



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

Restructuration architecturale en CHU

**Rôle du directeur des soins pour
accompagner des réorganisations efficaces**

Anne BOURBON

Remerciements

Mes remerciements vont à toutes les personnes qui ont consacré de leur temps et ont partagé leurs expériences de conduites de reconstructions architecturales. Quel que soit leur niveau d'implication, elles ont toutes fait preuve de transparence, abordant aussi bien leurs doutes que leurs réussites au niveau du projet. Les entretiens menés montrent leur investissement, leur dynamisme et leur contribution à la construction collective du projet immobilier pour le bien-être de tous, patients comme professionnels.

Je profite également de cette étude pour adresser une pensée aux directeurs des soins et coordonnateurs généraux des soins, référents de stages, pour leur accueil, leur disponibilité et leur bienveillance. Je leur dois beaucoup pour l'accompagnement à l'exercice de ma future fonction.

Enfin, mes pensées se tournent vers ma famille et mes amis, pour leur affection, leur soutien et la patience dont ils ont fait preuve tout au long de cette année turbulente et un peu en pointillés.

« Ainsi ceux-là qui sont à peine nés, dont la présence est en plus, seront situés tout en haut de cet hôpital, en dehors et au-dessus de ces mouvements, de cette agitation, de cette activité sociale, dans laquelle, plus tard, ils entreront. Le symbole me plaît assez. L'existence, lentement, descend la hiérarchie des étages. »

Pierre RIBOULET - Extrait de naissance d'un hôpital – Journal de travail – P. 103

A propos du service de néonatalogie

Hôpital Robert Debré, Paris 19^{ème}, Ouvert le 2 Mai 1988.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Restructurations hospitalières : architecture, réformes de santé et changement d'organisations	5
1.1 Les grandes étapes architecturales	5
1.1.1 Une histoire hospitalière pour l'accueil des déshérités	5
1.1.2 Essor architectural et réformes de la politique de santé	6
1.2 Des restructurations immobilières sans précédent	7
1.2.1 Les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».....	7
1.2.2 Des renforts nationaux et régionaux afin de suivre l'évolution du patrimoine hospitalier et les impacts des investissements.....	9
1.2.3 Les enjeux des constructions hospitalières de demain	12
1.3 Concepts autour du projet architectural : nouvelles organisations et conduite du changement.	14
1.3.1 Architecture et organisations hospitalières : des restructurations liées par le changement mais aussi l'efficience des organisations.....	14
1.3.2 L'implication des acteurs : un succès très dépendant de l'encadrement.	17
1.3.3 Restructuration architecturale : des compétences apportées par le DS	18
2 Enquête de terrain : méthodologie de recherche et analyse	23
2.1 Méthodologie d'enquête sur les restructurations architecturales en CHU	23
2.1.1 Les terrains d'enquête choisis dans le cadre de cette recherche	23
2.1.2 Les outils d'enquête retenus : questionnaire et entretien	24
2.1.3 Le public interrogé	24
2.1.4 Les limites de l'enquête	25
2.1.5 Le traitement des données	25
2.2 Les résultats.....	26
2.2.1 Résultats et analyse par thématique et par établissement.....	26
2.2.2 Résultats en lien avec la direction des travaux dans les trois CHU	34
2.2.3 Synthèse d'analyse	35

3	Les préconisations : le DS est au cœur d'une restructuration architecturale	39
3.1	M comme Management	39
3.2	O comme Organisation des soins.....	40
3.3	D comme Dimensionnement	40
3.4	E comme Etat des lieux	41
3.5	R comme Rationalisation	41
3.6	N comme Normes	42
3.7	I comme Innovation	43
3.8	S comme Social	43
3.9	A comme Acteurs	44
3.10	T comme Transition	45
3.11	I comme Intelligence collective	46
3.12	O comme Optimisation	46
3.13	N comme Nouvelle formation pour un Nouveau métier.....	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Public et méthodologie d'enquête	II
	Annexe 2 : Questionnaire – Enquête de terrain	III
	Annexe 3 : Grille d'entretien pour la direction des travaux.....	VI
	Annexe 4 : Les 9 champs de compétences spécifiques du DS	VII

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COPERMO	COmité interministériel de la PERformance et de la Modernisation de l'Offre de soins hospitaliers
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
DGA	Directeur Général Adjoint
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
D. Soins	Direction des Soins
EHESP	Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
OPHELIE	Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Etablissements de santé – Législation – Indicateurs - Environnement
OSCIMES	Observatoire des Surfaces et Coûts IMmobiliers en Etablissements de Santé
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
MAINH	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
SI	Système d'Information
SRIS	Schéma Régional d'Investissement en Santé
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation à l'activité
UHSI	Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale

Introduction

En juin 2013, la cour des comptes émettait un rapport mitigé sur l'efficacité attendue des restructurations immobilières des centres hospitaliers universitaires (CHU), au regard de l'investissement des plans hôpital 2007 et 2012. Malgré un effort de modernisation nécessaire, largement accompagné financièrement (18 milliards d'euros d'investissement entre 2003 et 2011)¹, l'adaptation de l'offre de soins attendue reste insuffisante voire décevante au vu des recommandations et des contraintes économiques de la politique de santé actuelle.

L'enquête, portant sur trente CHU et deux centres hospitaliers régionaux, démontre entre autres, un virage ambulatoire manqué, une diminution capacitaire des lits conventionnels timide, une mutualisation des plateaux médico-techniques peu efficace et un regroupement des fonctions logistiques encore insuffisant. Malgré des restructurations architecturales répondant aux normes, les réorganisations structurelles de fonctionnement manquent de profondeur et n'ont pas toujours permis une réflexion innovante sur l'offre de soins au cœur d'un territoire donné.

De multiples freins expliquent les difficultés à répondre aux objectifs attendus, que ce soit la lenteur des programmes et des réalisations immobilières, l'accélération des normes et des contraintes sécuritaires, la rationalisation des dépenses financières en matière de santé ou tout simplement le manque de vision innovante des acteurs de santé au sein des établissements. Pourtant, la maîtrise financière des projets architecturaux réalisés et surtout la performance des organisations doivent permettre d'atteindre des résultats de rationalité des activités, de mutualisation des professionnels et surtout d'efficacité, c'est à dire toujours plus de qualité au meilleur coût.

Ayant récemment coordonné une restructuration de l'ensemble du plateau technique d'un hôpital, et bien plus tôt, accompagné des professionnels dans des réorganisations intenses de mutualisation sur les blocs opératoires, il convient de rechercher quelles plus-values, ces expériences m'apportent en tant que futur directeur des soins (DS).

Sur le terrain, ces restructurations se sont souvent traduites par des changements structurels, des choix d'équipements, des optimisations de place et des modernisations du système d'information (SI), où il était nécessaire d'imaginer notre futur lieu de travail, à partir de plans complexes, en tenant compte des normes et des évolutions organisationnelles.

¹ Rapport de la cour des comptes, juin 2013 : La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affectés aux soins, p. 18

Passer de la conduite de projet opérationnelle à la réflexion stratégique des organisations soignantes au cours d'un programme immobilier est une préoccupation légitime d'un directeur des soins en devenir.

Participer activement à un programme de restructuration architecturale, c'est appréhender les contraintes structurelles, défendre l'ergonomie et les conditions de travail des professionnels, travailler collectivement sur les nouveaux circuits patients, l'approvisionnement en matériels, la rationalisation des stockages et des salles de soins... en un mot imaginer « les organisations futures ». L'amélioration de la prise en charge du patient, d'une offre de soins, adaptée et efficiente, dans le maintien d'une qualité de vie au travail pour les professionnels, sera l'objectif à atteindre tout en tenant compte des contraintes de rationalisation.

Aussi, comment concilier contraintes économiques avec enjeux sécuritaires et normes, développement d'activité avec maintien de la qualité de prise en charge, dans une culture du soin innovante et respectant les attentes des patients et de la société ?

Il convient donc de nous interroger sur la fonction de directeur des soins pour accompagner ces changements structurels, en anticipant les organisations soignantes de demain, dans un maintien optimal du service rendu au patient.

Quelle est alors la valeur ajoutée du directeur des soins dans la réflexion sur un projet architectural d'un établissement de santé ?

La conception de la nouvelle organisation des soins dans un environnement institutionnel modernisé est-elle garante d'une efficacité économique ?

Le directeur des soins apporte-t-il une dimension suffisamment innovante à l'évolution des prises en charge des patients ?

Enfin, quels sont les leviers sur lesquels une direction des soins, compétente et tournée vers les prestations de soins, va pouvoir agir pour accompagner les professionnels et coordonner les changements d'organisations attendus ?

Pour étayer et orienter ma recherche, il m'a paru essentiel de poser des hypothèses permettant d'enquêter sur les retours d'expériences dans un contexte de restructuration architecturale. Trois hypothèses se dessinent :

- Les restructurations immobilières induisent toujours des réorganisations soignantes, alors qu'il existe des freins et des écueils à la conduite de projet qu'il convient d'analyser.
- Le DS, responsable de l'ensemble des professionnels paramédicaux, initie la conduite du changement dans les organisations et la prise en charge des patients, par le style de management qu'il met en place.

- Les domaines d'intervention du DS, dans un contexte de restructuration architecturale, doivent être ciblés sur les compétences fondées à la fois sur l'expérience, sur les apports de la formation DS, ainsi que sur la capacité à communiquer dans l'équipe de direction.

Dans un premier temps, nous parlerons des évolutions architecturales hospitalières et leurs impacts sur la politique de santé actuelle. Nous aborderons ensuite l'évolution de la fonction de directeur des soins dans la conduite de changement auprès des acteurs concernés par une restructuration architecturale.

Dans un deuxième temps, nous décrirons la méthodologie d'enquête utilisée pour illustrer les enjeux et le rôle de la fonction de DS dans l'accompagnement d'un projet architectural. Une analyse des constats de terrain complètera les recherches sur la conduite du changement à l'aide des apports sociologiques issus de ma formation.

Dans un troisième temps, des préconisations méthodologiques et innovantes seront proposées afin de mettre en évidence les atouts et les points forts du DS dans sa fonction de manager et pourquoi pas de directeur des opérations (DOP).

1 Restructurations hospitalières : architecture, réformes de santé et changement d'organisations

L'évolution architecturale de nos hôpitaux en France raconte les prémices de la santé publique, mais elle marque également leur place dans la société. Nous relèverons quelques repères historiques avant de nous intéresser aux réformes qui les ont accompagnés et à leurs impacts modernes sur les enjeux d'aujourd'hui.

1.1 Les grandes étapes architecturales

1.1.1 Une histoire hospitalière pour l'accueil des déshérités

Du IX^{ème} au XVI^{ème} siècle, la prise en charge des « malheureux » tenait plus de la charité que du soin proprement dit et était proche (ou à l'intérieur) des églises ou des abbayes. Ce n'est qu'à partir de la Renaissance, que les premiers hôpitaux s'éloignent de la religion et apparaissent dans les faubourgs des villes avec une architecture « en cours et en croix ». Ils avaient pour mission principale l'enfermement des marginaux dans la salle commune, avec plusieurs malades par lit. C'est Louis XIV qui demandera la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice (1662). Huit ans plus tard, il créera l'hôtel des invalides afin d'accueillir les invalides de guerre.

Lors de la révolution française, les hôpitaux sont fermés pour confirmer le programme de lutte contre la mendicité. C'est alors que la gestion est confiée aux communes : « *Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses en 1790 et un décret du 23 messidor de l'an II (1794) nationalise les hôpitaux [...] la situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux communes la gestion des hôpitaux.* »² Par la loi du 16 vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796), ce sont les révolutionnaires qui confieront la gestion de ces lieux d'accueil des indigents aux communes.

Sous Napoléon Bonaparte, on comptabilise jusqu'à 2500 hospices civils (recueillant un mélange d'orphelins, de vieillards, malades, mendiants et femmes de mauvaise vie), et établissements pour aveugles, sourds et muets.

A la fin du XIX^{ème} siècle, l'ère pasteurienne et les premiers principes d'hygiène conduisent à la construction d'hôpitaux pavillonnaires sur de grandes surfaces. Si nous sommes encore loin des droits du patient, l'évolution de la médecine donne naissance aux prémices d'un accueil plus humain, pour un soin plus adapté. « *... la salle commune disparaît pour laisser place à des chambres collectives spécialisées selon les infections.* »³

² www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf, p.2.

³ Pottier C., Roth Y., Vacher C., Verdier L., « Constructions hospitalières du moyen-âge à nos jours », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, p 28

Ainsi, la place prépondérante de la médecine prend son essor à l'hôpital : « *Dès lors, l'hôpital devient un lieu d'expérimentation où la maladie prime sur le malade.* »⁴

Si dans la première partie du XXème siècle, l'hôpital pavillonnaire prédomine, il est déjà question de son lieu d'implantation en cette période d'expansion industrielle et de développement des lignes de tramway.

L'hôpital des déshérités se construit à la périphérie des grandes villes (Grange-Blanche à Lyon, Purpan à Toulouse et Pellegrin à Bordeaux). Par ailleurs, le développement industriel et les progrès techniques font que l'hôpital se dote d'annexes comme la blanchisserie, d'un système d'épuration des eaux usées, ainsi que d'un complexe de « magasins » fournissant les denrées alimentaires essentielles.

A partir de 1930, le modèle de construction verticale (dont la référence est l'hôpital Beaujon), s'impose avec la réduction des temps de circulation, l'amélioration de la communication et de la logistique (séparation des circuits). Il consiste en un empilement des services par étage, permettant une rationalisation des circuits d'approvisionnement et de circulation des patients.

1.1.2 Essor architectural et réformes de la politique de santé

Avec la loi du 21 décembre 1941 dites « charte hospitalière », les hôpitaux modifient leur gestion et s'ouvrent à toutes les classes sociales. Se constitue alors, le classement des hôpitaux en Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), hôpitaux et hospices. Puis en 1958, la réforme hospitalière unira les facultés de médecine aux CHR pour donner naissance aux CHR Universitaires (CHRU).

Parallèlement à l'essor du progrès médical, la construction d'établissements dotés de 600 à 900 lits est à son apogée, plutôt monobloc mais avec des patios ou des atriums permettant une aération naturelle. La partie réservée aux services médico-techniques ne cesse de grandir : « *Alors qu'au début du siècle l'hôtellerie occupait 80 à 90 % des locaux d'un hôpital, elle n'en occupe plus que la moitié en fin de siècle* »⁵.

Les normes d'hygiène redoublent et nécessitent une aération artificielle, filtrée et contrôlée par gaines. Les normes de construction se complexifient avec la lutte contre les infections nosocomiales (contrôle de l'air, de l'eau...), ainsi que les normes sécuritaires contre les risques d'incendie. De plus, la conception des hôpitaux monobloc montre rapidement ses limites dans un contexte de progrès médical qui se caractérise par une diminution des temps d'hospitalisation, un plateau technique imposant et nécessitant une logistique d'approvisionnement complexe.

⁴ Ibid., « Constructions hospitalières du Moyen Age à nos jours », p 28

⁵ J. M. Clément, « L'évolution de l'architecture hospitalière au XXème siècle », Revue de la société française d'Histoire des Hôpitaux, p. 34

Les hôpitaux sont tributaires de leur structure et ont du mal à s'adapter en interne, mais également à répondre aux nouvelles prises en charge (développement de la chirurgie mini-invasive et des progrès médicamenteux qui évitent une hospitalisation longue).

Parallèlement, le déficit de la sécurité sociale et le coût exponentiel des dépenses de santé (elles ont été multipliées par 3,5 entre 1975 et 1985)⁶, vont contribuer à une gestion d'économie qui va mettre un coup d'arrêt à l'expansion euphorique des établissements sanitaires, avec la loi du 31 juillet 1991⁷. Cette loi crée, entre autres, le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS), qui renforce le contrôle des installations sanitaires, des activités coûteuses et des équipements médicaux techniques dans chaque région.

« Le SROS est modifié tous les cinq ans et s'avère particulièrement redoutable comme outil de restructuration hospitalière. De nombreux services de maternité, d'urgences et autres chirurgies ont été obligés de fermer face aux objectifs du SROS appliqués par des représentants de l'Etat. »⁸

De même l'ordonnance du 24 Avril 1996⁹, renforce la régionalisation de la gestion sanitaire (financement et activité des établissements), afin de réduire les inégalités entre régions et établissements et d'aboutir à une concentration des équipements hospitaliers.

