



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**La culture de la collaboration : levier
stratégique du pilotage du
changement pour le directeur des
soins**

Carole FEDKOW

Remerciements

A l'heure des dernières lignes, mes remerciements vont à mes maitres de stage qui m'ont transmis leurs connaissances et permis de cheminer dans ma future fonction.

La qualité de leur accueil lors de mes stages aura été source de motivation.

Je tiens à remercier tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce travail, pour le temps consacré et le partage d'expériences riches d'enseignement.

Cette année m' a permis de faire de belles rencontres notamment au sein de la promotion Saint Exupéry avec lesquelles j'aurai beaucoup de plaisir à collaborer dans le futur.

Je dédie ce travail à ma famille dont le soutien a été un moteur.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La construction d'une stratégie dans un contexte mouvant	7
1.1 Les restructurations hospitalières : un changement sur ordonnance face à une transformation et une attente sociétale	7
1.1.1 Un dilemme pour l'action publique : repenser le rôle et les fonctions de l'hôpital pour garantir la pérennité du système	7
1.1.2 L'évolution des technologies médicales, épidémiologiques et des modalités de prise en charge renforcent la nécessité d'une adaptation permanente.....	8
1.1.3 Le territoire, nouvelle pièce sur l'échiquier du changement	9
1.2 La carte d'identité du changement	10
1.2.1 Le changement est un processus ne pouvant être conduit comme un «programme » ou un simple « plan».....	10
1.2.2 D'une culture d'entreprise vers une culture du changement.....	13
1.2.3 Le directeur des soins, leader d'une stratégie en mutation.....	18
2 Pour la recherche : réalisation d'une enquête	21
2.1 Carte d'identité des lieux d'enquête	21
2.1.1 Singularité et similitudes du CHU A et du CHU B	21
2.2 Choix d'une méthode avec ses points forts et ses limites	23
2.3 L'analyse des résultats	25
2.3.1 Une politique affichée autour d'une culture commune	25
2.3.2 La communication managériale et la loyauté	26
2.3.3 L'art de la délégation	27
2.3.4 La traduction concrète de l'accompagnement du changement	28
2.3.5 Validation partielle ou complète des hypothèses de départ.....	31
3 Préconisations	32
3.1 Fédérer autour du volet managérial du projet d'établissement	32
3.2 Favoriser la compréhension du contexte	33
3.3 La place du dialogue social dans le changement.....	34
3.4 Associer changement et qualité de vie au travail	34

3.5	Se positionner sur le territoire.....	35
Conclusion	37
Bibliographie	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
AQVT	Amélioration de la Qualité de Vie au Travail
CDU	Comité des Usagers
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Comité Médical d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en Charge
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique
CSG	Coordonnateur Général des Soins
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
INED	Institut National des Etudes Démographiques
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAM	Pôle d'Activité Médicale
PMP	Projet Médical Partagé
PREF	Plan de Retour à l'Equilibre
QVT	Qualité de Vie au Travail
T2A	Tarification A l'activité

Introduction

Qu'il suscite l'espoir ou la crainte, le changement est un fait. Objet managérial avec ses méthodes, ses outils et ses compétences, le changement est devenu un leitmotiv dans le monde de la santé, comme dans les autres pans de la société.

Nous sommes toujours flattés d'avoir, il y a maintenant plus de dix ans, été classés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme ayant le meilleur système de santé au monde. Pourtant, alors que nos dépenses de santé sont parmi les plus développées au monde, nos performances ne sont pas exceptionnelles et laissent perdurer de fortes inégalités. Depuis 1991, de nombreuses lois intéressant le système de santé ont été promulguées. Plusieurs d'entre elles ont porté sur le financement de la sécurité sociale, d'autres ont concerné l'organisation de la politique de santé, la gouvernance hospitalière, ou bien encore, les droits des malades.

La dernière réforme a été introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹ s'articulant autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation. Concernant le volet hospitalier, elle réintroduit la notion de service public hospitalier et redéfinit le fonctionnement de pôles d'activité. Le remplacement des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) par des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) est également acté dans la loi ainsi que celui de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) par une Commission des Usagers (CDU) dont les attributions sont élargies.

Le secteur de la santé est donc soumis en permanence à de profondes mutations. Dans un contexte économique incertain, caractérisé par la rapidité et l'accentuation des changements, les hommes, dans leurs organisations, recherchent des solutions innovantes, notamment dans les pratiques gestionnaires et / ou managériales pour répondre aux nouveaux défis de la performance.

Un thème récurrent des réformes est la recherche d'une plus grande performance. Une série de modèles ont ainsi émergé avec, comme point commun, la conceptualisation de la performance pour obtenir un modèle partagé par tous. La quête de performance est ainsi une question d'évaluation, d'indicateurs, de cadrage. En même temps, cette quête « sur le terrain » renvoie à différents constats et questions pratiques auxquels sont perpétuellement confrontés les dirigeants d'établissement : comment, dans le même temps, respecter l'équilibre financier, combiner la multitude des activités d'un hôpital,

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

fédérer les professionnels autour des changements organisationnels, même les plus minimes, et valoriser ces changements dans les logiques d'un établissement ?

Les établissements de santé se trouvent confrontés à une remise en question de leurs modes de fonctionnement. L'extrême complexité structurelle des hôpitaux et les enjeux auxquels ils sont confrontés rendent obsolètes les structures actuelles d'organisation et de fonctionnement souvent héritées de leur histoire. De nouveaux modèles de pratique professionnelle favorisant le décloisonnement devraient être envisagés. En effet, l'impact d'une collaboration plus étroite entre les professionnels de la santé se situe à quatre niveaux : les patients, les professionnels, l'organisation et le système².

Au sein d'une organisation, « *La plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires: elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes* »³. Concertation et coordination ne peuvent donc se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs concernés et pose la construction de la collaboration entre les personnes comme la question centrale de toute organisation⁴.

La collaboration interprofessionnelle est un concept important pour les organisations quelle que soit leur nature. Dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans les hôpitaux, ce concept prend une importance particulière si l'on considère que la dispensation des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels. Instituée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005⁵, l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité a entraîné de profondes mutations dans l'organisation hospitalière, notamment en matière de management. La nouvelle gouvernance hospitalière est fondée sur une organisation en pôles homogènes regroupant de grandes fonctions de soins cliniques et de supports médico-techniques, de rééducation, de gestion administrative et logistique, avec une certaine délégation de gestion et une organisation managériale de l'établissement.

² D'AMOUR D 1997. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* Thèse de Doctorat: pp. 399, Médecine. Montréal: GRIS, Université de Montréal

³ ROMELAER P. 2002. *Organisation: panorama d'une méthode de diagnostic*, Université Paris Dauphine, pp. 42

⁴ FRIEDBERG E. 1993. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, pp. 329. Editions du Seuil: Paris

⁵ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

La loi HPST du 21 juillet 2009 a conforté cette nouvelle organisation en imposant désormais l'organisation en pôles. Pour autant, l'établissement disposait de toute liberté pour organiser ses pôles.

Pour ce faire, la loi HPST avait modifié la composition des acteurs de la structure d'encadrement polaire imposée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, en maintenant les trois acteurs principaux : le chef de pôle, le cadre associé de pôle et le cadre administratif délégué de pôle.

La liberté ainsi accordée aux établissements est régulée par leur obligation de définir les principes essentiels de l'organisation en pôles, permettant de décrire la logique retenue par l'établissement et le lien entre la structuration et le projet médical. Ces dispositions doivent être intégrées dans le règlement intérieur de l'établissement, arrêté par le directeur en sa qualité de président du directoire, après avis :

- de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- du comité technique d'établissement (CTE) ;
- du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- de la commission des soins.

Cette structuration et ces différentes dispositions nous intéressent particulièrement du fait de notre future posture de directeur des soins. Elle nous projette dans un avenir proche, qui va nous placer dans une fonction de coordination. Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le directeur des soins est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁶.

Cadre de santé puis cadre de pôle, nous avons planifié, organisé et coordonné les soins et les activités du pôle de santé, contribué à sa gestion médico-économique et y avons décliné le projet de soins institutionnel en relation avec le chef de pôle. Demain, notre mission de directeur des soins relèvera à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel. A ce stade de la réflexion, les principales questions que nous nous posons dans le domaine de la stratégie sont les suivantes :

- Comment construire sa stratégie dans un contexte mouvant ?
- Comment faire adhérer les acteurs aux projets de l'institution ?
- Comment se préparer aux changements pressentis ?

⁶ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

La stratégie est portée par des stratégies, chacun avec ses enjeux, ses tactiques, son tissu relationnel pouvant être déclinées en quatre pôles⁷ :

1. Le premier pôle correspond au projet de l'établissement, qui ponctue les objectifs et orientations de la structure. Une stratégie ne peut être mise en place sans la maîtrise de ce pôle.
2. Le deuxième pôle concerne la délégation, qui est l'acte par lequel les instances dirigeantes et les directions conçoivent le projet et répartissent leurs missions pour permettre un ensemble cohérent.
3. Le troisième pôle représente les modes, les postures managériales adoptées dans les différentes situations de l'exercice du pouvoir, vis-à-vis de la décision, de la sanction, du projet et de sa réalisation, des valeurs pratiquées, de la capacité de rassembler et de motiver. Ces postures sont le fruit de plusieurs paramètres : la délégation reçue, le cycle de vie de l'organisation (développement, déclin), un environnement concurrentiel de collaboration, de complémentarité, les choix organisationnels d'établissement (siège centralisateur ou décentralisé, etc.), le caractère et personnalité de celui ou celle qui incarne le pouvoir. La grande qualité d'un manager est d'adopter la meilleure posture à la situation et au moment présent. Dans une journée, il est souvent nécessaire d'être tour à tour directif, coopératif, de laisser faire, d'être à distance ou empathique.
4. Le quatrième pôle concerne l'information, et les moyens de la transmettre par la communication. C'est le dernier volet incontournable à toute stratégie cohérente et permanente. La communication institutionnelle est toujours l'objet de critiques, d'insatisfaction, tant des émetteurs que des récepteurs. Il s'agit fréquemment d'un trop-plein non synthétisé qui ne permet pas de comprendre les finalités de l'information ; la communication peut aussi être tronquée, succincte, et aboutir aux mêmes incompréhensions. L'absence de questionnement sur les pratiques et l'organisation de la communication empêchent de réajuster l'existant. C'est dans l'échange, la rencontre communicante, qu'un contenu stratégique et opérationnel s'élabore.

Dans son exercice professionnel, le directeur des soins mobilise ces différents champs.

