



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**Accompagner les juniors et séniors  
à savoir faire équipe :  
un défi coopératif  
pour le directeur des soins.**

---

**Isabelle GENES**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean-Claude Vallée qui a accepté de suivre ce travail et qui, malgré des conditions très particulières au regard du contexte sanitaire, a toujours cherché à m'accompagner et à me soutenir.

Je remercie l'équipe pédagogique de la filière Directeur des Soins de l'EHESP pour leur accompagnement.

Je remercie vivement l'ensemble des professionnels qui m'ont accordé du temps pour réaliser mes entretiens ainsi que mes maitres de stage.

Je remercie mes collègues de la promotion Caroline AIGLE avec qui nous n'avons pu avoir des échanges aussi riches que ce que nous l'aurions souhaité mais avec lesquels, je l'espère, nous saurons continuer à faire vivre un collectif.

Je remercie tout particulièrement « les COCOS » : Cathy, Anne, Franck, Véro et Myriam de leurs échanges, de leur proximité et de leur bienveillance, source d'enrichissements mutuels et d'amitiés partagées.

Enfin, je remercie ma chère famille et mes amis qui m'ont apporté leur soutien et ont fait preuve de patience et de disponibilité tout au long de cette année de formation.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Une diversité générationnelle dans les organisations de soins, constats de terrain et revue de la littérature. ....</b>	<b>3</b>
1.1 Un constat qui questionne le fonctionnement global des organisations. ....	3
1.1.1 Le contexte du retournement démographique.....	3
1.1.2 Des impacts sur la santé des professionnels et leur satisfaction au travail ...	4
1.1.3 Des impacts sur le turn over des professionnels : indicateur de performance.....	4
1.2 Un constat qui impose une évolution de la posture managériale .....	5
1.2.1 La place du directeur des soins dans la nécessaire évolution de posture managérial.....	5
1.2.2 Une société qui vient accélérer tous les processus.....	6
1.2.3 Le Système d'Information Hospitalier (SIH) révélateur générationnel.....	7
1.3 Un constat qui nécessite pour l'encadrement d'organiser le transfert d'expertise intergénérationnelle .....	8
1.4 Une question de compréhension pour le DS : identifier les freins et les facteurs de succès au développement professionnel intergénérationnel. ....	9
<b>2 De la notion de génération au défi du développement professionnel.....</b>	<b>10</b>
2.1 Définir la notion de génération.....	10
2.2 Le concept de choc des générations .....	11
2.3 Favoriser le développement professionnel au-delà de la notion de diversité générationnelle. ....	12
2.4 Du modèle bureaucratique à l'agilité dans les organisations sanitaires .....	13
2.4.1 L'hôpital : une bureaucratie professionnelle en mutation .....	13
2.4.2 La réforme de la nouvelle gouvernance : une étape majeure d'évolution du modèle de gestion.....	14
2.4.3 Les perspectives managériales : en route vers l'agilité.....	16
2.5 Le SIH : sa performance influe sur la qualité de vie au travail .....	17

<b>3</b>	<b>L'enquête sur le terrain : une étude de cas. ....</b>	<b>18</b>
3.1	La méthodologie de l'enquête.....	19
3.1.1	Une analyse documentaire et la rencontre des acteurs clé.....	19
3.1.2	Les difficultés et les limites de l'enquête.....	20
3.2	Les résultats de l'enquête et l'analyse. ....	21
3.2.1	Le baromètre social comme élément représentatif du développement professionnel.....	21
3.2.2	Un projet d'établissement qui se veut objet de transmission de valeurs et d'une gouvernance évolutive.....	26
3.2.3	Le projet social et managérial : la co construction et le renouveau. ....	31
3.2.4	Le SIH : facteur de performance.....	36
3.3	La synthèse de l'analyse en réponse aux questionnements. ....	41
<b>4</b>	<b>Des préconisations de méthode et d'acculturation à la performance collective. .</b>	<b>43</b>
4.1	Définir une stratégie adaptée à la maturité du projet d'établissement .....	43
4.2	Déployer une politique managériale à la dimension de l'établissement et du territoire.....	44
4.2.1	Un engagement de proximité des acteurs clés de la gouvernance .....	44
4.2.2	Une réaffirmation de la délégation de gestion aux pôles.....	45
4.2.3	Une intégration des acteurs de terrain dans le processus décisionnel .....	46
4.2.4	Une mobilisation des énergies pour faire découvrir.....	47
4.2.5	Une ouverture de perspectives professionnelles sur le territoire .....	47
4.3	Accompagner l'encadrement soignant à la diversité générationnelle. ....	48
4.3.1	Un encadrement soignant formé aux enjeux du management de la diversité .....	48
4.3.2	Un parcours de gestion des ressources humaines dynamique et adaptatif. ....	48
4.3.3	Un transfert intergénérationnel des savoirs et des compétences. ....	49
4.3.4	Un intérêt à rendre visible la gestion de la diversité.....	50
4.4	Accompagner l'évolution du SIH.....	50
4.5	Favoriser la place de l'utilisateur comme vecteur de performance collective.....	51
4.6	Définir une place à la recherche et à l'innovation PNM-PM.....	52