« Les objectifs clairement avoués par les pouvoirs publics étaient de réduire de 100 000 lits le parc hospitalier français, soit près du tiers de sa capacité. (...) De nombreux établissements publics et privés de petite dimension (moins de deux cents lits et moins de trois cents accouchements pour les maternités) vont être fermés et regroupés. »¹⁰

Dans un contexte financier de plus en plus contraint et malgré une formidable expansion des « trente glorieuses », le parc hospitalier français a pris un retard considérable en matière d'investissements : la priorité est de répondre aux mises aux normes des bâtiments et surtout de moderniser le parc hospitalier.

1.2 Des restructurations immobilières sans précédent

1.2.1 Les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 »

Débutée dès 2003, la politique de modernisation des hôpitaux engage tous les établissements de santé dans des projets de rénovation/construction afin de combler le retard en termes de système d'information et d'accueil hospitalier.

Avec le plan hôpital 2007, le Gouvernement décide d'accorder 10 Milliards d'euros d'aide à l'investissement, dont 6 subventionnés par l'Etat (en réalité à 16,8 Milliards d'euros

⁶ Eyraud A, Beauvais M, « Les mutations de l'hôpital », Techniques hospitalières n° 736, Nov. Déc. 2012, p. 19

⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁸ www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf, p.10

⁹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁰ Ibid., p.12

d'investissement au total)¹¹, pour accélérer la mise à niveau du patrimoine hospitalier. Les établissements sont invités à présenter des projets en tenant compte de leurs besoins prioritaires qu'ils soient immobiliers, d'équipement ou sur la mise en œuvre du système d'information. Mais ils doivent également favoriser l'application des plans nationaux concernant les urgences, le cancer ou la périnatalité.

La multiplicité des opérations engagées (1927 opérations en 2007 dont 1049 sur l'immobilier)¹², ne permet pas à la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) d'apporter une réelle lisibilité sur les gains de ce plan d'envergure.

Malgré des projets censés participer à l'amélioration de la productivité des établissements (par des économies nettes sur les dépenses en personnel et en exploitation), le bilan du plan hôpital 2007 ne donne pas le retour sur investissement attendu. De plus, à titre d'exemple, le taux de dépendance financière des CHU s'est aggravé, passant de 31,1% en 2004 à 45,9% en 2007¹³, ce qui nécessitera un contrôle et parfois une remise en question des futurs projets.

Avec le plan hôpital 2012, les projets sélectionnés doivent intégrer les perspectives d'activité pour apprécier le calibrage des opérations avec un suivi particulier pour tous les programmes dépassant 50 millions d'euros.

Cinq objectifs¹⁴ guident le nouveau plan :

- Maintenir un haut niveau d'investissement (85% pour l'immobilier et 15% pour le système d'information).
- Soutenir les projets participant à la recomposition hospitalière (regroupement de plateaux techniques, partenariat privé/public, recompositions internes).
- Soutenir les projets répondant à des critères d'efficience permettant une viabilité économique des investissements immobiliers.
- Développer les systèmes d'information notamment l'informatisation en lien avec les processus de soins sur le territoire.
- Poursuivre la mise aux normes de sécurité à caractère exceptionnel (territoires d'outre mer) et de désamiantage.

Pour contrôler et accompagner la mise en œuvre d'une amélioration de la gestion du patrimoine hospitalier, la politique de santé va décliner plusieurs outils.

¹¹ Rapport de la cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins, Sénat, séance du 2 octobre 2013, Synthèse, p. 11.

¹² Chiffres 2009 de la MAINH, « un bilan d'ensemble difficile à établir », Plan Hôpital 2007 : relance de l'investissement immobilier, Chap. 6, Cours des comptes, p.163.

¹³ Ibid., « le cas particulier des CHU », p.25.

¹⁴ Santé.Gouv.fr, Discours/archives « Annonce du plan hôpital 2012 » par Roselyne Bachelot-Narquin, 10 Février 2010.

1.2.2 Des renforts nationaux et régionaux afin de suivre l'évolution du patrimoine hospitalier et les impacts des investissements

A) Le Schéma Régional d'Investissement en Santé : SRIS¹⁵

Le Gouvernement souhaite clairement renforcer le contrôle et la visibilité du parc hospitalier sur chaque territoire en proposant aux agences régionales de santé (ARS), une méthodologie sur la déclinaison du plan d'investissement national. La stratégie nationale de santé ne doit plus seulement se décliner par projet mais bien intégrer la notion de territoire et insuffler une approche à la fois stratégique et territoriale.

Le SRIS se compose de quatre volets :

- Un inventaire du patrimoine existant comprenant une analyse capacitaire et son évolution probable.
- Une analyse stratégique des besoins en investissement en référence avec le plan régional de santé, insistant sur le parcours de santé transversal entre hôpital, ville et médico-social de secteur.
- Une cartographie présentant par ordre de priorité, l'ensemble des projets programmés dans le champ sanitaire et médico-social.
- Une étude d'impact financier global.

Les pouvoirs publics réitèrent le positionnement des ARS et veulent renforcer le pilotage de chaque territoire régional de santé en matière d'investissement.

B) Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers : COPERMO

Parallèlement, la création du COPERMO¹⁶ en 2013 a pour objectif de vérifier l'effort d'investissement national, mais surtout d'accompagner sur chaque territoire les établissements dans leur restructuration en lien avec les ARS. Outre le contrôle de faisabilité, de viabilité et de « soutenabilité financière » des opérations de restructurations, qui doivent s'inscrire dans le SRIS, le COPERMO est essentiellement attentif à la performance des activités de l'offre de soins.

L'établissement et l'ARS préparent conjointement le dossier qui se compose d'éléments diagnostiques et d'un plan d'actions visant à la préparation d'un retour à l'équilibre financier expertisé par le comité technique. La décision du COPERMO est assujettie à un certain nombre de critères stratégiques sur les thèmes suivants¹⁷ :

¹⁵ Instruction N°DGOS/PF1/DGCS/ 2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS).

¹⁶ Circulaire interministérielle N° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

¹⁷ Extrait du chapitre III de la circulaire du 5 juin 2013 relative à la mise en place du COPERMO : Les décisions du comité sur le volet « performance »

- Le positionnement dans le territoire ;
- L'évolution des activités ;
- L'attractivité ;
- La qualité et la sécurité et des soins, notamment le positionnement de l'établissement dans la procédure de certification par la Haute Autorité de Santé ;
- La performance des organisations et des prises en charge à partir des référentiels nationaux existants ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La situation budgétaire et financière actuelle et les perspectives financières insérées au sein du plan global de financement pluriannuel.

La volonté de garantir un impact territorial, mais surtout d'assurer la lisibilité des projets immobiliers de chaque établissement (voire leur solvabilité), est affichée clairement par le COPERMO.

Par ces deux accompagnements, les pouvoirs publics suivent les préconisations du rapport de la cour des comptes en améliorant le pilotage national et régional du patrimoine hospitalier afin de mettre en cohérence la politique immobilière et la politique de l'offre de soins.

C) Le logiciel OPHELIE

En complément de la stratégie nationale de soutien à l'investissement, les pouvoirs publics proposent aux établissements de santé un appui technique de recensement de leur patrimoine, le logiciel OPHELIE. En mai 2015, 230 établissements de santé publics dont 14 CHU se sont engagés dans la démarche¹⁸. Cet outil apporte une aide diagnostique du patrimoine et contribuera, d'ici 2017, à dresser une référence de gestion avec une comparaison inter établissements. Il définit une conduite de bonnes pratiques de la gestion du patrimoine et conduit une réflexion prospective sur les espaces hospitaliers du futur.

« En outre, la DGOS souhaite faire d'OPHELIE un instrument de pilotage du patrimoine immobilier au niveau de chaque établissement. Recensant soixante indicateurs de performance dans cinq domaines (maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine, maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques, adéquation fonctionnelle des locaux, performance environnementale et management de la fonction immobilière), l'outil doit permettre de renforcer les compétences de gestion des acteurs et de réaliser des comparaisons entre établissements afin de mieux maîtriser les coûts. »¹⁹

¹⁸ Hospimédia du 21/05/2015, Salon Santé Autonomie 2015 : 265 établissements de santé se sont lancés dans la démarche de gestion patrimoniale OPHELIE en un an.

¹⁹ Rapport de la cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins, Sénat, séance du 2 octobre 2013, Synthèse, p. 17

D) Des outils proposés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

En plus d'un cadre législatif renforcé, il apparaît comme essentiel de tirer un enseignement des restructurations architecturales passées.

Par une convention signée en 2011 et suite à la conférence des directeurs généraux de CHU, l'ANAP met à la disposition des établissements une plateforme : l'Observatoire des Surfaces et Coût Immobiliers en Etablissements de Santé (OSCIMES). Fondée sur les coûts des constructions immobilières, elle apporte aux établissements une base de données (coût d'opérations de construction par lot et par secteur fonctionnel), ainsi qu'une aide à la décision par simulation de faisabilité d'un projet immobilier.

Par ailleurs, l'ANAP a audité cinq établissements dont les restructurations ont été mises en œuvre lors du plan hôpital 2007. A partir du retour d'expériences, un guide de bonnes pratiques²⁰, a été élaboré dès 2012 : « Anticiper la mise en service d'un bâtiment ». Composé de onze fiches thématiques ce guide brosse un panorama complet de l'accompagnement des professionnels dans un projet immobilier depuis la définition du projet et la constitution des groupes de pilotage jusqu'à la phase de déménagement et de mise en service.

La préparation et l'accompagnement des équipes au changement comprennent cinq étapes qui se déroulent dans un temps plus ou moins long, mais qu'il est impératif de débiter au démarrage des travaux. De même, le temps de bilan à un an du déménagement ne sera pas négligé car il permet un ajustement des nouvelles organisations.

Pour les restructurations architecturales partielles, l'ANAP propose également une autre publication²¹ : « Moderniser un établissement sur site », guide assorti d'un outil²² « Diagnostic du processus de modernisation sur site ». Toujours issue de retours d'expériences, l'aide apportée par ces guides méthodologiques est riche d'enseignement et a pour objectif de pouvoir s'adapter à n'importe quelle restructuration quelque soit sa dimension.

L'évolution des hôpitaux est en constant mouvement. Si le retour d'expériences est un atout, il ne faut pas négliger l'innovation qui sera nécessaire aux professionnels pour dégager et anticiper l'hôpital du futur. Il nous apparaît important de mener notre réflexion sur les enjeux actuels qui conditionnent les réels besoins hospitaliers du futur.

²⁰ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/anticiper-la-mise-en-service-dun-batiment/>

²¹ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/moderniser-un-etablissement-sur-site-1/>

²² <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-diagnostic-du-processus-de-modernisation-dun-etablissement-sur-site/>

1.2.3 Les enjeux des constructions hospitalières de demain

Sans être exhaustifs, les points retenus dans cette partie, vont impacter la conception des futures structures de santé, que ce soit en termes de rénovation ou de construction neuve.

« Les évolutions des pratiques médicales et des prises en charge, les marges de financement de plus en plus tendues des investissements immobiliers, et la nécessité de s'inscrire dans une stratégie territoriale, obligent les maîtres d'ouvrage à adapter leur « outil de production de soins » en intégrant les mises en conformité réglementaires et organisationnelles, au profit de la qualité de la prise en charge du patient et de l'amélioration des conditions de travail, et dans une logique d'efficience du dispositif, tout en s'engageant dans une démarche rigoureuse pour définir au plus juste, la nature du ou des projet(s) à réaliser. »²³

A) Des mises aux normes encore attendues pour certains établissements

Durant les dix dernières années, la réglementation s'est accentuée dans des domaines très variés, touchant les bâtiments recevant du public. Nous en citerons cinq démontrant les efforts de mise à niveau du parc hospitalier et les contraintes générées :

- Accessibilité des bâtiments publics (loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des handicapés dont la mise en conformité arrivait à expiration au 1^{er} janvier 2015) ;
- Normes environnementales (loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement) ;
- Sécurité incendie (arrêté du 30 décembre 2011 portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques incendie et de panique)
- Risque d'exposition à l'amiante (décret du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante) ;
- Surveillance de l'eau (arrêté du 10 février 2010 relatif à la surveillance des légionelloses dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire).

B) La place de l'établissement sur le territoire et son accessibilité :

Les interactions avec les autres structures et sa capacité à s'ouvrir sur la ville, les modalités d'accès par les patients comme pour les professionnels, interrogent sur sa localisation dès sa conception.

De même, les flux d'approvisionnement en matériel sont à prévoir en fonction des automatisations possibles ou non en interne, comme la gestion de centrales d'achats et les accès de livraisons.

²³ E. Delcros, A. Lam, C. Olhagaray, « Moderniser un établissement sur site », mai-juin 2013, Techniques hospitalières n°739, , pp. 60-61

Les contraintes d'urbanisme actuelles et les impossibilités d'extension ou d'aménagement intramuros des grandes villes, remettent en cause la place des établissements au cœur des villes notamment pour les CHU. Hormis les trois plus grandes agglomérations (Paris, Lyon, Marseille), la tendance est la délocalisation péri-urbaine, soutenue par un réseau routier et de transports en communs adéquats, répondant ainsi mieux aux exigences d'accessibilité.

C) La classification des hôpitaux et les évolutions de prise en charge des patients :

Elle met en jeu la définition même de chaque établissement sur un territoire donné avec des missions définies en cohérence avec les besoins territoriaux et la présence des autres structures. Les progrès médicaux, le développement des systèmes d'information et de suivi des patients chroniques, ainsi que la diminution des durées d'hospitalisation, remettent en cause le dimensionnement capacitaire ou à défaut, la possibilité de reconversion des locaux. La réflexion stratégique sur le parcours de soins devient une analyse sur le parcours de vie et les modalités de surveillance des patients au plus près de leur domicile.

De même le niveau d'offres de soins des établissements doit répondre aux besoins du territoire et tendre vers une juste orientation des missions depuis l'hôpital de proximité (premier recours), jusqu'au CHU, concentration d'offres spécialisées et de plateaux techniques de pointe. Bien entendu, ces derniers servent d'appui et de soutien aux établissements sanitaires ou médico sociaux, dans un cadre défini par les futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT).

D) La qualité de vie des professionnels et de la prise en charge des usagers

L'ergonomie et la prise en compte des facteurs psychosociaux mettent en jeu de façon essentielle les organisations au sein d'une nouvelle structure. Les contraintes structurelles (dimension des unités, place des salles de soins, flux de circulation, équipements ...) doivent participer à la prise en compte des besoins des professionnels comme à celle des usagers.

« L'intérêt de construire des structures capables de tenir compte des spécificités de chaque métier, des attentes de patients et de leur familles, mais aussi de l'évolution de l'activité dans un service ou un pôle, doit amener à réfléchir au meilleur moyen d'inclure de la flexibilité dans les agencements choisis, les structures et peut être même les matériaux. »²⁴

²⁴ DULUC G., PAUL E., « EHESP Conseil Accompagner les organisations », mai 2014, *Gestions Hospitalières* n° 356, P. 279.

Accompagner un projet de restructuration, c'est repenser les organisations futures et concilier au mieux la vie des usagers et des professionnels pour de longues années. Construire un établissement de santé, c'est prendre en compte les besoins d'une collectivité multi professionnelle et celle des usagers autour d'un projet commun intégrant des organisations innovantes, concertées et adaptées.

1.3 Concepts autour du projet architectural : nouvelles organisations et conduite du changement.

Si le succès du projet architectural est synonyme de réussite et d'amélioration de la qualité des prises en charge, il convient d'analyser la complexité du travail à mener par la direction des soins (D. Soins) pour accompagner de tels changements. Intégrer la conduite de changements organisationnels à l'occasion d'une construction neuve, demande une analyse sur l'efficacité attendue, l'accompagnement, l'implication des acteurs et surtout sur la place du DS.

1.3.1 Architecture et organisations hospitalières : des restructurations liées par le changement mais aussi l'efficacité des organisations.