Elève directeur des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), une situation vécue en stage vient alimenter notre questionnement. Au cours d'une réunion de pôle portant sur la réorganisation des activités de chirurgie, le responsable médical introduit la réunion en ces termes : « Le drame de la chirurgie ambulatoire vient impacter nos organisations et nous obligent à penser autrement ». Nous

⁷ MIRAMON J M, 2010. « Le métier de directeur, toujours en devenir », *Empan*, vol. 78, no. 2, pp. 38-52.

nous sommes donc interrogés sur les modalités d'accompagnement du changement. De ces éléments de réflexion émerge notre question de recherche formulée ainsi :

En quoi la stratégie du directeur des soins a un impact sur le pilotage du changement organisationnel des établissements de santé ?

Trois hypothèses viennent guider notre recherche :

Hypothèse 1 : Le projet politique est la colonne vertébrale d'un dispositif institutionnel et forme la référence utile et ultime, au-delà des aléas quotidiens, des relations professionnelles ou des organisations choisies.

Hypothèse 2 : L'organisation de l'information et de la communication, à travers les instances, les réunions d'équipe, les séminaires des cadres, les réunions de projet, en lien avec les postures managériales permettent la mise en œuvre du projet politique, mais surtout de donner souplesse et adaptation.

Hypothèse 3 : la définition des modalités de délégation structurent et facilitent la mise en œuvre du changement.

Pour ce faire, nous allons dans la première partie, théorique et conceptuelle, aborder le changement dans le contexte mouvant de notre système de santé, les composantes du processus de changement comme éléments de compréhension et la vision stratégique du leader.

La seconde partie, réservée à l'exploitation et à l'analyse du travail d'enquête donne la parole aux acteurs recueillie au cours d'entretiens et d'observations en stage et ce après étude des documents institutionnels constitutifs du projet d'établissement de deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

1 La construction d'une stratégie dans un contexte mouvant

Au travers des différentes réformes hospitalières et de leur enchaînement rapide depuis plusieurs années tels le plan Hôpital 2007⁸, la loi du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital Patients Santé Territoires⁹ ou dernièrement la loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016¹⁰ avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les organisations hospitalières et territoriales se sont modifiées en profondeur.

1.1 Les restructurations hospitalières : un changement sur ordonnance face à une transformation et une attente sociétale

1.1.1 Un dilemme pour l'action publique : repenser le rôle et les fonctions de l'hôpital pour garantir la pérennité du système

Depuis plusieurs années, l'organisation hospitalière se trouve confrontée à des enjeux et défis majeurs. De la maîtrise des risques et de la qualité de ses prestations, à la réduction des coûts de fonctionnement, en passant par les exigences pressantes des partenaires politico-socio-économiques. L'organisation hospitalière est plus que jamais appelée à s'inscrire dans la logique d'innovation organisationnelle basée sur la maîtrise intégrée de son système de gestion

Les ordonnances de 1996¹¹ traduisent la volonté de restructurer l'offre hospitalière pour mieux répondre aux besoins de santé identifiés, pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins, pour promouvoir la qualité, la sécurité et des soins, et pour maîtriser les dépenses du secteur. Cette volonté s'exprime par un renforcement de la déconcentration de l'État (les agences régionales d'hospitalisation), et le recours à des outils, nouveaux (accréditation, contrats d'objectifs et de moyens), rénovés (schémas régionaux d'organisation sanitaire), ou en voie de généralisation (programme de médicalisation du système d'information). Elle résulte de la conjonction de plusieurs tendances lourdes (ministère et de l'Emploi et de la Solidarité, 2000): – une croissance jugée problématique

⁸ Le plan hôpital 2007 est une série de mesures annoncées en France le 4 septembre 2003, visant à moderniser l'offre de soins. Il s'agit notamment de réduire l'augmentation des dépenses de santé qui ne cesse de croître depuis plusieurs décennies. On retrouve parmi ces mesures l'instauration de la nouvelle gouvernance hospitalière, avec l'amélioration de la concertation direction / médecins dans la prise de décision stratégique ainsi que le développement de la souplesse de fonctionnement et de la responsabilité médico-économique des services (création des pôles d'activité); la tarification à l'activité, visant à lier les moyens d'un établissement (dépenses) à son activité (recettes tirées des tarifs nationaux par pathologies).

⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁰ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹¹ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

par les pouvoirs publics des dépenses hospitalières (elles ont été supérieures à celle du PIB durant les vingt dernières années ; – le maintien, voire l'accroissement des inégalités, inter et infra-régionales, dans le niveau et l'accès aux soins, milite en faveur de l'introduction de mécanismes d'allocation de ressources plus équitables; – la nécessité en France, comme dans la plupart des pays développés, de réduire le déficit public pour maintenir sa position concurrentielle sur les marchés internationaux. Or, l'assainissement des finances publiques réduit la capacité d'investir dans les programmes sociaux, en particulier dans le domaine de la santé, ce qui met en péril les fondements même de la légitimité de l'action publique. Face aux risques de cette alternative, perte d'une position par le maintien d'un statu quo ou perte de légitimité en cas de réduction drastique des dépenses de santé, l'État ne peut que promouvoir une restructuration en profondeur du système de soins, en général, et du secteur hospitalier, en particulier. La transition épidémiologique (le vieillissement de la population et l'apparition de nouvelles maladies) et la formalisation des risques sanitaires ainsi que le développement des connaissances et des techniques nécessitent de repenser le rôle et les fonctions de l'hôpital.

1.1.2 L'évolution des technologies médicales, épidémiologiques et des modalités de prise en charge renforcent la nécessité d'une adaptation permanente

La médecine moderne a connu des évolutions notamment grâce aux progrès de la recherche et aux innovations technologiques. Le développement de la génétique, des approches prédictives et ciblées, a pour conséquence de traiter de manière anticipée (parfois préventive) des personnes « bien portantes » mais susceptibles de développer d'une manière certaine ou hypothétique une maladie dans un avenir plus ou moins proche.¹² L'espérance de vie à la naissance progresse. En 2050, près de la moitié de la population française et européenne aura plus de 50 ans selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED). Le vieillissement de la population associé au poids constamment en augmentation de la prise en charge des maladies chroniques constitue un des enjeux majeurs de notre système de santé.

Les modes de prises en charges des patients ont également été modifiés La recherche de l'efficacité est un principe énoncé dans toutes les politiques mises en place dans le domaine de la santé et ceci depuis des années. Par exemple, le développement de l'hospitalisation à domicile visait initialement la fermeture de lits d'hospitalisation. Cette recherche de l'efficacité s'est accélérée durant les années 2000 avec la mise en place

¹² Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, BRUN N, HIRSCH E, KIVITS J., rapport de la mission « *Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé* », janvier 2011

d'outils comme la T2A permettant un meilleur suivi de l'activité des établissements. Une telle préoccupation n'est pas sans conséquence sur l'organisation de l'offre de soins. La volonté de réduire les durées d'hospitalisation, le transfert vers le secteur ambulatoire de certains actes et prises en charge, conduisent à mettre en place de nouvelles organisations et de nouvelles coopérations.

Cette contrainte peut donc mettre en tension le système de santé mais aussi l'obliger à générer de nouvelles organisations et à se réformer.

Notre système était jusqu'à présent organisé pour prendre en charge les phases aiguës de la maladie, et quasi exclusivement d'un point de vue curatif. Aujourd'hui cette organisation n'est plus tenable. La chronicisation de nombreuses maladies transforme le parcours du patient (son parcours de vie), fait de longues phases de suivi au domicile et en ambulatoire, entrecoupées de phases aiguës qui nécessitent une prise en charge en établissement.

Dans cette optique, la chirurgie ambulatoire est enjeu majeur en termes de restructuration et d'amélioration de l'offre de soins en établissement de santé et de l'interface Ville/Hôpital. La chirurgie ambulatoire est une activité de soins définie selon la réglementation actuelle comme une alternative à l'hospitalisation¹³ et est réalisée en établissement de santé. Elle concerne la mise en œuvre d'actes chirurgicaux et/ou d'explorations selon les mêmes modalités que celles qui sont effectuées habituellement lors d'une hospitalisation complète en permettant la sortie du patient le jour même de son intervention sans risque majoré. Cependant, ce mode de prise en charge, performant en termes notamment de qualité et de sécurité des soins, demeure en France insuffisamment développé par rapport aux autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) : 83% des interventions chirurgicales aux Etats Unis, 79 % en Grande Bretagne et 70% dans les pays d'Europe du Nord se pratiquent en chirurgie ambulatoire contre seulement 37% en France.

Ces données ont pu être confirmés lors de notre enquête puisque 36% des interventions chirurgicales sont pratiquées en ambulatoire dans le CHU A (24 places) et 37% dans le CHU B (20 places).

.

1.1.3 Le territoire, nouvelle pièce sur l'échiquier du changement

Les différents changements connus par le secteur hospitalier durant les dernières années ont engendré des difficultés auxquelles les établissements tentent de faire face : difficultés de recrutement, financement, concurrence...Renforcer la coopération entre établissements au sein d'un territoire est une solution afin de répondre à certaines de ces

¹³ Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

difficultés que les outils de coopération existants n'ont pas permis de régler. La création des GHT procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'information, fonction achat, plans de formation, etc.)¹⁴. De telles évolutions ont un impact non négligeable sur le pilotage dont l'objectif est de sortir d'une logique d'établissement pour passer à une logique de groupe. Au 1er juillet 2016, 135 GHT ont été créés sur le territoire dont 13 spécialisés en santé mentale.

1.2 La carte d'identité du changement

Le changement¹⁵ est un phénomène interactif entre un acteur, un système et un environnement. Le changement peut se traduire par une évolution ou une rupture. Ce sont les changements qui intègrent le temps et échappent ainsi au contrôle de la volonté humaine, car plus perçus dans leur résultat que dans le processus.

La dimension fondamentale dans tout processus de changement est la façon de l'aborder. Celle-ci doit correspondre à une véritable formation des acteurs concernés qui doivent s'appropriier le changement pour en être des acteurs concernés, qui doivent s'appropriier le changement pour en faire des acteurs actifs et non passifs.

1.2.1 Le changement est un processus ne pouvant être conduit comme un « programme » ou un simple « plan ».

Pour ceux qui le promeuvent et ceux qui y sont confrontés, un changement peut s'apprécier à travers le triple filtre de la nécessité, de l'utilité et de l'intérêt. Un changement qui ne répondrait pas à ces critères est voué à l'échec dans le temps.

Le changement est une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques, les conditions de travail, les outils, l'organisation, le métier, la stratégie et la culture¹⁶.

Bien souvent, la conduite du changement est perçue comme un ensemble d'actions de communication et de formation. ¹⁷ Si cela a pu être vrai au début, la conduite du changement s'est professionnalisée et standardisée pour devenir un dispositif décomposé

¹⁴ Missions Groupement Hospitalier de Territoire – Rapport intermédiaire – solidarites-sante.gouv.fr Mai 2015

¹⁵ RAYNAL S, 1996, *Le management par projet*, Les éditions d'organisation, page 17

¹⁶ AUTISSIER D, MOUTOT J M, 2016, *Méthode de conduite du changement*, DUNOD, p.10

¹⁷ Ibid. p.20

en trois phases : diagnostic, déploiement des leviers de communication, de formation et d'accompagnement et pilotage du changement.

