



Directeur des soins

Promotion Saint Exupéry-2017

« L'avenir, tu n'as point à le prévoir mais à le permettre. »

Jury Décembre 2017

Les restructurations hospitalières
Impacts, réalités et projections
pour le directeur des soins

Pascale CUBERES

Remerciements

Je tiens à remercier vivement toutes les équipes de direction et tous les professionnels qui m'ont accueillie et se sont rendus disponibles pour la réalisation des entretiens et pour les réflexions passionnantes qu'ils m'ont permis de partager.

Je les remercie également pour la confiance accordée dans le libre accès à toutes les informations et temps institutionnels ayant permis la réalisation de ce travail.

Les optimistes enrichissent le présent, améliorent l'avenir, contestent l'improbable et atteignent l'impossible.

William Arthur Ward

Sommaire

Introduction	3
1 Les restructurations hospitalières : éléments de contexte de l'environnement hospitalier public.....	10
1.1 Définitions.....	10
1.2 Un processus d'ensemble aux formes et impacts variés	11
2 Eléments de contexte de l'environnement financier des établissements publics de santé.....	13
2.1 Les enjeux socio-économiques	13
2.2 Le plan de retour à l'équilibre financier: un dispositif coercitif obligeant les établissements de santé à se restructurer.....	14
3 Méthodologie de travail	16
3.1 L'analyse documentaire	16
3.2 Le choix des deux terrains observés.....	17
3.3 L'entretien semi directif, mode d'investigation retenu	17
4 Présentation et analyse des données et observations recueillies	19
4.1 Le cas du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre.....	19
4.2 Le cas du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.....	21
4.3 Les restructurations hospitalières : analyse d'un changement annoncé, réalité et projection.....	23
4.4 Les impacts liés aux restructurations hospitalières.....	24
4.5 Le redimensionnement des effectifs	26
4.6 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	27
4.7 La gestion de projet	27
5 Proposition pour la mise en œuvre d'une stratégie de la direction des soins dans l'accompagnement d'une opération de restructuration avec réduction d'effectifs.	28
5.1 Au niveau stratégique	28
5.1.1 La définition précise des effectifs de l'établissement.....	28
5.1.2 Les facteurs d'impacts du dimensionnement des effectifs	29
5.1.3 Les éléments complémentaires pour la définition d'une stratégie de dimensionnement des effectifs	29

5.1.4	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	30
5.1.5	Un contexte législatif incitatif ouvrant de nouvelles perspectives pour le directeur des soins	31
5.1.6	Les impacts sur la gestion et le management des compétences	32
5.2	Au niveau managérial	34
5.2.1	Une politique ambitieuse d'accompagnement au changement	34
5.2.2	Management clinique, management des cadres : les perspectives du directeur des soins dans la gouvernance clinique.....	36
5.3	Au niveau opérationnel	37
5.3.1	Les enjeux de l'information et de la communication	38
5.3.2	La mise en place d'un comité de suivi des organisations	39
5.3.3	Identifier des indicateurs et évaluer en continu	40
5.3.4	Une gestion du temps et un calendrier de mise en œuvre prenant en compte les contraintes et les difficultés du terrain	41
6	Perspective professionnelles : des évolutions managériales nécessaires.....	41
6.1	Le courage managérial	41
6.2	Les pratiques managériales comparées	42
6.3	Les nouvelles approches managériales.....	43
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes	

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

APHP Assistance publique des hôpitaux de Paris

ARS Agence régionale de santé

CASH Centre d'accueil et de soins

CHSCT Comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail

CHT Communauté hospitalière de territoire

CHU Centre hospitalier universitaire

COPERMO Comité interministériel de la performance et de la modernisation

CPOM Contrat d'objectifs et de moyens

CTE Comité technique d'établissement DGOS Direction générale de l'offre de soins

DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

EHPAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPB Evidence based practice

GHT Groupement hospitalier de territoire

LFSS Loi de financement de la sécurité sociale

ONDAM Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PIB Produit intérieur brut

PPI Plan pluriannuel d'investissement

PRE Plan de retour à l'équilibre

PREF Plan de retour à l'équilibre financier

PRS Projet régional de santé

USLD Unité de soins de longue durée

Introduction

L'organisation de l'offre de soin, l'accès au soin, le financement et le coût de la santé ont été au cœur des débats lors des dernières échéances électorales : l'économie de la santé est devenue un enjeu capital dans le champ systémique de l'offre et de la demande de soins hospitaliers.

Ainsi, le système hospitalier français fait l'objet depuis plus de 20 ans de plans de rationalisations impulsés par les gouvernements afin de réduire et d'optimiser les dépenses de santé.

Alors que les financements nationaux en matière de politique publique se raréfient, le programme de stabilité 2015-2017 prévoit plusieurs mesures d'économies dont 50 milliards d'euros dans le champ des administrations de la santé.

Ces mesures se traduisent par un ralentissement de la progression de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), dont la moitié des dépenses relèvent des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (97 milliards d'euros sur 187 milliards d'euros en 2017)¹.

Cette recherche d'une allocation optimale des ressources, déclinée sur les territoires de santé par les Agences Régionales de Santé (ARS), se traduit par une grande variété terminologique au sein des établissements de santé : recomposition de l'offre de soins, fermeture ou conversion de services, voire d'établissements, fusion ou groupement d'hôpitaux aux formes diverses, restructuration, réorganisation, mutualisation...

Ces réorganisations locales s'inscrivent dans une politique nationale de mutation de l'offre de soins et de recomposition de l'offre hospitalière définie par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins² comme « un mouvement inéluctable que les pouvoirs publics accompagnent pour répondre de manière optimale aux besoins de la populationpréserver la qualité des soins dans l'intérêt du malade au

¹2.4% en 2014, 2% en 2015, 1.8% en 2016 (plus bas depuis 1997), 2.1% en 2017 pour tenir compte des mesures ayant un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie (nouvelle convention médicale, mesures salariales décidées dans le champ de la fonction publique).

²Décret n°2010-271 du 15 mars 2010, la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) devient la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers »³.

Toutes les disciplines médicales, fortes de leurs progrès scientifiques, techniques et thérapeutiques, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la démographie médicale et paramédicale sont également autant de facteurs d'impact en faveur de restructurations et de réorganisations hospitalières.

Lancée par le plan Hôpital 2007⁴ et mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004⁵, la tarification à l'activité incite, quant à elle, les établissements de santé, eux-mêmes, à se restructurer pour limiter les coûts de fonctionnement tout en augmentant l'activité, la qualité et la sécurité des soins.

Dans son rapport sur la sécurité sociale en 2015, la cour des comptes concluait :

« Alors que les enjeux démographiques et financiers deviennent encore plus lourds, il importe de donner sans attendre un nouvel élan aux actions de recomposition de l'offre de soins et de les inscrire dans un cadre plus cohérent, selon des modalités plus déterminées et en fonction d'objectifs d'efficience plus explicites dans le contexte d'un retour nécessaire et rapide à l'équilibre de l'assurance maladie »⁶.

De la recherche du sujet au sujet de recherche

Alors que nous débutons la rédaction de ce mémoire professionnel, nous savons que le thème des restructurations hospitalières est un sujet déjà très documenté, une simple recherche par les opérateurs booléens amène une multitude de documents. Les facteurs d'impact de ce sujet sur la littérature professionnelle démontrent bien à quel point il est une préoccupation majeure pour les acteurs en santé.

Si les restructurations hospitalières occupent aujourd'hui une place centrale dans la vie des établissements de santé, il n'en reste pas moins que « les preuves de leurs

³DHOS - Note sur les restructurations hospitalières - juin 1998 - Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale.

⁴Le plan Hôpital 2007 est une série de mesures annoncées le 4 septembre 2003 visant à moderniser l'offre de soins et réduire les dépenses de santé : parmi ces mesures figure la tarification à l'activité.

⁵Loi n°2003-1199 du 18 novembre 2003 de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2004.

⁶Cour des comptes - Sécurité sociale 2015 - Chapitre 5 - Vingt ans de recomposition de l'offre de soins : un bilan décevant - Septembre 2015.

capacités à améliorer ou redresser les performances restent ténues et la littérature empirique apporte des résultats ambigus et parfois contradictoires ».⁷

Repenser les périmètres d'activité, regrouper et réorganiser les espaces géographiques, développer les circuits de soins ambulatoires, intégrer les contraintes économiques en maîtrisant les coûts, par plus d'efficacité, rationaliser les pratiques et les organisations soignantes, responsabiliser tous les acteurs de la santé : tous ces défis, légitimés par les réformes de notre système de santé engagent les directions d'établissements hospitaliers.

Ivan SAINSAULIEU, chercheur en sociologie économique écrit « ... il n'est plus possible aujourd'hui, nous semble-t-il, de décrire l'hôpital sans tenir compte des déterminations économiques, sociales et politiques qui l'entourent, le pressent, le guident au quotidien »⁸.

Toutefois, s'il apparaît aujourd'hui difficile de trouver un établissement de santé ne menant pas une opération de restructuration, leurs conséquences sur l'emploi des personnels hospitaliers sont un phénomène permanent auquel peu d'écrits sont consacrés.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, n'échappe pas à cette incontournable gouvernance environnementale qui « s'inscrit dans un contexte d'adaptation permanente de l'hôpital, et de ceux qui y travaillent, aux réformes de structures, d'organisation et de fonctionnement ».⁹

Sans nul doute sur les évolutions et changements encore à venir, notre futur métier de directeur des soins engage donc d'emblée à réfléchir et à s'intéresser aux restructurations hospitalières, sur ses effets prévisibles et collatéraux et sur des choix d'approche managériale à faire.

L'évolution des conceptions managériales qui en découle oblige le directeur des soins à se positionner au cœur de la mouvance interne des organisations, comme seule réponse à la performance attendue et recherchée des établissements de santé. Ainsi, il participe à des prises de décision, ou bien prend lui-même des décisions visant à répartir les moyens humains en termes de compétences disponibles pour répondre au

⁷ALLOUCHE José, LAROCHE Patrice et NOEL Florent - Restructurations et performances de l'entreprise : Une méta-analyse - Finance, Contrôle, Stratégie - Juin 2008 - page 105.

⁸SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs - Appartenance et égalité - Perspectives sociologiques - Paris - Edition Belin - 2007 - page 35.

⁹DE SINGLY Chantal - Rapport final de la Mission des Cadres Hospitaliers - Ministère de la santé et des sports - 2009.

défi d'accessibilité aux soins, aux exigences de qualité, de sécurité et de continuité des soins. Ce nouveau paradigme instaure un lien automatique entre performance, efficacité et organisation, la manière d'organiser les activités déterminant la capacité à tirer le meilleur parti des ressources.

Dès lors, pour le directeur des soins, les restructurations et réorganisations d'activités de soins seraient un levier pour améliorer la performance de l'établissement, deux logiques d'action déterminant son rôle et sa responsabilité ¹⁰:

- une logique organisationnelle consistant à identifier, qualifier et quantifier des effectifs au regard d'un niveau de production de soins assurant conformité, qualité et sécurité des prises en charge des patients mais également des équipes paramédicales

- une logique financière offensive consistant à identifier et quantifier des effectifs au regard d'économies à réaliser pour améliorer les résultats financiers de l'établissement ou défensive pour participer à l'équilibre financier de l'établissement.

Quelle que soit la logique, la contrainte sur la masse salariale se diffuse dans le secteur hospitalier en particulier sur le personnel non médical et notamment sur les équipes paramédicales.