Les concepts retenus dans cette première partie ont été ciblés sur les notions d'identité culturelle, de freins au changement et d'efficacité à l'hôpital.

A) L'identité culturelle à l'hôpital

L'architecture hospitalière tient une place forte dans le travail des professionnels au quotidien. Par la mémoire transmise dans le cas d'une structure ancienne, ou au contraire d'une configuration moderne et originale, le lieu de travail participe à la culture des professionnels. En effet, il est courant que lors d'échanges professionnels, chacun se présente en citant le nom de son établissement, comme si notre individualité ne trouvait de sens que dans l'appartenance à une collectivité. Le professionnel de santé existe par son appartenance qui l'identifie dans sa communauté structurelle.

Ainsi, la circulation quotidienne dans les couloirs de l'hôpital, l'appropriation du lieu de travail, l'apprentissage de sa zone d'intervention (voire d'influence), sont autant de « rites » qui construisent entre autres, la culture à l'hôpital. Dans le cas des CHU où la complexité des circulations implique une information pour comprendre les circuits, (souvent des raccourcis ou des labyrinthes), cette « initiation » aux circulations contribue à une approche quasi « mystique » du nouvel environnement.

Pour qualifier les interactions communautaires, Yvan Sainsaulieu²⁵ parle d'héritage, de contexte interne/externe mais également du « je » qui devient « nous ».

Conduire une transformation du cadre de travail, c'est intervenir sur la plus imperceptible, voire cachée et parfois inconsciente, de notre identité professionnelle. La communauté professionnelle sera sensible à toute manifestation d'hommage à l'ancien lieu de travail, quelles que soient les qualités esthétiques, ergonomiques ou modernes du nouveau.

La construction d'un établissement neuf, dont l'objectif final réside en la qualité du service rendu au patient, semble induire une dynamique dans l'adaptation aux organisations. Pour autant, il faut tenir compte des forces souvent cachées, qui inhibent certains professionnels à participer à ce lent processus architectural.

B) Les freins au changement

Norbert Alter définit la démarche collective²⁶ (ici, du projet architectural) comme un échange, un équilibre donnant/donnant, où la mission (groupe de travail architectural) n'a de sens que dans la reconnaissance et le bénéfice qu'en tire l'individu (amélioration des conditions de travail, de l'accueil des patients, ...). Ainsi, à partir d'un objectif collectif, le dynamisme et la motivation des équipes obéissent également à des réponses personnelles où chacun s'approprie « une bonne raison » d'être actif.

Cependant, le changement génère de l'inquiétude, une part de perte des repères et surtout la nécessité d'adapter les organisations de les transformer, de se remettre en cause, pour chacun des acteurs concernés.

« A un moment donné, l'espace de travail est la superposition de contraintes architecturales, d'aménagements plus ou moins achevés et de l'introduction de nouveaux équipements. Il est rare qu'il ait fait l'objet d'une réflexion d'ensemble et cohérente. L'aménagement de l'espace est le grand absent de la pensée organisationnelle »²⁷.

A la perte de la réalité structurelle s'ajoute de manière inhérente voire quasi automatique, une modification organisationnelle. La maîtrise de l'incertitude donne du pouvoir, en l'occurrence, les professionnels sont soumis à l'autorité du « sachant », celui qui donnera les informations les plus fiables pour la cohésion et la dynamique projet.

« Chaque fois que quelqu'un, par la place qu'il occupe, les ressources dont il dispose, est en mesure de répondre à une incertitude importante, il en tire du pouvoir, c'est à dire des moyens de pressions, d'action, de négociation sur d'autres membres »²⁸.

²⁵ Y. Sainsaulieu, « Les quatre types communautaires », La communauté des soins en question, 2006, , Ed. Lamarre, p. 67

²⁶ F. X. Schweyer, Cours de sociologie (29 janvier 2015), Donner et prendre, théorie de la coopération de N. Alter.

²⁷ Y.F. Livian, « Chap 7 : l'organisation du travail dans le temps et dans l'espace, section 2 : l'aménagement de l'espace », Organisation, théories et pratiques, Ed Dunod, pp. 140-141.

²⁸ F.X. Schweyer, op cit.

La transmission des informations, ainsi que la communication active et sans relâche de l'encadrement, participent à estomper les effets délétères de repli de l'équipe ou de non négociation. Dans le cas contraire, par rétention d'information ou manque de communication, les équipes vont chercher à reproduire au plus près ce qu'elles connaissent déjà, afin de garder leur propre zone d'autonomie. Cette réaction va nuire à leur capacité d'innovation, d'adaptation ou d'objectivité dans les futures organisations.

Or, l'hôpital devient non seulement un modèle productif et un modèle d'emploi mais il doit intégrer une rationalisation de l'offre de soins où la notion d'efficacité devient le maître mot.

C) L'efficacité à l'hôpital

Terminologie souvent usitée dans des contextes très variés (industrie, commerce, agriculture, économie mais également en médecine), l'efficacité se définit par : « *l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat. Rapport entre résultats obtenus et ressources utilisées* »²⁹.

Appliquée à l'hôpital, elle caractérise les organisations globales prévues au service du patient, plus particulièrement la qualité du circuit patient quel que soit son parcours. On parle alors d'amélioration des organisations internes à l'hôpital, dont l'objectif est la fluidité du parcours de prise en charge. Ainsi, toutes les étapes sont examinées en vue d'une performance de l'ensemble des acteurs pour une optimisation des interactions.

Préconisée dans un rapport³⁰ de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en avril 2012, « la fluidité du parcours patient » est abordée comme élément déterminant des préconisations et plus uniquement comme élément financier ou de rationalisation des organisations. Dans le chapitre sur « L'amélioration de l'organisation interne », la réflexion porte aussi bien sur la gestion des seuils de saturation (aux urgences par exemple), que sur les interactions à coordonner au sein des pôles ou lors de la préparation de la sortie du patient.

C'est alors que la coordination devient un élément de construction collective du pôle qui est essentiel dans la recherche de l'amélioration organisationnelle. L'analyse des circuits préexistants et la recherche de leurs dysfonctionnements, participent à l'élaboration des futures organisations lors d'un projet immobilier d'un établissement de santé.

²⁹ Définition de l'efficacité issue du site fr.wikipedia.org/wiki/efficience.

³⁰ Rapport IGAS RM 2012-046P, Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants, avril 2012, Chap. 1-2, l'amélioration de l'organisation interne, p.24.

1.3.2 L'implication des acteurs : un succès très dépendant de l'encadrement.

La réussite d'un changement structurel aussi majeur qu'une construction hospitalière, est très liée à la vision et à l'appropriation des circuits dans une prise en charge complète du séjour patient quel que soit le mode d'entrée. La nouvelle gouvernance par pôles, réaffirmée dans la loi hôpital, patients, santé et territoires³¹ (HPST), contribue à décloisonner les équipes et à fluidifier le parcours de prise en charge.

A) Les cadres de pôles : impacts d'une nouvelle gouvernance

Dix ans après les balbutiements de la nouvelle gouvernance³², l'encadrement des pôles contribue à un pilotage plus médico-économique des activités et surtout à une déconcentration du pouvoir de décision au plus près du niveau de « production des soins ».

Ainsi, par la place qui lui est dévolue, le cadre de pôle devient expert de la coordination des activités inter services et apporte aux équipes la vision des forces mais aussi des faiblesses d'une filière de prise en charge. L'organisation au sein d'une nouvelle structure doit être réfléchie pour une amélioration des parcours de soins et repensée au service du patient dans un esprit de globalité de sa prise en charge.

« L'organisation autour des parcours patients se substitue à une conception fondée sur les cloisonnements disciplinaires et la notion de territoire physique de services :

- *un plateau technique, cœur de l'hôpital, partagé et ouvert aux professionnels de ville en lien avec l'accueil des patients en urgence et les hospitalisations en soins critiques,*
- *des soins ambulatoires, ouverts sur le territoire et adaptés aux prises en charge chroniques,*
- *des circuits programmés (ambulatoires, conventionnels, soins critiques) et non programmés (accueil des urgences) organisés et lisibles. »³³*

Conduire un projet architectural dans une logique de pôles décloisonne les schémas hospitaliers habituels fondés sur des segmentations (physiques, médicales et culturelles) de l'organisation du séjour patient. Le cadre de pôle est un acteur essentiel pour impliquer les équipes soignantes vers une fluidité du parcours et contribuer à une réelle efficience des prises en charge du patient.

B) La communication : le cadre de proximité, pivot de toutes les interfaces

Un projet architectural va mobiliser directement chaque cadre d'unité concernée par les impacts organisationnels générés dans la nouvelle structure.

³¹ Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³² Ordonnance n° 2005-406 du 2 Mai 2005 et ordonnance n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant sur l'organisation interne des EPS.

³³ Bubbien Y., Jaglin-Griminprez C., « L'hôpital de demain - Quelles solutions architecturales ? » Gestions Hospitalières n°545, avril 2015, pp. 205-206

Le cadre est alors en première ligne pour mobiliser les équipes paramédicales dont il a la responsabilité, mais à l'inverse pour répondre aux sollicitations des médecins et des professionnels, en interne comme en interface. C'est par lui que vont transiter les informations descendantes mais aussi les questions des équipes, les sollicitations des services techniques pour avis, précisions, contrôles et parfois arbitrages.

En plus de son travail quotidien, il devra expliquer, convaincre, argumenter et faire remonter les interrogations pour lesquelles il n'aura pas forcément de réponse immédiate. Son rôle est essentiel pour entraîner les professionnels dans une réflexion sur la prise en charge des patients, pour donner du sens au changement, tout en étant à l'écoute professionnels qui sont force de propositions.

« Il faut redonner le cadre de travail aux salariés en partant du postulat que le dialogue est le sésame pour envisager le changement. Pour se parler, il faut s'entendre et pour s'entendre il faut s'écouter. [...] Le cadre de santé se pose en interface de toutes les logiques parfois contradictoires de son quotidien. Colonne vertébrale du système il doit se positionner en tiers objectif et s'envisager au centre du débat, du groupe et de l'institution. »³⁴

Entraîner les équipes vers un changement de structure dans le respect d'une logique de pôle sera essentiel et prendra du temps. Il est donc impératif que l'encadrement de proximité soit mobilisé et informé au plus tôt, afin de conduire, en relais du cadre de pôle, un accompagnement du changement auprès de tous les professionnels qu'il côtoie. La communication développée par le cadre d'unité devient un levier managérial incontournable, une compétence prioritaire permettant de le recentrer sur sa place d'interface et de lien entre tous les acteurs impliqués.

C'est en ce sens que le directeur des soins doit conduire l'encadrement vers un management adapté aux exigences de cette surcharge d'activités. La fonction de DS implique une réflexion large sur la confiance, l'autonomie et la communication, qu'il va instaurer selon son style de management auprès de l'ensemble des cadres.

1.3.3 Restructuration architecturale : des compétences apportées par le DS

L'évolution de la fonction DS, consacrée par la réforme des études en 2010³⁵, lui donne une place reconnue et légitime à la conduite de projet au sein de l'équipe de direction. Le projet architectural, par les changements organisationnels multiples qu'il induit, positionne le DS comme interlocuteur privilégié du fait de l'organisation de toute la production de soins dont il est le coordinateur.

³⁴ Soler Frédéric, « Management et intelligence émotionnelle », Revue Soins cadres n°91, août 2014, pp.41-42

³⁵ Arrêté du 22 décembre 2010 modifiant l'arrêté du 4 juillet 2003 fixant les modalités du cycle de formation des directeurs des soins stagiaires de la fonction publique hospitalière.

A) La fonction DS aujourd'hui : l'expertise soignante reconnue dans l'équipe de direction

Le DS a sous sa responsabilité, non seulement la plus grande partie des professionnels de l'établissement, mais il est le garant de la qualité et de l'organisation des soins. Or, à ce titre, cela le confronte aux nombreuses interfaces et aux prestataires de services, qui influent sur le travail soignant. Pour que la « production de soins » soit réellement optimale, la légitimité du DS repose sur un contrôle, parfois même un arbitrage auprès des autres directions qu'elles soient de la logistique, de l'équipement, des travaux ou des structures administratives.

Lors d'une restructuration architecturale, ce rôle prend encore plus de sens puisqu'il est le seul habilité et expert du soin, au sens large du terme. Les propositions du DS ne peuvent être validées que s'il tient compte des logiques structurelles et logistiques. Pour que la production de soins soit respectée et légitimée par les ingénieurs et directeurs des travaux, le DS devra assurer la défense des expertises soignantes, argumenter les décisions et peser dans les choix définitifs. Nous trouvons les champs d'actions qui lui sont spécifiques dans les missions propres du référentiel métier³⁶ :

« Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, il préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. A ce titre, il est membre du directoire au sein duquel il a une mission de conseil et de participation à la décision.

Le coordonnateur général des soins organise les missions des autres membres de la direction des soins.

Le Directeur de Soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients.

Il organise la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement.

Il peut se voir confier d'autres missions de direction par le chef d'établissement. »

Mais il devra également défendre la position du patient, faire comprendre les spécificités d'une prise en charge en hospitalisation de jour, conventionnelle ou en soins intensifs. Les contraintes structurelles pouvant avoir des impacts désastreux sur le flux des patients ou simplement sur leur accessibilité. Il ne peut se positionner en coordinateur reconnu que s'il connaît et maîtrise les informations remontées par l'encadrement.

C'est donc bien son style de management qui va mobiliser la confiance des différents interlocuteurs et permettre une préoccupation de la « patientèle » et la prise en compte des ressources humaines et matérielles.

³⁶ Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, Mars 2010, p. 3

B) Un référentiel de compétences que le DS construit lors de sa formation

Le DS est le pilote de la conduite du changement par la position qu'il occupe dans l'équipe de direction notamment avec la direction des ressources humaines (DRH). Son expérience antérieure de professionnel du soin, puis de cadre, est le socle de ses compétences. Lors de l'année de formation à l'École de Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), la prise de recul, la réflexion apportée par les connaissances en santé publique et les travaux inter filières, sont autant d'outils nécessaires à l'acquisition de nouvelles compétences.

A l'occasion d'une restructuration architecturale, les compétences qui sont mobilisées touchent des domaines aussi variés que la conduite de projet, l'évaluation des organisations, la mise en œuvre des projets institutionnels, la recherche ou l'innovation en soins infirmiers, l'application des normes et réglementation, le management.

De plus, la validation des décisions concernant le dimensionnement des équipes, joue un rôle essentiel dans la maîtrise des dépenses de santé. Pour suivre les évolutions proposées (qu'elles soient à la hausse ou à la baisse), le partenariat avec la DRH est indispensable. L'accompagnement des équipes ne sera réussi que s'il y a un engagement (voire des garanties) quant au respect des valeurs soignantes et si les professionnels trouvent du sens aux changements proposés. C'est par cette dimension que la direction des soins cautionnera certaines évolutions notamment dans la prise en charge des patients chroniques, le développement des alternatives à l'hospitalisation et le respect des conditions de travail. Ces facteurs d'évolution du métier de DS sont pris en compte dans le référentiel métier³⁷ qui porte en introduction, sur les enjeux actuels:

*« Evolution des besoins en santé (vieillesse, poly-pathologies, maladies chroniques...),
Évolution de la politique hospitalière : création du directoire, développement des pôles,
développement des mises en réseau des établissements et des professionnels, fusion et
réorganisation des activités médicales et para médicales,
Missions de service public pouvant être exercées par différents acteurs de santé publics et privés,
Évolution des institutions hospitalières avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et
de la gestion par pôle,
Évolution des professions paramédicales, technicité des actes et des soins, coopération des
professionnels de santé,
Renforcement de la judiciarisation et du consumérisme de la part des usagers, des associations
d'usagers,
Pression médiatique accrue sur les structures de santé (réaction de la presse à des incidents, à
des actions de communication externe),
Mise en place des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), des Groupements de
Coopération Sanitaire (GCS) et de différents modes de coopération entre les acteurs de santé. »*

³⁷ Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, Mars 2010, pp. 1 et 2

Ce contexte de politique de santé est à mettre en parallèle avec l'une des principale préoccupation du DS avec un enjeu de société majeur qui concerne les conditions de travail des professionnels à l'hôpital.