La conduite du changement analyse la capacité de l'organisation à se transformer, met en œuvre les leviers nécessaires à cette transformation et mesure les résultats. Différents style de conduite de changement peuvent être envisagés :

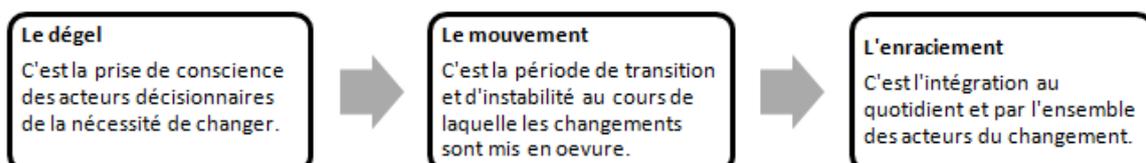
- le style **Education/Communication** consiste à aller à la rencontre de tous les acteurs pour leur fournir les informations du changement et travailler avec eux sur les méthodes de travail impactées par ce changement.
- le style **Collaboration /Participation** a pour objectif d'expliquer le changement et de faire participer les acteurs à son déploiement. La collaboration se fait par une intégration du changement dans les pratiques quotidiennes des acteurs. Le type de changement est ici « construit ».
- le style **Intervention** concerne une contrainte de changement explicite. Il faut bâtir une démarche de réalisation du changement tout en veillant à son acceptation. Une équipe projet définit une démarche et un groupe de travail propose et met en œuvre des solutions. Ce changement est de type « prescrit ».
- le style **Direction / Coercition** amène une équipe restreinte à prendre en charge le problème à l'origine de la crise et propose une solution tenable le plus rapidement.

La mise en œuvre de ces styles de changement dépend du tissu culturel, composé de sept éléments : les routines, les mythes, les symboles, les structures de pouvoir, les structures organisationnelles, les systèmes de contrôle et le paradigme.

1.2.2 Vers une modélisation du changement

Phases, cycles, moments, équilibres, rupture, trajectoires... plusieurs approches théoriques mettent l'accent sur la dimension *temporelle* du changement organisationnel.

Kurt Lewin¹⁸ a montré que pour être accepté, le changement doit passer par trois étapes :



¹⁸ LEWIN K. 1947, Frontiers in Group Dynamics : Social Equilibria and Social Change, Human Relations

Dans une perspective de résolution consensuelle des conflits, il a défini les concepts de “dynamique de groupe” mais aussi de “résistances au changement”. Il a alors modélisé trois étapes dans un *changement planifié* : au départ une étape de dégel nécessaire (dé-cristallisation), ensuite le mouvement lui-même (adaptation) et au final une étape de regel nécessaire (re-cristallisation, consolidation).

L'intérêt du modèle est d'expliquer un échec de changement par des erreurs dans sa conduite : soit par des erreurs dans la phase 1 pour créer le déracinement nécessaire (par manque de préparation, de délibération, de priorités, de partage), soit par des erreurs dans la phase 3 pour créer le nouvel alignement nécessaire (par manque de formations, d'apprentissage des nouvelles routines, d'incitations).

Cooper et Zmud¹⁹ complètent ce modèle en ajoutant une dernière phase d'infusion, dans laquelle des capacités nouvelles se créent à des niveaux différents. La réussite de cette infusion dépend de quatre variables initiales (intervention de la direction, réceptivité au changement, communication en interne, maturité du projet.) qui agissent par l'impact sur deux variables intermédiaires : le degré de reconception des tâches et la connaissance organisationnelle.

La conduite du changement est le travail le plus critique et qui doit être soigneusement réalisé pour que le changement soit accepté et réussi. John Kotter²⁰ décrit les huit phases de la mise en œuvre du changement :



¹⁹ R. Cooper, R. Zmud. 1989, *Material requirements planning system infusion*, Journal of Management Sciences,

²⁰ KOTTER J. 1996. *Leading Change*

- Créer un sentiment d'urgence pour alerter les acteurs de la nécessité de changer.
- Constituer une équipe qui va conduire le changement.
- Construire une vision et une stratégie collectivement, mais aussi des stratégies alternatives en cas d'échec.
- Informer et expliquer le changement en offrant la possibilité aux acteurs de s'exprimer.
- Aider les acteurs à accepter le changement et à affronter les difficultés en modifiant le système d'évaluation.
- Valoriser les premières réussites ce qui donne l'énergie de poursuivre et évite l'enlèvement.
- Consolider les gains et tenir la distance.
- Enraciner le changement dans la culture d'entreprise, condition indispensable d'un changement réussi.

Néanmoins, une des limites de ce modèle est que l'auteur suppose que le Top Management et les leaders du changement sont tous des « alliés » dévoués et impliqués dans le changement, ce qui n'est pas toujours le cas. Aussi, les éventuelles difficultés de mobilisation du Top Management dans la conduite du changement est un sujet peu adressé dans ce modèle.

1.2.2 D'une culture d'entreprise vers une culture du changement

Objet étrange, immatériel, la culture fait débat dans les entreprises: parfois ange gardien, parfois prétexte, elle est souvent citée quand l'explication «rationnelle» ne suffit plus; elle est alors posée comme une évidence. Appréhendée comme outil de communication, la culture est introduite dans les projets d'entreprise, perçue comme frein ou levier au changement, elle est examinée dans les projets de transformation.

Comme la structure organisationnelle, la culture est considérée comme un ensemble de variables : croyances, histoires, normes, rituels qui, d'une certaine façon, constituent un tout culturel.

Edgar Schein²¹ définit la culture d'entreprise comme "*un ensemble de prémisses et de croyances partagées que le groupe a apprises au fur et à mesure qu'il a résolu ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré valide, et par conséquent est*

²¹ SCHEIN E. 2016, *Organizational Culture and Leadership*, 5ème édition

enseigné aux nouveaux membres comme la manière appropriée de percevoir, de penser et de ressentir par rapport à ces problèmes ».

Il divise la culture d'une entreprise en trois niveaux :

1. **Artefacts** : les aspects visibles de la culture, comme les comportements observables, la manière de s'habiller, les blagues, les mythes fondateurs. Ils sont faciles à identifier mais il est difficile d'en tirer une signification.
2. **Valeurs** : les stratégies, objectifs et philosophies, choisies de manière consciente et qui sont diffusées par la direction et le management de l'entreprise.
3. **Prémises** : les croyances qui sont l'essence de la culture d'entreprise. Ces prémisses sont difficiles à discerner car elles opèrent au niveau de l'inconscient. Elles portent sur des questions telles que la nature de l'homme, le rapport au temps, la notion de vérité, etc. Elles ne sont quasiment jamais remis en cause.

Les valeurs découlent des prémisses, tout comme les artefacts découlent des valeurs. Ce modèle est pertinent lors de l'étude de la culture d'une entreprise car il permet d'expliquer deux phénomènes complexes :

- le possible décalage entre les valeurs annoncées d'une entreprise et la réalité de son fonctionnement, les prémisses étant la véritable origine des comportements observés.
- la difficulté à changer la culture d'une entreprise, étant donné qu'elle repose sur des prémisses inconscientes mais toutefois profondément ancrées dans chaque individu.

La culture de l'entreprise peut devenir un facteur de résistance. Une culture ouverte à l'innovation va facilement intégrer les changements organisationnels. Une culture plus traditionnelle peut constituer un frein au changement

Depuis une dizaine d'années, une approche interculturelle du management²² et, plus largement, des relations d'affaires, est un facteur-clé de la performance des entreprises.

Cette « sensibilité » interculturelle est aujourd'hui devenue une exigence pour tout manager. Nombre d'entre eux travaillent, d'ores et déjà, en contexte interculturel, soit qu'ils aient à rendre compte de leur activité et de leurs résultats à des directions centrales issues d'un monde culturel différent des leurs. Ils sont alors confrontés à des questions et des préoccupations auxquelles ils ne peuvent répondre, qu'ils ne peuvent lever, sans

²² LAINE S. 2004. *Management de la différence, apprivoiser l'interculturel* p.3. AFNOR

disposer d'un savoir significatif en ce domaine, sans s'appuyer sur une méthodologie adaptée.

A l'heure où les réorganisations se multiplient, les équipes découvrent qu'une entreprise ne réunit pas seulement des métiers et des compétences, qu'elle ne se définit pas seulement par les marchés où elle agit. Elle porte aussi en elle un « style », une « identité », un fonctionnement collectif, des valeurs et des convictions partagées qui lui sont propres, et qu'il faut regrouper sous le terme générique de culture.

Trop fréquemment encore, lors d'un rapprochement, lorsqu'il s'agit de « marier » ces cultures dont on ignorait parfois la force, voire l'existence même, on s'aperçoit qu'on manque de repères, de références et de méthodes.

1.3 La vision stratégique et le leadership du leader, deux composantes nécessaires

L'étymologie nous éclaire sur l'origine du mot stratégie. Il est composé de deux mots grecs : *stratos* qui signifie « armée » et *ageîn* qui signifie « conduire ». Il s'agit donc de l'art de « conduire une armée » à la victoire finale. Repris dans le champ civil, la stratégie est selon Michael H Porter le « cœur de métier de la direction générale²³ » dont la responsabilité est de voir loin, anticiper, prendre les bonnes orientations pour l'organisation. Le niveau tactique peut quant à lui être décliné et porté par l'encadrement supérieur de l'organisation.

1.3.1 De quel leader parle-t-on ?

Au quotidien, un manager a principalement quatre domaines d'expertise de gestion en plus de ceux techniques. Le manager doit, de manière autonome ou en accord avec des objectifs supérieurs, déterminer une stratégie (donner une destination). Il doit organiser ses ressources pour la réalisation de cette stratégie (organigramme, processus, procédures, fiche de poste) et mettre en place des systèmes de contrôle pour s'assurer que ce qui est demandé est bien réalisé dans les conditions souhaitées et exigées. A ces trois missions, il est possible d'en rajouter une quatrième que l'on qualifie parfois de politique à savoir sa capacité à se créer une légitimité et à savoir impliquer et motiver les différents acteurs.

Dans la même lignée, le leadership est la capacité à amener une organisation (ou un groupe au sein d'une organisation) à atteindre certains objectifs. Ainsi, la conduite du changement stratégique passe par trois rôles principaux :

²³ PORTER M.H., Business Harvard Review, Nov.-Déc. 1996

- La formulation d'une vision stratégique
- L'alignement de l'organisation
- L'incarnation.