4.7	Intégrer une évaluation du projet.....	53
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : trame d'entretien semi directif : pré enquête.....	<b>II</b>
	Annexe II : trame d'entretiens semi directifs « gouvernance ».....	<b>III</b>
	Annexe III : trame d'entretiens semi directifs « SIH ».....	<b>IV</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
**AP-HP** : Assistance Publique Hôpitaux de Paris  
**CDS** : Cadre De Santé  
**CGS** : Coordonnateur Général des Soins  
**CME** : Commission Médicale Exécutive  
**CSS** : Cadre Supérieur de Santé  
**DAM** : Directeur des Affaires Médicales  
**DPI** : Dossier Patient Informatisé  
**DPIG** : Développement Professionnel InterGénérationnel  
**DRH** : Directeur des Ressources Humaines  
**DS** : Directeur des Soins  
**EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
**ES** : Etablissement de Santé  
**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire  
**GRH** : Gestion des Ressources Humaines  
**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire  
**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat  
**IPA** : Infirmière de Pratique Avancée  
**NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication  
**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques  
**PM** : Personnel Médical  
**PNM** : Personnel Non Médical  
**QVT** : Qualité de Vie au Travail  
**SIH** : Système d'Information Hospitalier  
**T2A** : Tarification A l'Activité



## Introduction

L'analyse des données démographiques actuelles montre un vieillissement de la population à l'échelle mondiale. Les pays industrialisés sont largement touchés par ce phénomène qui est lié à deux mécanismes : l'allongement de la durée de vie d'une part et la baisse de la natalité d'autre part. Ces évolutions démographiques entraînent un allongement de la vie professionnelle et ainsi la cohabitation de plusieurs générations dans les équipes de travail. Cette cohabitation est préoccupante notamment au regard de l'évolution des rapports intergénérationnels et de la transmission des savoirs organisationnels au moment des départs en retraite.

Nous avons choisi d'étudier la place du Directeur des Soins (DS) dans la question des relations intergénérationnelles à l'hôpital car les organisations hospitalières sont concernées par ces évolutions démographiques et doivent mettre en place des politiques managériales structurantes. Il s'agit en effet de prendre en compte l'allongement de la vie professionnelle avec un collectif de travail qui vieillit et d'insérer de jeunes professionnels porteurs d'attentes différents. Réussir cette mixité générationnelle est essentiel car elle concerne des organisations de travail dans lesquelles la place de l'équipe revêt une importance singulière. La diversité des âges dans les équipes soignantes est souvent présentée comme source de tensions ou de conflits par les cadres de santé. La gestion de cette diversité porte cependant des enjeux majeurs notamment dans la capacité du groupe à aider les collaborateurs à se réaliser et à assurer la transmission des savoirs nécessaire à la pérennité des organisations.

Nous avons orienté notre travail vers le concept de développement professionnel intergénérationnel dans le sens du co-apprentissage réalisé en équipe tout au long de sa carrière et nous avons cherché à **identifier les freins au développement professionnel intergénérationnel dans les équipes de soins hospitalières ainsi que ses facteurs de succès.**

La première partie de ce travail cherche à définir la problématique à partir d'un constat de terrain et d'une revue de littérature, la deuxième partie s'attache à éclairer les éléments de la problématique par un cadre théorique. Une enquête de terrain réalisée au travers de l'étude d'un cas cherche à répondre à la question principale et aux sous questions suivantes :

- En quoi une gouvernance hospitalière qui cherche à promouvoir une débureaucratiation peut contribuer au développement professionnel intergénérationnel ?

- En quoi un management agile rend-il possible le développement professionnel intergénérationnel dans les équipes de soins ?
- En quoi un système d'information et de communication performant est essentiel au développement professionnel intergénérationnel ?

La dernière partie du travail propose un certain nombre de préconisations à partir des freins et leviers au développement professionnel intergénérationnel que nous avons pu identifier.