« La réduction des effectifs a un effet sur l'équilibre financier des établissements grâce à la diminution de la masse salariale (effet prix et volume), mais elle est également supposée améliorer l'organisation interne (effet organisationnel) »¹¹ « car elle facilite une prise de décision plus rapide, une communication plus fluide et une augmentation de la qualité au bénéfice d'équipes responsabilisées »¹².

Des questions au questionnement

Ce travail de mémoire professionnel s'inscrivant dans le cadre de la formation de

¹⁰Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifié par le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

¹¹LEDOYEN Jean René et DUBOIS Yann - Dimensionnement des effectifs et organisation des activités dans un environnement financier contraint - EHESP 2017.

¹²CORNOLTI Christophe et MOULIN Yves - Pourquoi les suppressions d'emploi ne produisent-elles pas une hausse de la performance ? Eléments pour une amélioration du modèle de calcul décisionnel - Management et Avenir n°11 - Décembre 2006.

directeur des soins, il est à la fois le fruit d'une réflexion personnelle et professionnelle.

Parti d'une expérience de faisant-fonction de directeur des soins, mais également des stages réalisés durant le cycle de formation, ce travail prend également sens dans une perspective professionnelle de prise de fonction de directeur des soins en management et gestion dans un établissement public de santé.

La prise de fonction à venir ne peut être dissociée de l'environnement financier au regard de ces évolutions actuelles.

L'équilibre financier des établissements de santé constitue un objectif majeur au service duquel les équipes de direction d'établissement doivent mobiliser l'ensemble des moyens à leur disposition, il constitue une condition indispensable pour assurer la pérennité des établissements et répondre au mieux aux besoins de la population.

Adapter les organisations aux enjeux financiers de l'établissement constitue-t-il un défi pour le directeur des soins ?

L'accompagnement d'un projet de restructuration demande au directeur des soins de développer des compétences tant stratégiques qu'opérationnelles. C'est dans cette alternance que notre futur professionnel prend sens.

Si le rôle du directeur des soins vise à anticiper ces transitions et ces changements, en quoi est-il incontournable dans tout projet de restructuration ?

Alors que les textes réglementant la fonction de directeur des soins¹³ nous légitiment pleinement au sein de l'équipe de direction, c'est bien dans notre parcours de professionnel de santé et notre connaissance de la prise en soin des patients que nous devenons un interlocuteur privilégié de chacun des directeurs concernés par un projet de restructuration. Grâce à cette connaissance des organisations soignantes, le directeur des soins communique facilement avec tous les professionnels de santé, les personnels d'encadrement et les personnels médicaux.

Les restructurations hospitalières mises en œuvre dans le cadre du maintien ou du retour à l'équilibre financier des établissements de santé engendrent des effets qu'il convient de prendre en compte dans la conduite de projet : quels enseignements tirés de ces effets pour leur mise en œuvre à l'échelle de l'hôpital?

¹³Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 - op.cit.

« Comme nous l'avons évoqué, les restructurations procèdent par des réductions d'effectifs, ..., par des reconfigurations et réorientations d'activité, ce qui est susceptible d'avoir de nombreux impacts dans les situations de travail »¹⁴.

« Ces dimensions sont pour autant difficilement prises en charge et apparaissent souvent comme des conséquences non maîtrisées de la restructuration »¹⁵.

Comment tous ces bouleversements se manifestent-ils dans la mise en œuvre des restructurations hospitalières ?

Nos hypothèses de travail orientent donc notre réflexion autour des axes suivants :

- dans une approche quantitative mais aussi qualitative, les répercussions des restructurations hospitalières sur les professionnels de santé et les organisations de soins sont inévitables

- une opération de restructuration quelle qu'en soit la genèse et la finalité génèrent des déséquilibres pour lesquels des modes de régulation peuvent être mis en place par le directeur des soins

- en partant des effets (impacts) prévisibles et collatéraux, des outils existent, sont créés et inventés par les établissements pour accompagner les équipes paramédicales dans les restructurations hospitalières

Ainsi au-delà d'une recherche exploratoire ou d'une analyse réflexive, type Evidence Based Practice (EPB), ou d'une innovation managériale, le but poursuivi dans ce travail vise à partir d'une revue documentaire mais aussi d'éléments de terrain à identifier le cadre d'action du directeur des soins dans le pilotage des opérations de restructuration et de réduction d'effectifs.

Il s'agit bien de nous préparer à l'accompagnement des projets de restructuration que nous serons amenés à co-piloter dans l'exercice de notre métier de directeur des soins.

¹⁴RAVEYRE Marie - Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission - La Revue de l'Ires - 2005 - n°47 - page 118.

¹⁵VINCENT Catherine et VOLOVITCH Pierre - Les syndicats face aux restructurations hospitalières - Revue française des Affaires sociales - 2003 - page 140.

Le cadre d'action du directeur des soins étant facilité par la connaissance et la compréhension du contexte, il apparaît important dans un premier temps, grâce à un éclairage bibliographique, de définir les différentes formes de restructurations, d'en comprendre la genèse ainsi que l'environnement financier des établissements de santé notamment celui des plans de retour à l'équilibre.

L'environnement externe ainsi posé, ce travail s'attachera ensuite, à partir de deux cas de restructurations hospitalières observées, à identifier les principales problématiques et enjeux liés à ces restructurations, avant d'envisager les enjeux managériaux et de formuler des propositions et axes de travail à mettre en œuvre par le directeur des soins dans les dimensions techniques, organisationnelles et de gestion.

1 Les restructurations hospitalières : éléments de contexte de l'environnement hospitalier public

1.1 Définitions

Appliqué au secteur de la santé, le terme de restructuration est emprunté au secteur industriel. Au sens étymologique du terme, il signifie par sa racine latine *struere*, « l'action de se structurer, disposer en ordre, construire, et désigne l'agencement des éléments constitutifs d'un ensemble complexe ».¹⁶

Si restructurer est le fait de changer de structure (regroupement, transformation, réorganisation), la gestion d'un projet de restructuration s'appuie sur un ensemble de réflexions liées au pilotage des dispositifs. Cette transformation impacte différents domaines du management : la stratégie, les organisations, les ressources humaines, les finances, l'ingénierie...

« Par restructuration, ou recomposition hospitalière, nous désignons un processus d'ensemble pouvant comporter diverses opérations, se trouvant plus ou moins combinées entre elles suivants les cas ... »¹⁷.

Pour les anglo-saxons « le concept de *downsizing* est probablement celui qui se rapproche le plus de celui que la recherche francophone qualifie de restructuration »¹⁸.

Kim S. Cameron le définit comme « un ensemble d'activités entrepris par le management d'une organisation, dans le but d'améliorer son efficacité, sa productivité et/ou sa compétitivité....Il affecte le volume de la main d'œuvre, les coûts, et l'organisation du travail »¹⁹.

Les anglo-saxons distinguent encore deux sous types en parlant de *downsizing défensif* lorsque la nécessité de réduire les effectifs et la masse salariale a justifié une restructuration et de *downsizing offensif* dès lors que la restructuration vise à améliorer la compétitivité et la performance de l'établissement.

¹⁶Dictionnaire Larousse - Etymologie et historique de la langue française - page 755.

¹⁷RAVEYRE Marie et UGHETTO Pascal - Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières - Revue Française des Affaires sociales - Editeur La Documentation française 2003 - page 99.

¹⁸ALLOUCHE José, LAROCHE Patrice et NOEL Florent – op.cit.

¹⁹CAMERON Kim S. - Strategies for Successful Organizational Downsizing - Human Resource Management - volume 33 - n° 2 page 192 - Summer 1994.

Les restructurations hospitalières sont aujourd'hui institutionnalisées au regard des réformes successives de notre système de santé, elles touchent tous les secteurs d'activité et toutes les catégories professionnelles de l'hôpital, elles obéissent à des logiques différentes et prennent des formes variées.

1.2 Un processus d'ensemble aux formes et impacts variés

Dans son rapport annuel de 2013, la cour des comptes écrivait qu'« une restructuration hospitalière peut prendre plusieurs formes :

-une réorganisation des services pour les adapter à la demande, aux nouvelles techniques et à la démographie médicale ;

-une fermeture de services du fait d'un non-respect de normes ou d'une activité trop faible, qui peut déboucher sur la reconversion d'un site, un transfert d'activité sur un autre établissement, ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités des établissements fermés ;

-plus largement, une amélioration de la qualité de l'offre de soins au meilleur coût sur un territoire de santé, dans une logique de coopération et de partage d'activité entre établissements »²⁰.

La notion de restructuration hospitalière ne se limite pas aux seules opérations de regroupement ou de fusion mais se traduit par une véritable réorganisation des activités de soins.

« La restructuration n'est jamais une opération qui se limite à la modification d'un organigramme. Elle touche à l'organisation même du travail, aux contenus métier de chacun, à son identité professionnelle »²¹.

²⁰Cour des comptes - Rapport public annuel 2013 - Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées - Février 2013.

²¹VINCENT Catherine et VOLOVITCH Pierre - op.cit.

Selon Eric Severin²² la plus part des restructurations s'inscrivent dans un vaste mouvement de réorganisation et de désinvestissement qui combine 3 types d'interventions :

- les restructurations fonctionnelles reposant sur une réorganisation interne et une redéfinition des tâches

- des restructurations structurelles visant un recentrage sur le cœur de métier et une recomposition de la force de travail

- des réductions d'effectifs

les 3 étant souvent étroitement combinés.

Les restructurations hospitalières évoluent donc dans un mouvement continu de mutations structurelles et fonctionnelles aux logiques différentes et aux déclinaisons polymorphes.

Sur le plan structurel, elles se traduisent par des transferts d'activité ou diminution de lits au profit d'alternative à l'hospitalisation et par la mise en place d'une politique de réseau ville-hôpital ; sur le plan économique , par des regroupements de moyens en termes de plateformes, de plateaux techniques, de groupement de coopération sanitaire et plus récemment de groupements hospitaliers de territoire ; sur le plan logistique, par l'externalisation des fonctions logistiques et hôtelières dans le but de recentrer l'hôpital sur son cœur de métier du soin et par la modernisation des hôpitaux notamment par la construction de nouveaux bâtiments Enfin sur le plan humain, les restructurations hospitalières se traduisent par le redimensionnement des équipes provoquant des suppressions d'emploi et des redéploiements, des réorganisations d'activité et de tâches.

In fine qu'elle constitue un objectif ou qu'elle en soit une conséquence, l'articulation entre restructuration hospitalière et réduction des effectifs est aujourd'hui sans équivoque.

²²SEVERIN Eric - Les réductions d'effectifs comme mesure de restructuration pour favoriser la performance - La Revue des Sciences de Gestion - numéro 223 /2007- pages 13-24.

Dans son rapport la cour des comptes formulait la recommandation suivante : « Veiller à ce que les projets de restructurations hospitalières dégagent effectivement toutes les économies de fonctionnement dont elles offrent la possibilité »²³.

2 Éléments de contexte de l'environnement financier des établissements publics de santé

2.1 Les enjeux socio-économiques

Dans le cadre du financement du pacte de stabilité lancé par le président de la république au début de l'année 2014 , l'état a engagé un plan de maîtrise des dépenses publiques de 50 milliards d'euros d'économies à réaliser avant la fin de l'année 2017.

Subséquent, le plan triennal ONDAM 2015-2017 vise une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses en réalisant une économie de 10 milliards d'euros.

Ce plan d'économie fixe des objectifs ambitieux de transformation des établissements de santé par le développement de la prise en charge en ambulatoire et l'accroissement de l'efficacité de la dépense hospitalière.

