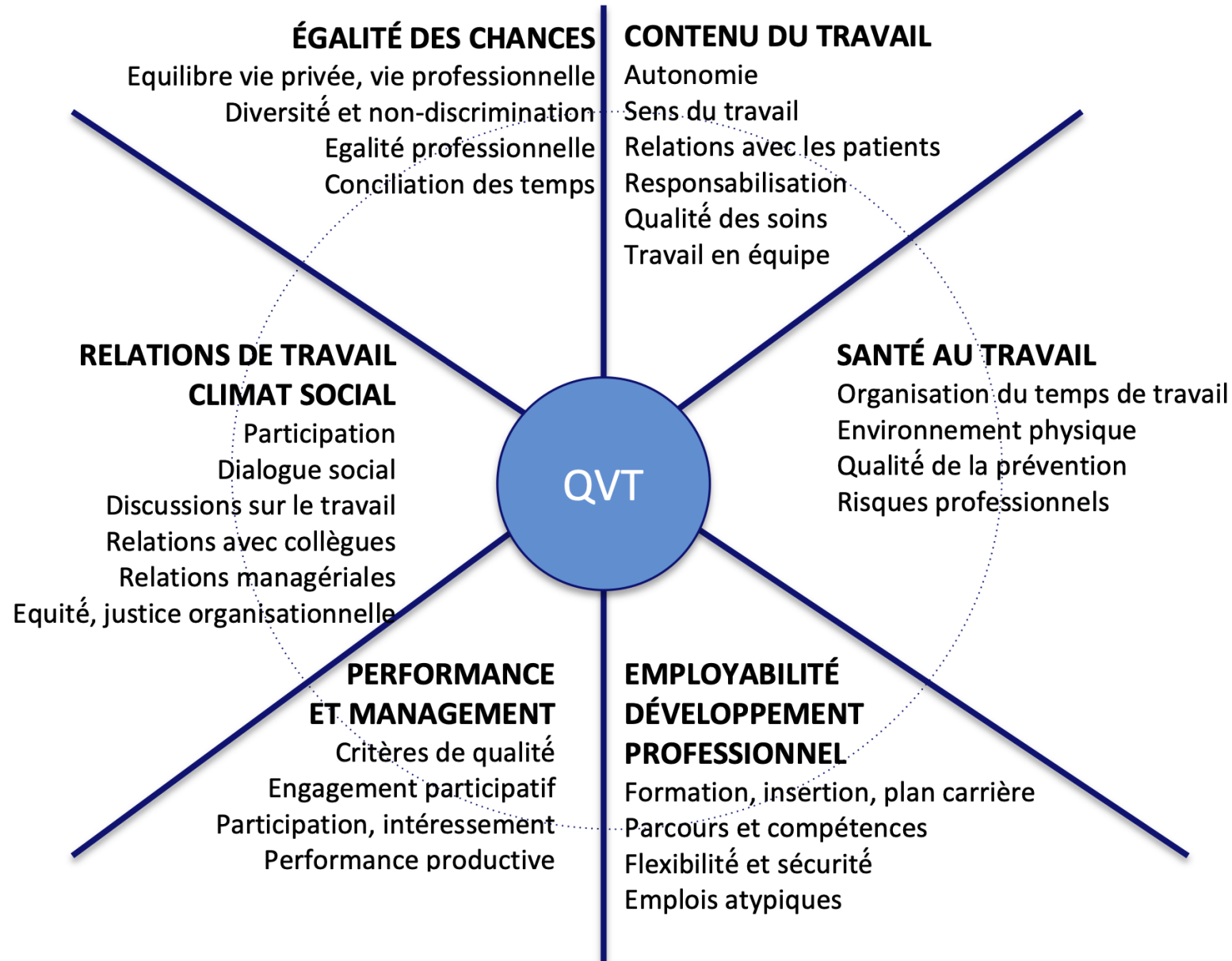
- **Large périmètre délégué au chef de pôle** : RH médicales et non médicales, budget (90%), recherche clinique, formation, qualité
- Fonctionnement en trinôme de pôle (CSS, CA) **sans directeur de pôle**
- **Autonomie budgétaire jusque 75 k€**
- Les directions fonctionnelles deviennent **support/expertes**
- **Comptabilité analytique per-annuelle poussée**
- **Instances particulières** (conférence des chefs de pôle, commission stratégie et projets...) en plus des régaliennes
- Circuit des décisions parfaitement orchestré et technique (exemple : portage projet)

QVT et gouvernance : impacts cibles



Au sein des services et de l'établissement :

- Organisation du travail
- Structuration du dialogue
- Prévention des conflits
- Soutien aux équipes



Quel cap se fixer?

En quoi une gouvernance médicalisée et décentralisée est elle facteur de QVT?