R. Blake et J. Mouton²⁴ ont établi une typologie des managers à partir de deux grandes attitudes : une attitude centrée sur les hommes et une attitude centrée sur les tâches. Il en découle 5 styles:

- Le leader de style «productif». Pour ce leader, seuls les résultats comptent. Les valeurs principales pour lui sont: l'efficacité, la rationalité, le professionnalisme, ... Ces collaborateurs finiront par adopter la même vision. Sa relation avec ses subordonnés est une relation d'«obéissance». Certains collaborateurs accepteront très favorablement cet environnement où tout est bien défini. Ils deviennent dépendants du chef qui décide tout et attribue les mérites. Le chef répond envers ceux-ci par plus de travail. D'autres n'apprécieront pas cette relation inhumaine avec le chef et répondront par un désengagement qui pourra les pousser à l'abandon. Le chef de son côté va essayer de les faire changer d'attitude ou démissionner.
- Le leader de style «affectif». Ce leader est plus préoccupé par le bien-être de ses subordonnés. Cette situation induira la jalousie entre ses collaborateurs qui essayeront chacun de son côté d'avoir plus d'affection du chef. Ces rivalités renforceront la position paternelle du chef. Certains collaborateurs pourront voir dans ce comportement une manière de cacher son incompetence. D'autre profiteront de la situation pour manipuler le chef en se plaignant tout le temps.
- Le leader de style «médiateur». Ce leader accorde autant d'importance à l'homme qu'à la production. Ce type de managers n'impose pas un critère de jugement unique ce qui induit chez ses collaborateurs une réaction de méfiance et donc une attitude de «négociateur» qui forcera le chef dans son rôle de «médiateur».
- Le leader de style «démissionnaire». Ce leader se cache derrière les règlements pour éviter tout engagement. Pour les collaborateurs, l'absence du chef ouvre la porte aux initiatives personnelles, aux querelles et aux luttes pour reprendre le pouvoir. Les collaborateurs dynamiques ont tendance à partir. D'autres apprécieront cet environnement qui leur permet de se consacrer à leurs intérêts personnels.
- Le leader de style «entraîneur». Ce type de leader se positionne comme un animateur d'un groupe ayant pour but le développement des capacités de ses membres. Ce message pousse les collaborateurs à plus d'engagement, d'initiative

²⁴ R. BLAKE R, MOUTON J. 1987. *La troisième dimension du management*. Les Editions d'organisation

et de créativité. Ceci poussera vers plus de pression et donc vers des tensions au sein de l'équipe ce qui poussera certains à partir.

1.3.2 La séduction comme outil stratégique

Comme l'ont décrit V. PERRET et B. RAMANANTSOA²⁵, le schéma habituel de la séduction s'incarne dans Don Juan, première grande figure mythique du séducteur, et sa poursuite infinie de conquêtes. Mais avec Don Juan, la séduction se double d'un procès moral. Séduire alors signifie « détourner du droit chemin au moyen d'artifices et d'arguments spécieux²⁶ ». Le séducteur est celui qui maîtrise ces moyens et fait agir le séduit selon son propre plaisir, ou le domine. Son pouvoir repose sur la tromperie et l'artifice. La relation est parfaitement inégale : d'un côté le séducteur, maître du jeu, de l'autre le séduit qui se « laisse prendre ». Avec la figure moderne de la séduction, le séducteur n'impose rien. La force de la séduction consiste à amener « l'autre à vouloir ce que je veux ». Sujet désirant et acteur à part entière, son pouvoir réside dans sa marge de liberté- accepter, refuser de faire ce que je lui suggère de faire- mais aussi me proposer de lui suggérer ce que je souhaiterais qu'il fasse. La séduction n'est plus en aucune façon contrainte : elle est une alternative à la violence.

La séduction séduit « mais pas au sens vulgaire d'un désir de masse, d'un désir complexe ». En fait, c'est une possibilité d'échange, de réversibilité permanente, qu'elle suppose que la séduction séduit. Il n'existe pas plus dans la séduction l'unilatéralité d'un rapport de force ni la réalité d'un pouvoir. Ce qui reste de pouvoir devient clairement un enjeu et le leader séducteur met en jeu son pouvoir. Nous dirons qu'il « est séduisant d'être séduit et que l'être séduit peut ainsi devenir séduisant ». On imagine alors comment un tel monde de leadership peut permettre de dynamiser une organisation, dans la mesure où il donne à chacun un rôle dans la mise en œuvre du changement.

Enfin, la nature même des discours utilisés par les leaders-séducteurs révèle bien cette logique d'appui. On sait que le discours des leaders consensuels est par nature discret. Il y a un accord sur l'autorité nécessaire d'un discours qui se veut froid : « Je vous demande », « Je souhaite que vous fassiez » sont autant d'ordres qui se veulent opérationnels et sans aucune connotation affective ou protocolaire. A l'inverse, le discours charismatique informe clairement la route à suivre pour réaliser un avenir qui ne fait aucun doute. « Nous changerons le monde » est un thème récurrent dans les discours charismatiques. Le discours séducteur va lui se situer entre ces deux extrêmes, à la fois

²⁵ V. PERRET, B. RAMANANTSOA. « *Un dirigeant-séducteur pour gérer le changement* » page 143- 151. Revue française de gestion n° 111- novembre décembre 1996

²⁶ Définition dictionnaire Le Robert

faussetement consensuel et faussetement charismatique. « Nous » est un élément clé du but à atteindre. On parlera de « changement » sans jamais préciser quand on pourra dire qu'il est réussi.

1.3.3 Le directeur des soins, leader d'une stratégie en mutation

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) introduit des changements importants dans le système de soins.

Le métier de Directeurs de Soins (DS) voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Le Directeur de Soins doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM). Parallèlement, la mise en œuvre de pôles d'activité clinique ou medico-technique change considérablement les jeux de pouvoir et de subordination entre lui et les directeurs des soins.

En effet, le champ d'activités du cadre de santé de pôle se définit ainsi :

- ▶ la gestion générale des ressources humaines de la filière paramédicale ;
- ▶ l'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ▶ la conduite de changement en coopération avec le cadre administratif et le chef de pôle, en relation avec la direction des soins et les autres directions centrales.

Sa responsabilité se trouve engagée en ce qui concerne les soins, l'élaboration du projet de pôle, la contractualisation avec la direction générale, ainsi que l'analyse et les décisions médico-économiques qui en découlent. Le changement de positionnement du cadre supérieur de santé, qui l'amène à une prise de responsabilité directe dans le pôle, implique donc un changement de positionnement de la direction des soins.

Les GHT constitue une évolution majeure et transforme l'hôpital public en l'engageant dans une construction de stratégie de groupe à l'échelle d'un territoire. La réussite de leur mise en place est largement conditionnée par la capacité du management à mobiliser ses forces et à accompagner les équipes dans une démarche commune de changement. Les groupements ont été conçus pour se structure autour de projets médicaux partagés (PMP) dans les lesquels sont déclinés les projets de soins. Les managers des structures en transformation doivent ainsi savoir donner du sens à la

réorganisation et être capable de faire adopter collectivement une vision stratégique commune.

Dans ce contexte, l'accompagnement du changement et la capacité à donner du sens sont plus que jamais des compétences clés pour les directeurs des soins.

2 Pour la recherche : réalisation d'une enquête

Les apports contextuels et conceptuels ont mis en évidence les évolutions auxquelles sont soumises nos organisations hospitalières. En outre, la légitimité du directeur des soins est renforcée par l'une des compétences attendues : la définition et déclinaison de la stratégie dans le pilotage du changement. L'enquête de terrain va s'attacher à compléter notre question de recherche en se plaçant du point de vue des acteurs. A partir des hypothèses retenues, il s'agit de confronter la réalité de terrain avec la théorie.

Nous rappelons que notre question de recherche est : « En quoi la stratégie du directeur des soins a un impact sur le pilotage du changement organisationnel des établissements de santé ? ».

Pour guider notre recherche, nous avons posé trois hypothèses :

- Le projet politique est la colonne vertébrale d'un dispositif institutionnel et forme la référence utile et ultime, au-delà des aléas quotidiens, des relations professionnelles ou des organisations choisies.
- L'organisation de l'information et de la communication, à travers les instances, les réunions d'équipe, les séminaires des cadres, les réunions de projet, en lien avec les postures managériales permettent la mise en œuvre du projet politique, mais surtout de donner souplesse et adaptation.
- La définition des modalités de délégation structurent et facilitent la mise en œuvre du changement.

L'analyse de notre étude de terrain vise à vérifier ces hypothèses.

2.1 Carte d'identité des lieux d'enquête

L'enquête s'est déroulée dans deux Centres Hospitaliers Universitaires de la même région. Ce choix a été guidé par un point commun : un projet architectural et organisationnel autour des blocs opératoires.

2.1.1 Singularité et similitudes du CHU A et du CHU B

Le **CHU A** est implanté sur le territoire de santé le plus peuplé (2 002 714 habitants)²⁷ et le plus vaste de la région. Il assure des soins médicaux et chirurgicaux courants et hautement spécialisés. Il est organisé en 20 pôles regroupant des activités complémentaires : cliniques (9), médico-techniques (6), administratifs et logistiques (5).

²⁷ INSEE 2008

Le pilotage de chacun des pôles s'articule autour du triumvirat responsable médical de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur référent.

L'établissement dispose d'un budget principal de 680 millions d'euros et emploie 8 000 professionnels dont 1 700 médecins. Il dispose de 2046 lits et places et son activité se traduit par 561 631 journées d'hospitalisation et 37 272 interventions chirurgicales²⁸.

La rénovation in situ, de grande ampleur, ouvre de nouvelles possibilités aux équipes du CHU en termes de pratiques médicales innovantes, d'organisation des soins et d'accueil des usagers. Elle permettra notamment de disposer de structures adaptées aux pratiques ambulatoires médicales et chirurgicales, d'un plateau de consultation à fort flux, d'une unité de chirurgie ambulatoire adossée à un bloc opératoire à forte rotation, ainsi que d'espaces spécifiquement dédiés à l'imagerie diagnostique programmée ou d'urgence. La direction des soins est composée d'un directeur des soins, coordonnateur général des soins arrivé dans l'établissement en 2014 et d'une cadre supérieure de santé faisant fonction de directeur des soins. Chacun assure la coordination des Pôles d'Activité Médicale (PAM) qui ont été divisés en deux groupes. Le pôle de gestion des blocs opératoires est attribué au CSG. Des temps de rencontre individuelle appelés « reporting » sont organisés mensuellement avec chacun des 18 cadre supérieurs..

Le CHU B est intégré au territoire de santé centre de la région qui comptabilise au total quatre CHU. Ce territoire, le plus petit en superficie de la région, regroupe le tiers de la population de la région soit 1 952 727 habitants²⁹. Il est composé de 13 établissements hospitaliers et sont structurés en 5 groupements.