S'il n'y a pas d'objectif chiffré de réduction des effectifs, la cour des comptes rappelle que « dans le cadre d'un ONDAM plus fortement contraint dans les années qui viennent, les établissements doivent accroître très substantiellement les efforts de maîtrise de leur masse salariale ».²⁴

Dans ce même rapport, la Cour des Comptes indique que la dette des hôpitaux publics a triplé en 10 ans, pour atteindre 29,6 milliards d'euros fin 2016, soit 1,4 % du Produit Intérieur Brut (PIB).

Selon la circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé « l'équilibre des comptes des établissements de santé constitue un objectif majeur dont la mise en œuvre doit être considérée comme une priorité impérative par les responsables des établissements concernés et leur autorité

²³ Cour des comptes - Rapport public annuel 2013- op. cit.

²⁴ Cour des comptes - Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale – Septembre 2014

de tutelle. Il conditionne la bonne exécution des missions confiées à ces établissements au service de la santé publique »²⁵ .

Toutes ces mesures se sont ainsi traduites dans les établissements de santé par la mise en place de plan d'efficience, c'est-à-dire *faire mieux avec moins*.

Pour les établissements les plus en difficultés le plan de redressement fait l'objet d'une contractualisation avec les ARS d'un Plan de Retour à l'Equilibre Financier (PREF). Pour certains établissements présentant de forts enjeux financiers et d'investissements un suivi spécifique est assuré par le COmité pour la PERformance et la MOdernisation (Copermo). Le Copermo est chargé « d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements »^{26 27} .

2.2 Le plan de retour à l'équilibre financier: un dispositif coercitif obligeant les établissements de santé à se restructurer

Le plan de retour à l'équilibre vise à atteindre un équilibre financier par l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la qualité des prises en charge et de la sécurité des soins et le repositionnement de l'établissement selon les besoins du territoire de santé. Il s'agit d'un contrat pluriannuel établi entre un établissement de santé et l'Agence Régionale de Santé. Il s'adresse aux établissements dont la situation financière actuelle ou prévisionnelle justifie de mesures internes significatives de retour à l'équilibre en contrepartie d'une aide financière temporaire : soit le compte de résultat principal de l'établissement présente un résultat déficitaire supérieur à 2% pour les centres hospitaliers régionaux ou 3% pour les autres établissements publics de santé ou sa capacité d'autofinancement représente moins de 2 % du total des produits ou bien la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

²⁵ Circulaire DHOS/F2/CNAMTS n°2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

²⁶ Circulaire interministérielle 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).

²⁷ 45 hôpitaux sont aujourd'hui suivis par le COPERMO et trustent 60% du déficit cumulé des établissements publics de santé.

S'il est un dispositif coercitif le plan de retour à l'équilibre n'en est pas moins un outil au service de la performance des établissements pouvant être accompagné d'aides financières. Au terme d'une analyse conjointe avec l'ARS sur le positionnement précis de l'établissement sur son territoire de santé, 3 types de décision peuvent être proposées : fermeture ou développement d'activité nouvelle, réorganisation des activités en interne et/ou coopérations, maintien, recomposition ou reconversion d'établissement.

Dans ce cadre et dans des conditions bien précises, 5 types d'aides financières peuvent être apportées aux établissements concernés :

- une subvention annuelle correspondant au coût annuel du surendettement au titre des plans nationaux d'aide à l'investissement hospitalier

- une aide au financement des investissements de restructuration interne au maximum pour 50% du montant

- une aide au financement des investissements pour des activités innovantes au maximum pour 50% du montant

- une aide au financement des investissements nécessaires aux recompositions hospitalières au maximum 25% du montant de l'investissement

- une aide à la trésorerie dans le cas où l'établissement se trouve confronté à un risque de cessation de paiement.

Si le plan de retour à l'équilibre se traduit par une opération de réorganisation/restructuration visant à augmenter les recettes tout en réduisant les dépenses résultant d'économies nettes, d'amélioration de productivité ou de réduction des charges, il est validé en conseil de surveillance après avis des instances.

Le plan de retour à l'équilibre entraîne une modification du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens dont il est une annexe. De manière globale, il concerne toutes les activités de l'établissement, il vise à atteindre l'équilibre financier structurel et les efforts doivent viser prioritairement la maîtrise des charges

notamment les charges de personnels, premier poste de charges des établissements de santé.²⁸

3 Méthodologie de travail

3.1 L'analyse documentaire

Une recherche bibliographique sur les restructurations hospitalières a permis de mieux cerner le contexte, les problématiques posées et les enjeux, toutefois le sujet plus ciblé des restructurations hospitalières associées à une politique de réduction des effectifs est quant à lui peu étudié. Il est pour cela difficile d'identifier de manière objective les effets des restructurations hospitalières avec réduction des effectifs notamment sur le plan social.

Faute de données comparatives, l'approche bibliographique a donc principalement permis d'identifier un lien de causalité entre restructuration et réduction des effectifs.

En qualité de futur directeur des soins notre objectif est d'identifier et de comprendre les impacts des restructurations hospitalières et d'établir les liens entre logique et stratégie afin de définir les conditions pratiques d'une potentielle réussite d'un projet de restructuration impactant l'emploi.

S'il convient d'exploiter les expériences vécues par les acteurs eux-mêmes, l'approche documentaire a été réalisée dans un premier temps, afin d'assembler les informations concernant les caractéristiques déterminantes des projets de restructuration. Les documents étudiés sont les projets d'établissements, les documents de contractualisation et de suivi, les bilans financiers, les documents de contractualisation externes et internes, les comptes rendus du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE).

L'analyse documentaire nous a permis de faire émerger les principales problématiques liées à des opérations de restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs.

²⁸ Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFF) - Faits et chiffres - Rapport annuel 2016 : les dépenses de personnel médical et non médical s'élevaient à 44,6 milliards d'euros en 2015. Premier facteur d'augmentation naturelle des dépenses de santé, la progression de la masse salariale s'est limitée à 1,43% en 2016 après le 1,76% observé l'année précédente (sources : bilan budgétaire 2016 de la DGOS).

3.2 Le choix des deux terrains observés

Notre situation de départ, issue de notre pratique professionnelle a suscité une multitude de questionnements à l'entrée en formation de directeur des soins.

Les stages réalisés nous ont permis de mieux cerner les hypothèses de travail et nous a incité à réaliser des entretiens exploratoires auprès de 5 directeurs des soins rencontrés pendant le cursus de formation.

A l'issue de cette phase exploratoire, nous avons choisi d'étudier 2 restructurations hospitalières aux logiques différentes dans 2 établissements de typologie différente afin de repérer les convergences en matière de gestion d'un projet de restructuration avec réduction d'effectifs du point de vue de la direction des soins.

Par commodité, nous avons également profité des situations rencontrées lors de nos stages afin d'interroger les acteurs dont les points de vue nous paraissaient importants pour éclairer notre travail. Les conseils avisés de nos tuteurs de stage a facilité le choix des interviewés.

Au regard du cadre contextuel de notre travail, nous avons sélectionné deux établissements bénéficiant d'un suivi spécifique par le Copermo : un établissement en restructuration hospitalière du fait d'un plan de retour à l'équilibre financier et un établissement à l'équilibre financier mais pilotant une opération de restructuration de grande envergure dans le cadre de son projet d'établissement faisant également l'objet d'un suivi par le Copermo versus investissement hospitalier.

Il s'agit donc pour le premier établissement de restructuration et de réduction d'effectifs imposées par un plan de retour à l'équilibre financier et dans l'autre cas d'une restructuration permettant des gains d'efficience et une amélioration de la productivité et des économies d'exploitation ayant eu pour conséquence une réduction des effectifs.

3.3 L'entretien semi directif, mode d'investigation retenu

Nous avons donc procédé à 16 entretiens semi-directifs : 2 directeurs d'hôpital, 2 directeurs des ressources humaines, 2 coordonnateurs généraux de soins, 2 directeurs des soins, 2 attachées d'administration hospitalière, 2 médecins chefs de pôles, 2 cadres de pôles et 2 cadres de santé.

Concernant la réalisation des entretiens nous avons souhaité recueillir des données auprès des professionnels hospitaliers concernés par une opération de restructuration hospitalière et de manière plus spécifique par les deux situations étudiées.

Chaque entretien a fait l'objet d'une prise de rendez-vous avec la personne interrogée.

Le cadre de l'entretien a été précisé en début d'interview, la durée a varié de 30 minutes à 1 heure et 4 entretiens ont été réalisés par téléphone. Les interviewés ont souhaité garder l'anonymat mais nous ont donné l'autorisation de présenter les opérations de restructurations avec réduction d'effectifs présentées dans ce travail, seules quelques données financières et sociales sont restées confidentielles.

Le choix de l'entretien semi directif, dont l'objet central et initial est le sujet d'une restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs, a permis d'aborder des thèmes prédéfinis autour du rôle et de la place du directeur des soins dans la stratégie managériale et l'accompagnement opérationnel d'une restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs. Outre la mise en confiance, la latitude laissée par l'entretien semi directif a permis d'aborder des thèmes non prévus initialement et ainsi de considérer que les personnes interviewées avaient tout à nous apporter.

Ils ont tous fait l'objet de prise de notes en style direct, sans sélection ni reformulation. Les notes ont été retravaillées dans la foulée de chacun des entretiens, ce qui a permis d'identifier des mots clefs utilisés par les personnes interrogées et de les mettre en lien avec nos questionnements.

L'analyse verticale du contenu des entretiens, c'est-à-dire ce que chaque personne a dit sur chacun des thèmes abordés a été suivie d'une analyse horizontale, c'est à dire ce que les différents interviewés ont dit sur chacun des thèmes afin d'identifier les points communs et ainsi d'orienter la suite du travail sur des éléments de synthèse pertinents pour un futur directeur des soins.

Bien sûr, l'étude et l'analyse de terrain ont été enrichies par une participation aux comités de direction, aux réunions de suivis budgétaires, au comité de suivi Copermo, aux instances représentatives du personnel (CTE, CHSCT) ou le sujet des restructurations en cours étaient abordés.

4 Présentation et analyse des données et observations recueillies

4.1 Le cas du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre

Le Centre d'Accueil et de Soins de Nanterre est « un établissement public autonome spécifique de la ville de Paris à caractère sanitaire et social »²⁹ placé sous la double tutelle de la ville de Paris et de l'ARS Ile de France.

Avec des missions atypiques, héritées de son ancien statut de « dépôt de mendicité », le CASH de Nanterre est un hôpital de proximité répondant aux besoins de santé de la population de Nanterre et de Colombes mais il a également une vocation régionale pour l'hébergement et l'accès aux soins des populations précaires et sans abris de la région Ile de France.

L'établissement comptait, au 31 décembre 2016, 1560 salariés pour 1143 lits et places répartis en 3 pôles d'activité, à la gouvernance peu structurée, au sein d'une architecture complexe répartis sur 27 bâtiments et 17 hectares:

- un pôle sanitaire doté de 293 lits et places dont 195 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique, 59 lits et places en santé mentale adulte et 39 lits de Soins de Suite et de Réadaptation , pôle lui-même structuré en 4 pôles d'activités cliniques et un pôle medico-technique.

- un pôle d'accueil et d'orientation sociale et médicale adossé au pôle hospitalier et composé d'un centre d'hébergement et d'urgence pour personne sans abri, de lits halte soins de santé , de 2 centres d'hébergements et de réinsertion sociale dans lequel intervient un service infirmier de soins à domicile ainsi que d'une résidence sociale et des structures de vieillesse sociale type équipe de rue et Service d'Aide Médicale d'Urgence sociale ,le tout regroupant 626 lits et places.