Organisation du travail

- Autonomie professionnelle
- Maquettes paramédicales et médicales générées par un dialogue service/pôle : modèle adaptatif, lié aux activités et aux profils patients (ex : hémato binôme IDE, ratio variable selon niveaux de sévérité et activités etc.)
- Volet formation/carrières : promotion parcours et compétences
- Taux d'absentéisme faible
- Promotion de la qualité des soins (cellules polaires)

En quoi une gouvernance médicalisée et décentralisée est elle facteur de QVT?

Management et performance

- Autonomie managériale : choix du mode de leadership ; promotion de la démarche participative
- Efficience médico-économique => autonomie
Ex : intéressement (prime, recherche, qualité), TIMs, suivi médico-économique per annuel fin, AAP
- Circuits de décisions courts et optimisés : médicalisation de la décision
- Autonomie sur la gestion des projets et leur portage : rapidité, expertise polaire, valorisation et confiance, développement personnel et des activités professionnelles, meilleure connaissance de l'institution
- Création d'activités (ex : pharmacie clinique, DISSPO, photobiomodulation) dans un cadre institutionnel et en lien avec le contrat de pôle et le projet d'établissement

En quoi une gouvernance médicalisée et décentralisée est elle facteur de QVT?

Structuration du dialogue

- Premier niveau de gestion des conflits : service/pôle
- Interaction avec les organisations syndicales en premier lieu
- Instances de dialogue et aspects informels
- Promotion des staffs multidisciplinaires

En quoi une gouvernance médicalisée et décentralisée est elle facteur de QVT?

Prévention des conflits et soutien aux équipes

- Proximité du trinôme de pôle avec les équipes : prévention, anticipation et premier niveau d'intervention (RPS)
- Gestion de l'ensemble du périmètre du conflit
- Autonomie d'intervention d'un tiers externe pour conciliation/médiation (ex : coach, psychologue ergonomiste etc.) en plus de la médecine du travail ou des directions fonctionnelles
- Identification précoce des épuisements professionnels (SEPS)

La pandémie COVID et ses conséquences : un anti-modèle?

D'un point de vue managérial : à l'opposé d'un modèle décentralisé

- Recentralisation des décisions à plusieurs niveaux (Ministère, ARS, directions) : modèle pyramidal descendant
- Re-crédation de pools de soignants anonymisés ; équipes éclatées
- Dotations financières globales
- Déstructuration des activités parfois anarchique
- Perte de sens, de motivation, de repères, gestion de l'incertitude

Quel retour d'expérience?

- Un établissement à l'équilibre financier, au développement important et attractif
- Un modèle avancé de gouvernance décentralisée unique mais n'ayant pas essaimé (ou qu'en partie)
- Qui nous a permis de gérer avec efficacité la crise COVID (agilité managériale dans l'ADN des équipes)
- Mais qui n'empêche pas le post-crise commun à tous les hôpitaux suite à une longue période de perte d'autonomie
- Un modèle pérenne dans le temps, sur une structure de taille critique mais à risque (silos)
- Hybride : à la croisée de plusieurs approches managériales

Message pour la route

- Les outils managériaux et leurs déclinaisons opérationnels peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie au travail des soignants hospitaliers, à plusieurs niveaux
- Au vu de la crise hospitalière et soignante actuelle au sens large, il est urgent de **repenser nos paradigmes** à défaut d'avoir anticipé l'inévitable et à défaut d'avoir un modèle de gouvernance idéal

“Un homme est toujours la proie de ses vérités.”

- *Albert Camus (Le mythe de Sisyphe)*

Délégation polaire

Comment dynamiser
la gestion de l'hôpital
en 60 fiches pratiques

Sous la coordination de **Jean GUICHETEAU**

Agnès LYDA-TRUFFIER
Dr Antoine LEMAIRE
Anne-Claude GRITTON

Préface de Jean-François MATTEI

INFODIUM
EDITIONS

Merci de votre attention

Un peu de lecture sur le sujet...

- Guicheteau J, Lemaire A, Lyda-Truffier A, Gritton AC. Pratiquer la délégation polaire à l'hôpital, éd. Infodium, 2019. ISBN 978-2-9559203-3-6
- Lemaire A, Gritton AC, Bourret R. Délégation polaire et gestion médicalisée : sources d'attractivité médicale. Revue Hospitalière de France, sept-oct 2017, n° 578. Lauréat national FHF catégorie RH et management
- Lemaire A. Lyda-Truffier A. Risques psychosociaux : une démarche décentralisée dans les pôles d'activité. Expérience du centre hospitalier de Valenciennes. Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires 750:51-54. Mars 2015
- Lemaire A. Gestion des risques psychosociaux : de la synergie à l'action. Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires 750:55-57. Mars 2015