En 2015, le produit annuel d'exploitation du CHU B est de 1.7 milliard d'euros et compte 23 000 professionnels dont 5 000 médecins³⁰. La gouvernance est organisée à deux niveaux :

- **Niveau central** avec une direction générale structurée autour de trois pôles (pôle métiers, pôle efficacité et performance et pôle stratégie institutionnelle), un conseil de surveillance et un directoire
- **Niveau local** avec une direction pour chaque groupement hospitalier et une déclinaison des instances centrales à savoir : CME, CTE, CHSCT, CRU et CSIRMT.

L'établissement hospitalier utilisé comme terrain d'enquête emploie 4 100 professionnels dont 775 médecins. Il réalise 261 000 journées d'hospitalisation et 24 700 interventions chirurgicales par an. Il fait actuellement l'objet d'un vaste projet de modernisation.

²⁸ Les chiffres clés 2015 du CHU A

²⁹ INSEE 2008

³⁰ Les chiffres clés 2015 du CHU B

La direction des soins de l'établissement est composée d'un directeur des soins, coordonnateur général du soin arrivé dans l'établissement en septembre 2016. Placés sous sa responsabilité, 13 cadres supérieurs de santé assurent la gestion de Pôle d'Activités Médicales (PAM). Des temps de rencontre individuelle appelés « reporting »³¹ sont organisés mensuellement avec chaque cadre supérieur de santé (CSS) ainsi que deux rencontres hebdomadaires avec l'ensemble des CSS.

2.2 Choix d'une méthode avec ses points forts et ses limites

Au cours de la formation de directeur des soins à l'EHESP, nous sommes amenés à réaliser trois stages :

- le premier du 13 février au 10 mars 2017 (lieu du stage : CHU A)
- le deuxième du 22 mai au 16 juin 2017 (lieu du stage CHU B)
- le troisième du 25 septembre au 17 novembre 2017 (lieu du stage : CHU A). Le travail de recherche s'est terminé le 12 octobre 2017.

Cette immersion professionnelle nous a permis d'orienter notre méthode de recherche en partie basée sur de **l'observation** en réunions, instances, reporting et séminaires. Les observations permettent d'appréhender une réalité vécue, la nature des transactions et des échanges, les relations entre les membres. Elle est aussi une méthode pour saisir les cultures en permettant d'accéder aux normes, représentations et valeurs. Notre présence en stage présentait une opportunité pour demander des compléments d'informations afin de limiter les risques d'interprétation.

Les deux types d'observations utilisées sont les suivantes :

- l'observation non systématisée qui consiste en une accumulation plus ou moins structurée de données qui peuvent cependant suggérer une orientation, une idée de recherche. L'intérêt est de saisir les faits pertinents qui peuvent apparaître dans le champ d'observation. Elle a été réalisée à l'aide de prise de note.
- l'observation préparée³² dans un domaine spécifié à savoir la participation à deux séminaires

Notre présence ne semble pas avoir modifié le comportement des différents acteurs.

Le deuxième axe de notre méthode de recherche est constitué par la **consultation de documents institutionnels** et de **recherches bibliographiques** afin de

³¹ "Reporting" est un mot employé dans le monde de l'entreprise. Emprunté à l'anglais *reporting*, il est un gérondif du verbe *to report* "[rapporter](#)"

³² Annexe 1 : grille d'observation

guider notre travail. Le champ du pilotage stratégique du changement dispose d'une bibliographie dense qu'il a fallu sélectionner. Ces choix ont donc abandonné d'autres approches que celles retenues dans ce travail.

Le dernier axe concerne la réalisation **d'entretiens semi-directifs** à destination de 2 CSG, de 2 Directeurs référents de pôle et des 6 CSS ayant un lien direct ou indirect avec la reconstruction et réorganisation des blocs opératoires. La relation de confiance était déjà établie par notre présence en stage. Tous les rendez-vous pris ont été honorés et chaque entretien a duré environ une heure. Nous avons construits notre grille d'entretien³³ autour des thématiques suivantes : le projet politique, la communication et la délégation. Afin de mesurer la culture commune, le même questionnaire a été utilisé. De nature qualitative et comparative entre deux CHU, le nombre de personnes interviewées ne peut permettre de généraliser les résultats obtenus.

Tableau : caractéristiques des personnes interviewées

CHU A	Profil	CHU B	Profil
CSG	4 ans d'ancienneté dans la fonction et dans l'établissement	CSG	5 ans d'ancienneté dans la fonction et 8 mois dans l'établissement
CSS pôle chirurgie	5 ans d'ancienneté dans le poste, précédemment cadre de santé dans le service	CSS pôle chirurgie	2 ans d'ancienneté dans ce poste, précédemment 2 ans CSS transversal au niveau des blocs opératoires
CSS pôle blocs opératoires	7 ans d'ancienneté dans le poste	CSS pôle blocs opératoires	1 an d'ancienneté dans le poste
CSS pôle anesthésie réanimation	2 ans d'expérience dans le poste	CSS pôle anesthésie réanimation	8 ans d'expérience dans le poste
Directeur référent du pôle blocs opératoires	5 ans d'ancienneté dans l'établissement, prise de fonction au sein du pôle depuis 2 mois	Directeur référent de pôle blocs opératoires	2 ans d'ancienneté au sein du pôle

³³ Annexe 2 : grille d'entretien

2.3 L'analyse des résultats

2.3.1 Une politique affichée autour d'une culture commune

Le projet d'établissement définit la politique générale de l'établissement. Le CHU A et le CHU déclinent leurs choix stratégiques autour de la performance, de l'innovation et de l'accès aux soins de qualité pour les usagers. Ces éléments extraits ont attiré notre attention.

CHU A	CHU B
<p>LE CHU A doit pratiquer un management innovant fondé sur des objectifs lisibles et cohérents, partagés par tous et capable de réunir les conditions d'un développement et d'un épanouissement individuels et collectifs, juste rétribution des efforts consentis pour atteindre les objectifs de l'institution. Pour renforcer la qualité de l'action collective et dépasser les cloisonnements qu'instaurent la surspécialisation, les différences de culture professionnelle et la pression opérationnelle au quotidien, il est indispensable d'aménager des temps de communication entre les différents acteurs de l'hôpital. Il s'agit de développer les modalités de management par les valeurs en s'appuyant sur les motivations intrinsèques spécifiques des agents du service public afin de rappeler le sens du travail individuel et collectif. La démarche managériale visera également à développer le respect mutuel, l'équité, l'exemplarité. Le management doit être en permanence à la recherche des meilleures pratiques et organisations.</p>	<p>Faire partager les orientations stratégiques et les valeurs communes</p> <p>Une organisation ne peut se révéler efficace si elle n'explicite pas à ses salariés ses contraintes et sa stratégie à moyen terme. Forts de personnels informés et d'objectifs partagés, le CHU B, bien que traversés par des enjeux complexes, recèlent une grande capacité d'action et d'adaptation. L'accent sera donc mis sur le partage d'information et l'association des personnels aux orientations de l'institution pour conforter notre culture commune</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les initiatives et les innovations - Encourager le copilotage médico-administratif - Faire fructifier nos valeurs communes - Mieux faire connaître et partager les enjeux et les priorités stratégiques de l'établissement - Mieux informer les personnels sur les projets qui les concernent directement

Pour le CHU A et le CHU B, les résultats de performance attendus ne sont rendus possibles que si les professionnels en maîtrisent les enjeux. L'accent est mis sur la communication et le partage de valeurs communes. La recherche d'une culture collective est présentée comme un maillon fort de l'organisation. Le sens du travail individuel et collectif en constitue un but à atteindre guidé par des pratiques organisationnelles et managériales favorables. La connaissance de la politique et de sa déclinaison stratégique est affichée comme un élément incontournable.

Pour les 2 CSG, le projet d'établissement et plus spécifiquement le projet de soins constituent le socle indispensable et guident l'action. Le projet architectural des CHU A et CHU B, notamment au niveau des blocs opératoires et des plateaux techniques occupent une place centrale ce que vient à déplorer le CSG du CHU B : « *Les projets se focalisent autour de la modernisation du site. On a très peu d'autres choses à côté* ». Si la stratégie est connue par les 2 CSG, l'un d'eux affirme « *qu'elle n'est pas forcément connue dans le détail par tous et le risque est d'aller à l'inverse de la stratégie attendue* ».

Néanmoins, les directeurs référents et les CSG connaissent la stratégie de l'établissement dont l'opérationnalité est déclinée dans une lettre de mission avec des objectifs à atteindre.

Les CSS connaissent les grandes lignes du projet mais se focalisent majoritairement sur leur pôle. Un CSS de chirurgie nous dira : « *Jusqu'à présent, j'étais restée centrée sur les activités de mon pôle. Avec le projet architectural, je m'intéresse aux blocs opératoires. Nous devons développer la chirurgie ambulatoire ; savoir comment vont s'organiser les nouveaux blocs opératoires est essentiel* ». Sans cette concertation, certains enjeux essentiels pourraient être oubliés ou mal considérés. Une culture forte est nécessaire pour assurer le partage des valeurs de l'organisation et la cohérence de ses membres. Nous remarquons que celle-ci est présente dans tous les milieux spécifiques mais s'exprime de manière différente.

Le projet politique guide l'action ; la communication facilite sa mise en œuvre.

2.3.2 La communication managériale et la loyauté

La communication managériale est la communication de proximité portée par le manager pour favoriser l'appropriation par ses équipes de la stratégie de l'entreprise et pour contribuer à sa mise en œuvre : la communication managériale suppose l'implication de l'ensemble des managers qui s'adressent à leurs équipes.

Pour y parvenir, la communication doit être organisée. Les 2 CSG accèdent à l'information stratégique par une présence hebdomadaire en comité de direction. Les points d'étapes sont communiqués par chaque direction. La ligne directrice est réaffirmée. Pour le CGS du CHU A, il s'agit « *d'avoir la même information au même moment* » alors que pour le CSG du CHU B, l'intérêt est « *parler des difficultés, problèmes que nous rencontrons mais je ne dis pas tout devant les autres directeurs. Un point mensuel est fait avec le directeur général et moi-même. Cela me permet d'évoquer des points sensibles* ».

De leur côté, les CSG déclinent des temps de rencontres avec les CSS. Le CSG du CHU A organise une réunion avec tous les CSS deux fois par mois (informations institutionnelles) et un reporting individuel une fois par mois (point sur le pôle). Ces moments sont essentiels car « *ils sont mes bras armés. Je garde ainsi le lien avec le terrain* ». Le CGS du CHU B organise les rencontres avec les CSS deux fois par semaine : le lundi pour faire le point de la garde du week end et le mercredi pour travailler ensemble autour d'une thématique. Des reporting individuels une fois par mois viennent compléter le dispositif. Cette proximité est qualifiée de « *nécessaire pour avoir des informations sur les pôles. Les directeurs référents ne me disent pas tout et je ne dispose pas des indicateurs de suivi* ».