- un pôle médico-social regroupant un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 184 places et 40 lits en Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

²⁹ Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

Depuis plusieurs années, le CASH de Nanterre présente d'importants déficits financiers, en 2011 le déficit était de 14,1 millions d'euros, en 2014 il représentait 20 % du déficit des établissements de santé d'Ile de France hors Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, en 2016 le déficit était encore de 12 millions d'euros.

Depuis 2013, le CASH de Nanterre est donc engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier suivi par l'ARS Ile de France et complété depuis 2014 par un suivi spécifique du COPERMO. Ce plan de retour à l'équilibre financier vise un plan d'économie de 15,8 millions d'euros permettant de revenir à un résultat positif et à un taux de marge brute hors aide de 7 % à l'horizon 2017.

Le plan d'actions et la feuille de route fixée par le Copermo s'échelonnent sur 4 ans et modifie le projet stratégique de l'établissement. Ils combinent des restructurations fonctionnelles et structurelles permettant la suppression de 227 équivalents temps plein.

Dans ce cas, nous sommes bien dans une opération de downsizing défensif, en effet c'est bien la nécessité de réduire les effectifs qui a justifié les restructurations et les réorganisations d'activités.

La coordination générale des soins a été mobilisée conformément au projet stratégique sur la recomposition de l'offre de soin sur le site et l'optimisation des ressources humaines, déclinées de manière chronologique par l'extension de l'unité de gériatrie aigue à 30 lits, la transformation de l'unité de réanimation polyvalente adulte en lits de soins de surveillance continue, le transfert des services de pneumologie et de chirurgie vers l'hôpital Louis Mourier dans le cadre d'une convention de coopération avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), la transformation de 40 places d'EHPAD en lits d'USLD et la création d'un plateau mutualisé de médecine ambulatoire de 10 places.

Des opérations de réorganisation des plateaux techniques ont abouti dans le même temps à l'externalisation de l'activité de stérilisation restante et la création d'un groupement de coopération sanitaire avec l'hôpital Louis Mourier pour l'imagerie médicale.

Toutes ces opérations de restructurations ont été mises en œuvre en respectant le dialogue social et présentées aux instances CTE et CHSCT.

Au milieu de l'année 2016, le plan d'action Copermo était réalisé à 67%, le retard étant principalement lié au décalage dans le temps des actions de coopération et de transfert menées avec l'APHP, le délai d'accompagnement des agents mais

également à l'augmentation des heures supplémentaires et du recours à l'intérim liés à une augmentation du taux d'absentéisme dans un contexte de résistance au changement.

Si, seule l'évolution des dépenses par titre exprimée en pourcentage nous ont été transmises nous avons noté des dépenses du titre 1 diminuées de 1,97 % entre 2014 et 2015, première année pleine du nouveau projet stratégique du CASH de Nanterre.

4.2 Le cas du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Dans un paysage très concurrentiel depuis 2011, notamment lié aux restructurations importantes des opérateurs hospitaliers privés de l'agglomération, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux a intégré, depuis mars 2015, une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) dénommée « Alliance ».

C'est dans la continuité que le CHU est aujourd'hui l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) regroupant 9 établissements publics de santé du département depuis le 1^{er} juillet 2016.

Conformément au Code de la Santé Publique, le CHU assure une mission de soin (sanitaire et médico-sociale), de prévention, d'enseignement et de recherche. Etablissement de recours, il assure une mission de proximité en proposant des soins qui recouvrent toutes les spécialités médicales, chirurgicales, odontologiques à tous les âges de la vie.

Il est le premier employeur de la région avec 14 000 salariés et dispose d'un budget de fonctionnement de plus d'un milliard d'euros.

Le CHU offre une capacité de 3132 lits et places réparties sur 7 établissements de santé et 2 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le CHU est composé de 3 groupes hospitaliers répartis sur 3 sites différents.

Chaque groupe hospitalier est lui-même composé de plusieurs établissements répartis sur plusieurs communes du département.

La direction générale, entité juridique du CHU, est elle-même sur un site distinct et distant des 3 groupes hospitaliers.

La direction générale regroupe toutes les directions supports mais les directions de site ont été maintenues avec sur chaque groupe hospitalier, un directeur de site entouré de directeurs adjoints (dont le nombre est variable en fonction de la taille et des activités du groupe hospitalier) et d'un directeur des soins.

Le département des soins est dirigé par un coordonnateur général des soins assurant la coordination des directeurs des soins des 3 groupes hospitaliers et d'un directeur des soins assurant la coordination des activités médico-techniques de l'ensemble du CHU .

Les instances de gouvernance interne sont centrales, seul le Comité Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail est dupliqué en local sur chaque groupe hospitalier.

Le CHU est organisé en pôles d'activité depuis 2007, le périmètre des pôles s'est constitué à partir des thématiques des filières et parcours de soins, indépendamment des implantations géographiques des activités cliniques et de leur volume d'activité.

Le nouveau projet d'établissement 2016/2020 conforte le positionnement des pôles dans la gouvernance interne du CHU ; l'élaboration de la troisième génération de contrat de pôle 2016/2019 et du dispositif de contractualisation interne est actuellement en cours de finalisation.

Le CHU compte aujourd'hui 17 pôles cliniques et 3 pôles médico-techniques et il a engagé une politique de regroupement tant géographique que fonctionnel des disciplines exercées en son sein dans un souci d'efficacité économique et de performance médicale. Il s'agit d'améliorer le circuit patient, de mutualiser des compétences médicales et paramédicales et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques.

Cette restructuration a fait l'objet d'une validation par le Copermo sous condition de mesures d'efficacité et de réduction d'effectifs. Elle consiste donc au regroupement des activités d'un pôle sur un même site par construction d'un bâtiment neuf et réhabilitation d'un bâtiment existant.

Dès 2007, un dossier de création d'un pôle unique médico-chirurgical par regroupement de services des 3 groupes hospitaliers a été constitué. Ce regroupement est une des priorités du volet médical et managérial du projet d'établissement 2011/2016. Il est une réponse aux priorités du Projet Régional de Santé 2012/2017 portant sur le développement de l'ambulatoire, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la constitution d'une filière de référence régionale.

Il est inscrit à l'annexe 1 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2012/2017 de l'établissement portant sur l'efficacité par regroupement et modernisation des plateaux techniques et des secteurs de réanimation, mutualisation

des moyens humains et des équipements, et amélioration de la productivité compatible avec la qualité et la sécurité des soins.

De même, le regroupement des équipes de référence sur un même lieu facilite la visibilité, l'accessibilité et faciliteront les actions de coopération avec les établissements du GHT.

Inscrit au schéma directeur immobilier, ce projet mobilise fortement les ressources du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) du CHU. Reposant sur une part restreinte d'autofinancement, ce projet, pour ce qui relève de la construction du bâtiment neuf et de la réhabilitation d'un bâtiment ancien, a bénéficié de financements dans le cadre du plan Hôpital 2012³⁰.

En 2014, à la demande de l'Agence Régionale de Santé, l'ensemble du projet a fait l'objet d'une présentation devant le Copermo, celui-ci a préconisé un regroupement matérialisé par un capacitaire d'unité de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation de jour /séances plus conforme aux objectifs fixés par les tutelles et par une opération de « downsizing » de 52 postes supplémentaires par rapport au projet initial.

Le regroupement des activités et le déménagement des services a débuté en novembre 2016, il est toujours en cours à l'heure où nous rédigeons ce mémoire.

4.3 Les restructurations hospitalières : analyse d'un changement annoncé, réalité et projection.

Le contexte d'émergence des cas présentés s'inscrit dans une stratégie institutionnelle de contractualisation (responsabilité de gestion des acteurs), de pilotage et de performance médico-économique (feuille de route du Copermo), intégrant l'adaptation et la qualité des soins. Si la nécessité de changement dans ce contexte de restructuration est une donnée objectivée par chacune des personnes rencontrées, la perception du changement liée aux restructurations par les professionnels de terrain est selon eux toute autre.

³⁰Circulaire DHOS du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012 fixe les conditions d'éligibilité des projets. Le plan Hôpital 2012 vise à apporter des aides d'état pour cofinancer à hauteur de 50% des projets de rénovation de bâtiments et de regroupements d'établissements ou de services, il poursuit la dynamique d'investissement et de modernisation initié par le plan Hôpital 2007.

Selon Crozier, le changement « comme phénomène systémique » n'est pas uniquement « ...la conséquence d'une logique extérieure à l'homme... »³¹ .

Le changement est aussi un problème sociologique qui émane des hommes eux-mêmes et de leurs capacités à changer « dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement mais dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale »³² .

Les établissements de santé ne peuvent se restructurer sans la participation active des principaux acteurs, les professionnels, ni sans tenir compte, pour les responsables de projets que sont les équipes de direction, du sens qu'ils donnent à leur action.

Si l'organisation, que Crozier nomme le « construit social », au sein d'un hôpital est bâti sur des relations d'interdépendance et d'action collective, l'acceptation d'une restructuration reste avant tout d'ordre individuel. L'intérêt que chacun trouve au changement ne se décide pas collectivement, il s'élabore consciemment ou inconsciemment en évaluant les gains et les pertes qui influenceront sur le choix et le comportement de chacun.

Comme l'écrit Phillippe Bernoux « On ne motive pas les gens, on leur offre des situations où ils auront envie de se motiver »³³ .

Ces éclairages sociologiques orientent nos réflexions et interrogations : comment créer un environnement favorable et favorisant l'implication des équipes dans la mise en œuvre d'une restructuration prescrite et non négociable ?

4.4 Les impacts liés aux restructurations hospitalières

Nous avons succinctement abordé en introduction la notion d'effets (impacts) inhérents aux restructurations hospitalières.

Son analyse prend en compte les facteurs qui influencent cette mutation profonde et identifie les liens entretenus entre les organisations passées et les organisations futures.

³¹ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard - L'acteur et le système - Edition du Seuil - Collection Points - Série Essais - Paris 1977 - page 378.

³² Ibid page 379

³³BERNOUX Philippe - Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations - Editions du Seuil - collection Points - Série Essais - février 2010 - page 332.

Les impacts organisationnels sont multiples :

- le redimensionnement des effectifs
- la nouvelle affectation des personnels
- le réaménagement des locaux et la réalisation de travaux d'aménagement
- l'intégration des professionnels dans des équipes reconfigurées et mutualisées
- les adaptations et harmonisations des organisations de travail, corrélées aux organisations médicales, et des outils de soins (dossier patient)
- l'accompagnement des professionnels à la mobilité interne : nouveaux champs de compétences en lien avec leur nouveau service d'affectation
- l'accompagnement des professionnels à la mobilité externe : fin de contrat, retour à l'emploi, reclassement, reconversion, outplacement.

Les impacts sociaux s'expliquent par les dysfonctionnements engendrés par les effets psychologiques et organisationnels des restructurations avec réduction d'effectifs.

Dans les études de cas présentées dans ce travail, les impacts sociaux sont bien sur évoqués par les acteurs concernés mais leur portée est difficile à quantifier précisément et le lien de causalité avec la restructuration n'apparaît pas de manière objectivée, chiffrée et traitée de manière spécifique. Sont abordées l'augmentation de l'absentéisme sur les deux établissements et une rotation plus accrue du personnel paramédical seulement au CASH de Nanterre car plus en lien avec l'implantation géographique et conforme au taux des établissements de santé d'Ile de France.

Les directeurs des ressources humaines rencontrés dans le cadre de l'enquête de terrain parle d'un absentéisme aux formes variées reflétant des réalités diverses et dont les déterminants sont multiples et complexes, les causes variables, le tout non isolé dans le contexte spécifique des restructurations évoquées.