# **1 Une diversité générationnelle dans les organisations de soins, constats de terrain et revue de la littérature.**

## **1.1 Un constat qui questionne le fonctionnement global des organisations sanitaires.**

### **1.1.1 Le contexte du retournement démographique**

Le milieu du travail et notamment dans le secteur de la santé amène plusieurs générations à travailler ensemble. Nous sommes en effet entrés depuis plusieurs années dans « *l'ère du retournement démographique* » avec une hausse de salariés âgés de moins de 25 ans accompagnée d'une proportion des plus de 55 ans en augmentation également, autant dans le personnel médical que non médical<sup>1</sup>. La durée de la vie active a été, en effet, progressivement allongée par les différentes réformes de retraites ce qui entraîne l'augmentation du vieillissement de la main d'œuvre du fait d'un nombre de salariés sénior plus élevés. L'âge légal de départ à la retraite a reculé progressivement, les salariés sont donc actifs plus longtemps ce qui accroît les différences d'âges entre les plus jeunes et les plus âgés.

Les cadre de santé se trouvent confrontés à un patchwork de profils et d'attendus au sein des équipes de soins, qui nécessite d'apprendre à composer avec ce vivier disparate et à faire face à une évolution du modèle auquel ils ne sont pas toujours préparés. Ils se retrouvent confrontés à l'intégration dans l'équipe de jeunes professionnels ayant un positionnement différent, une formation initiale différente, une vision de l'existence différente et ainsi des attendus différents. L'accompagnement mis en œuvre par l'encadrement de proximité et l'encadrement supérieur dans les établissements de santé semble montrer des décalages entre ces attendus et les organisations mises en place. Il s'agit en effet de mettre en adéquation une gestion des organisations évolutive, équitable qui va permettre à chaque génération de se situer et de mettre en valeur ses contrastes.

Ainsi, des entretiens exploratoires menés auprès de jeunes Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) en établissements de santé permettent de rendre visible le mode managérial dans laquelle le système est souvent installé. Ces jeunes professionnels expriment très simplement une forme de « carcan » dans lequel ils se sentent enfermés notamment sur la question de la gestion du temps de travail et du planning d'équipes qui reste assez figé. Les modes opératoires établis ne font pas toujours l'objet d'un consensus d'équipe et ne poussent pas à développer de l'autonomie dans la régulation des équipes, il semble compliqué à ces jeunes professionnels d'évoluer dans ce système au-delà d'une traditionnelle opposition

---

<sup>1</sup> Nicolas FLAMANT, « Le management intergénérationnel dans les établissements de santé. Les relations entre générations au travail. », *Gestions hospitalières*, n° n° 466 (mai 2007): 364- 65.

modernistes/conformistes. Les rythmes de travail sont peu flexibles, l'autonomie des équipes dans la gestion de ces rythmes n'est pas toujours effective. Cet exemple de la gestion du temps de travail peut se transférer sur d'autres questions génératrices de points de tension autour de l'emploi, entre managers et professionnels, du fait en partie d'un fonctionnement encore assez vertical et bureaucratique des organisations.

### **1.1.2 Des impacts sur la santé des professionnels et leur satisfaction au travail**

Une étude réalisée en 2006 à l'AP-HP<sup>2</sup> montre que les salariés jeunes sont surexposés aux accidents du travail : 268 accidents du travail pour 1000 salariés exposés de moins de 25 ans contre 108,6 pour 1000 salariés exposés de plus de 55 ans. Cette surexposition est encore plus importante si l'on considère uniquement le personnel soignant. La proportion des salariés jeunes bénéficiant d'une intervention pour un aménagement de poste ou une reconversion augmente nettement. Près de 12 % des salariés bénéficiant d'une reconnaissance de handicap sont âgés de moins de 30 ans. Hélène Jacques ne donne pas d'explication unique à ces données mais évoque quelques pistes de réflexion :

- le temps d'appropriation de l'environnement de travail est insuffisant,
- la transmission des savoirs faire est perfectible, l'autoprotection des salariés anciens étant surtout basée sur l'expérience,
- les jeunes salariés sont plus souvent mobilisés pour faire face aux situations urgentes et pour effectuer les tâches physiquement pénibles.

La conséquence de ce constat entraîne des effets négatifs sur le fonctionnement de l'équipe car les plus jeunes sont plus mobiles que les aînés et n'hésitent pas à quitter leur emploi pour un autre. Les thèmes qui reviennent dans l'explication de ces départs sont l'opposition entre le savoir-faire pratique des anciens et les connaissances théoriques récentes des jeunes, le manque d'autonomie et de prise de responsabilité, le décalage entre le métier choisi et les missions confiés ainsi que les horaires subis.