Pour les CSS, ces temps de rencontre leur permettent d'avoir un soutien de la part du directeur des soins et une appartenance à un collectif surtout dans des contextes de changements importants,

Au travers des propos recueillis auprès des CSG et CSS des deux CHU, une valeur phare apparaît : la loyauté. Pour les CSG interrogés, la loyauté est la base d'une relation de confiance. Amené à déléguer, le CSG doit pouvoir compter sur ses collaborateurs. Pour ce faire, les CSG interrogés expliquent leur façon de fonctionner, leurs attentes. La transparence est un facteur facilitant.

2.3.3 L'art de la délégation

Bien généralement, le changement est souhaité par la direction et sa déclinaison opérationnelle revient à l'encadrement. C'est au directeur des soins que revient la tâche de gérer cette situation, et de faire intégrer la situation souhaitée. Sa réussite dépend de sa mise en place effective sur le terrain, les CSS sont donc la clef de voûte du changement. Il est donc primordial de mener à bien cette collaboration, tout en sachant que les CSS peuvent avoir une vision différente du changement voulu par leurs supérieurs hiérarchiques, et trouver cette situation les concernant légitime ou non.

L'art de la conduite du changement est donc de réussir à gérer le management de manière efficace, d'engager une démarche globale et gratifiante pour chacun. Les managers d'aujourd'hui sont donc devenus les relais de la direction, les « porteurs de projets », en quelque sorte, les vecteurs principaux du changement. Leur objectif est de mobiliser leur service sur ces problématiques, et donc à faire s'approprier aux professionnels le projet de changement. Pour les CSS du CHU A, la délégation « *se fait naturellement car nous avons des espaces d'échanges avec le CGS. Nous le tenons au courant de l'avancement des projets ou des points de blocage. On ne sent pas seul* ».

Le changement peut susciter des inquiétudes. Comme nous l'avons évoqué en introduction, le regroupement de plusieurs disciplines chirurgicales pour optimiser le virage ambulatoire génère des résistances de la part des équipes soignantes. Il est vécu comme un mariage forcé. Pour le CSG, l'enjeu est d'identifier les points de blocage par l'intermédiaire du CSS. Pour le CSG du CHU A, « *le rôle des CSS est d'impulser une dynamique et de faire des propositions. Ils sont au cœur des organisations et les connaissent. Je souhaite que les CSS soient positifs* ».

2.3.4 La traduction concrète de l'accompagnement du changement

Durant notre stage, nous avons pu être observateurs de deux séminaires au CHU A et d'un bilan de réorganisation des blocs opératoires au CHU B.

Séminaire de direction au CHU A

A l'initiative du directeur général du CHU A, un séminaire de direction a été organisé à l'extérieur de l'établissement le 09 octobre 2017. Malgré d'éventuelles critiques quant aux dépenses engendrées, ce choix est assumé. Le séminaire est animé par le directeur général qui n'a pas souhaité d'intervenants extérieurs.

Dans une salle dont les tables étaient disposées en U, 19 directeurs adjoints prennent connaissance du déroulement de la matinée à savoir : connaître les objectifs et les priorités de chacun dans un contexte de changement et de recherche de performance. Trois sous-groupes de travail sont constitués et nous intégrons celui du CSG. Chaque direction fonctionnelle doit décliner ses priorités autour de 4 actions.

Entité	Actions prioritaires
Direction des soins	<ul style="list-style-type: none"> - accompagner les restructurations en favorisant le coaching des cadres dans une optique d'accompagnement du changement car « ceux sont eux qui font l'opérationnel » - cartographier les effectifs cibles - accompagner les projets architecturaux (management et organisations) - décliner le projet d'établissement autour des nouveaux métiers
Logistique / Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - réorganiser la fonction achat - externaliser au maximum les fonctions logistiques - développer la mécanisation pour réduire les effectifs - cartographier les marchés du CHU et du GHT
Direction des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - suivre et lutter contre l'absentéisme - prévenir les accidents du travail - regrouper les instituts de formations paramédicales - coordonner les écoles au niveau du GHT
Pôle clinique	<ul style="list-style-type: none"> - réduire le capacitaire et développer l'ambulatoire - améliorer le lien ville/hôpital - redéfinir des filières
Pôle blocs opératoires	<ul style="list-style-type: none"> - séparation des fonctions hygiène et brancardage pour les aides-soignants - améliorer la qualité de vie au travail - accompagner les innovations chirurgicales
Contrôle de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - évaluer les performances des activités - cartographier les recettes - ré-initier la marge analytique - revoir les pratiques médicales et des cadres (prévoir la sortie du patient dès l'entrée)

Direction générale

- coordonner le projet d'établissement car « travail en tuyau d'orgue »
- insuffler la culture du risque
- créer une base de données juridiques pour sécuriser les pratiques et l'établissement
- renforcer le volet communication avec les partenaires extérieurs

A l'issue d'un tour de table, le constat suivant est posé : la stratégie est définie mais les priorités des uns n'étaient pas forcément connues par les autres. Certaines actions dépendent de l'état d'avancement d'une autre action menée par une autre direction fonctionnelle. La question du volet opérationnel est posée : un état des lieux de l'existant est nécessaire avant de se lancer dans un projet. Le point critique mis en évidence concerne celui de la décision finale et du contrôle : qui et comment ne sont pas clairement identifiés dans l'organisation actuelle.

Une nouvelle séance sera prévue où chacun aura intégrer la notion de décision et de contrôle dans ces priorités.

Pour le CSG, la notion de contrôle est essentielle. Selon lui, les cadres ont tendance à minimiser cette fonction dans leurs pratiques et n'en mesurent pas forcément les conséquences. Alors que les effectifs cibles ont été déployés en 2014, une alerte de la direction des ressources humaines est lancée concernant le tableau des emplois qui se situe au-dessus de l'attendu (+ 60 postes). Alors que la modélisation des services a été faite et que le tableau des emplois permet un suivi, le CSG se pose la question suivante : « *Au final, qui dit non ?* ». Une cartographie a été initiée pour comprendre les écarts et décider d'éventuels changements.

Séminaire blocs opératoires et conditions de travail au CHU A

Depuis 2 ans, les blocs opératoires connaissent des difficultés en termes d'organisation notamment en lien avec la programmation et la régulation. Face à cette situation impactant les conditions de travail, le CHSCT a demandé l'intervention de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) afin de dresser un premier bilan de la situation.

Un premier séminaire est organisé le 26 septembre 2017 en dehors de l'établissement à la demande des intervenantes. Différentes catégories sont représentées : membres du CHSCT, 3 directeurs dont le CGS, 2 CSS, des infirmières et aides-soignants des blocs opératoires, 3 médecins anesthésistes. Les chirurgiens se sont excusés et malgré une absence remarquée, le séminaire s'est déroulé dans un climat

serein. Trois sous-groupes ont été constitués où chacun devait répondre à deux questions : quelles actions contribuant à l'Amélioration des Conditions de Travail (AQVT) existent et quelles actions sont souhaitables ?

Une synthèse³⁴ ciblant la programmation comme point sensible a fait consensus. Le 12 octobre, ce même groupe renforcé d'un chirurgien a validé la poursuite de ce travail.

Au-delà des échanges et de la prise en compte des enjeux de chacun, la participation des membres de la direction a particulièrement été appréciée. Les professionnels ne rejettent pas le changement et ses conséquences mais veulent être accompagnés.

Bilan de la réorganisation des blocs opératoires au CHU B

En décembre 2016, le CHSCT alerte la CGS en raison de difficultés majeures au niveau du bloc de chirurgie vasculaire. Des dépassements d'horaires sont quotidiens et l'utilisation des plages d'astreintes sur des interventions qui auraient pu être programmées sont courantes, la communication au sein de l'équipe est rompue et l'absentéisme témoigne d'un mal être général. Pour faire face à la situation, le CSG demande aux CSS de mettre en place le Lean management qui est une méthode de gestion essentiellement concentrée vers la réduction des pertes générées à l'intérieur d'une organisation, pour une production et un rendement plus efficace.

Au terme de 6 mois d'expérimentation, un bilan est dressé et montre les résultats suivants : 93.9 % des interventions sont programmées dont 9 % de fin précoce.

Pour le CSG, le Lean management est une méthode qui « *permet aux équipes de parler de ce qui pose problème et de trouver une solution rapidement* ». Le Lean management est inscrit au projet d'établissement du CHU B et chaque pôle est incité à le déployer. Le CHU A promeut de son côté le coaching qui, pour le CSG « *permet de monter en compétences* ».

2.3.5 Validation partielle ou complète des hypothèses de départ

Au terme de cette analyse, nous pouvons valider l'hypothèse 1 sous condition. Le projet politique traduit par le projet d'établissement et décliné ensuite au niveau du projet de soins constitue la référence institutionnelle. Il a pour ambition de donner un cap, une direction. La culture commune en serait la consécration. Une réserve peut cependant être

³⁴ Annexe 3

émise : ne pas connaître la stratégie pour déployer cette politique peut s'avérer contre-productif. La présence du directeur des soins au niveau des instances permet de limiter ce risque.

Les hypothèses 2 et 3 sont validées. En effet, l'organisation de la communication et de la délégation vont permettre la mise en œuvre opérationnelle. Par des informations ascendantes et descendantes, le directeur des soins va pouvoir déléguer, décider, réajuster.

De cette analyse ressort un 4^{ème} élément qui pourrait se définir comme la culture organisationnelle de collaboration. Elle fait référence à une culture qui appuie la collaboration en bâtissant la confiance, en partageant un sens commun et en travaillant à l'atteinte des résultats escomptés. Une telle culture repose sur l'hypothèse que les gens heureux sont plus productifs et, par conséquent, une culture de collaboration favorise des méthodes et des processus qui rendent le travail plus agréable.

3 Préconisations

Le changement s'inscrit dans un contexte donné dans lequel le directeur des soins va déployer sa stratégie. Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du directeur des soins, le positionne comme membre de l'équipe de direction. Cette disposition positionne le directeur des soins dans une dimension stratégique au sein de l'établissement.

L'enquête a permis de vérifier que la manière dont il va l'exercer aura un impact sur les acteurs et les organisations. Sa mise en œuvre nécessite une politique managériale fédératrice.

3.1 Fédérer autour du volet managérial du projet d'établissement

Un volet managérial, concernant tous les managers de l'établissement (médecins, directeurs, cadres) est à réfléchir et à construire ensemble, à l'initiative du chef d'établissement et porté par le directoire.

Réfléchir en amont à l'impact du choix des valeurs dans la politique de l'établissement permet de favoriser une culture commune et de faciliter la mise en œuvre des projets à mener.