Le taux d'absentéisme est trois fois plus élevé dans la fonction publique hospitalière que dans les autres secteurs de l'économie, et il continue d'augmenter tous les ans depuis 2010. Dans une étude réalisée par Laurent Brami, Frédéric Kletz, et Sebastien Damart, le lien entre les reformes à l'hôpital et l'absentéisme a démontré que l'accroissement du phénomène absentéisme dans sa globalité est à mettre en lien avec le contexte de transformation des hôpitaux.³⁴

Toutefois les données recueillies dans Hospidiag et éditée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance montrent de grandes variétés d'un établissement à un autre.³⁵

Du point de vue des personnes interrogées, ces impacts sociaux sont la traduction d'une relation problématique des agents avec leur institution, d'une détérioration des conditions de travail, d'une insatisfaction latente, d'un épuisement professionnel ressenti dans tous les secteurs de l'hôpital y compris sur les secteurs non impactés par l'opération de restructuration.

Le problème de l'absentéisme des soignants à l'hôpital a déjà fait l'objet d'étude et de recommandation dans le cadre du projet de recherche PHARE³⁶ et nous n'avons donc pas questionné ni traité cette problématique dans la suite du travail.

4.5 Le redimensionnement des effectifs

La définition des besoins en effectif est un sujet sensible. La réduction des effectifs attendue dans chacune des situations étudiées sous-tend un infléchissement de la masse salariale mais peut dans le même temps impacter la qualité et la sécurité des soins. Une tension du climat social tant par l'impact sur les conditions de travail (maquette organisationnelles et simulation de plannings) que par le non renouvellement de contrat de travail ou la mobilité forcée du personnel titulaire est évoquée par chacune des personnes interviewées.

Le dimensionnement des effectifs : une responsabilité du directeur des soins pour ne pas rompre le climat social ni compromettre la qualité et la sécurité des soins ?

³⁴BRAMI Laurent, DAMARD Sébastien et KLETZ Frédéric– Réformes à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants – Politiques et management public – volume 29 – numéro 3 – Juillet /Septembre 2012 – pages 541 à 561.

³⁵BRAMI Laurent, DAMART Sébastien, DETCHESSAHAR Mathieu, DEVIGNE Michel, HABIB Johana, KLETZ Frédéric et KROHMER Cathy L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir - MINES ParisTech - Presses des Mines-collection Economie et Gestion 2014.

³⁶PHARES – Projet Hospitalier Absentéisme Recherche et Efficience et organisation Santé au travail – Projet de recherche lancé en 2015 par 3 partenaires institutionnels : le Fonds National de Prévention, l'Agence Régional de Santé des Pays de la Loire et la Fédération Hospitalière de France.

4.6 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Dans le cadre des restructurations présentées, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences constitue un enjeu en matière de répartition efficiente des ressources et des compétences, d'anticipation de l'évolution vers de nouvelles compétences et complémentarités pour une meilleure fidélisation et/ou attractivité des paramédicaux.

Elle apparaît ainsi comme un outil d'adaptation permanente à l'évolution des besoins de la population soignée, des prises en charge et de l'environnement des établissements de santé et une réponse à la performance recherchée et attendue.

Une politique de gestion des compétences affirmée par la direction des soins comme un outil de gestion des ressources humaines peut-elle répondre aux enjeux des transformations en cours et à venir dans le cadre d'une restructuration avec réduction d'effectifs ?

4.7 La gestion de projet

Toute opération de restructuration dans un établissement public de santé est un moment important de la vie institutionnelle.

S'il répond à un besoin de santé de la population du territoire, il s'inscrit toujours dans le projet d'établissement et constitue un enjeu pour l'ensemble des activités et des professionnels de l'établissement.

La genèse de ce type de projet met plusieurs années à se concrétiser, l'élaboration de calendriers prévisionnels et de retro-plannings permettent de dater, de phaser et de communiquer sur les opérations de restructuration.

Toutefois il est également soumis aux aléas politiques (délais de validation des tutelles, des instances de la gouvernance interne, de mise en œuvre des fusions, des transferts ou fermetures d'activité) et aux aléas techniques (adéquation du projet de restructuration à l'architecture de l'établissement, financement des aménagements et équipements nécessaires, visite de conformité, de sécurité..). Ces aléas, bien que prévisibles et prévus, inhérents à tout projet d'ampleur ont un impact sur le pilotage du projet, sa temporalité : et si le projet ne se faisait pas ?

Ils peuvent dès lors augmenter les inquiétudes et le développement de résistances très organisées.

5 Proposition pour la mise en œuvre d'une stratégie de la direction des soins dans l'accompagnement d'une opération de restructuration avec réduction d'effectifs.

Les propositions formulées découlent des deux situations observées et des échanges que nous avons pu avoir avec les équipes de directions et l'encadrement paramédical auprès desquels nous avons évolué.

Les discussions bilatérales avec les équipes de directions élargies, les collègues de promotion et les intervenants durant le cycle de formation nous ont permis d'affiner les propositions.

Les deux expériences de restructuration avec mise en œuvre d'une feuille de route fixée par le Copermo présentées dans ce travail ont toutes les deux démontré que les implications humaines et organisationnelles d'une restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs sont insuffisamment prises en compte.

Ainsi l'étude et l'analyse des impacts de ces restructurations permet de conclure que la réussite dans la conduite d'un projet de restructuration du poste de pilotage de la direction des soins repose sur un diagnostic précis, sur une politique managériale ambitieuse d'accompagnement au changement tant des cadres que des paramédicaux et une conduite opérationnelle de la gestion de projet.

5.1 Au niveau stratégique

5.1.1 La définition précise des effectifs de l'établissement

Savoir d'où on part, définir précisément les effectifs par service, par unité, en concertation avec les cadres de proximité, de pôle et la direction des ressources humaines sont un pré-requis. En effet pour le directeur des soins, il est impossible de piloter un projet de restructuration s'il n'a pas une vision réaliste des effectifs, il est impossible de savoir où l'on va si on ne sait pas d'où l'on vient.

5.1.2 Les facteurs d'impacts du dimensionnement des effectifs

Le dimensionnement des effectifs est dépendant de la législation du temps de travail , de son adaptation locale reposant sur un référentiel de la gestion du temps de travail validé institutionnellement , des normes en effectifs définis réglementairement pour certaines activités (réanimation , soins intensifs cardiologie ..) , du dimensionnement des services et de l'activité produite , de l'organisation du travail , des soins et de la répartition des tâches au sein de l'équipe soignante , de la charge en soins , des compétences requises et enfin de la politique institutionnelle en matière de gestion de l'absentéisme.

Le calcul des effectifs s'effectue sur la base d'un ratio personnel /patient/lit-place, méthodologie requise lorsqu' il s'agit de services normés et réglementés (réanimation, soins intensifs).

Cette méthode est aujourd'hui communément utilisée pour tous les services de soins³⁷.

S'il ne s'agit que de préconisations, c'est qu'il convient d'intégrer dans le calcul, outre le ratio personnel /activité /lit-place, les spécificités architecturales, les contraintes liées aux interfaces, aux organisations soignantes comme la convergence médico-soignante et les activités afférentes aux soins.

Pour cela il nous semble préférable de parler d'effectifs induits par les organisations pour lesquels les variables prises en compte de manière transparente et concertée pour mieux répondre aux réalités et aux spécificités du terrain permettent une répartition équitable des ressources paramédicales.

5.1.3 Les éléments complémentaires pour la définition d'une stratégie de dimensionnement des effectifs

Le pilotage d'un projet de restructuration doit être précédé et accompagné d'un travail de fiabilisation et de suivi des effectifs grâce à la mise à jour croisée en temps réel des tableaux des effectifs. Si ce suivi relève en premier lieu de la responsabilité des ressources humaines, la direction des soins et l'encadrement des pôles et des

³⁷ LEDOYEN Jean René et DUBOIS Yann - op.cit.

services de soins doivent s'accorder sur un vocabulaire commun pour élaborer des tableaux de suivis partagés.

Il convient donc au préalable de s'accorder sur quelques définitions des termes d'effectif permanent, d'effectif théorique, d'effectif requis, d'effectif cible, d'effectif réel, d'effectif rémunéré, d'effectif présent. Parler d'effectif reflète une réalité à plusieurs facettes nécessitant des choix d'unités de mesure partagées institutionnellement et permettant un mécanisme de décompte fiable et transparent pour tous les acteurs institutionnels.

La faisabilité d'un projet de restructuration et la crédibilité du directeur des soins dans son pilotage repose sur la fiabilisation des données de suivis des effectifs.

Cependant la seule lecture mathématique des effectifs par service ne permet pas d'identifier tous les leviers d'une restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs.

« Il ressort de l'examen de 52 publications académiques que les restructurations ne se révèlent positives qu'à long terme et lorsque l'opération s'inscrit dans une reconfiguration de l'organisation »³⁸.

5.1.4 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

L'enjeu stratégique majeur pour un hôpital pilotant une restructuration assortie d'un plan de réduction des effectifs réside à la fois dans sa capacité à optimiser sa gestion des ressources humaines et dans sa capacité à les renouveler, compte tenu de l'exigence accrue de qualité et de sécurité des soins et d'un fort renouvellement de son environnement et de ses ressources internes.

Perçue comme une démarche de modernisation des ressources humaines en lien avec les enjeux des établissements de santé, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est co-pilotée avec la direction des ressources humaines.

Véritable outil de gestion permettant de répondre aux enjeux des transformations en cours, elle permet la réduction de manière anticipée des « écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences, en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyens

³⁸ALLOUCHE José, LAROCHE Patrice et NOEL Florent – op.cit.

termes bien identifiés et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnel»³⁹.

Ces enjeux concernent tant la répartition efficiente des ressources et des compétences, que l'élaboration du plan de formation, que les actions en faveur de l'attractivité et de la fidélisation du personnel.

5.1.5 Un contexte législatif incitatif ouvrant de nouvelles perspectives pour le directeur des soins

Le contexte juridique actuel détermine le cadre organisationnel et légitime les interventions des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients. L'observatoire national des emplois et des métiers⁴⁰, remplacé par la commission des emplois et des métiers au sein du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière⁴¹ et le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière constituent une référence commune au service du directeur des soins pour quantifier les besoins par métier, déterminer les formations correspondantes, valoriser les acquis de l'expérience et favoriser la mobilité.

L'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires⁴² permet, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels du terrain, la mise en place de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients sous la forme de protocole de coopération. Des exemples ont ainsi vu le jour, IDE en échographie, IDE technicienne en urodynamique, orthoptiste en réfraction oculaire ... et doivent être portés par le directeur des soins.

³⁹Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences - Ministère de la santé - mai 1997.

⁴⁰Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 portant création de l'observatoire national des métiers et des compétences de la fonction publique hospitalière.

⁴¹Décret n°2016-1897 du 27 décembre 2016 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et supprimant l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière. Les missions réglementaires de la commission des emplois et des métiers sont : suivi de l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des métiers dans la fonction publique hospitalière, proposer les modifications au répertoire des métiers, observer et analyser les pratiques de gestions prévisionnelles des effectifs, des emplois, des métiers et des compétences sur les territoires de santé, préparer l'analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé, sociaux et médico sociaux.

⁴²Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).

La loi de modernisation de notre système de santé⁴³ porte création par son article 119 d'un cadre légal pour l'infirmier(e) de pratique avancée .Véritable innovation pour le métier et les compétences infirmières , il s'agit de mieux répondre à l'évolution de la demande de soin dans le domaine de la prévention , du vieillissement , des maladies chroniques et de l'éducation thérapeutique mais aussi de la répartition géographique des professionnels de santé.