### **1.1.3 Des impacts sur le turn over des professionnels : indicateur de performance**

Selon une enquête de l'institut GfK International réalisée dans 29 pays en 2011<sup>3</sup>, les 18-29 ans sont « désillusionnés », manquent « d'engagement vis-à-vis de [leurs] employeurs » et ressentent « plus de pression que les autres générations », « Aujourd'hui il n'est plus question de chercher à garder le même travail tout au long de sa vie. Beaucoup de jeunes travailleurs recherchent ce qu'ils perçoivent comme une carrière qui a du sens – un secteur

---

<sup>2</sup> Hélène JACQUES et al., « Le management intergénérationnel dans les établissements de santé. Démarche de l'AP-HP. le management intergénérationnel : outil de régulation du turn-over. », *Gestions hospitalières*, n° n° 466 (mai 2007): 368- 72.

<sup>3</sup> « Une génération désengagée » Etude de GfK international employment engagement survey réalisée du 8 février au 4 avril 2011 par GfK custom research auprès de 30556 employés adultes dans 29 pays différents.

dans lequel ils se sentent impliqués. Par ailleurs, ils chercheront à limiter le temps passé dans une entreprise qui ne comble pas leurs ambitions. » A l'hôpital le constat est identique, la capacité des professionnels à quitter une organisation qui ne répond pas à leurs attentes est une réalité. Il y a donc un enjeu d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé qui est le corollaire du fonctionnement des jeunes générations. Ce constat est d'autant plus stratégique dans les métiers qui connaissent une pénurie et où le maintien des compétences d'un établissement hospitalier devient une priorité.

La fidélisation<sup>4</sup> renvoie à « l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés » l'attractivité se situe plus en amont, définissant les moyens de les amener à candidater et à accepter un poste dans l'établissement concerné. Les politiques d'attractivité et de fidélisation sont donc relativement proches l'une de l'autre, dans la mesure où il s'agit de donner envie au professionnel de travailler dans l'établissement.

Le modèle des hôpitaux magnétiques<sup>5</sup> : « *un hôpital où il fait bon travailler où il fait bon se soigner*<sup>6</sup> » définit, au travers d'une étude américaine menée en 1983, les facteurs contributeurs de fidélisation du personnel infirmier. Le turn over des infirmiers a été le principal indicateur de cette étude, jugé comme source essentielle de dysfonctionnement d'un établissement. Le turn over dans les hôpitaux magnétiques étant plus bas que la moyenne. Les facteurs contributeurs de succès de ce modèle reposent essentiellement sur le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer. Les incitatifs non économiques tels que la valorisation et le soutien sont des prédicteurs de comportements plus puissants que les variables jouant sur les revenus. Un accès facile à l'encadrement favorise l'impression d'être écouté et constitue un trait distinctif de ces hôpitaux. Une réelle relation de confiance construite avec l'encadrement de proximité qui est accessible est le second facteur souligné.

## **1.2 Un constat qui impose une évolution de la posture managériale**

### **1.2.1 La place du directeur des soins dans la nécessaire évolution de posture managériale**

Le rôle du DS dans cette approche stratégique est fondamental. Notre position est de considérer que le problème repose en partie sur la capacité du management à repenser ses pratiques. Le système de management ne paraît plus conforme aux besoins et attentes d'aujourd'hui et de demain. Le processus d'intégration offert par les établissements de santé est souvent anachronique et il propose pour les jeunes professionnels des outils

---

<sup>4</sup> *La fidélisation des ressources humaines - Pascal Paillé - Librairie Eyrolles p34*

<sup>5</sup> « Les Hôpitaux Magnétiques: Un Hôpital Où Il Fait Bon Travailler En Est Un Où Il Fait Bon Se Faire Soigner », ResearchGate,

désuets et un parcours souvent trop monolithique. Par ailleurs, dans le pilotage quotidien, les vieilles recettes de management verticales et autoritaires ne fonctionnent plus. La place du DS dans cette nécessité de changement des pratiques managériales est essentielle, sa compétence managériale des équipes d'encadrement le situe en pierre angulaire du système. En effet, le management ne peut rien représenter sans les managers qui sont dans les établissements de santé composés notamment des cadres de santé et pilotés par le directeur des soins. Il s'agit pour le DS de tendre vers la déclinaison institutionnelle d'un management plus personnalisé notamment au travers du projet managérial. La relation de confiance nous semble le socle de la réussite et requiert une certaine capacité d'écoute et une démarche contractuelle. « *La confiance accordée à un cadre de santé en tant que manager est plus largement à l'organisation a de forts impacts sur l'engagement des collaborateurs, la performance et l'identité collective.* »<sup>7</sup>. Les jeunes recrues ne veulent plus se sentir des subordonnés mais veulent devenir de vrais partenaires. Il s'agit donc de chercher à opérer une évolution de la posture managériale.