L'engagement stratégique du président de la CSIRMT, en tant que membre du directoire, est essentiel pour une opérationnalité quotidienne sur la ligne managériale.

L'enjeu du projet managérial réside également à faire évoluer les pratiques managériales de l'encadrement soignant vers un niveau stratégique.

Le management d'aujourd'hui nécessite d'être porteur de sens pour faire face à la complexité des organisations et aux changements. Il convient donc au directeur des soins au travers du projet managérial, de travailler à la répartition des missions et des liens les uns avec les autres.

La conception du projet managérial repose sur le choix de l'intérêt du manager à conduire les acteurs pour leur permettre de mieux appréhender les réalités, mieux comprendre les évolutions.

Deux compétences du référentiel de compétence du directeur des soins lui permettent de construire son projet managérial :

- La compétence 2 « structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professions paramédicales » donne les orientations d'organisation en définissant le niveau d'intervention de chaque acteur et des interactions. Le but est de comprendre « qui fait quoi ». La traduction de cette structuration est visible au niveau de l'organigramme. Les 2 CSG rencontrés ont remplacé des CSG qui occupé le poste depuis 20 ans. Le premier chantier a été de réorganiser la direction des soins en fonction des projets professionnels et des besoins de l'institution.

- La compétence 4 « management de l'encadrement partagé et institutionnalisé » dont le but est la recherche d'une cohésion, d'un collectif et d'un engagement dans des missions institutionnelles.

3.2 Favoriser la compréhension du contexte

La communication institutionnelle est un élément important dans la compréhension du contexte, surtout dans des périodes de grands changements. Les temps de rencontres formalisées au travers de réunions, comités de pilotage, séminaires sont des temps de partage avec l'ensemble de la direction pour assurer la connaissance, la compréhension et la lisibilité des enjeux des établissements. L'association des cadres à certains moments permet la création d'une dynamique commune et renforce l'idée d'appartenance.

La très forte spécialisation des catégories professionnelles au sein de l'hôpital entraîne une difficulté de compréhension des enjeux de chacun. La mise en place de groupes de travail pluri professionnel permet d'en réduire les effets. Les directeurs des soins rencontrés coordonnent les soins mais prennent en compte les aspects logistiques et techniques dans tout changement d'organisation. Une connaissance des contraintes de l'autre évite de prendre la mauvaise décision.

3.3 La place du dialogue social dans le changement

Le projet social transcrit la politique sociale de l'établissement en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel. Il est le volet social du projet d'établissement.

Le processus participatif d'élaboration du projet social prévoit de mettre en œuvre des comités de travail qui soient représentatifs des organisations syndicales, du corps médical et de la direction.

Trois domaines de dialogue social sont à considérer : les relations humains de dialogue de proximité, les relations dans le cadre des instances et les relations directes entre direction et organisations syndicales.

La place du directeur des soins dans le dialogue social est un axe essentiel dans le pilotage du changement en lien avec la direction des ressources humaines. Le CSG du CHU y accorde une grande importance et conseille une prise de contact rapide avec les organisations syndicales à notre prise de poste. Chaque établissement a ses spécificités en matière de dialogue social, sa culture des relations de dialogue. Prendre connaissance de ces particularités est un préalable à ne pas négliger.

De la même manière que d'autres missions de la direction des soins peuvent être déléguées, la thématique du dialogue social doit faire l'objet d'une réflexion et d'une prise de décision quant à son niveau de délégation vers l'encadrement paramédical des pôles.

Travailler à la sensibilisation de l'encadrement sur son rôle dans le dialogue social peut s'envisager à la fois au décours de situations réelles partagées mais de manière plus organisée

Nous envisagerons de travailler avec les cadres et cadres supérieurs de santé sur la base d'un management qui puisse permettre à la fois la participation, l'expression et la représentation du personnel, notamment concernant le pilotage du changement. Cela passe par un accompagnement des nouvelles organisations tant dans leur phase de construction que celle de fonctionnement.

3.4 Associer changement et qualité de vie au travail

Ces dernières années l'application de plusieurs réformes et la mise en place de Plans de retour à l'équilibre (PREF) ont bousculé les organisations de travail du secteur

hospitalier. Malgré ces bouleversements et ce contexte contraint, l'engagement des personnels demeure fort. Il ne se maintiendra que si la qualité de vie au travail (QVT) devient un enjeu de la performance globale des établissements. C'est tout le sens de la campagne nationale Prendre soin des ceux qui nous soignent lancée par Marisol Touraine en décembre 2016.

La stratégie ministérielle pour l'amélioration de la QVT recommande d'inscrire la QVT dans les projets des établissements publics et de se mettre à l'écoute des professionnels par la généralisation et la diffusion de baromètres sociaux dans les établissements publics.

L'autre enseignement a été la reconnaissance de l'impact de la QVT sur la qualité des soins. Il est désormais fondamental d'envisager la performance des établissements de façon globale en intégrant la performance sociale. Aussi, au-delà de la fonction d'écoute, le « baromètre social » doit être pensé comme un outil permettant d'agir. Pour cela il doit obéir à une méthodologie rigoureuse.

Pour réussir cette démarche d'action, l'engagement des managers (médecins, cadres de santé, cadres administratifs) est impératif.

Dans le projet de réorganisation des blocs opératoires au CHU A, une démarche a été initiée par le CHSCT auprès de l'ANACT mais aurait pu l'être par le directeur des soins.

3.5 Se positionner sur le territoire

Les GHT ont pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. Cela se traduit par l'élaboration d'un projet médical partagé qui garantit une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours, conformément à l'article L. 6232-1 – II du code de la santé publique.

La mise en place des pôles inter-hospitaliers dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire doit permettre de consolider les collaborations à l'échelle du territoire de santé de proximité.

Le directeur coordonnateur général des soins doit impulser une dynamique d'acculturation fédérative au sein de l'encadrement soignant visant à créer des conditions de travail favorables à une prise en charge de qualité des patients sur le territoire.

Un diagnostic préalable est nécessaire et présente l'avantage d'organiser le dialogue au sein des établissements et entre les établissements parties au GHT. Il contribue à mettre

en valeur les points communs entre les différents établissements mais également les spécificités de chacun afin de travailler à une offre de soins qui réponde aux besoins en santé de l'ensemble du territoire concerné.

Le Projet de soins Partagé (PSP) ne peut se résumer à la somme des différents projets de soins des établissements. Le niveau territorial requiert une perception plus globale des besoins et une conception de projet plus stratégique portant une vision permettant à chaque établissement de se positionner de manière cohérente dans les parcours de soins.

Les projets de soins des établissements déclinent la politique et la stratégie développée dans le PSP, et s'attachent à traiter plus précisément des spécificités de leur établissement. L'enjeu pour le directeur des soins est de créer une culture commune tout en gardant une culture spécifique.

Conclusion

Nos organisations hospitalières vivent et vivront des restructurations en lien avec le contexte économique de plus en plus contraint, l'évolution des besoins en santé de la population et des attentes sociétales nouvelles.

La performance est affichée, assumée et impacte la gouvernance de nos établissements de santé.

Souvent vécu comme un élément déstabilisant, le changement permet à la structure de s'adapter aux évolutions de son environnement. Avant tout changement, il convient de mener une réflexion stratégique sur sa conduite.

Le changement repose en partie sur le leadership de ses dirigeants. Pour qu'un leadership soit efficace le dirigeant doit être visionnaire, il doit savoir communiquer, il doit savoir déléguer et il doit bien se connaître lui-même, c'est-à-dire, connaître ses forces et ses faiblesses. Le leadership repose sur des compétences intellectuelles, techniques et relationnelles. La construction d'une vision partagée, la modification des comportements, l'acceptation de l'incertitude, la suppression des freins et des résistances au changement reposent également sur la confiance que le dirigeant inspire aux salariés.

Depuis la mise en application de la loi HPST, la fonction stratégique du directeur des soins s'est recentrée sur les collaborations polaires et les coopérations médicales. Son accompagnement facilite la création d'outils de pilotage. Ses compétences reconnues dans la méthodologie de projets profitent désormais aux pôles et à l'institution pour échafauder toutes les étapes du processus de restructuration en coopérant avec les différentes directions fonctionnelles (DRH, travaux, logistiques, etc.). Le management par projets reste un levier des motivations des cadres et des équipes soignantes. Dans un environnement sanitaire, social et médico-économique de plus en plus complexe, il ordonnance les sollicitations de l'encadrement. L'information des professionnels sur les intentions de la direction générale et des équipes médicales doit être multipliée pour donner de la cohérence aux projets de prise en charge du patient.

Désormais, l'implication des professionnels dans l'évolution des organisations semble évidente. Elle montre leur engagement à dépasser les résistances au changement discutées depuis plus de vingt ans. Pour autant, le rôle du directeur des soins reste prépondérant dans le maintien de la dynamique sociale d'un hôpital. Il intervient dans la réduction des clivages qui pourraient exister.

Dans la recherche de l'efficience des organisations, le directeur des soins est chargé de rendre compatibles le développement de la performance et l'amélioration de la sécurité des soins dans le cadre de la coordination de soins.

L'ensemble de ces éléments nécessite une approche innovante. Le choix du concept de management intégré répond aux problématiques de l'ensemble des acteurs de l'établissement de santé. Il optimise les ressources par la mutualisation des unités de soins et apporte de la cohérence dans les décisions et les actions au travers une vision globale et culturelle.

Le directeur des soins accompagne le changement en collaborant avec tous les acteurs institutionnels : culture de la collaboration et culture du changement sont alors étroitement liés et pourront probablement profiter à un nouveau défi : la collaboration territoriale.

Bibliographie

REVUES / ARTICLES

LEWIN K. 1947, *Frontiers in Group Dynamics : Social Equilibria and Social Change*, Human Relations

COOPER R, ZMUD R. 1989, *Material requirements planning system infusion*, Journal of Management Sciences,

PORTER M.H.1996. *Business Harvard Review*

V. PERRET, B. RAMANANTSOA. « *Un dirigeant-séducteur pour gérer le changement* » page 143- 151. *Revue française de gestion* n° 111- novembre décembre 1996

KOTTER J. 1996. *Leading Change*

MIRAMON J M, 2010. « Le métier de directeur, toujours en devenir », *Empan*, vol. 78, no. 2, pp. 38-52.