C) Une préoccupation majeure du DS : la qualité de vie au travail des professionnels

Si la garantie de qualité et de sécurité dans la prise en charge du patient est le fil conducteur d'un projet architectural, le DS se doit d'être attentif à la vie au quotidien des professionnels.

La relation entre bien-être au travail et qualité des soins ne laisse aucun doute comme l'a démontré le rapport de 2010³⁸ sur « Bien-être et efficacité au travail », élaboré à la demande des pouvoirs publics. Bien entendu, à l'hôpital nous entendons par efficacité au travail, les compétences techniques comme les valeurs soignantes (bientraitance, qualité, humanité).

Si l'amélioration des conditions de travail semble inhérente au projet immobilier, du fait de locaux neufs, la réalité n'est pas toujours une réussite. La conception de salles de soins sans lumière du jour du fait d'une centralisation au cœur du service, la longueur des unités (privilégiant des chambres particulières), sont des points à vérifier et modifier en amont (sur plan).

Au delà de l'ergonomie au travail, il convient également de s'assurer d'une optimisation des stockages, d'une facilité d'entretien des locaux et de réfléchir aux impacts des changements structurels. Le temps accordé à la prise de repères par les professionnels, à l'appropriation des locaux et à l'adaptation aux nouvelles circulations, est indispensable pour lutter contre les réticences qui peuvent freiner la dynamique du changement.

Du fait de la longueur des programmes immobiliers, la motivation à une participation active, peut vite s'éteindre dans un contexte montré comme idyllique. Les lendemains de déménagement sont comme des soufflés sortis du four, ils s'affaissent rapidement devant les difficultés ou les adaptations demandées.

Anticiper les organisations n'est pas toujours une garantie de succès, le DS se doit d'assurer bilan et suivi des réalisations afin d'évaluer s'il existe de nombreux écarts entre l'attendu et le réel.

³⁸ H. Lachman, C. Larose, M. Pénicaud, Rapport « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », Février 2010

2 Enquête de terrain : méthodologie de recherche et analyse

La recherche effectuée a pour objectif de réaliser une étude professionnelle destinée à préconiser un plan d'actions préparant le DS aux missions rencontrées lors de l'exercice de sa fonction.

2.1 Méthodologie d'enquête sur les restructurations architecturales en CHU

Un travail de recherche bibliographique a permis d'orienter le questionnement de départ et de définir les hypothèses de recherche à affiner sur le terrain. Nous proposerons de présenter les terrains d'enquête, la méthodologie retenue et le public ciblé.

2.1.1 Les terrains d'enquête choisis dans le cadre de cette recherche

Les exemples de restructurations ou de rénovations architecturales sont nombreux sur l'ensemble du parc hospitalier. Aussi, le choix d'enquêter uniquement sur des CHU a pour objectif de préparer une prise de poste dans ce type d'établissement. La plupart des travaux sont achevés dans tous les établissements ciblés sauf pour certains pôles qui sont actuellement en cours de finition ou encore en phase projet.

A) Travaux du CHU A :

Le projet principal de restructuration est terminé depuis le début de l'année 2015. Il correspond à un regroupement de cinq sites sur un seul en bordure de la ville, avec une construction centrale unissant des bâtiments existants depuis les années 60. L'ancien site, de construction pavillonnaire fondée au XIII^{ème} siècle, va être vendu pour devenir un musée du terroir.

Un autre projet de rénovation sur un site de rééducation est en cours. Il complète l'enquête du fait des actions préparatoires entreprises.

B) Travaux du CHU B :

Rassemblant l'ensemble des secteurs d'hospitalisation et des services médico-techniques sur un seul site extra urbain, dont la première partie existe depuis les années 70, la construction neuve a été inaugurée en 2012. Seuls deux pôles sont concernés par une deuxième phase de déménagement en fin d'année 2015 et font également partie du périmètre de l'enquête.

L'ancien site date du XVII^{ème} siècle et abrite encore de nombreux services administratifs, la plupart des directions (générale, des ressources humaines, des finances, de la logistique), ainsi que deux instituts de formation.

C) Travaux du CHU C :

Acquis à la fin du XIXème siècle, le site principal du CHU C a été l'objet de constructions et d'aménagements durant quasiment toute la durée du XXème siècle. Le périmètre de l'enquête porte sur la construction du pôle des urgences dont l'ouverture a eu lieu en 2012, après presque dix ans de projet et une interruption des travaux d'une année. Pour compléter, le projet de centralisation des examens de laboratoire, actuellement en cours de réalisation apportera des éléments distinctifs.

D) Travaux du CHU D et E :

Deux autres CHU ont servi de terrains tests d'enquête, les travaux portant sur des constructions neuves. Le contexte ne sera pas décrit, les réponses apportées auprès de collègues élèves DS ayant simplement servi à préciser le contenu du questionnaire initial.

2.1.2 Les outils d'enquête retenus : questionnaire et entretien

Le choix d'enquête s'est porté sur un questionnaire³⁹ comprenant à la fois des questions fermées et ouvertes, permettant d'identifier la fonction de la personne interrogée, les éléments de contexte de la restructuration, la participation des acteurs, les impacts de la restructuration, la conduite de projet et le rôle spécifique du DS. Le test fonctionnel a permis une correction des questions et de préciser les termes : « restructuration architecturale » (aspect travaux) et « réorganisations » concernant les équipes.

Quelques questionnaires ont été reçus par mail, mais la majorité a servi de support à un entretien semi-directif, riche en apports d'expériences et de réflexion sur la conduite du projet.

Un guide d'entretien semi directif⁴⁰ reprenant la fonction des personnes contactées, le contexte des travaux et des précisions sur les outils de recensement immobilier a complété cette étude.

2.1.3 Le public interrogé

L'objectif de l'enquête est de comprendre la place des DS et leur rôle dans les projets architecturaux, ainsi que la manière d'accompagner les impacts organisationnels qui en ont découlés.

La conduite des projets de réorganisations des équipes concerne surtout l'encadrement supérieur, l'autonomie qui leur est accordé, mais également certains cadres de proximité en fonction du rôle inhérent à leur expertise.

³⁹ Annexe 1 : Questionnaire – Enquête de terrain

⁴⁰ Annexe 2 : Guide d'entretien

Enfin, certains acteurs de la direction des travaux, directeurs adjoints ou ingénieurs, complètent le public interrogé pour connaître leur point de vue sur le contexte et les interactions avec la direction des soins.

Le public ciblé porte volontairement sur les professionnels internes aux CHU, car il ne m'a pas été possible de rencontrer des professionnels de cabinets d'architectes.

Un tableau récapitulatif⁴¹ rassemble les données précises de l'enquête en annexe (nombre et fonction des professionnels, méthodologie d'enquête).

2.1.4 Les limites de l'enquête

Le temps imparti pour réaliser l'enquête de terrain est relativement restreint (de mai à août 2015) et ne permet pas d'avoir un nombre suffisant de réponses pour apporter une valeur scientifique au traitement des données. Néanmoins, les entretiens et le remplissage des questionnaires simultanément donnent une tendance forte aux critères de retours d'expériences.

D'autre part, le libellé de certaines questions pouvait prêter à interprétation, ce qui a nécessité de les exclure quand elles ne pouvaient pas être reprécisées. C'est parfois le cas pour les questionnaires réceptionnés par mail.

Le fait d'avoir ciblé ma recherche auprès de la direction des soins, de l'encadrement et auprès de quelques professionnels de la direction des travaux, peut sembler restrictif dans la diversité du public interrogé. Cependant, par la bibliographie, il me semble que l'apport de témoignages récents (ouvrages, articles de revues et mémoires) de la part de directeurs (ou futurs directeurs) d'hôpitaux, complète le sens de ma réflexion d'analyse.

2.1.5 Le traitement des données

Les réponses aux questionnaires ont été traitées à l'aide d'un logiciel en ligne afin de faciliter leur traitement. Chaque rubrique propose des choix avec la possibilité de cocher plusieurs cases ou d'ajouter un item non cité (item « autre »). Ceci a pour objectif de faciliter la priorisation des réponses (sans être une preuve scientifique) et d'être exhaustif. A propos des questions ouvertes, les mots clés ou les phrases importantes apparaissent dans un résumé sous forme de tableur et facilitent le tri des réponses par établissement ou par fonction exercée.

D'autre part, certaines questions seront regroupées dans le traitement des résultats du fait qu'elles sont liées, ou parce qu'elles induisaient une réponse déjà évoquée.

Les entretiens des professionnels de la direction des travaux ont fait l'objet d'une analyse particulière sur les outils de recensement immobilier et le contexte des projets.

⁴¹ Annexe 1 : Public et méthodologie d'enquête

2.2 Les résultats

Nous proposerons tout d'abord notre analyse par un traitement selon les CHU, précisant les questions ou thématiques afin de mieux comprendre le contexte et la stratégie de conduite de projet menée par la D. Soins. Les entretiens au niveau de la direction des travaux seront traités à part. Enfin, une synthèse d'analyse mettra en évidence les points forts servant en partie à construire les préconisations retenues.

2.2.1 Résultats et analyse par thématique et par établissement

A) Fonction exercée (question 1) :

CHU A : Les professionnels rencontrés sont le coordonnateur général des soins (CGS), deux cadres supérieurs, dont un détaché à la direction des travaux et un cadre de santé en mission transversale à la D. Soins.

Sur le CHU B, ont participé à l'enquête deux DS dont le CGS, quatre cadres supérieurs, dont un en mission transversale à la D. Soins et un cadre de santé.

CHU C : L'enquête a permis de rencontrer deux DS dont un CGS, un cadre supérieur de pôle et un cadre de santé.

B) Origine, contexte des travaux et stade de réalisation (questions 2 et 3) :

CHU A : La nécessité de regrouper cinq sites sur un seul consistait à insérer une construction neuve dans la continuité de deux bâtiments existants, ceux-ci étant ensuite mis aux normes (désamiantage, sécurité incendie et développement du système d'information). Les phases de déménagement, étalées sur quatre ans, ont donné lieu à des opérations tiroirs de nombreux services, selon les étapes de construction.

L'homogénéisation des unités de soins et du plateau technique interventionnel porte sur une standardisation des locaux en termes de signalétique, d'organisations des flux patients et d'approvisionnement (automatisation de livraison en matériels). Un projet reste encore à l'étude sur le pôle de rééducation.

CHU B : Le projet architectural a consisté en un regroupement de l'ensemble des services sur un seul site où existait déjà un bâtiment. Le déménagement réalisé depuis trois ans, a duré trois semaines. Seul un bâtiment neuf est en cours de finitions, afin d'accueillir le pôle cancérologie et le pôle des laboratoires. La fin de cette phase est programmée pour décembre 2015.

Ce sont surtout la vétusté, la nécessité de mises aux normes et le besoin de place qui ont motivé les travaux. « *La conception du projet datait de 2005 pour un déménagement effectif en 2012 !* »⁴².

⁴² Verbatim, directeur des travaux du CHU B

CHU C : Les travaux concernaient le pôle des urgences avec l'ambition d'une remise aux normes (l'ancien secteur datant des années 70) et la création d'un véritable plateau de prise en charge des urgences. Le projet rassemblait, outre l'unité d'accueil des urgences, deux réanimations (médicale et chirurgicale), un bloc opératoire d'urgence, un plateau d'imagerie (essentiellement pour la neurochirurgie) et un secteur de consultations post chirurgicales pour les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation de jour (HDJ). De plus, ce pôle a vu la création d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de 19 lits. L'ouverture datait de 2012 pour un projet conçu environ 10 ans plus tôt, mais qui connut une interruption de quasiment une année, inhérent à la construction.

Par ailleurs, un projet de modernisation des laboratoires, dans un contexte d'accréditation, est actuellement en cours avec pour objectif de centraliser la réception des examens de laboratoire sur le site du CHU (fin des travaux prévus pour 2016).

C) Impacts du projet et réorganisations (questions 4 et 5)

CHU A : La capacité en lits a été transformée afin de positionner géographiquement les pôles médicaux répondant à un objectif simple qui était d'installer un pôle par étage. De plus, un renforcement du partenariat avec le secteur privé de cancérologie (sur site), est en adéquation avec le projet médical.

En termes d'organisation, la création de guichets uniques d'accueil des patients, la constitution de plateaux de consultations polaires et la mutualisation des hospitalisations de jour et de semaine, encadrent les flux de patients dans des filières de prise en charge plus lisibles pour tous. Un étage en rez-de-jardin bas rassemble l'imagerie, l'endoscopie et le secteur interventionnel dans le but de mutualiser les ressources, faciliter les approvisionnements et optimiser les moyens humains.

Enfin, la logistique a complètement été repensée du fait d'une continuité des bâtiments (neufs et existants), en incluant des monte-charges dédiés qui facilitent l'accès dans les étages par livraisons automatisées (systèmes des tortues). Le réseau de sous sol a été étendu afin de communiquer avec le plateau des laboratoires dont l'acheminement des examens s'effectue par système de valisettes guidées sur rails.

CHU B : Le projet architectural a essentiellement eu des impacts sur le développement de l'ambulatorio et la centralisation de l'accueil des consultants. Le maintien des effectifs a été un engagement de la direction. La logistique (approvisionnement en matériel, repas...) et surtout le transport patients (passage d'un hôpital pavillonnaire à un site monobloc), ont été considérablement modifiés.

Au niveau des organisations soignantes, les efforts se sont portés sur la mobilité des personnels et les besoins de formation, dans les services impactés par une mutualisation, ou un regroupement de spécialités médicales sur un même secteur géographique.

Les pôles oncologie et des laboratoires, (aménagement encore en cours), travaillent :

- d'une part sur la prise en charge en une seule filière quelle que soit la spécialité,
- d'autre part, sur la mutualisation des laboratoires sur un plan technique (système d'information commun).

CHU C : À l'arrivée du DS en 2007, « *les travaux du pôle urgences avaient largement débuté puisque le gros œuvre en était déjà au 2^{ème} étage. Une réflexion avait été menée sur les organisations internes, mais l'étude des flux logistiques n'apparaissait même pas dans le cahier des charges !* »⁴³.

De même, la prise en compte des flux de patients avait été sous estimée. La création de cette nouvelle structure entraînait une augmentation d'effectifs, de lits et de surfaces. Le système d'information a été déployé pour ce pôle à cette occasion.

D) Niveau et modalités d'intervention sur le projet architectural (questions 6, 7 et 8)

Au niveau du CHU A, la conduite du projet est menée à partir de l'équipe projet de la maîtrise d'ouvrage regroupant le DGA, l'ingénieur des travaux, un ingénieur en organisation et le cadre supérieur (représentant la D. Soins), détaché aux travaux. Le CGS a fait le choix de lui confier cette mission afin de se consacrer aux modifications organisationnelles des pôles, touchant ses secteurs de responsabilités mais également des équipes « support » (transport patients, secrétariats médicaux et administratifs). Bien entendu, le dimensionnement des équipes est réalisé en collaboration avec la DRH.

Les liens entre projet travaux et projet organisationnel sont réalisés par des bilans d'étapes. Les déménagements échelonnés des pôles, occasionnent chaque fois, une préparation intense et surtout des débriefings avec les responsables de pôles, travaux, équipements hôteliers et biomédicaux.

La déclinaison du projet architectural du CHU B s'articule à partir d'un comité de pilotage auquel participe l'ensemble des directions (DG, DGA, DRH, DSL, D. travaux, sécurité et maintenance), le CGS ainsi que les chefs de pôles. Ce comité intervient dans le processus politique et stratégique, dont le relais opérationnel repose essentiellement sur le DGA qui décline deux groupes organisationnels :

- un groupe projet « déménagement », intervenant sur l'ensemble de la coordination opérationnelle (phase chantier, phase déménagement)
- un groupe projet « transfert » chargé de coordonner les réorganisations non médicales (la D. Soins et les cadres de pôles) et les besoins liés aux problématiques GPMC (binôme DRH et D. Soins). Issue de ce comité, l'organisation du transport patients fait l'objet d'une cellule particulière de travail.

⁴³ Verbatim, DS du CHU C

Les groupes opérationnels ont des interactions par l'intermédiaire de réunions d'information, afin de maintenir un suivi des étapes du chantier et de rendre compte au comité de pilotage.