L'impact de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, du Développement Professionnel Continu⁴⁴ sur la répartition des compétences et des métiers et la production d'un nouveau cadre de référence professionnel constituent une réponse cohérente et pérenne aux exigences de qualité , d'efficience de même ils constituent des axes stratégiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé .

Les protocoles de coopération, les pratiques avancées et les métiers intermédiaires sont autant de perspectives stratégiques pour une nécessaire adaptation à l'évolution des besoins et une réponse à la performance attendue et recherchée dans les opérations de restructuration à l'échelle du territoire de santé.

Si le contexte juridique actuel détermine le cadre organisationnel et légitime les interventions des différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients, des travaux au niveau national s'avèrent nécessaires pour la rénovation de l'organisation des professions de santé comme un axe stratégique d'optimisation des ressources humaines et d'accompagnement des restructurations hospitalières. Aujourd'hui la notion d'acte, très technique, est questionnée. Le rapport Berland⁴⁵, dès 2003 évoque la faisabilité de délégation d'actes ou transferts de tâches par le biais d'expérimentation et la définition de compléments de formation.

5.1.6 Les impacts sur la gestion et le management des compétences

Ce sont tout autant les dimensions organisationnelles, l'acceptabilité par les professionnels et les aspects économiques qui sont ici en jeu pour le directeur des soins.

⁴³Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴⁴Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

⁴⁵BERLAND Yvon – Rapport de mission - Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences – octobre 2003.

La collaboration de l'ensemble des acteurs et tout particulièrement la collaboration direction des ressources humaines et direction des soins au service du management des hommes permet de capitaliser sur les ressources humaines et sur leur valeur ajoutée pour créer les conditions favorables à l'engagement des professionnels.

La mise en œuvre d'une restructuration avec réduction d'effectifs implique une importante mobilisation de ces deux directions pour la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement ambitieux. Pour cela le Fonds d'Intervention Régional subventionne des aides individuelles destinées à favoriser les mobilités dans les établissements engagés dans des restructurations validées par l'ARS.⁴⁶

L'investissement sur les hommes est un levier d'action et d'amélioration de la qualité des organisations. Le cadre évolutif de la structure institutionnelle conjugué aux opportunités environnementales offrent aux professionnels des possibilités de construction de parcours professionnels. Le rôle du directeur des soins prend ici toute sa valeur, en tant que relais des politiques et orientations institutionnelles mais aussi comme pilote essentiel de la démarche de gestion des hommes et des compétences.

L'objectivation par le directeur des soins des métiers et des compétences, l'harmonisation et la modernisation des pratiques d'évaluation professionnelle, l'élaboration de profils de postes, de référentiel d'activités et de compétences dans les différents services et secteurs de prise en charge, la promotion de la mobilité, que ce soit en terme d'évolution de carrière par la formation ou que ce soit par une simplification de circuit pour tout changement de service, sont autant d'outils efficaces pour une gestion éclairée des compétences des paramédicaux au sein des établissements de santé.

« La gestion prévisionnelles de emplois et des compétences doit être un outil au service des professionnels »⁴⁷.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences s'appuie également sur des outils de gestion partagés et s'organise autour de tableaux de bord (absentéisme, turn-over, cartographie des compétences, actualisation des référentiels...) favorisant

⁴⁶ Circulaire DGOS/RH3/MEIMS/2012 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au Fond d'Intervention Régional créée par l'article 65 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012.

⁴⁷ Guide de l'Agence nationale d'appui à la performance – Améliorer la gestion des ressources humaines, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Recueil de pratiques observées – 2011 – page 3.

ainsi l'évolution de la compétitivité et de l'employabilité dans un environnement sanitaire parfois concurrentiel sur certains territoires.

5.2 Au niveau managérial

5.2.1 Une politique ambitieuse d'accompagnement au changement

Le contexte d'une opération de restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs dont la réussite dépend en grande partie de ses effets sur ceux qui vont continuer à exercer au sein de l'établissement, doit faire l'objet de toutes les attentions de l'équipe de direction tant pour son acceptabilité sociale que sur l'intégration du changement par les professionnels .

Le défi réside dans la capacité de l'équipe de direction à donner du sens à l'action et à accompagner les changements liés à la restructuration et à la réduction des effectifs.

Une restructuration est un événement dans la vie d'une institution, elle génère des pertes de repères et des craintes au sein des équipes paramédicales. Le passage entre une situation aujourd'hui maîtrisée et une situation nouvelle (non maîtrisée) relève de la fonction managériale. Pour survivre une organisation a besoin de rendre les choses prévisibles, elle s'organise pour maîtriser et contrôler ce qui est nécessaire, l'objectif étant d'éliminer les aléas. Ce qui est incertitude du point de vue des organisations est pouvoir du point de vue du personnel et des organisations syndicales.

Préparer et gérer cette transition avec l'ensemble de l'encadrement est une étape clef du changement.

Le rôle du directeur des soins prend ici toute sa valeur en tant que relais opérationnel des orientations institutionnelles mais aussi et surtout comme pilote essentiel de la conduite d'un projet de restructuration avec réduction d'effectifs.

L'engagement du directeur des soins auprès de l'ensemble de l'encadrement est un levier d'action et d'amélioration de l'efficacité des organisations à venir. Il s'agit de placer l'encadrement en capacité d'être « destinataires et agents de changement,

leurs interprétations et leurs actions ont un impact décisif sur la mise en œuvre du changement »⁴⁸.

Pour cela, compte tenu des impacts conséquents liés aux restructurations, le directeur des soins ne peut faire l'économie d'un accompagnement de proximité et d'une présence accrue sur le terrain aux côtés des cadres supérieurs et des cadres de proximité pour qu'eux-mêmes soient plus proches des équipes concernées. Réfléchir aux valeurs que porte l'établissement, faire émerger une culture professionnelle commune lors d'une restructuration des services de soins est une activité majeure et stratégique pour le directeur des soins, la faire vivre au sein de l'ensemble de l'encadrement est un gage de réussite.

Le management par projet pour guider le changement avec l'encadrement

Le management par projet intègre les enjeux, les opportunités, les risques et l'identification des résistances prévisibles lors d'une restructuration avec réduction d'effectifs.

L'étude des enjeux et des caractéristiques de la restructuration à venir avec l'encadrement doit orienter les approches managériales. De nouvelles normes et règles de gestion des hommes s'imposent et l'encadrement doit dans ce sens évoluer vers des pratiques managériales adaptées, répondant aux enjeux des mutations qui s'opèrent. L'utilisation du diagramme de FFOM⁴⁹ avec l'encadrement de pôle permet l'élaboration du diagnostic du contexte existant, la compréhension des organisations en tenant compte de l'histoire et de la culture des services. Ces éléments diagnostics seront pour l'encadrement des supports de réflexion et d'action projetés dans les différentes phases du projet. Ils permettent la mesure des écarts entre l'existant et la future organisation.

La démarche vise ainsi à formaliser avec les cadres les objectifs, les modalités pratiques et méthodologiques de la mise en œuvre de l'opération de restructuration afin qu'ils conduisent leurs équipes dans la réorganisation des soins

⁴⁸ GUILMOT Nathalie et VAS Alain – Les cadres intermédiaires au cœur du processus de création et de diffusion de sens en contexte de changement organisationnel – 20ème congrès de l'Association Internationale de Management Stratégique – 2011.

⁴⁹ Cet outil d'aide à la décision permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation en présentant les Forces, les Faiblesses, les Opportunités et les Menaces Les anglophones utilisent la matrice SWOT pour construire une stratégie en recherchant les Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats .

Il s'agit ainsi pour le directeur des soins de favoriser une dynamique de travail constructive et évolutive dans laquelle les enjeux et les objectifs sont clairement posés et partagés .Faciliter la convergence des cadres vers une vision partagée du projet de restructuration et de réduction d'effectifs est essentiel pour mieux anticiper , prévoir et organiser le changement plutôt que de le subir

Cette approche réflexive vise à responsabiliser l'encadrement et à leur permettre de trouver du sens pour mieux gérer la transition avant/après la restructuration.

«Le projet implique une anticipation de l'action par l'acteur (individuel ou collectif) qui devient auteur de son projet »⁵⁰ .

Il est essentiel « d'associer les personnels, de leurs faire partager les enjeux, de fixer les règles du jeu pour que chacun quel que soit son grade, se sente partie prenante dans le présent et l'avenir de l'établissement »⁵¹ .

5.2.2 Management clinique, management des cadres : les perspectives du directeur des soins dans la gouvernance clinique

Les enjeux d'une restructuration avec réduction d'effectifs visant la réorganisation de l'offre de soin, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins tout en limitant les dépenses de personnel font émerger une opposition entre préoccupation clinique et préoccupation managériale.

De filière soignante et paramédicale c'est au cœur de ce paradigme que le directeur des soins inscrit son action.

La logique managériale introduite dans les établissements de santé au début des années 2000 a constitué une rupture épistémologique tant elle est évocatrice de rentabilité économique, d'efficience et de performance donc bien loin du cœur de métier de l'hôpital qui est de soigner des patients.

Entre rupture et transition, la mise en œuvre des dernières réformes hospitalières et notamment de la nouvelle gouvernance a introduit à l'hôpital un mode de pilotage des établissements de santé fortement inspiré du secteur privé lucratif. L'organisation polaire a fortement impacté le rôle et la place du directeur des soins dans la

⁵⁰ BOUTINET Jean Pierre – Anthropologie du projet –Editions Presses Universitaires de France - Paris – 2004 – page 405.

⁵¹ TOUPILLIER Danièle et YAHEL Michel – Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé – 2011.

gouvernance hospitalière. Si certains des directeurs de soins y voient un éloignement du terrain cela peut constituer une opportunité de réinvestir la dimension clinique via le management des cadres notamment dans le cadre de restructurations hospitalières.

La clinique recouvre l'ensemble des pratiques de prise en charge des patients et la gouvernance s'intéresse à l'organisation, à la gestion et aux parties prenantes de l'organisation de l'hôpital. La mise en congruence du management et de la clinique demande, pour le directeur des soins, un effet d'ouverture et d'innovation dans la redéfinition de ses missions et dans l'élaboration du projet médico-soignant.

L'accompagnement de la transition technologique voir la révolution technologique qui impacte les systèmes d'informations et les techniques de soins : le dossier patient informatisé, la mise en place et la formation aux transmissions ciblées, l'élaboration et l'informatisation des chemins cliniques, le développement de la recherche en soin sont autant de domaine à investir par le directeur des soins.

La conduite d'un projet de restructuration avec réductions d'effectifs peut aussi être l'occasion de développer des projets transversaux favorisant la reconnaissance d'enjeux collectifs et de partage d'expériences.

Le raisonnement clinique partagé, la démarche qualité et la gestion des risques associés aux soins, la convergence medico-soignante constituent des leviers pour réinterroger les pratiques et les organisations sont autant d'outils innovants permettant de concilier de manière participative le management clinique et le management des cadres. Capitaliser et rendre visible ces projets innovants donne à la fonction de directeur des soins une dimension institutionnelle lui permettant leur déploiement au sein de l'établissement.

5.3 Au niveau opérationnel

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction participe à toutes les étapes de la conception technique, architecturale, financière et organisationnelle d'un projet de restructuration avec réduction d'effectifs.

La genèse de ce type de projet met plusieurs années à se concrétiser, l'élaboration de calendriers prévisionnels permettent de phraser et de communiquer sur les différentes étapes de mise en œuvre de manière transparente et précise.