### **1.2.2 Une société qui vient accélérer tous les processus**

Nous constatons par ailleurs une évolution sociétale qui accélère tous les processus en lien avec l'expansion d'outils informatiques ou de communication qui a pour conséquence d'augmenter considérablement les volumes d'informations manipulées. Les compétences technologiques liées à l'information prennent une part croissante dans le panel des compétences à acquérir pour se lier et collaborer (Kalika Guilloux, Laval, Matmati 2005)<sup>8</sup>. Il existe cependant un écart entre la conformité attendue par l'organisation dite bureaucratique hospitalière et les nouvelles exigences qui imposent un fonctionnement beaucoup plus rapide, plus transversal, délégatif et collaboratif. Cela met en évidence un certain décalage, traduisant un besoin d'activation d'un processus dynamique d'évolution managériale, lié à l'évolution du fonctionnement global de la société. Le développement des données et leur importance dans le monde de la santé modifient en profondeur le travail. Cela semble cependant mettre régulièrement en difficulté l'encadrement de proximité au niveau de son propre management.

Comme l'ont remarqué Bonnet et Bonnet (2003)<sup>9</sup>, la nouvelle professionnalité attendue des cadres et dirigeants plaide pour un accroissement des compétences qui fasse une large place aux habiletés d'interface, de médiation, de gestion symbolique. Aujourd'hui on prête à la fonction une dimension « *ressources humaines prononcée* ». « *La fonction de manager*

---

<sup>7</sup> Denis COCARD -Soins Cadres n°95- Novembre 2015-p41-43.

<sup>8</sup> KALIKA Michel, GUILLOUX Véronique, LAVAL Florence - Introduction : e-RH réalités managériales – 2005- p1-6 (357p)

<sup>9</sup> BONNET Rosette, BONNET Jacques, Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants : entre le rationnel et le sensible, Paris, l'Harmattan. p136 ( 250)

*s'est également complexifiée dans la mesure où elle exige de la part du responsable une aptitude nouvelle à mobiliser les qualités de tous au service d'un intérêt général (qu'il convient en outre de redéfinir souvent) »* disent Barabel et Meier (2004).

### **1.2.3 Le Système d'Information Hospitalier (SIH) révélateur générationnel.**

Jérôme Lanvin<sup>10</sup> rappelle que nous vivons une révolution numérique qui ne concerne pas que le monde de l'information et de la communication, mais également notre manière de travailler.

Cette mutation s'illustre par la transformation de l'espace et du temps : la notion de distance géographique n'a plus d'importance, et les temps sont raccourcis. Il faut être disponible et pouvoir disposer de l'information quand on en a besoin. Cela a une influence sur la notion de lieu de travail qui en devient moins pertinente. La notion de mobilité devient générale : ce n'est plus une question d'espace de travail mais de connectivité.

La SNCF a par exemple profité de ce constat pour optimiser ses espaces inoccupés, qu'elle transforme en tiers lieux. *Un changement dans le mode de collaboration* : il est rare qu'un problème concerne un seul secteur, d'où l'utilité de collaborer pour gagner en efficacité. C'est le « *corpworking* », faire travailler ensemble et en dehors du périmètre de l'entreprise d'autres acteurs grâce à des espaces et des outils informatiques adaptés ; 50 % des entreprises prévoient avant la fin de l'année d'avoir installé un réseau social interne : les réseaux sociaux sont une responsabilisation dans l'accès à l'information, chacun allant chercher auprès de ses collègues les informations pertinentes, avec de la réactivité et sans lien hiérarchique. Cela favorise les logiques à court terme, mais dans une relation d'échange et de confiance. *Un changement dans la responsabilisation* : le fait de donner un accès large à l'information est une marque de confiance et une mise en responsabilité des salariés, les entreprises souhaitant que ceux-ci soient plus autonomes avec des lignes hiérarchiques plus courtes.

Jérôme Rumeau, DRH CH de Perpignan<sup>11</sup>, évoque le changement de logiciel de suivi de la masse salariale au centre hospitalier de Perpignan. Pour l'accompagnement des cadres à la prise en main du nouvel outil, un suivi individualisé a été mis en place. Cela a été l'occasion de revoir l'organigramme pour savoir qui gérait l'organisation du temps de travail. Mais la surprise est venue de demandes qui n'avaient pas été anticipées : les agents ont profité de cette mise à jour pour avoir accès à leur planning en ligne, depuis l'hôpital ou leur domicile, notamment *via* Facebook et sur Twitter. Cela a provoqué des questionnements en termes de réglementation, de fiabilité, mais également sur la manière dont les cadres géraient les plannings. Cette évolution a permis de repenser les pratiques.