Selon leur niveau d'expertise, des cadres de pôles ou de proximité peuvent intervenir directement auprès de la cellule opérationnelle. Mais c'est le cadre supérieur en mission transversale qui intervient le plus souvent dans les relations avec le maître d'ouvrage et assure l'interface entre équipes et ingénieurs des travaux (validation, arbitrage, argumentations des demandes de modifications).

CHU C : Après l'interruption des travaux pendant un an, la réflexion sur les soins fut menée avec un binôme : un ingénieur en organisation (de formation extra hospitalière) et un cadre de santé, missionné par la D. Soins du fait de son expérience. Cadre de la réanimation, elle s'était aussi occupée du service de transports patients, ce qui facilita les changements prévus sur ces catégories de personnels. Tous deux intervenaient régulièrement en réunions avec la direction, le maître d'ouvrage, l'architecte et la direction logistique. Le CGS participait aux réunions stratégiques et s'occupait de prévoir avec la DRH, le recensement des besoins en personnels, les formations nécessaires et le dimensionnement des équipes.

E) Les acteurs, la participation au projet et la communication (questions 9 et 10)

CHU A : Une réactualisation du projet a repris la conception initiale du bâtiment entre 2002 et 2006, avec tous les chefs de pôles médicaux et les cadres concernés. Le travail a été réparti selon cinq thématiques : logistique et nouveaux métiers, filières métiers, parcours et flux patients, plateau technique et secteur interventionnel, système d'information et communication.

Par l'intermédiaire de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), tous les médecins ont réfléchi concrètement sur l'organisation polaire qui avait été engagée bien avant la réforme (dès 2001). S'ils ont été très impliqués par cette logique de filières de prise en charge, ils ont largement sous estimé un secteur, celui de l'hôpital de jour (HDJ) :

« Une forme d'incompréhension à l'origine du projet, comme l'HDJ qui comportait initialement 17 lits (contre 60 maintenant) »⁴⁴.

Les organisations syndicales ont été également associées au projet notamment au travers des instances.

Les usagers ont, quant à eux, été sollicités au sujet de l'accueil hôtelier, l'accessibilité, la décoration et les zones de circulations, lors de groupes de travail, auxquels se joignaient des membres d'associations déjà en lien avec le CHU.

En terme de communication, tous les supports ont été largement exploités :

⁴⁴ Verbatim, CGS du CHU A

réunions d'informations générales, avancées des travaux, démonstrations à visée pédagogique avec plans à l'appui, canaux internes comme externes, touchant aussi bien le grand public que les professionnels extérieurs au CHU.

La D. Soins et l'ensemble de l'encadrement, médecins et autres professionnels se sont mobilisés pour fournir articles de presse, partages d'expériences et témoignages à la direction de la communication chargée de coordonner l'ensemble.

CHU B : La D. Soins a été impliquée très tôt dans le projet afin de conduire l'accompagnement aux changements organisationnels.

La participation des médecins s'est faite d'une part lors du comité stratégique, d'autre part selon les changements structurels conduits. De plus l'ensemble des médecins était informé lors de la CME ou des réunions de pôle. A noter que pour un service dont le regroupement avec une autre unité s'est décidé trois mois avant le déménagement, l'implication médicale a été vécue par le cadre de pôle comme un frein.

Du côté des organisations syndicales, une réelle participation aux groupes de travail a été lancée, mais celle-ci a rapidement cessé, à leur initiative.

« Les organisations syndicales ont été invitées à participer aux groupes de travail sur les pôles, mais rapidement, se sont trouvés en porte-à-faux entre équipes et direction »⁴⁵. Ils se sont donc contentés de suivre les bilans d'étapes présentés lors des instances.

Les usagers ont été informés par le conseil de surveillance, principalement en interne et surtout pour le déménagement. Actuellement, sur le pôle cancérologie, les patients sont sollicités par le biais associatif et peuvent donner leur avis sur la décoration ou être informés des futures organisations et circuits (visites de site).

Globalement, c'est la direction de la communication qui a coordonné l'information transmise aux professionnels et aux usagers (journal interne, flash d'information, presse locale ou canaux médiatiques). Des témoignages écrits par les membres de la direction, cadres et médecins sont parus dans un journal spécialisé (Architectures hospitalières), mais bien après le déménagement.

CHU C : La participation des personnels a surtout été effective pour la prévision des matériels comme c'est souvent le cas sur un plateau technique. L'encadrement a effectué un travail considérable de recensement et de choix des nouveaux chariots de soins, ainsi que pour les essais d'équipements biomédicaux dans un objectif de standardisation. Les médecins assistaient aux groupes de travail, ou validaient les choix retenus. Les chefs de services participaient également aux réunions stratégiques.

Les organisations syndicales ont été informées lors des différentes instances, sans plus d'implication.

Les usagers ont reçu des bilans d'étapes au cours de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge (CRUPC).

⁴⁵ Verbatim, Cadre supérieur de pôle du CHU B

Actuellement, pour la centralisation de la réception des examens de laboratoires, le cadre supérieur de pôle assiste aux réunions stratégiques avec le chef de pôle. L'information au sujet de l'impact sur l'organisation des aides de laboratoires n'était pas encore réalisée au moment de l'enquête, malgré l'insistance du cadre de pôle, la DRH n'a pas souhaité encore intervenir sur cette question.

L'ensemble de la communication a été géré par la direction de communication avec la participation de la D. Soins.

F) Impacts de la restructuration et réactions sur les équipes (Question 11 et 12)

CHU A : Du fait de l'ampleur du programme immobilier, quasiment tous les pôles ont été impactés par cette restructuration de façon directe ou indirecte (utilisateurs du nouveau plateau technique ou par le changement des stockages par exemple). Hormis les réunions de travail animées par les conseils de pôles et l'encadrement, au plus près des équipes, des visites de sites d'autres CHU et la présentation de locaux témoins, ont participé à l'évolution concrète des futures réalisations. Mais du fait de la durée importante du projet, un nombre impressionnant de fiches modificatives ont été transmises pour demander des adaptations de tout genre au comité technique.

Au fur et à mesure des déménagements, les objectifs de fonctionnement et d'activité étaient atteints, par le travail d'anticipation de la D. Soins. Pourtant, cela n'a pas suffi et un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été signé dès 2013 (sans attendre la phase finale). Celui-ci avait pour objectif d'optimiser encore tous les secteurs, avec notamment des économies d'échelle sur les effectifs, les processus d'achats mais également sur les modes d'hospitalisation et l'organisation des séjours (ambulatoire, cellule de gestion des programmations, anticipation des sorties, diminution de la DMS...).

CHU B : Les équipes concernées par la nouvelle structure ont été informées dès le début de la construction. Pour autant, la projection sur de nouvelles organisations n'a vraiment eu lieu que lorsque des visites de site ou de chambre témoin ont pu être effectuées. Même si des réunions de groupes ont eu lieu bien avant, il était difficile pour tous de trouver des repères sur les plans. Des modifications ont néanmoins pu être prises en compte sur des éléments essentiels d'hygiène et sur l'ergonomie du travail (situation des salles de soins, positionnement de bureaux, nettoyage de mobilier...).

La plupart des personnes interrogées considèrent que les gains sur l'activité se sont fait sentir environ un an après le déménagement. Sauf pour le service transports patients qui a prévu une organisation immédiate lors du transfert définitif sur le site neuf.

L'intérêt de la nouvelle structure porte sur une accélération des circuits patients, une montée en charge de l'ambulatoire, une mutualisation des services et un fonctionnement des pôles plus efficient. De même, une finalisation des projets de modernisation (logistique ou informatisation) se concrétise enfin dans la nouvelle structure.

CHU C : L'encadrement et la D. Soins ont accompagné les changements organisationnels, effectuant des arbitrages, des recrutements et des choix de mobilité interne, tous les professionnels souhaitant travailler dans les locaux neufs. De même, un travail sur le décloisonnement a permis de créer un pool de remplacement plus polyvalent.

Au sujet des laboratoires, c'est l'organisation des aides de laboratoire qui va connaître un grand remaniement : « *L'impact le plus important concerne les aides de laboratoires, pour lesquels les périmètres de fonction vont être revus et dont la polyvalence va nécessiter une formation. Ils vont être placés sous la responsabilité d'un seul cadre, contrairement à la situation actuelle.* »⁴⁶

Au moment de l'enquête cet état de fait produisait beaucoup d'inquiétude et de fausses rumeurs auxquelles le cadre de pôle ne pouvait pas répondre.

G) Freins rencontrés et recul sur le projet architectural (question 13 et 14)

Sur le CHU A, les professionnels étaient très attachés à « leur vieil hôpital », ce qui a généré appréhension et inquiétude face aux modifications d'organisations inéluctables dans la nouvelle structure. Pour accompagner le deuil de l'ancienne structure, les personnels ont été invités à témoigner sur des anecdotes professionnelles, contribuant ainsi à l'édition d'un livre sur le CHU « d'avant ».

De plus, la D. Soins, a anticipé chaque étape du calendrier des phases de travaux par une description très précise de l'organisation des déménagements successifs, ainsi que celle du fonctionnement de la logistique. Lors de chaque transfert, un débriefing multi professionnel systématique avait pour but d'assurer un suivi sur les problèmes de finitions ou les oublis. Chaque responsable métier pouvait alors s'engager sur les délais de livraison ou de finition auprès des responsables de pôle concerné.

Avec le recul, « *c'est peut être la longueur des services qui a provoqué le plus d'appréhension, car le nombre de chambres particulières a augmenté les surfaces même si la capacité totale en lits est restée identique* »⁴⁷. Le CGS a été très attentif aux équipes de nuit particulièrement impactées par cette problématique.

Globalement, l'attractivité du neuf a dynamisé les professionnels et traduit les filières par pôle de façon plus géographique et plus lisible : le projet architectural a bien été une aide à la concrétisation physique des pôles, tels qu'ils avaient été envisagés dix ans plus tôt.

CHU B : La plus grande difficulté exprimée se résume dans la « peur du changement » et l'inquiétude, que la restructuration architecturale, voire les réorganisations allaient engendrer. Pour l'équipe du transport patient, cet impact a été jusqu'au conflit et à la grève :

⁴⁶ Verbatim, Cadre supérieur de pôle du CHU C

⁴⁷ Verbatim, CGS du CHU A

« Service pour qui le changement architectural induisait un décloisonnement complet avec une refonte des équipes jusque là différenciées en service ambulance, transport interne et brancardage plateau technique »⁴⁸.

La principale force du groupe GPMC a consisté dans l'association DRH (pour la partie technique) et D. Soins (pour la partie organisationnelle). Un plan d'actions, allant des entretiens individuels au recensement de besoins en formation ou de la prévision des effectifs à la mutualisation de spécialités, a permis de suivre et d'évaluer les évolutions professionnelles individuelles ou collectives. Une cellule d'accompagnement social a reçu les agents désireux d'évoluer dans leur carrière ou de changer de métier. La communication par de nombreuses réunions a contribué à faire taire les « rumeurs ». Relayée par l'encadrement cet effort de communication sans relâche, a calmé les tensions et les inquiétudes.

Enfin, le plus gros handicap a été la lenteur du projet architectural, où il a été compliqué pour les équipes de se projeter dans les futures organisations, de se les approprier.

L'envergure des travaux entrepris et les modifications générées par l'accélération des projets (ambulatoire, informatisation ...) ont donné lieu à un endettement tel, qu'un CREF a été signé dès 2009.

Même si les contraintes financières sont toujours pesantes, la dynamique et l'impulsion, données par les locaux neufs, ont contribué à l'enthousiasme général du projet d'établissement dans sa globalité. Grâce à l'amélioration des conditions de travail et à l'attractivité du nouvel hôpital, les professionnels ont apporté leurs propres réflexions sur l'amélioration du service rendu au patient.

CHU C : Les difficultés de réorganisation ont touché surtout le service transport qui fut l'occasion de conflits importants. D'autre part, les services de réanimation n'ont pas pu être mutualisés et chaque unité a gardé ses effectifs, les médecins n'ayant jamais validé un changement d'organisation. Pour les urgences, l'effectif dimensionné a été revu à la hausse environ six mois plus tard car l'activité a presque immédiatement dépassé les objectifs du fait de variations journalières importantes.

Malgré tout, une réelle appréhension sur les nouvelles organisations a généré du stress. La création d'un pool unique d'ASH sur ce pôle a pu se faire, mais a posteriori (sauf dans les réanimations). Pour cette catégorie de personnel, il a fallu embaucher : « *les anciens préférant l'appartenance aux services initiaux* »⁴⁹.

Avec le recul, l'encadrement regrette qu'il n'y ait pas eu d'inauguration et que le projet se termine uniquement par le transfert et l'entrée dans les nouveaux locaux.

Le DS trouve dommageable que l'étude sur les flux logistiques, patients et matériels n'ait pas été prise en compte plus tôt. Il parle également des freins rencontrés :

⁴⁸ Verbatim, cadre de santé responsable du service transport patient, CHU B.

⁴⁹ Verbatim, cadre de santé CHU C

« Globalement, le projet architectural est une aide au changement par la dynamique qu'il a généré mais des freins importants ont subsisté, notamment avec le corps médical qui s'est positionné catégoriquement pour conserver l'organisation initiale des réanimations »⁵⁰.

D'autre part, la longueur du projet a été très préjudiciable du fait de la conception qu'il est actuellement difficile d'adapter aux affluences de patients. Les difficultés sociales de certains patients et le vieillissement général de la population, accentuent les problématiques de prise en charge sur une structure à la conception déjà dépassée.

H) Rôle et plus value du directeur des soins (question 15)

Sur le CHU A, le rôle de la D. Soins est qualifié « d'interface indispensable entre la logique soignante et la logique travaux »⁵¹ Définir les organisations, défendre les conditions de travail et la qualité de vie des professionnels sont autant de vigilances à avoir en lien avec la DRH. La vision innovante des pôles a été largement portée par le CGS.

CHU B : La place privilégiée du DS dans l'équipe de direction en fait un interlocuteur reconnu et écouté du DG. Son expertise sur la connaissance et la maîtrise des organisations, lui donne une légitimité pour défendre les conditions de travail des paramédicaux.

Un cadre supérieur déclare : « c'est un réel soutien par la capacité à analyser les situations à l'échelle institutionnelle et par sa vision d'une coordination interpoles »⁵². Les arbitrages nécessaires réalisés au niveau de la D. Soins sont souvent neutres, très objectivés et apportent un réel consensus dans les moments de tension entre équipes.

Enfin, une grande part d'autonomie est laissée aux cadres de pôles, ce qu'ils apprécient malgré la lourdeur du travail à réaliser. Ils savent trouver conseils, ressources et reconnaissance de la part du DS, en résumé c'est un réel appui reconnu par l'encadrement lors de restructurations aussi complexes.

CHU C : La plus value de la D. Soins est reconnue dans l'accompagnement du projet en termes d'expertise soignante et de coordination des multiples activités engagées sur ce pôle. Le dimensionnement des effectifs et surtout la réorganisation des équipes les plus impactées sont des champs d'actions que le DS est en capacité de mener. Enfin, la prise en compte des aspects logistiques n'a pu aboutir qu'avec la connaissance des secteurs annexes comme la pharmacie ou la logistique d'approvisionnement.

2.2.2 Résultats en lien avec la direction des travaux dans les trois CHU

Les cinq personnes rencontrées dans le cadre de la direction des travaux ont essentiellement apporté des précisions sur le contexte architectural.

⁵⁰ Verbatim, DS du CHU C.

⁵¹ Verbatim, cadre supérieur détaché aux travaux, CHU A.

⁵² Verbatim, cadre supérieur de pôle, CHU B.

Mais l'objectif principal était aussi de collecter des informations sur le COPERMO ou/et le logiciel OPHELIE ainsi que sur la collaboration avec la D. Soins.

Sur l'aspect du COPERMO, les travaux étant engagés bien avant son existence, il n'y a pas de lien immédiat avec les contextes architecturaux majeurs. Pour les pôles encore concernés au CHU B, la structure architecturale était déjà construite, les aménagements intérieurs n'ont pas fait l'objet d'un passage en COPERMO. Un directeur adjoint m'a clairement signifié que c'était plutôt de la responsabilité de la direction des finances dans le cadre du projet d'investissement.