OUVRAGES

R. BLAKE R, MOUTON J. 1987. *La troisième dimension du management*. Les Editions d'organisation

FRIEDBERG E. 1993. *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, 329 p. Editions du Seuil: Paris

RAYNAL S, 1996, *Le management par projet*, Les éditions d'organisation, page 17

ROMELAER P. 2002. *Organisation: panorama d'une méthode de diagnostic*, Université Paris Dauphine, pp. 42

AUTISSIER D, MOUTOT J M, 2016, *Méthode de conduite du changement*, DUNOD,
SCHEIN E. 2016, *Organizational Culture and Leadership*, 5ème édition

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

RAPPORTS

D'AMOUR D 1997. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* Thèse de Doctorat: pp. 399, Médecine. Montréal: GRIS, Université de Montréal

BRUN N, HIRSCH E, KIVITS J., rapport de la mission « *Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé* », janvier 2011

Missions Groupement Hospitalier de Territoire – Rapport intermédiaire – Mai 2015

AUTRES

Dictionnaire Le Robert

Projet d'établissement 2016/2020 du CHU A

Projet d'établissement 2013/2017 du CHU B

Les chiffres clés 2015 du CHU A

Les chiffres clés 2015 du CHU B

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'observation

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : Séminaire ARACT

ANNEXE 1 : GRILLE D'OBSERVATION EN SEMINAIRE

LES AXES	LES COMPOSANTES
<p>Son appellation affichée</p> <p>Sa tenue concrète</p>	<ul style="list-style-type: none"> - règlementaire / volontaire - plénière, tables en U, restreint, travail de groupe
<p>Le calendrier et les modalités d'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de réunion et répartition dans le temps - accès à des informations sur le projet et les réunions
<p>La réunion, un espace mis en scène</p>	<ul style="list-style-type: none"> - anonymat ou inscription = règles de concertation, charte, garant - animé par un professionnel de la concertation ou non - nombre de participants - catégorie des professionnels présents - leur place dans l'espace de la réunion
<p>Le déroulement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - activités proposées - thématiques abordées par les organisateurs, par le public - proposition, écoute mutuelle, opposition
<p>Suite de la réunion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - accès au compte rendu - échanges entre les participants
<p>Type de participation prévue / réelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - information, consultation, débat public, diagnostic partagé, comité de suivi, confrontation

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Etablissement :

Fonction exercée :

Depuis quand :

Thématiques à aborder lors des entretiens :

- lien entre la politique de l'établissement et la stratégie

- changements en cours

- modalité de communication

- modalités de délégation

- climat social

- facteurs facilitant

- points de blocage

ANNEXE 3 : SEMINAIRE ARACT

CONDITIONS DE TRAVAIL
ET INNOVATION SOCIALE

SEMINAIRE CHU

26/09/2017

ATTENTES - ACTIONS CONTRIBUTANT A LA QVT - ACTIONS SOUHAITABLES

En bleu les attentes ou actions pouvant correspondre à plusieurs thèmes QVT

Action priorisée en 1 - Action Priorisée en 2 - Action priorisée en 3

	1/ EGALITE DES CHANCES
ATTENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Temps hors T + Articulation pause déjeuner • Mieux prendre en compte articulation vie privée/vie professionnelle • Prendre en compte les cadres – quelle considération ?
ACTIONS CONTRIBUTANT A LA QVT	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibre vie privée vie professionnelle • Absence de discrimination, • Equité : charte de fonctionnement respectée, pas de discrimination (H F) • Commission choix IADE • Planning roulements réguliers • Travail collectif pour le choix des astreintes • Planning : élaboration choix des nuits et weekend • Passage en 10h, dégagement de temps personnel • Grille de roulement participatif • Réunion de bloc hebdomadaire, BU • accompagnement médecine du travail, CHSCT (structuration avancée)
ACTIONS SOUHAITABLES	<p style="color: red; margin: 0;">2. Faire respecter la programmation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écrire et évaluer nos procédures de programmation • Organiser la pause méridienne • Organiser la pause repas • Manque de temps commun d'échanges → moins d'investissement • WE de cohésion pour les équipes du BO • Gâteaux au bloc opératoire • Chambre repos avec lit dans bureau • Démarche d'accompagnement au changement en vue du NPI • Planning en horaires mixtes • Mettre en place des organisations dans le temps respectueux entre les différents grades • Manque de temps commun d'échanges → moins d'investissement

	2/ RELATIONS DE TRAVAIL – CLIMAT SOCIAL
ATTENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter ++ pour diminuer le « sentiment de subi » • Empêcher les changements de programmation • Communiquer de façon pluridisciplinaire • Analyser injonctions paradoxales : occupation salle sur 10h et crainte de perte des avantages, en ne remplissant pas les salles • Partager les situations qui posent question/problème • Traiter toutes les professions sur un pied d'égalité : que chacun sache ce que l'on attend de lui, des autres • Temps Opérateur : pas le même pour tous, le « redéfinir » en intégrant le temps réel pour Tous : le faire respecter POUR Tous et PAR Tous • Interdire le « forçage » de la programmation BO
ACTIONS CONTRIBUTANT A LA QVT	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe disciplinaire solidaire / écoute, entraide • Cycle de travail ou charte de fonctionnement • Bonnes relations, bonne cohésion avec mes collègues • Relations collègues : communication, bonne ambiance, solidarité Collaboration (transversalité, autonomie) • Personnel du bloc formé à la communication thérapeutique • Réunion d'information collectif IADE • Réunion courte (15') / semaine, pour discuter organisation, problème,... • Solidarité entre les groupes de métier • Présence d'un cadre qui relie les différents intervenants • Discussion de travail en équipe sur temps personnel • Equité : charte de fonctionnement IADE • Développement des projets associant les personnels (partiellement engagé, à intensifier et améliorer) • Nouvelle imprimante scanner central BU • Travailler dans une bonne équipe, magasin PABO • Individuel : rencontre régulières chef de pôle avec les équipes MAR • Ecoute avec l'équipe cadre, cadre sup, écoute positive pour régler les problèmes de fonctionnement • Individuel : bureau de pôle élargi : présentation par des professionnels du pôle des projets/innovations • Volonté collective et dialogue, relation de travail (les ingrédients de collectif sont présents)
ACTIONS SOUHAITABLES	<p>2. Charte de fonctionnement alimentée par les conseils de bloc</p> <p>2. Faire respecter la programmation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écrire et évaluer nos procédures de programmation - Améliorer la communication entre groupes

	3/ SANTE AU TRAVAIL
ATTENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les impacts des changements pour tous les métiers (Y Compris Cadres) : pratiques professionnelles et articulation des temps (Travail et hors Travail) • Sur les 10h intégrer tâches informelles ; temps de pause
ACTIONS CONTRIBUTANT A LA QVT	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement social à l'emploi lors de problématiques de restrictions • Salles de bloc agréables à travailler • Pause repas intégrée dans la programmation d'une salle • Accompagnement médecine du travail : tenue spécifique, ergonomie • DO SI FI LMS • Neptune (étude du matériel), Equipement de radioprotection, groupe étude AT, lève malade, matelas transfert • Environnement physique : Locaux neufs et bien aménagés • Nouveaux tabliers de plomb, matelas de transfert, lève-malade, groupe accident de travail ASH, Neptune (système d'aspi)
ACTIONS SOUHAITABLES	<p>2. Organisation et régulation programmation → charte de fonctionnement</p> <p>2. Faire respecter la programmation</p> <p>3. Confort au travail : collations chambre de garde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser la pause méridienne • Organiser la pause repas • Parcours de professionnalisation • Encadrement des horaires / dépassement / repas) • Respect des besoins de base du personnel (repas) • Pause repas collective et adaptation en fonction du temps opératoire (si possible) • Mettre en place de différents horaires pour prendre en compte les âges des personnes du Bloc • Mise en place de matériel locaux et équipements pour faire de la stérilisation à froid → Risque Accident de travail • Faciliter la logistique HCE – CHU Nord • Matériel de meilleure qualité • Logiciel davantage ergonomique • Pause méridienne sanctuarisée (plage vide I) • Formation en Rx protection • À maintenir : Poste de Manip Rx dans les blocs • Retrouver du temps commun d'échanges → pour plus d'investissement

4/ CONTENU DU TRAVAIL	
ATTENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les impacts des changements pour tous les métiers (Y Compris Cadres) : pratiques professionnelles • Réguler programmation, intégrer impacts sur autres métiers hors BO • Stabiliser l'organisation • Aménager Programmation en intégrant les temps « juniors »
ACTIONS CONTRIBUTANT A LA QVT	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie dans son travail • Personnel du bloc formé à la communication thérapeutique • Implication, sens et contenu du travail (pas là par hasard) • Equipe stable au bloc CVT • Formation communication thérapeutique • Programme opératoire • Contenu du travail des brancardiers, redéfinition du contenu du travail, fiche de poste. • Rols identiques, échelles bleues, Plein/vide • Economie des pas (matériel à un seul endroit, éviter de courir, de perdre du temps, de chercher..) • Autonomie : confiance, transversalité des secteurs • implication du personnel (pas là par hasard) • Grille de roulement pour le personnel IBODE (sur participation, Tableau effectif des emplois)
ACTIONS SOUHAITABLES	<p>1. Programmation régulation de la journée opératoire</p> <p>2. Charte de fonctionnement alimentée par les conseils de bloc</p> <p>2. Faire respecter la programmation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régulation Facilitateur • Manque de temps commun d'échanges → moins d'investissement • Sens du travail Profil de poste Cohésion Contours de poste Respect Travail Réel/fiche de poste, Satisfaction du travail bien fait • Définir clairement les tâches de chacun pour éviter les glissements • Fiches de postes sur les fonctions brancardiers, ASH, aide aux cadres • Leader Manager Régulateur : - Cadre de Santé - Médecin - Facilitateur d'organisation • Moins de lourdeur administrative dans un quotidien • Qualité de la prévention : mauvaise communication sur patients septiques

FEDKOW

Carole

Décembre 2017

Directeur des soins

Promotion 2017

La culture de la collaboration : levier stratégique du pilotage du changement pour le directeur des soins

Résumé :

Nos organisations hospitalières sont en perpétuel mouvement. Subi en raison de contraintes économiques et budgétaires ou choisi dans la recherche de performance et d'innovation, le changement peut être à la fois source de tension, d'inquiétude et de motivation.

Accompagner les acteurs dans ces transformations constitue un enjeu fort pour la direction et plus particulièrement pour la direction des soins lorsqu'il s'agit de l'organisation des soins.

Notre travail de recherche s'est intéressé à deux centres hospitaliers universitaires engagés dans de profondes restructurations de leurs blocs opératoires. Grâce à des immersions professionnelles et à des entretiens avec des directeurs des soins, des cadres supérieurs de santé et des directeurs référents de pôle, nous avons pu mesurer l'importance d'une politique portée par une stratégie partagée. Les modalités de communication et de délégation déterminent la qualité du pilotage du changement et rendent le travail plus agréable. Cette approche permet la mise en évidence d'un nouveau paradigme : la culture de la collaboration.

Mots clés :

Directeur des soins – Pilotage – Stratégie – Changement – Organisation – Culture – Collaboration - Leadership

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.