---

<sup>11</sup> « RH 2.0 : nouveaux modes de management ? », Techniques hospitalières, 2015 p27.

Les NTIC doivent avant tout être au service d'une politique, d'un hôpital, avec une dimension humaine. La Directeur des Ressources Humaines (DRH), la DS et la Directeur des Affaires Médicales (DAM) portent cet aspect plus que tous. Le DRH est le principal acteur de la politique de management que l'établissement souhaite mettre en œuvre, il nous semble primordial d'associer l'ensemble des métiers dans cette politique managériale qui va concerner de façon synergique le Personnel Médical (PM) et le Personnel Non Médical (PNM). Si les patients utilisent des portails à distance, le télétravail paraît peu adapté pour la plupart des emplois hospitaliers du soin. Les NTIC dictent une évolution du rôle des cadres et de la gestion des ressources humaines. L'hôpital reste un endroit très hiérarchique et, si le cadre tend à devenir facilitateur et traducteur, c'est une évolution qui reste à construire.

### **1.3 Un constat qui nécessite pour l'encadrement d'organiser le transfert d'expertise intergénérationnelle**

L'un des enjeux majeurs du management intergénérationnel est de favoriser la coopération intergénérationnelle afin de permettre la transmission des compétences entre générations permettant le développement professionnel de chacun. Ce développement professionnel se définit comme un double processus caractérisé, d'une part, par un processus d'apprentissage professionnel, c'est-à-dire par une construction des savoirs professionnels à partir des savoirs théoriques et pratiques acquis dans les situations de la vie quotidienne et dans les activités professionnelles. Ce processus d'apprentissage permet l'amélioration des compétences professionnelles, par la mobilisation de ces savoirs conjointement aux ressources personnelles et environnementales, de façon pertinente dans les situations de travail (Le Boterf, 2013<sup>12</sup>). Il induit donc une interprétation à la fois individuelle et collective pour ajuster ou modifier sa pratique professionnelle<sup>13</sup> (Butler, 2005 ; Savoie-Zajc, 2010 ; Wittorski, 2009)<sup>14</sup>.

Nous vivons aujourd'hui dans une société du savoir où l'avantage concurrentiel ne se résume plus uniquement à la gestion des ressources mais bien à la capacité à mobiliser les savoirs individuels et collectifs. Dans ce contexte, l'importance de préserver, maintenir et faire évoluer les savoirs devient un enjeu majeur. On se retrouve confronté à 3 niveaux de problématiques dans cette notion de transfert intergénérationnel (Begin 2003) pour construire le développement professionnel :

---

<sup>12</sup> LE BOTERF Guy - Construire les compétences individuelles et collectives- Editions EYROLLES- p56

<sup>14</sup> **Marilène Gosselin, Anabelle Viau-Guay et Bruno Bourassa**, « Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 16-3 | 2014.

- La capitalisation des savoirs, le transfert des savoirs des professionnels qui quittent ou quitteront prochainement l'organisation.
- Le partage des savoirs et l'échange des connaissances en cours d'emploi.
- L'intégration des nouveaux arrivants qui souhaitent prendre part à l'organisation en place mais aussi contribuer à son renouvellement.

Dans ce contexte, le directeur des soins a un rôle d'animation et de formation des cadres de santé pour leur permettre de prendre pleinement conscience de ces enjeux de besoins de transfert intergénérationnel. Ces enjeux reposent sur la capacité des managers à réussir l'intégration des nouvelles générations qui ont un rapport au travail différent, à fédérer une équipe intergénérationnelle qu'il faut mettre en situation de coopérer et d'innover ensemble, et à organiser la transmission des compétences et du savoir en renforçant la cohésion et en développant l'intelligence collective.

#### **1.4 Une question de compréhension pour le DS : identifier les freins et les facteurs de succès au développement professionnel intergénérationnel.**

L'intérêt porté au management de la diversité générationnelle au sein des organisations de santé a progressivement orienté notre travail de recherche vers le concept de développement professionnel. Ce concept traite des processus dynamiques des pratiques, des comportements et des modes de pensée qui vont configurer le déroulement des carrières<sup>15</sup>.