Quant au logiciel OPHELIE, malgré les difficultés rencontrées pour établir un recensement des surfaces (dont la qualification est complexe), adapté à la géographie des pôles (parfois différent d'un recensement par bâtiment), il est encore trop tôt pour s'en servir comme outil comparatif entre CHU.

Enfin sur la collaboration avec la direction des soins, ou avec l'encadrement, elle est véritablement appréciée par tous pour comprendre les problématiques soignantes et obtenir des arbitrages objectivés. De plus, le rôle essentiel du cadre, qu'il soit de pôle ou de proximité, est souvent cité comme une coordination précieuse de communication avec les professionnels médicaux.

2.2.3 Synthèse d'analyse

L'objet de cette synthèse est de dégager les points forts de cette enquête en croisant les entretiens selon les groupes professionnels. Ceci afin de déterminer des thèmes facilitant la vérification totale ou partielle de nos hypothèses et de préparer la construction de nos préconisations.

A) Le rôle de la direction des soins (D. Soins)

Sur tous les CHU, la D. Soins est positionnée aux trois niveaux d'implication dans le projet de restructuration architecturale. En effet, la répartition des missions de chacun à partir de l'équipe de la D. Soins, permet d'assurer :

- une coordination inter- pôles, niveau stratégique du projet de soins et de mise en œuvre du projet médical.
- un recensement et une répartition des effectifs, niveau transversal de dimensionnement des RH et des besoins de formation.
- une interface entre logique soignante et logique travaux, niveau opérationnel de liaison, de terrain et d'informations entre les acteurs hospitaliers et la maîtrise d'œuvre.

La présence de cadres supérieurs et de DS auprès du CGS contribue à couvrir tous les domaines d'intervention et renforce le rôle de « leadership » dans la mise en œuvre du projet d'établissement (projets de soins, médical et social).

Le rôle d'interface et de coordination entre producteurs de soins et fonctions support est primordial. En effet, sur les trois CHU, que ce soit sur le service transport patient, l'approvisionnement des unités de soins ou la mutualisation de secrétariats d'accueil, la D. Soins s'implique et se positionne.

Enfin, le fonctionnement du binôme DRH et D. Soins en termes de dimensionnement des effectifs et de compétences des personnels, est essentiel pour répondre aux besoins et maintenir une dynamique de performance.

B) Management : l'équipe de cadres et le projet

Sur l'ensemble des cadres (12 personnes), tous se situent à un niveau transversal (vision polaire ou en interface), et opérationnel par leur implication sur le terrain ainsi qu'au côté des équipes. Cinq cadres sont placés à un niveau stratégique car ils interviennent dans des arbitrages et des argumentations pour avis, au plus près de la direction des travaux et de la direction générale. Ceci s'explique par une expertise reconnue ou de spécialisation (biologie, cancérologie, réanimation....), ou par la mission dont ils sont chargés (détachement de la D. Soins, fonction transversale transport ou autre).

La présence d'ingénieur en organisation ou d'ingénieur qualité, souvent issus d'un secteur extra hospitalier, démontre la nécessité d'accompagner les projets d'envergure et surtout l'encadrement qui continue ses missions quotidiennes, le binôme cadre de santé/ingénieur qualité du CHU C en est un exemple.

La conduite de projet repose sur la communication des cadres et leur rôle en interface au cœur des équipes. Les cadres sont tous conscients que leur fonction les positionne comme « la colonne vertébrale » du projet de restructuration organisationnelle et architecturale. Pour eux, les deux aspects (architecture et organisation) sont imbriqués, le premier découlant de l'autre et vice versa (fiches modificatives).

Enfin, la remontée des informations à la D. Soins est une interaction prépondérante qui permet aux cadres d'être entendus, mais aussi de recueillir une orientation institutionnelle, un soutien hiérarchique et un ajustement des plans d'actions entrepris.

C) L'amélioration des prises en charge : une fluidité des parcours recherchée

Les trois projets architecturaux comportent un point commun indéniable : la réflexion et la mise en œuvre des parcours de soins au sein d'un pôle (filiale de spécialité médicale), mais également en lien avec les modes d'hospitalisation. La lisibilité des circuits tend à améliorer la fluidité des organisations, la souplesse des interfaces entre unités et la facilité d'intervention des services prestataires.

Si les projets d'informatisation ne sont pas encore complètement déployés, la réflexion sur le dossier patient informatisé répond à un besoin des professionnels, comme à celui des patients. Tous sont porteurs et acteurs de la modernisation de la structure, qui est le socle de l'évolution attendue dans les suivis médicaux de demain.

L'informatisation interne au CHU prépare la communication informatique extra hospitalière future (CHU/secteur libéral, CHU/domicile, inter établissements).

Pour autant, les freins au changement existent bel et bien, l'identité culturelle ou professionnelle reste présente, tout comme l'inquiétude et la peur du changement. Des outils sont déployés pour atténuer ces inquiétudes par la communication pédagogique, la définition de nouvelles missions ou la prise en compte des besoins (formations, temps de deuil et de prise de repères, témoignages du passé).

Les professionnels doivent être convaincus de la nécessité de faire évoluer nos filières de soins et de préparer l'avenir des établissements de santé.

En conclusion, nous pouvons sans aucun doute confirmer le rôle prépondérant de la direction des soins en tant que leadership des paramédicaux dans un management collaboratif et participatif à la recherche d'une efficacité organisationnelle.

3 Les préconisations : le DS est au cœur d'une restructuration architecturale

Si le projet de restructuration architecturale est tourné vers la construction d'un ou de bâtiment(s), il est indissociable de la réflexion stratégique sur le projet médico-soignant qui lui, est tourné vers l'amélioration des parcours patients. Les domaines multiples et complexes, qui émanent d'un tel projet, démontrent le besoin de compétences multiples et innovantes qui impacte le métier de DS.

Pour qualifier toutes les facettes d'intervention du DS, il nous a paru original de poser nos préconisations à partir du mot : MODERNISATION. En effet, sa définition s'adapte bien à notre thème de recherche, caractérisé par le changement et l'efficacité :

« Dans le domaine des sciences sociales, la modernisation fait référence à la transition d'une société pré-moderne ou traditionnelle vers une société dite moderne. [...] En théorie critique sociologique, la modernisation est liée à la rationalisation, plus exactement à un désir généralisé d'accroître l'efficacité dans tous les domaines d'action par des moyens techniques. »⁵³

Nous évoquons bien une transformation de structure pour passer d'un cadre ancien (le plus souvent), à un cadre moderne. Les moyens techniques évoqués dans cette définition peuvent être comparés à la connaissance et aux outils que le DS a acquis tout au long de son expérience et de sa formation.

3.1 M comme Management

La conduite de projet est une histoire collective, déclinée par un pilote auprès d'un groupe multi professionnel. La place privilégiée du CGS (ou du DS) à la tête de l'équipe des cadres, se construit par la confiance, le dialogue et le sens des valeurs. La politique managériale qu'il met en place permet de repérer les compétences et les expertises, de partager les informations et d'accompagner les évolutions professionnelles, dans un objectif commun de prise en charge du patient.

La restructuration architecturale et les changements d'organisation qui en découlent, vont mettre à l'épreuve le type de management déployé par le CGS (ou le DS). Il convient donc de maintenir le cap et de contrôler les tensions annoncées, en affichant clairement les zones d'autonomie comme les limites dans les missions de chacun.

La légitimité du DS ne vient pas du pouvoir de l'information ou de la connaissance, mais bien des interactions qu'il entretient régulièrement avec les cadres (de pôle ou de proximité) et plus indirectement avec les chefs médicaux de pôle. Sa place dans l'équipe de direction n'est pas une zone de pouvoir, mais bien une reconnaissance de l'expertise soignante et de la coordination inter pôles que sa mission lui confère en priorité.

⁵³ <http://fr.wikipedia.org/wiki/modernisation>

3.2 O comme Organisation des soins

La structure d'un hôpital, aussi moderne soit-elle, n'a pas d'existence sans les organisations multi professionnelles qui y évoluent. Responsable de la plus grande partie des effectifs paramédicaux (environ 77% des effectifs), le DS porte le sens des organisations, qui contribue à sécuriser et améliorer le séjour des patients. Malgré les contraintes financières, ou plus exactement grâce à elles, le DS met en œuvre une logique d'amélioration des parcours patients hospitaliers, en déclinant les organisations polaires auprès de l'encadrement.

De plus, il participe et coordonne les filières de prises en charge extra hospitalières par le développement de partenariats médico-sociaux. La restructuration hospitalière est l'occasion d'anticiper la présence et l'emplacement d'antennes médico-sociales, libérales ou associatives, voire hôtelières, dans des espaces dédiés facilitant l'intervention d'autres professionnels, bénévoles ou représentants des usagers. La lisibilité d'organismes diversifiés et identifiés par les usagers, peut contribuer à faciliter le développement de la prévention, le suivi externe des patients ou prévoir l'accueil des accompagnants ou des familles. A ce sujet, des conventions existent déjà entre partenaires hôteliers et CHU.

Organiser les séjours dans un contexte de restructuration architecturale, c'est réfléchir également à l'avant et l'après hôpital.

3.3 D comme Dimensionnement

Nous aborderons deux réflexions sur le thème du dimensionnement, l'une liée à la mission propre du DS, l'autre plus stratégique sur l'offre de soins :

- la taille des unités et l'effectif qui s'y réfère d'une part
- le dimensionnement des établissements de santé de demain d'autre part.

Nous l'avons souvent évoqué dans notre enquête, les conséquences du dimensionnement d'un service, les horaires de présence et la répartition des professionnels en fonction des modes de prise en charge, vont influencer directement sur la qualité de vie au travail et l'attractivité des services. La mission du DS, dans ces enjeux sociaux, est d'argumenter, d'arbitrer et de répartir équitablement les effectifs en collaboration avec la DRH, dans un souci de performance certes, mais surtout d'objectivité et de préservation de conditions de travail de qualité.

Sur le sujet du dimensionnement des établissements de demain, tout le monde reconnaît actuellement les difficultés et les écueils de gestion des établissements de grande capacité. La prise en compte des besoins territoriaux et la proximité de l'offre de soins pour une vraie démocratie sanitaire interrogent sur la taille idéale des établissements de proximité et leur maintien en lien avec des CHU de référence.

« La question de savoir s'il faut construire de très grands établissements de santé, regrouper et fusionner les hôpitaux ou au contraire, s'il faut infléchir le mouvement pour développer la médecine de proximité, est depuis longtemps au centre des réflexions des tutelles, que ce soit en France ou à l'étranger. »⁵⁴

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) participera certainement à l'arbitrage de la répartition des établissements sur un territoire donné et sur un contrôle objectif des futures restructurations immobilières envisagées.

3.4 E comme Etat des lieux

Nous avons soulevé dans notre étude, l'importance pour le DS de s'appuyer sur un encadrement moteur et interactif, ainsi que sur des expertises reconnues. La construction collective qu'il est capable d'initier, n'est pas le seul atout du DS. Il est essentiel pour lui de s'informer et de suivre les données d'activité de l'établissement.

En effet, nous avons vu combien la viabilité d'une restructuration nécessite une vigilance sur le devenir des activités, sur la pérennité des évolutions possibles et sur des engagements qui vont être demandés par l'ARS. La mise en œuvre des réorganisations est aussi une question de faisabilité, de réalisation dans le respect des conditions de travail et de dimensionnement d'effectifs acceptables sur le long terme. Le rôle de DS est d'atteindre les objectifs posés, mais également de garantir l'avenir. L'état des lieux doit être le socle d'une réflexion de tous les pôles à partir d'une méthode mettant en évidence les forces et faiblesses internes de chaque pôle, mais également ses menaces et opportunités⁵⁵ du territoire, ceci afin d'accompagner l'avenir du projet médico-soignant dans son ensemble et sur du long terme.

Si l'implication du DS dans cette réflexion stratégique n'est pas une préoccupation qui tombe sous le sens de façon immédiate, elle le sera par la suite du fait des contraintes financières qui découleront de la construction. La vigilance est donc de mise pour tous les aspects de dimensionnement des unités de soins qui impacteront fortement les effectifs.

3.5 R comme Rationalisation

Si en économie, la rationalisation consiste en « une réorganisation des méthodes de production afin d'accroître l'activité économique »⁵⁶, il est important de croiser cette définition avec son sens en psychologie :

⁵⁴ F. Langevin, C. Imbaud, MO. Joffre, E. Penloup, Pourquoi des smart hospitals, avril 2015, les cahiers de la fonction publique n° 354, p. 46

⁵⁵ Méthode issue du terme SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces)

⁵⁶ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalisation>

« Phénomène psychique par lequel un comportement, une décision, un jugement, est justifié après coup de manière apparemment juste ou rationnelle, en ignorant consciemment ou non la véritable raison (ratio). Ce discours de rationalisation permet de se justifier soi-même ou auprès d'autrui, voire de faire passer pour bon ou admirable un comportement égoïste ou mauvais. »⁵⁷

Rationaliser la production de soins c'est avoir pour objectif de répondre au meilleur service rendu, c'est à dire prodiguer : « le bon soin, au bon moment, au bon patient ». Pour autant, la complexité des organisations, les évolutions technologiques dans le domaine médical et l'informatisation des plans de soins constituent un réel challenge dans l'atteinte d'une rationalisation des soins.

Justifier la restructuration d'un établissement dans le contexte financier actuel, c'est souvent vouloir tout justifier pour des raisons économiques, pousser les organisations dans leur rationalité extrême : décision, validation, maîtrise, contrôles, évaluations des processus. Or, la multiplicité des organisations en CHU provoque parfois une insatisfaction des professionnels dans leur travail, surtout dans un contexte mouvant.

Il est peut être nécessaire de nous interroger sur l'espace de liberté et l'autonomie des équipes dans la réalisation de leur travail, afin de recréer une dynamique choisie et non subie ou mal vécue.

3.6 N comme Normes

La santé publique est liée à l'évolution et aux exigences de la société dans un domaine en constante transformation avec une recherche du risque zéro. Nous avons démontré l'impact des normes structurelles et sécuritaires qui ont entraîné (et entraîneront encore), une mise à niveau du parc hospitalier comme de tous les bâtiments publics.

Il en est de même avec les circuits patients qui sont « normalisés », depuis l'élaboration du programme médicalisé du système d'information (PMSI) et la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). En effet, outre l'impact sur la caractéristique d'un séjour qui définit une « norme » standard avec ses bornes hautes et basses (gestion économique), il donne des repères de comparaison entre type d'établissements.

« La pratique de la comparaison qui prévaut entre pôles s'est également développée entre établissements ; elle était déjà possible via les données du PMSI et les diverses bases de données à la disposition des établissements ; l'instauration de la T2A l'a rendue incontournable. »⁵⁸

La conclusion du rapport IGAS (cité au dessus), met en évidence que :

- la T2A est un levier de performance pour les établissements dans la connaissance de leur activité et maîtrise des coûts
- il reste des progrès à réaliser auprès des acteurs pour que cette gestion soit un véritable outil de valorisation des bonnes pratiques,

⁵⁷ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Rationalisation>

⁵⁸ Bruant Bisson A, Castel P., Panel MP., Rapport IGAS, mars 2012, Evaluation des effets de la tarification sur le management des établissements de santé.

- la T2A n'est pas vraiment un levier de restructuration de l'offre de soins au niveau régional ou sur un territoire donné.

Néanmoins, il est certain que la T2A met en lumière et interroge les pouvoirs publics sur le maintien d'établissements de proximité dans une volonté de démocratie sanitaire, mais qui ont une activité « déficitaire » connue.

3.7 I comme Innovation

L'une des missions de la direction des soins est de développer la recherche en soins auprès des professionnels. Le sujet est vaste, aussi nous évoquerons surtout la mise en place des protocoles de coopération qui s'intègrent tout à fait dans une réflexion sur les nouvelles prises en charge des patients.

La loi HPST avait acté, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain, le développement de transferts d'actes ou d'activité de soins, en vue de faciliter l'accès aux soins et faire face à la baisse de certaines spécialités médicales. Ces protocoles de coopération sont proposés à l'ARS qui les transmet à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour validation. A titre d'exemple, en 2014 plus de 20 protocoles ont été envoyés pour validation (90 depuis 4 ans)⁵⁹. Il convient au DS de favoriser, par la recherche paramédicale et par la réflexion de prises en charge de maladies chroniques, la création ou l'adaptation de protocoles déjà validés dans une autre région.