5.3.1 Les enjeux de l'information et de la communication

La participation du directeur des soins à la communication institutionnelle donne une légitimité prépondérante au directeur des soins, sa proximité avec les acteurs médicaux et paramédicaux permet d'impliquer et d'engager au plus tôt les parties prenantes des restructurations pour en faire des relais d'informations, mais aussi analyser les perceptions, les freins et repérer les facilitateurs.

Communiquer pour expliciter les enjeux, lever les inquiétudes et convaincre de la nécessité du changement, sélectionner les vecteurs de diffusion appropriés et définir un calendrier de mise en œuvre sont les bases du plan de communication.

De la communication institutionnelle au marketing opérationnel

Utiliser les techniques du marketing pour améliorer l'efficacité du plan de communication et impacter les comportements collectifs et individuels dans le cadre d'une restructuration avec réduction d'effectifs peut se révéler stratégique pour faciliter la réalisation d'un projet de restructuration avec réduction d'effectifs.

« Le marketing social est une approche visant à planifier le changement social »⁵² Il consiste à utiliser les techniques du marketing marchand pour réaliser un plan de communication visant à faire évoluer les comportements individuels et collectifs dans le but d'améliorer l'acceptabilité sociale d'un changement d'ampleur.

Les professionnels de santé concernés par une opération de restructuration ne partent pas tous du même point, il s'agit de comprendre les comportements individuels et collectifs pour mieux répondre aux attentes et aux inquiétudes.

Selon Franck COCHOY⁵³ le marketing permet de « planifier et exécuter la conception, la tarification, la promotion et la distribution des idées, des biens et des services de façon à créer des échanges qui satisfassent les objectifs individuels et organisationnels »

Le marketing social critique permet lui de recenser et analyser les résistances aux changements, d'évaluer leurs impacts sur la conduite du projet pour mieux les

⁵² KOTLER Philippe et ZALTMAN Gerald - Social Marketing : An Approach to Planned Social Change - Journal of Marketing – Volume 35 - Juillet 1971 - Page 3.

⁵³ COCHOY Franck – Une histoire du marketing – Discipliner l'économie de marché – Editions la découverte – 1999 – page 35.

prendre en compte et faire des propositions afin de contrecarrer les messages nuisibles à l'efficacité de la communication institutionnelle .

En référence aux théories de l'action collective, celle de la contagion sociale affirme que les attitudes et comportements ont tendance à se propager d'une personne à l'autre, cela devrait nous inciter à utiliser les sciences de gestion et notamment l'approche marketing dans l'élaboration du plan de communication pour une opération de restructuration.

5.3.2 La mise en place d'un comité de suivi des organisations

L'élaboration d'une maquette organisationnelle dans le cadre d'une restructuration hospitalière avec réduction d'effectifs nécessite un travail de construction piloté, pas à pas, par le directeur des soins et l'encadrement de pôle avec les cadres de proximité, le corps médical et l'ensemble des équipes de terrain concernées. Cela permet d'impliquer les opérateurs dans la re-conception de leur environnement et organisation de travail.

Les maquettes organisationnelles ont pour objectifs :

- d'accompagner l'intensification du travail lié à la restructuration tout en améliorant les conditions de travail
- de décrire les organisations et de calculer les effectifs associés, on parle alors de calculs d'effectifs induits par les organisations
- faire des propositions de roulements et cycles de travail en lien avec les organisations et les règles institutionnelles
- de formaliser les fiches de poste spécifiques par service et par catégorie professionnelle
- d'élaborer une charte de fonctionnement par unité, formalisant les règles de gestion de plannings spécifiques, les règles de planification des congés, les

modalités de remplacement et de mobilité intra-pôle et les temps de convergence médico-soignant

- de planifier et organiser les fermetures saisonnières de lits

La mise en place d'un comité de suivi des organisations, même s'il ne s'appuie sur aucun fondement juridique, présente beaucoup d'intérêt dans le pilotage d'un projet de restructuration et ce à plusieurs titres.

Il peut être considéré comme un outil du dialogue social mais également un support de communication et d'information institutionnelle permanent pour ce projet de restructuration.

Le directeur des soins peut proposer d'associer à ce groupe de travail les organisations syndicales afin de prendre en compte les desideratas des agents et de faciliter la présentation du projet de restructuration en CHSCT et au CTE.

5.3.3 Identifier des indicateurs et évaluer en continu

Au-delà des études medico-économiques réalisées en amont du projet de restructuration, et des maquettes organisationnelles travaillées dans la concertation, il convient d'être attentif aux impacts humains (mobilité subie, changement d'organisation, d'environnement et d'ergonomie au travail) et transversaux (interfaces avec les plateaux techniques, les fonctions supports et logistiques) qui ne sont pas toujours appréhendés et quantifiés à leur juste valeur.

Une démarche d'évaluation en continue doit être systématisée et contractualisée par le directeur des soins auprès des cadres de pôle en lien avec les directions fonctionnelles.

« Le suivi scrupuleux de la démarche de réorganisation des services est un facteur de contribution à la réussite de la démarche. »⁵⁴

Le suivi d'indicateurs en routine que sont les plaintes et réclamations, le nombre de ré-hospitalisations, les indicateurs d'activité mais également les indicateurs sociaux (turn-over, accidents du travail et taux d'absentéisme) sont autant d'éléments permettant en sus des objectifs quantitatifs d'attirer l'attention sur les aspects plus

⁵⁴ CORNOLTI Christophe, MOULIN Yves – op.cit.

qualitatifs. Il convient donc de rester vigilant au-delà de la réalisation de ce type de projet et continuer à effectuer en lien très étroit avec la gouvernance du pôle le suivi de ce nouveau secteur conditionné par un changement d'organisation majeure.

5.3.4 Une gestion du temps et un calendrier de mise en œuvre prenant en compte les contraintes et les difficultés du terrain

Si la gestion d'un projet de restructuration avec réduction d'effectif nécessite l'élaboration d'un calendrier précis et séquencé, le lissage dans le temps est un facteur de réalisation plus adapté aux contraintes et difficultés identifiées par les équipes de terrain. Compte tenu des impacts individuels et collectifs, le temps de l'annonce, de la réalisation et de l'évaluation doivent respecter le temps du deuil d'une situation passée et la période de transition et d'évolution vers une situation future.

D'autres aléas peuvent impacter le calendrier de mise en œuvre : le temps de l'accompagnement de certaines situations individuelles, de recrutement à effectuer, de compétences à développer, les contraintes techniques et architecturales de mise aux normes (hygiène, sécurité), de contraintes financières et de retard d'approvisionnement d'équipement.

Prendre le temps de la concertation permet de ne pas altérer le climat social et conditionne une meilleure acceptation du changement annoncé.

6 Perspective professionnelles : des évolutions managériales nécessaires

6.1 Le courage managérial

La place du directeur des soins au sein de l'équipe de direction vise tant à renforcer l'acceptabilité sociale du projet de restructuration qu'à maintenir le niveau de qualité et de productivité des personnels.

Ce qui distingue les restructurations de l'ensemble des autres activités de gestion, c'est que l'on ne s'intéresse qu'à l'incidence sur la masse salariale même si la référence aux impacts sociaux et organisationnels est systématique dans les restructurations hospitalières avec réduction des effectifs.

Dans un tel contexte, l'examen, la reconnaissance explicite et partagée des difficultés liées aux restructurations, la confiance en l'intelligence des équipes soignantes et des cadres pour trouver des solutions, la capacité à décider ou à différer une décision malgré la pression financière, la capacité à accepter une situation passagèrement inconfortable tout en fixant des règles de travail claires, explicitées et réellement appliquées sont autant d'expressions du courage managérial du directeur des soins.

6.2 Les pratiques managériales comparées

La mise en œuvre d'un projet de restructuration met en évidence un curieux paradoxe. Alors qu'il est communément admis qu'un projet de restructuration, quelque qu'en soit le fondement, conjoncturel, structurel, fonctionnel et/ou de réduction d'effectifs entraîne des conséquences pouvant être lourdes lors d'un projet d'ampleur, ce qui est le cas dans les illustrations retenues pour ce travail, l'impact sur les hommes et les organisations est rarement évalué.

En référence à la Responsabilité Sociale des Entreprises à laquelle les établissements de santé n'échappent pas et compte tenu de leurs impacts financier, sanitaire et social, les restructurations hospitalières mériteraient d'être mises en perspectives et suivies au niveau régional et national afin de tirer les enseignements des expériences réalisées.

« Ils en résultent que faute de communication, de capitalisation des expériences ou d'évaluation, le lieu de l'élaboration du sein local et national des restructurations, est, au mieux, dilué, et, le plus souvent, non identifié. Dès lors, peu de protagonistes semblent aujourd'hui convaincus que la situation actuelle se caractérise d'abord par une domination progressive de la logique gestionnaire à la logique médicale »⁵⁵.

Dans son rapport au parlement, Jean Mallot explique que « le partage et l'application des bonnes pratiques d'organisation lui ont semblé être un levier important pour améliorer le fonctionnement interne des établissements et l'efficacité médico-économique »⁵⁶.

⁵⁵ MOSSE Philippe et PARADEISE Catherine – Restructurations de l'hôpital ; recomposition des hôpitaux –Revue française des Affaires sociales - 2003 – page 155.

⁵⁶ MALLOT Jean – Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital.

6.3 Les nouvelles approches managériales

S'appuyer sur les équipes paramédicales pour trouver des améliorations qualitatives et quantitatives, s'engager dans des approches managériales qui tentent d'introduire des attitudes et des comportements un peu différents, sortir des approches catégorielles pour favoriser l'approche pluridimensionnelle dans les situations complexes de restructurations hospitalières avec réduction d'effectifs, autant de postulats faisant évoluer les concepts managériaux vers une dimension plus opérationnelle et humaine pour le directeur des soins.

Loin des effets de mode et de la tendance actuelle à mettre du « Lean management » à tous les étages de l'hôpital, l'approche Lean management est avant tout une pratique utile dans le pilotage d'une opération de restructuration tant la modélisation et l'approche par processus ont fait preuve de leur intérêt.

Il permet d'apprendre avec les équipes et ainsi chacun contribue à son niveau de responsabilité à la transformation pas à pas de la nouvelle organisation de manière innovante et performante.

Démarche qualité qui ne consiste pas seulement en une réduction des coûts, le Lean management est une approche managériale des processus de prise en charge pour favoriser l'émergence de solutions partagées et concertées en matière de coordination et d'interface entre les services lors d'une opération de restructuration.

Le prisme du parcours patient assoit le directeur des soins à la bonne distance mais surtout à la juste proximité des professionnels concernés afin de leur permettre de se connaître pour mieux travailler ensemble, de reconstruire un processus identitaire et ainsi favoriser l'apprentissage d'une réalité nouvelle.

Chaque jour, dans chaque service, chaque agent peut contribuer à optimiser les organisations, à améliorer la prise en charge des patients, à mieux s'organiser pour augmenter la qualité de vie au travail.

Le management agile considère lui que la polyvalence et l'adaptabilité attendue des équipes dans le cadre des restructurations avec réduction d'effectifs ne se décrète pas mais qu'elle s'organise.

(MECSS) – Adopté par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 26 mai 2010.

L'hôpital modernisé doit être plus vigilant aux signaux internes et externes, aux changements annoncés, cela suppose que les organisations de base doivent être solides afin de permettre au management de mieux répondre aux attentes et besoins des patients mais également aux équipes et aux organisations de travail.

Le management apprécitif⁵⁷ et notamment la démarche SOAR⁵⁸ qui vient compléter le FFOM s'appuie sur les forces et les ressources des organisations et des personnes qui les composent. La force de ce nouvel outil réside dans sa capacité à réorienter la stratégie sur les forces, il invite à passer d'un focus sur les écarts à combler aux ressources à développer. Il permet de comprendre l'ensemble de l'organisation et notamment ce que l'organisation réussit le mieux en faisant participer un collectif plus large de parties prenantes pour faire en sorte que le diagnostic et l'action soient concomitantes.