Or, comme le notent Fessler et Christensen (1992), le développement professionnel est le produit d'une interdépendance entre le vécu personnel, le vécu professionnel et l'organisation de l'institution.<sup>16</sup> Ainsi, pour comprendre l'évolution des pratiques et des modes de pensée des professionnels, il est nécessaire de prendre en compte les éléments des conditions (sociales, relationnelles, organisationnelles, institutionnelles, culturelles, etc.) de l'exercice professionnel<sup>15</sup>

L'importance de ces enjeux du développement professionnel nous encourage en tant que futur directeur des soins à nous poser la question suivante :

#### **Quels sont les freins et les facteurs de succès au développement professionnel des différentes générations dans les équipes de soin hospitalières ?**

Pour répondre à cette question, nous allons poser les sous questions suivantes et ainsi structurer notre travail autour de trois axes :

---

<sup>15</sup> **Questions Vives**-Recherches en éducation-Vol.5 n°11 | 2009-Le développement professionnel : quels indicateurs ? Gwénaél Lefeuvre, Audrey Garcia et Ludmila Namolovan

<sup>16</sup> Fessler, R., & Christensen, J. (Ed.). (1992). *Teacher career cycle: Understanding and guiding the professional development of teachers*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- En quoi une gouvernance hospitalière qui cherche à promouvoir une débureaucratiation peut contribuer au Développement Professionnel InterGénérationnel (DP IG) ?
- En quoi un management agile rend-il possible le DP IG dans les équipes de soins ?
- En quoi un système d'information et de communication performant est essentiel au DP IG ?

## **2 De la notion de génération au défi du développement professionnel**

### **2.1 Définir la notion de génération**

Appelée « cohorte » en biologie et en médecine, le XX<sup>ème</sup> siècle a vu l'adoption du terme génération pour désigner la sédimentation d'une tranche d'âge à partir d'événements fondateurs (génération mai 68, attentats du 11 septembre 2001.) Chaque génération se succède pour former la destinée humaine.

En dehors de l'âge, ce sont plus les critères socio-économiques, culturels, relatifs à la formation ou à l'environnement qui vont définir la notion de génération. Nathalie Dupont, maître de conférences à l'Université de Caen décrit leurs caractéristiques.<sup>17</sup>

Entre la génération des « traditionalistes vétérans » nés avant 1950 en général animés par le respect des règles et le sacrifice de soi et les « baby-boomers » (1950-1965) nés dans un environnement de prospérité économique avec des trajectoires de vie très linéaires, les attendus sont assez divergents. La génération « X » (1965-1980) qui a grandi dans un environnement économique complexe semble faire preuve d'une volonté d'indépendance et d'autonomie. Ensuite, la génération dite « Y » redoutée de bon nombre de managers, très à l'aise avec les NTIC, se caractérise par une volonté d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Enfin, l'arrivée de la génération Z (1995-2015), dont on identifie les caractéristiques essentielles : maîtrise des tablettes, le besoin d'être populaire au sein de sa communauté et une certaine difficulté à faire le choix entre des sollicitations multiples, ou à se concentrer face à un flux d'informations toujours plus abondant. Selon les chiffres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la génération Y représentera en France 50% de la main d'œuvre d'ici la fin de la décennie. Ce phénomène est donc appelé à durer.

La génération Y dont le comportement est caractérisé, selon Benjamin Chaminade<sup>18</sup>, par quatre tendances :

- l'individualisme,

---

<sup>17</sup> N DUPONT-Les ressources de la génération Y- 2015

<sup>18</sup> Jean-Louis Alcaïde – Benjamin Chaminade -Manager la génération Y (2015), pages 6 à 8

- l'interconnexion permanente avec sa « tribu » via Internet et les réseaux sociaux,
- l'impatience avec « la volonté d'être écouté et pris au sérieux »
- l'inventivité.

Tous ces éléments contribuent à ce que cette génération requiert un management différent du fait de son identité sociale singulière.

Cette génération concerne tous les managers, cadres dirigeants, chefs d'entreprise, grande, moyenne ou petite, et en réalité tous les employeurs, y compris les administrations publiques. Car, « dans la compétition économique toujours plus rude ou face à l'exigence grandissante d'efficacité des politiques publiques », il s'agit « non seulement de recruter les jeunes talents, pluri-diplômés ou non, mais de les garder, de les motiver et d'en tirer le meilleur »<sup>19</sup>.