Un second exemple d'innovation porte sur les idées pouvant servir à la réhabilitation de bâtiments hospitaliers dans le cas d'une baisse capacitaire en lits. A ce titre nous pouvons nous inspirer de la Suède où il existe un service d'accueil des familles, un hôtel au cœur même des services de soins en CHU⁶⁰. Cet hôtel sert également à héberger des patients qui suivent un programme de rééducation et pour lesquels l'éloignement du lieu de vie nécessite un hébergement hôtelier à moindre frais et au plus proche des soins.

Nous pouvons nous questionner sur la manière d'utiliser un service et d'optimiser des surfaces d'hospitalisation qui seront dans quelques années certainement trop nombreuses.

3.8 S comme Social

La qualité de bien-être au travail, nous l'avons évoquée dans notre travail de recherche, n'est pas toujours acquise dans le cas d'une restructuration. Les conditions de travail sont un critère essentiel de réussite, à l'heure où la notion de performance est plus que jamais à l'ordre du jour.

⁵⁹ Rapport d'activité de la HAS 2014, Coopération entre professionnels (article 51) : de nouvelles perspectives, p. 35

⁶⁰ CHU de Linköping, Suède : Gästhem Comfort, hôtel d'accueil pour accompagnants et patients au niveau du service de soins intensifs pour brûlés, visité en décembre 2014.

De plus, la réalité des changements doit être anticipée bien avant les phases de déménagement en testant si possible les organisations attendues dans une nouvelle structure. La modification d'horaires, l'essai de nouveaux équipements, le positionnement des salles de soins ou le passage à l'informatisation, sont autant de points qu'il convient d'anticiper en amont du changement structurel complet. La validation de ces organisations est proposée en instances mais il est appréciable de pouvoir travailler en concomitance avec la médecine du travail ou les organisations syndicales.

En effet, le dialogue social est un critère important qui nous impose d'encourager la participation des acteurs sociaux aux groupes de travail et de les amener à prendre position en maintenant une transparence sur les objectifs posés. Si l'enquête menée montre plutôt une neutralité des acteurs sociaux, il est toutefois indispensable de les informer et de les solliciter en vue d'obtenir une réelle coopération. Cette confiance est fondée sur un socle existant par les accords locaux signés avec eux. Le but est de travailler à partir de ces accords et de démontrer que nous ne souhaitons pas tout remettre en cause, mais bien de proposer une amélioration du bien-être au travail, source de bienveillance et de qualité du service rendu.

« On est passé du général au particulier y compris dans les mouvements sociaux »⁶¹

Les organisations syndicales sont elles-mêmes confrontées à l'individualisme des personnels, aux contraintes budgétaires qui conditionnent tout projet, où il semble parfois que toute contestation restera lettre morte.

3.9 A comme Acteurs

Notre recherche nous a permis d'objectiver la participation des patients, comme réels acteurs du projet architectural. Cette participation est très liée à l'implication qui existe initialement dans chaque établissement. Or, il faut bien reconnaître que cette participation tient plus de l'information et de la consultation, que d'une réelle action décisionnelle.

Pourtant, certains hôpitaux n'hésitent pas à construire et conduire un groupe opérationnel d'usagers vers une participation active et responsable de certaines décisions, notamment sur les thèmes concernant les lieux de vie (unités de long séjour), les unités de soins, l'accessibilité, l'accueil, la décoration et même sur les organisations de prise en charge.

Ainsi, nous pouvons citer l'exemple des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg avec leur laboratoire d'innovation appelé : la Fabrique de l'hospitalité. Au départ, conçu en 1999 pour répondre au programme national « Culture à l'hôpital » favorisant des échanges entre monde hospitalier et programme culturel, cette collaboration active rassemblant patients, usagers et artistes s'imposa plus tard dans le cadre d'une restructuration architecturale.

⁶¹ Y. Sainsaulieu, La communauté de soins en question, 2006, Citation d'un syndicaliste, p. 117

Depuis 2012, la démarche va plus loin avec une approche proactive de réflexion sur les organisations en vue d'améliorer les séjours patients en réinterrogeant les parcours patients.

« Une des gageures de l'innovation managériale en milieu hospitalier sera de faire travailler les personnels hospitaliers et les patients de manière collaborative, probablement au travers d'une nouvelle organisation. Il s'agira par une sorte de dépassement cognitif que chacun sorte de son rôle et de ces représentations traditionnelles afin de trouver de nouvelles solutions allant dans le sens du bien commun. Travailler sur le parcours de l'utilisateur est une des façons d'y parvenir. [...] Nous réfléchissons par ailleurs à outiller professionnels et malades afin de les accompagner dans le partage de leurs connaissances respectives. Une première expérience débute au sein de l'unité de rhumatologie, déjà très engagée par ailleurs sur le terrain de l'éducation thérapeutique. »⁶²

Afin de relever ce défi, il faut convaincre professionnels, acteurs d'horizons divers, usagers et équipe de direction à constituer une véritable cellule d'accompagnement à la construction.

3.10 T comme Transition

L'arrivée de nouveaux métiers non issus de l'hôpital, l'assistance d'un consultant ou la présence d'un programmiste dans le cadre d'un projet architectural sont souvent mal perçus par la filière paramédicale ou médicale.

Pourtant, ces experts de la communication, du management, de l'évaluation ou de l'architecture sont des professionnels engagés pour apporter leurs méthodes et favoriser la concrétisation des projets. Notre culture hospitalière est peut encline à leur consacrer du temps, à leur fournir des informations et à participer à leurs audits. Pour autant, leur vision extérieure est souvent source de regard neuf, objectif et lointain des querelles ou tensions internes.

La participation de personnes extérieures à l'hôpital est encore sous utilisée, mais cet outil managérial appelé « management de transition » a vu le jour aux USA et aux Pays-Bas dans les années 70.

« Bien que c'est outil soit aujourd'hui sous utilisé dans le monde hospitalier, les entreprises privées y ont recours depuis plusieurs années et ont su en tirer tous les avantages dans différentes situations :

- réussir une transformation organisationnelle,
- assurer le remplacement ponctuel d'un dirigeant ou d'une personne clé dans l'organisation,
- conduire un projet stratégique,
- faire face à une situation de crise, répondre à des difficultés ponctuelles,
- diversifier une activité. »⁶³

⁶² B. Bay, C. Carrier, A.L. Desflaches, C. Gauthier, janvier 2015, « L'utilisateur Co concepteur de l'hôpital de demain, la Fabrique de l'hospitalité des HUS », Gestions hospitalières n° 542, p.30

⁶³ Calmes G., Texier R, janvier 2015 « Le management de transition - l'expérience du CH Sud-Francilien », Gestions hospitalières n° 542, , p.10

Le DS a tout à gagner d'être accompagné par ces personnes qui favorisent l'émergence d'idées nouvelles, apportent méthodologie, « reporting » et diagnostics neutres qui peuvent soulager la charge de travail et l'ampleur de la mission.

Connaître les limites de sa fonction c'est aussi savoir profiter des aides extérieures plutôt que reculer devant l'ampleur des problèmes à résoudre. La présence de professionnels extérieurs au milieu hospitalier est une opportunité pour bénéficier de démarches qui ont fait leur preuve dans d'autres contextes et qui peuvent être adaptées à la santé.

3.11 I comme Intelligence collective

Dans une restructuration architecturale, les médecins, les paramédicaux et tous les autres professionnels constituent une multiplicité de logiques qu'il est nécessaire d'accompagner vers un même objectif. Nous avons peu parlé des logiques médicales alors que l'architecture elle-même porte leur culture et témoigne des progrès réalisés. Pour autant si pendant des siècles cela fut le cas, l'ère moderne, les contraintes financières et les évolutions réglementaires ont certainement contribué à diminuer la place prépondérante des médecins pour laisser émerger l'intelligence collective.

Il n'est plus imaginable de laisser les décisions et les arbitrages reposer uniquement au corps médical. Pourtant, nous avons tous connu des exemples où il est difficile d'imposer une décision contre leur avis. Pourtant, la participation collective des professionnels est garante de dynamisme et d'objectivité, voire de rationalité dans le choix des propositions organisationnelles.

Le DS est au cœur de ce débat et doit faire preuve d'arguments, de dialogue et d'appuis (par l'encadrement) pour garder la maîtrise des choix stratégiques donnés.

3.12 O comme Optimisation

Si le rapport de la cour des comptes montre une efficacité insuffisante lors des restructurations, nous avons également constaté que les terrains d'enquêtes démontraient un net retour à l'équilibre financier par des efforts postérieurs aux restructurations. En effet, les changements inhérents aux restructurations architecturales ont impulsé une dynamique participative qu'il convient de maintenir au plus près des unités de production de soins.

La mise en place d'une réflexion sur le « Lean management » est une démarche qui s'adapte bien au CHU par l'impulsion d'une résolution des dysfonctionnements à tous les niveaux d'implication des professionnels. La lourdeur institutionnelle génère souvent des pertes de temps avec comme conséquences, une lassitude et une démotivation des équipes du fait de la complexité des solutions à mettre en place.

Le niveau de dysfonctionnement doit être déterminé afin que chaque acteur de terrain se sente impliqué dans une amélioration continue et constructive de sa fonction.

« La démarche Lean remet les attentes du patient au centre des préoccupations de l'hôpital. Concrètement, la mise en œuvre d'une démarche Lean vise à aider le patient à obtenir un rendez-vous rapidement, à comprendre les conséquences de son traitement, à obtenir un véhicule pour rentrer chez lui, à choisir ses repas ... Avec la démarche Lean, ces besoins ne sont plus considéré comme des contraintes difficiles à satisfaire, mais comme des moteurs de changement de l'organisation de l'hôpital. »⁶⁴

Le DS doit être un acteur convaincu de cette démarche et favoriser l'engagement de l'institution à tous les niveaux de responsabilité, pour développer le Lean management.

3.13 N comme Nouvelle formation pour un Nouveau métier

Elaborée en fin d'année 2010, la formation n'a cessé d'évoluer afin de répondre à deux objectifs : individualisation et professionnalisation. Le principe retenu concerne une appropriation des 9 champs de compétences spécifiques⁶⁵ du DS, servant à guider une immersion professionnelle, adaptée, clarifiée et choisie en concertation par l'élève DS.

Fondée sur l'expérience propre de chacun, l'ouverture professionnelle apportée, conduit entre autre à une réflexion sur l'exercice du métier et concrétisée par ce travail de recherche. L'évolution des missions du directeur des soins constitue une avancée mais surtout une reconnaissance de notre métier.

Dans le cadre d'une restructuration immobilière en hôpital, le centre névralgique du projet médico-soignant est caractérisé par les changements organisationnels internes qu'il occasionne ou implique. De plus, la vision stratégique d'un établissement porte aussi sur l'ouverture à la ville et la prise en compte des structures du territoire. Le DS est compétent pour donner un avis et accompagner la mise en œuvre d'un « projet médico-soignant de territoire ». Il devient alors un directeur des opérations (DOP) à l'image de certains, déjà en place à l'hôpital universitaire de Genève et issu de la fonction soins.

« Le Directeur des opérations, nécessaire à tout établissement doit impérativement avoir, dans sa fonction et par nature, un rôle transversal. Il doit assurer la continuité et la performance des processus en intégrant l'efficacité de l'institution mais également, et surtout, la qualité, la sécurité dans une vraie démarche de service clients offerte aux patients. Il doit être l'artisan, le moteur et le support garantissant à l'établissement son évolution coordonnée, sa flexibilité, sa réactivité et sa résilience.

⁶⁴ P. Margain, « Engager une démarche de Lean management à l'hôpital – Un cas pratique : le transport externe de patients », mémoire DH de l'EHESP, 2014, p.6.

⁶⁵ Annexe 4 : « Les 9 champs de compétences spécifiques du DS », issus du référentiel de compétences du projet de formation EHESP, 2015, p. 8

Par extension, ce poste devrait conduire à une fonction de « health supply chain manager », rattachée directement à la direction de l'hôpital, voire à un système de soins ou à la région. »⁶⁶

La définition donnée par P. Wieser, de l'école polytechnique fédérale de Lausanne, correspond aux compétences attendues par le DS pour la coordination d'un projet de cette envergure et dans une vision territoriale. Par la formation qu'il reçoit à l'EHESP, le DS peut lui aussi se tourner vers ce nouveau métier de DOP.

⁶⁶ P. Wieser, De l'utilité d'un directeur des opérations à l'hôpital, « Gestions hospitalières » N°536, Mai 2014, p.314, Article issu des rencontres professionnels-chercheurs organisées le 21 juin 2013 à Paris dans le cadre des séminaires de la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP- Institut du management.

Conclusion

Participer à la construction d'un nouvel hôpital dans sa globalité, ou en partie, reste un challenge extraordinaire pour le DS qui va être au cœur des changements à accompagner.

La culture hospitalière est imprégnée d'architecture car elle porte, nous l'avons vu, l'identité de nombreux professionnels. La traditionnelle prise en charge des patients à l'hôpital est encore à transformer, que ce soit dans la perception des soignants ou dans les habitudes des usagers eux-mêmes. C'est certainement l'un des freins qui est le moins visible dans l'accompagnement des changements et auquel le DS sera particulièrement attentif voire vigilant.

La gestion purement médico-économique des hôpitaux, tournée vers des objectifs financiers, ne peut maîtriser à elle seule une modernisation structurelle si les acteurs ne sont pas convaincus du besoin de rationalisation, tout en soignant mieux ou du moins aussi bien. Si la restructuration architecturale ne semble pas être un objectif économique immédiat, nous pouvons dire que le maintien d'une dynamique de performance continue auprès des équipes aura des effets financiers à l'avenir. Ceci se mesurera par la fluidité des parcours, la mobilisation conjointe du sanitaire et du social ainsi que par le développement des nouvelles coopérations professionnelles.

Le rôle du DS (ou du CGS) est de redonner du sens aux nouvelles prises en charge, maîtriser le développement des systèmes d'information, encourager les alternatives à l'hospitalisation et promouvoir l'innovation collective dans le processus de la santé.

D'autre part, les enjeux majeurs des futures restructurations hospitalières sont situés :

- dans la définition et les missions de chaque établissement sur un territoire donné,
- dans l'ouverture que chaque établissement sera capable de fournir sur la ville ou sur l'accueil d'autres organismes notamment du médico social,
- enfin dans les évolutions majeures des métiers du soin à l'image ce qui se fait dans les pays de l'OCDE⁶⁷.

La mission du DS est donc d'avoir la capacité de relever les défis de la santé de demain afin d'adapter au mieux les organisations et les structures vers une réalité des besoins des usagers, en s'appuyant sur les évolutions technologiques parfois imprévisibles à dix ans. C'est dans cette mouvance continue que le directeur de soins a la lourde charge de conduire avec sérénité les paramédicaux qui sont capables de partager et de mettre en œuvre tant d'évolutions.

⁶⁷ OCDE : Organisation de coopération et de développement économique.

« De fait certains endroits du bâtiment ne vieillissent pas bien. La voute de la galerie n'est plus très transparente, l'aluminium anodisé résiste mal, les carreaux de céramique blanche sont sales, les plantations ne sont pas toujours réalisées sur les terrasses. Par ailleurs, quelques baraquements « provisoires » poussent ici et là, les magasins débordent de toutes parts, certaines unités de soins sont surchargées, en particulier les urgences dont la fréquentation a triplé par rapport au programme d'origine, il fait chaud l'été sous les verrières. Cet établissement de grande réputation grâce à l'excellence de ses équipes médicales connaît une affluence constante, il est d'une certaine manière victime de son succès. Ceux qui le gèrent font des prouesses dans le cadre de leurs crédits toujours trop faibles et n'entreprennent rien de majeur sans me consulter. Tout le monde ici aime le bâtiment, voici la chose importante. »

Pierre RIBOULET

Post face. Naissance d'un hôpital, journal de travail, P. 130

Bibliographie

Textes législatifs

- Loi du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)
- Instruction N°DGOS/PF1/DGCS/ 2013/216 du 28 mai 2013, relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS).
- Circulaire interministérielle N° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013, relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).
- Instruction N°DGOS/PF1/DGCS/2014/115 du 18 avril 2014 relative au déploiement de l'outil OPHELIE (Outil de Pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Etablissements de santé – Législation – Indicateurs – Environnement)

Ouvrages :

- BUBIEN YANN, 2015, Concevoir et construire un hôpital : hôpitaux, cliniques, centres ambulatoires, Paris : Editions du Moniteur, 384 p.
- LIVIAN Yves Frédéric, 2005, 3^{ème} édition, Organisation. Théories et pratiques, Paris : Ed. Dunod, 320 p.
- RIBOULET PIERRE, 2010, Naissance d'un hôpital, Lagrasse : Editions Verdier, 133p.
- SAINSAULIEU Yvan, 2006, La communauté des soins en question, Rueil Malmaison : Ed. Lamarre, 251p.