Bien sûr ces nouvelles approches managériales ne consistent pas simplement en des changements d'organisation mais principalement en un changement de paradigme dans l'équipe de direction. Il s'agit de développer des approches managériales qui s'appuient davantage sur une ingénierie d'opportunité qu'une ingénierie de programmation, la recherche de performance nous obligeant à nous adapter en permanence à des situations inconnues.

⁵⁷ COOPERRIDER David - Appreciative Inquiry ou management apprécitif est une approche managériale du changement et du développement des organisations qui se base sur la recherche de ce qui fonctionne dans un système afin de l'amplifier pour atteindre les buts souhaités.

⁵⁸ SOAR : Strengths, Opportunities, Aspirations et Results.

Conclusion

Ce travail a été éminemment utile pour notre projet professionnel tant il nous projette dans la fonction de directeur des soins dans un contexte similaire à celui pour lequel nous sommes attendus.

Ce travail nous a donc permis de mieux connaître les pré-requis et de mieux jalonner une telle conduite de projet du poste de pilotage de la direction des soins.

Devant les difficultés rencontrées dans la mise en place des restructurations hospitalières avec réduction d'effectifs nous remettons souvent en cause la pertinence de la stratégie sans toutefois prêter attention à la manière dont elles ont été réalisées sur le terrain et sans interroger nos habitudes d'intervention.

Le terrain fut tout au long de ce travail la matière première qui a permis d'élaborer des préconisations de manière progressive et pragmatique dans une confrontation permanente avec les faits.

Bien que ce travail de recherche reste inachevé dans sa confrontation à la réalité, quelques éléments de pratique émergent de cette réflexion et des enquêtes menées qui, à l'aube de notre prise de fonction, nous permettront d'enrichir notre conduite managériale tant sur le plan stratégique que technique et humain.

Ainsi nous prendrons toutes les initiatives souhaitables pour mener à bien la mission qui nous sera confiée, pour accompagner au plus près les équipes dans le cadre de restructurations avec réduction d'effectifs.

Toutefois à l'heure où nous achevons ce travail et après avoir passé plusieurs mois à documenter le sujet des restructurations hospitalières avec réduction d'effectifs, une question continuera d'animer notre réflexion professionnelle : les restructurations hospitalières sont-elles la seule manière de parvenir à l'efficacité dans les établissements de santé ?

Bibliographie

SOURCES INTERNES

Projets d'établissements et CPOM

Feuille de route du Copermo

Bilan social

Comptes rendus CME et CSIRMT

Comptes rendus CHSCT, CTE

Bilans financiers et EPRD 2016

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

Loi n°2003-1199 du 18 novembre 2003 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 portant création de l'Observatoire national des métiers et des compétences de la fonction publique hospitalière

Décret n°2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la Direction Générale de l'Offre de Soins

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifié par le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire

Décret n°2016-1897 du 27 décembre 2016 relatif au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière et supprimant l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

Circulaire DHOS/F2/CNAMTS n°2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

Circulaire DHOS du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012
Circulaire DGOS/RH3/MEIMS/2012 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé
Circulaire interministérielle 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)

Note sur les restructurations hospitalières - DHOS - juin 1998 - Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale

OUVRAGES

BERNOUX Philippe - Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations - Editions du Seuil - collection Points - Série Essais - février 2010

BOUTINET Jean Pierre - Anthropologie du projet - Editions Presses Universitaires de France - Paris - 2004

BRAMI Laurent, DAMART Sébastien, DETCHESSAHAR Mathieu, DEVIGNE Michel, HABIB Johana, KLETZ Frédéric, KROHMER Cathy - L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir - MINES ParisTech - Presses des Mines - collection Economie et Gestion - 2014

COCHOY Franck – Une histoire du marketing – Discipliner l'économie de marché – Editions la découverte - 1999

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard - L'acteur et le système - Edition du Seuil - Collection Points - Série Essais – Paris -1977

Dictionnaire Larousse - Etymologie et historique de la langue française

SAINSAULIEU Ivan - L'hôpital et ses acteurs - Appartenance et égalité - Perspectives sociologiques - Paris - Edition Belin - 2007

ARTICLES

ALLOUCHE José, LAROCHE Patrice et NOEL Florent - Restructurations et performances de l'entreprise : Une méta-analyse - Finance, Contrôle, Stratégie - Juin 2008

BRAMI Laurent, DAMARD Sébastien et KLETZ Frédéric – Réformes à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants – Politiques et management public - volume 29 - numéro 3 - Juillet /Septembre 2012

CAMERON Kim S. - Strategies for Successful Organizational Downsizing - Human Resource Management - volume 33 - n° 2 - Summer 1994

CORNOLTI Christophe et MOULIN Yves - Pourquoi les suppressions d'emploi ne produisent-elles pas une hausse de la performance ? Eléments pour une amélioration du modèle de calcul décisionnel - Management et Avenir n°11 - Décembre 2006

GUILMOT Nathalie et VAS Alain – Les cadres intermédiaires au cœur du processus de création et de diffusion de sens en contexte de changement organisationnel – 20ème congrès de l'Association Internationale de Management Stratégique - 2011

KOTLER Philippe et ZALTMAN Gerald - Social Marketing: An Approach to Planned Social Change - Journal of Marketing - Volume 35 - Juillet 1971

MOSSE Philippe et PARADEISE Catherine – Restructurations de l'hôpital ; recomposition des hôpitaux - Revue française des Affaires sociales - 2003

RAVEYRE Marie - Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission - La Revue de l'Ires - n°47 - 2005

RAVEYRE Marie et UGHETTO Pascal - Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières - Revue Française des Affaires sociales - Editeur La Documentation française 2003

SEVERIN Eric - Les réductions d'effectifs comme mesure de restructuration pour favoriser la performance - La Revue des Sciences de Gestion - numéro 223 - 2007

VINCENT Catherine et VOLOVITCH Pierre - Les syndicats face aux restructurations hospitalières - Revue française des Affaires sociales - 2003

RAPPORTS ET GUIDES

BERLAND Yvon - Rapport de mission - Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences - octobre 2003

Cour des comptes - Rapport public annuel 2013 - Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées - Février 2013

Cour des comptes - Rapport sur l'application des Lois de Financement de la Sécurité Sociale - Septembre 2014

Cour des comptes - Sécurité sociale 2015 - Chapitre 5 - Vingt ans de recomposition de l'offre de soins : un bilan décevant - Septembre 2015

DE SINGLY Chantal - Rapport final de la Mission des Cadres Hospitaliers - Ministère de la santé et des sports - 2009

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique - Faits et chiffres - rapport annuel - 2016

MALLOT Jean - Rapport d'information en conclusion des travaux de la Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale sur le fonctionnement de l'hôpital (MECSS) - 2010

TOUPILLIER Danièle et YAHEL Michel - Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé – 2011

Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences - Ministère de la santé - mai 1997

Guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance – Améliorer la gestion des ressources humaines, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - Recueil de pratiques observées - 2011

MEMOIRES ET COURS de L'EHESP

BORETTI Françoise - Stratégies d'accompagnement des équipes soignantes lors des restructurations hospitalières - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique - 2007

PAPIN Amandine - L'impact de la réduction des effectifs non médicaux sur le retour à l'équilibre financier du CASH de Nanterre - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique - 2015

DE LIMA Anne Sophie - L'hôpital public peut-il s'approprier des outils marketing? - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique - 2017

LEDOYEN Jean René et DUBOIS Yann - Dimensionnement des effectifs et organisation des activités dans un environnement financier contraint - EHESP 2017

Liste des annexes

TRAME D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

1-Données générales sur l'établissement : nombres de lits, nombres de salariés, budget de fonctionnement, projet d'établissement, documents de présentation et de suivi de l'opération de restructurations avec réduction d'effectif ...

2-Présentation et genèse du projet de restructuration

3-Quels sont les grands axes et les objectifs de l'opération de restructuration ?

4-Quel était le délai et le calendrier de réalisation ?

5-Quel était l'objectif de réduction d'effectifs fixé ?

6-Quels sont les moyens mis en œuvre en interne et en externe pour parvenir à la réalisation de cette opération de restructuration avec réduction d'effectifs ?

7-Quelles démarches ont été mises en œuvre pour informer, préparer et accompagner l'encadrement pour ce projet de restructuration ?

8-Quelles démarches ont été mises en œuvre pour informer, préparer et accompagner les professionnels paramédicaux pour ce projet de restructuration ?

9-Quels sont selon vous les impacts de cette opération de restructuration pour l'encadrement de proximité, l'encadrement de pôle et les équipes paramédicales ?

10-Quel rôle et quelles responsabilités du directeur des soins dans ce projet de restructuration du point de vue stratégique, managérial et opérationnel ?

11-Quel bilan faites-vous de cette opération de restructuration ? quelles ont été les principales difficultés rencontrées et quelles propositions feriez-vous pour faciliter la conduite d'un projet de restructuration avec réduction d'effectif pour une équipe de direction ?

12-Comment selon vous améliorer la prise en compte et la prévention des impacts liés aux restructurations avec réduction d'effectifs pour le directeur des soins ?

Directeur des soins**Promotion Saint Exupéry-2017****Les restructurations hospitalières**
*Impacts, réalités et projections pour le directeur des soins***Résumé/abstract :**

Le système hospitalier français fait l'objet depuis plus de 20 ans de plans de rationalisation impulsés par les gouvernements afin de réduire et d'optimiser les dépenses de santé. Cette recherche d'une allocation de ressource, déclinée sur les territoires de santé, se traduit par des opérations de réorganisation /restructuration de l'offre de soins aux formes et aux impacts variés notamment sur l'emploi.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, n'échappe pas à cette incontournable gouvernance environnementale. L'évolution des conceptions managériales qui en découle oblige le directeur des soins à se positionner au cœur de la mouvance interne des organisations, comme seule réponse à la performance attendue et recherchée des établissements publics de santé. Dès lors, pour le directeur des soins, les restructurations /réorganisations de soins seraient un levier pour améliorer la performance de l'établissement, deux logiques d'action déterminant son rôle et sa responsabilité : une logique organisationnelle et une logique financière.

Un éclairage bibliographique, une revue documentaire et une enquête de terrain autour de deux études de cas de restructurations hospitalières ont permis d'identifier les principaux enjeux managériaux et de formuler des propositions et perspectives pour le directeur des soins.

For the past 20 years, the french hospital system has been under the government scrutiny to rationalize, reduce and optimize the cost of health care. This search for resource allowance, spreading within the health territory, translates into reorganizing the provision of health care , impacting amount others employment within heath care employees.

The director of care, member of the management team, has to follow this environmental governance, as well. Subsequently to the evolution of this managerial conception, the director of care has to position himself at the heart of the inner re-organization as the only type of response possible to the requested and awaited for level of performance within the public health care system.

Therefore, for the director of care, the care plan re-organization would be a main factor for to improve the hospital rating. Two different politics would define his role and responsibilities: a financial and an organizational logic.

The following bibliography, documents review, and a field questionnaire around two case study of hospital re-organization, allowed us to identify the main managerial issues and to express proposals and new perspectives for the director of care.

Mots clés :

Restructuration, réorganisation, downsizing, réduction et dimensionnement des effectifs, gestion prévisionnelle des emplois et des métiers, accompagnement au changement, management clinique, marketing social et évolutions managériales

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.