Revue, articles (de périodiques),

- BAY B., CARRIER C., DESFLACHES A.L., GAUTIER C., janvier 2015 « L'utilisateur, Co concepteur de l'hôpital de demain, la Fabrique de l'hospitalité des HUS », *Gestions hospitalières*, n°542, pp. 29-32

- BUBBIEN Y., JAGLIN-GRIMINPREZ C., « L'hôpital de demain - Quelles solutions architecturales ? » *Gestions Hospitalières* n°545, avril 2015, pp. 203-20
- CLEMENT J.M., février 2004, « L'évolution de l'architecture hospitalière au XXème siècle », *Revue française d'histoire des hôpitaux*, n° 114, pp. 29-35.
- DELCROS E., LAM A., OLHAGARAY C., mai-juin 2013, « Moderniser un établissement sur site », *Techniques hospitalières*, n°739, pp.60-63.
- DULUC G., PAUL E., mai 2014, « EHESP Conseil Accompagner les organisations », *Gestions Hospitalières*, n° 356, pp. 277-282.
- EYRAUD A., BEAUVAIS M., nov.- déc. 2012, « Les mutations de l'hôpital », *Techniques hospitalières*, n°736, pp. 19-75.
- LANGEVIN F., IMBAUD C., JOFFRE MO., PENLOUP E., avril 2015 « Vers des *smart hôpitaux* », , les cahiers de la fonction publique n° 354, pp.44-47
- MEGEVAND V., mai 2014, « DOP : bilan aux HUG », *Gestions Hospitalières*, n° 536, pp. 315-318.
- POTTIER C., ROTH Y., VACHER C., VERDIER L., février 2004, « Constructions hospitalières du moyen-âge à nos jours », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, n° 114, pp 26-28.
- SOLER F., août 2014, « Management et intelligence émotionnelle », *Soins cadres*, n°91, pp. 40-42
- WIESER P., mai 2014, « De l'utilité d'un directeur des opérations à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n° 536, pp.313-314.

Rapports

- CAFFET J.P, 2 octobre 2013, Rapport d'information n° 16 au sénat, fait au nom de la commission des finances sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins.
- Cour des comptes, juin 2012, La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins.
- H. Lachman, C. Larose, M. Pénicaud, M. Moleux « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », Février 2010, 19 pages.
- IGAS, avril 2012, Rapport IGAS RM2012-046P, « Management et efficience hospitalière : une évaluation de déterminants. » D. ACKER, A.C. BENSADON, P. LEGRAN, C. MOUNIER
- IGAS, mars 2012, Rapport IGAS RM2012-011P, « Evaluation des effets de la tarification sur le management des établissements de santé » A. BRUANT BISSON, P. CASTEL, MP. PANEL.

Thèses et mémoires

- CHADEFFAUD Nathalie, 2012, « Indicateurs de performance et projet de prise en charge des patients : deux leviers stratégiques pour l'accompagnement des équipes dans leur redimensionnement », Mémoire de l'EHESP, filière DS, 55 p.
- COURTIN Francesca, 2014, « La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment : l'exemple du CASH de Nanterre », Mémoire de l'EHESP filière DH, 59 p.
- MARGAIN P., 2014, « Engager une démarche de Lean management à l'hôpital – Un cas pratique : le transport externe des patients », Mémoire de l'EHESP filière DH, 50 p.

Sites Internet

- <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/anticiper-la-mise-en-service-dun-batiment/>, Consulté le 20 mars 2015
- <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/moderniser-un-etablissement-sur-site-1/> , Consulté le 20 mars 2015
- <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-diagnostic-du-processus-de-modernisation-dun-etablissement-sur-site/>, Consulté le 20 mars 2015
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/modernisation>, consulté le 9 septembre 2015
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/efficience>, consulté le 21 juillet 2015
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/rationalisation>, consulté le 9 septembre 2015
- <http://www.has-sante.fr/rapport/2014/>, consulté le 3 octobre 2015
- [www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences-directeur-soins\)2015.pdf](http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences-directeur-soins)2015.pdf), consulté le 30 avril 2015
- www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf, consulté le 20 mai 2015

Liste des annexes

- Annexe 1 Public et méthodologie d'enquête
- Annexe 2 Questionnaire d'enquête
- Annexe 3 Grille d'entretien pour la direction des travaux
- Annexe 4 Les champs de compétences spécifiques du DS

Annexe 1 : Public et méthodologie d'enquête

SITES	CONTEXTE DES PROJETS ARCHITECTURAUX	PUBLIC	METHODOLOGIE D'ENQUETE
CHU A	Construction neuve sur un site en extra urbain (Déménagements des pôles par vagues entre 2011 et 2015)	1 coordonnateur DS 1 cadre supérieur de pôle et logistique 1 cadre supérieur de pôle 1 cadre de santé / mission transversale 1 directeur des travaux 1 ingénieur des travaux	Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Entretien Entretien
	Projet de rénovation sur pôle rééducation- réadaptation	1 cadre supérieur de pôle	Questionnaire
CHU B	Construction neuve sur un site extra urbain (déménagement réalisé en 2012)	1 coordonnateur DS 1 DS 1 cadre supérieur mission transversale 1 cadre supérieur de pôle 1 cadre de santé 1 Directeur des travaux	Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Entretien
	Construction neuve recevant pôle des laboratoires et pôle cancérologie (fin 2015)	1 cadre supérieur de pôle 1 cadre supérieur de pôle	Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien
CHU C	Construction du pôle urgence sur le site principal (déménagement en 2012)	1 coordonnateur DS 1 DS 1 cadre de santé 1 ingénieur en organisation 1 ingénieur des travaux	Questionnaire Questionnaire + entretien Questionnaire + entretien Entretien Entretien
	Centralisation de la réception des examens de laboratoires	1 cadre supérieur de pôle	Questionnaire + entretien
CHU D (test)	Construction neuve	1 DS adjoint (poste FFDS)	Questionnaire
CHU E (test)	Construction neuve	1 DS adjoint (poste FFDS) 1 cadre de santé	Questionnaire Questionnaire
Au total :		5 entretiens avec des professionnels de la Direction des travaux 19 questionnaires (dont 17 avec entretien)	

Annexe 2 : Questionnaire – Enquête de terrain

Madame, Monsieur,

Actuellement en formation à l'EHESP (filiale EDS 2015), je souhaite réaliser une étude sur les restructurations architecturales, ayant eu lieu ou en cours, dans votre établissement.

Le titre du mémoire est :

Restructurations architecturales, rôle du directeur des soins pour accompagner des réorganisations efficaces.

Ce questionnaire porte sur votre fonction, le type de projet architectural, les changements d'organisations qu'il a générés, les modalités de mise en œuvre de ces changements et votre contribution au projet global (architectural comme organisationnel).

La restructuration architecturale peut concerner l'ensemble de l'établissement ou une partie seulement. Pour plus de facilité les questions sont posées au présent même si le projet est terminé. Entourez la réponse souhaitée.

Vous pouvez ajouter des commentaires libres pour chaque thématique à la suite du document, en précisant simplement le numéro de la question.

En vous remerciant de participer à cette enquête de mémoire, je tiens à préciser que l'anonymat des établissements, comme des personnes, sera préservé, seules les fonctions seront précisées.

1- Vous êtes actuellement en poste de :

2 – Origine des travaux et motivation de la restructuration architecturale :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Nécessité d'une construction neuve de l'ensemble de l'hôpital? | oui | non |
| - Mise aux normes (vétusté, incendie, autres) ? | oui | non |
| - Nécessité d'agrandissement ? | oui | non |
| - Nouvelle activité médicale ou de prise en charge des patients ? | oui | non |

Précisez laquelle :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Regroupement de plusieurs sites sur une structure neuve ? | oui | non |
| - Regroupement secteur public/privé ou public/public ? | oui | non |

Autre (précisez) ?

3 - A quel stade en êtes vous (actuellement) du projet architectural:

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| - terminé ? | oui | non |
| - en cours ? | oui | non |
| - en projet (non débuté) ? | oui | non |

4 – Ce projet architectural a t il des impacts sur :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - la capacité en lits (à la baisse ou à la hausse ⁶⁸) ? | oui | non |
| - des spécialités médicales nouvelles ? | oui | non |
| - les modes d'hospitalisation (ambulatoire...) ? | oui | non |
| - une organisation avec de nouveaux partenaires ? | oui | non |
| - le système d'information ? | oui | non |
| - Autre ? (Précisez)..... | | |

5 – Ce projet architectural entraine-t-il des réorganisations⁶⁹ au niveau :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - des effectifs (mutualisation d'équipes, baisse d'effectifs...) ? | oui | non |
| - de la logistique (livraisons matériels, repas...) ? | oui | non |
| - des prises en charge de patients (ambulatoire, consultations, PEC...) ? | oui | non |
| - autres (précisez)..... | | |

6 – A quel niveau intervenez vous dans le projet architectural⁷⁰ :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - stratégique (comité de pilotage) ? | oui | non |
| - transversal opérationnel à titre d'expert soignant ou médico technique ? | oui | non |

(Précisez)

- | | | |
|--|-----|-----|
| - encadrement d'équipe car directement impacté par le changement ? | oui | non |
|--|-----|-----|

Précisez :

7 - Votre mission vous permet- elle d'intervenir concrètement sur le projet avec les interlocuteurs architecturaux (Maitre d'ouvrage, architecte ou autre)? oui non

Si oui, précisez de quelle manière :

.....

8 - Y a t il un cadre paramédical détaché pour les travaux ? oui non

- Si oui, quelle fonction occupait il avant le projet?.....

- Comment ou pourquoi a t il été choisi ?

.....

⁶⁸ Rayer le mot inutile.

⁶⁹ Plusieurs réponses possibles

⁷⁰ Plusieurs réponses possibles

9 - Les acteurs et la participation au projet :

- La direction des soins a t elle été associée dès le début, au projet ? oui non
- L'encadrement a t il été associé au projet ? oui non
Sous quelle forme ?.....
- Les Organisations Syndicales ? oui non
Sous quelle forme ?.....
- Les usagers ? oui non
Sous quelle forme ?.....
- Les médecins (chefs de pôle, les médecins concernés)? oui non
Sous quelle forme ?.....

10 - La communication en interne et en externe :

- Contribuez- vous personnellement à la communication générale ? oui non
Si Oui sous quelle forme :
 - par des réunions d'informations sur les travaux ? oui non
 - par des groupes de travail sur les réorganisations ? oui non
 - par le journal interne ? oui non
 - par la presse ou des articles spécialisés ? oui non
 - Courriers ciblés pour les médecins libéraux ou autres libéraux? oui non
- Si Non qui s'en charge ?.....

11 - Les équipes impactées par le projet architectural et les réorganisations envisagées:

- Sont elles informées des changements organisationnels générés ? oui non
Si oui sous quelle forme
- Font elles des propositions/remarques essentielles ? oui non

12 – Si les réorganisations architecturales impactent directement les activités de soins :

- Des objectifs quantifiés (effectif, activité) sont-ils posés ? oui non
- Les objectifs sont ils atteints dès la mise en place? oui non
- Les objectifs sont ils atteints après 1 an? oui non

13 - Quelles difficultés ou freins rencontrez-vous ?.....

.....
Avez vous des suggestions pour lever ces difficultés?.....
.....

14- Auprès des équipes, le projet architectural est-il une aide ?

Avec le recul, que feriez-vous différemment ?
.....

15 - Rôle de la direction des soins :.....

De votre point de vue, quelle est la plus value du DS dans le projet architectural ?
.....

Annexe 3 : Grille d'entretien pour la direction des travaux

Le sujet du mémoire « Les restructurations architecturales, véritable levier du directeur des soins pour accompagner les changements d'organisation », me conduit à interroger les différents acteurs sur le projet architectural de votre établissement.

Présentation de la personne interviewée :

1 - Thème du contexte :

Pouvez vous m'expliquer l'origine et le contexte des travaux (passés en cours ou à venir) ?

Relance :

- motivation + précise (normes, vétusté, agrandissement, nouvelle activité médicale, prise en charge des patients...)
- Où en êtes vous de la restructuration architecturale ?

2 – Nouveaux outils de gestion immobilière :

Vous servez vous des outils de gestion du patrimoine (OPHELIE...) ?

Relance : Cours des comptes, projet d'établissement et impact du Copermo ...

3 - Quels sont les impacts de réorganisation ?

Relance :

- sur la capacité en lits, sur les modes d'hospitalisation, sur le système d'information...

4 - A quel niveau intervenez vous et auprès de quels interlocuteurs ?

Relance :

Y a t il un cadre de santé à vos côté ? Comment sont associés les autres acteurs institutionnels ?

5 – Comment avez vous travaillé avec les équipes de soins ou autres concernés par la restructuration architecturale ?

Relance :

Par l'intermédiaire de qui, avec qui directement, quels ont été les freins ?

6 - De votre point de vue quelle est la valeur ajoutée de la direction des soins ?

Relance :

Expertise dans les organisations, carrefour des organisations, RH, expertise des activités ?

Annexe 4 : Les 9 champs de compétences spécifiques du DS

- Implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure.
- Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux.
- Identification des besoins et répartition des ressources disponibles.
- Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé.
- Définition et conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires, institutionnelles et structurelles.
- Contribution à la gestion du développement des compétences des professionnels paramédicaux.
- Impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.
- Contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leur mise en œuvre.
- Contribution au développement des partenariats et des spécificités pour la continuité de la prise en charge de l'utilisateur.

BOURBON

ANNE

Décembre 2015

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

Restructuration architecturale en CHU Rôle du directeur des soins pour accompagner des réorganisations efficaces

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Les restructurations immobilières en CHU, suite aux plans « hôpital 2007 et 2012 », ont apporté une réelle mise à niveau du parc hospitalier. Pourtant, la cour des comptes dresse un bilan mitigé en juin 2013, sur l'efficacité attendue dans la mise en œuvre des réorganisations soignantes et médico techniques.

L'objectif de notre étude porte sur une enquête de terrain de trois CHU, où les restructurations architecturales récentes ont bénéficié de l'application de ces plans, ainsi que sur le rôle joué par la direction des soins.

L'approche bibliographique fonde le socle du travail sur le plan historique et des réformes, sur l'accompagnement législatif et méthodologique du gouvernement, ainsi que sur le cadre conceptuel et professionnel du changement organisationnel à mener par le DS.

L'étude du déroulement des projets architecturaux par des entretiens auprès des DS et des cadres essentiellement, pose un certain nombre de constats, de réussites et de problématiques dans la participation des acteurs rencontrés. Par une analyse croisée entre CHU et catégories professionnelles interrogées, l'élaboration des préconisations repose sur le retour d'expériences, le témoignage d'autres acteurs dans la littérature professionnelle et sur l'apport de l'année de formation à l'EHESP.

L'objectif n'est pas de fournir un guide méthodologique de la conduite de projet lors de restructurations architecturales, mais plutôt d'apporter une réflexion sur les domaines de compétences, qui sont à la portée des directeurs des soins au sein d'une équipe stratégique.

Chacun pourra puiser les éléments qui lui conviennent et qui correspondent aux compétences qu'il maîtrise le mieux en vue d'adapter son style de management aux cadres de pôles et aux cadres experts sur lesquels il saura s'appuyer.

Mots clés :

Restructuration architecturale - performance hospitalière – COPERMO - conduite de projet de restructuration - Directeur des soins – encadrement - circuits patients – modernisation - efficacité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.