## 2.2 Le concept de choc des générations

Le concept de choc de générations est récurrent dans la littérature professionnelle, il se rapporte aux diverses tensions présentes entre deux groupes ayant comme principales différences, l'âge. La sociologue française Attias-Donfut précise l'influence déterminante de ce type de conflits dans notre évolution sociétale <sup>20</sup> : « les conflits de générations en science, en art ou en politique sont une constante de l'histoire, la succession des vagues de générations étant la source profonde de l'alternance de la pensée. » Il soutient que les conflits générationnels sont aujourd'hui moindres ils rapprochent cela aux rapports sociaux d'autorité qui évoluent : « L'autorité n'est plus la cible, les rapports jeunes/adultes ont été redéfinis en terme de dialogue et moins en terme de pouvoirs : la nouvelle jeunesse est plus libre, plus affirmée, se manifeste dans ce qu'elle est plus qu'elle ne se révolte. Héritière des libertés acquises par ses prédécesseurs, elle se positionne comme acteur de son avenir. »<sup>20</sup>

En dehors de sa perspective sociale, le conflit générationnel est perceptible dans le monde du travail, son origine organisationnelle est souvent soulignée que ce soit par le fait du recrutement massif de jeunes ou par l'apparition de statuts jugés discriminatoires par les plus jeunes. Quelle que soit l'origine des conflits, pour Kupperschmidt<sup>21</sup> le refus de reconnaître l'existence des différences générationnelles en milieu de travail aurait comme conséquence d'augmenter les tensions, de diminuer la satisfaction au travail et en définitive de réduire la productivité globale d'une organisation.

<sup>19</sup> Jean-Louis Alcaïde – Benjamin Chaminade -Manager la génération Y (2015), page 15

<sup>20</sup> ATTIAS-DONFUT Claudine, *Sociologie des générations. L'empreinte du temps*, Paris, P.U.F., (1988) p37

<sup>21</sup> **Kupperschmidt B. R.**, « Multigeneration Employees: Strategies for Effective Management », *The Health Care Manager*, vol. 19,n° 1, 2000, p. 65-76.

### **2.3 Favoriser le développement professionnel au-delà de la notion de diversité générationnelle.**

Le concept de développement professionnel a émergé d'abord dans les recherches de type managérial avec une popularité croissante au fur et à mesure que le marché du travail s'engageait dans une restructuration majeure axée notamment sur la polyvalence de la main-d'œuvre et sa responsabilisation face à la qualité du travail fourni (Bryant, 2007)<sup>22</sup>. C'est dans cette même optique, par exemple, que le concept de compétence a pris le pas sur celui de qualification. Pour Nault (2005) : « Le développement professionnel est la somme des apprentissages effectués de façon formelle ou informelle au cours de la carrière, de ses débuts jusqu'à la retraite ».

Le développement professionnel est un processus dans lequel le travailleur s'engage afin d'en arriver à un niveau de maîtrise et de compréhension supérieur de sa pratique. Comment arriver à favoriser cet engagement? Certains auteurs soutiennent que le développement professionnel ne saurait se faire de manière informelle pendant que d'autres vont jusqu'à inclure l'apprentissage informel comme modalité de développement. Enfin, certains vont insister sur la dimension collaborative du processus pendant que d'autres mettront l'accent sur l'engagement personnel. Ainsi, nous comprenons que le développement professionnel est multidimensionnel intégrant le travail en tant qu'ensemble de tâches, le groupe de travail en tant qu'ensemble interactionnel, et le contexte organisationnel en tant que système de rôles<sup>23</sup>. Le développement professionnel intègre la notion de diversité générationnelle dans sa dimension interactionnelle. Sainsaulieu (1977, 1984) et Dubar (1996) mettent l'accent sur les interactions au travail lesquelles seraient centrales dans la structuration de l'identité professionnelle. Ces deux sociologues, influencés par le courant interactionniste, insistent sur le fait que la culture organisationnelle que doit connaître le nouveau travailleur se modifie sans cesse. Par ailleurs, leurs travaux laissent voir qu'au sein d'une organisation, on retrouve différentes identités professionnelles qui renvoient à autant de catégories de « travailleurs » différents. Cette diversité de travailleurs n'est pas sans présenter un défi, celui de parvenir à trouver un consensus à l'origine du développement d'une identité commune qui constitue le sentiment d'appartenance des membres de l'équipe nécessaire pour travailler ensemble vers un objectif partagé. Cependant, le processus de développement professionnel dans cette quête identitaire est considéré comme une sorte de « boîte noire ». En effet, les recherches ne mesurent pas ce qui se passe à l'intérieur du processus mais seulement ses résultats

---

<sup>22</sup> Bryant, C.C. (2007). *A study of the evaluation procedures for professional development among public school districts in Virginia*, Thèse de doctorat. Virginia: The college of William and Mary in Virginia.

<sup>23</sup> Serge Perrot. Echelles de mesure de la socialisation organisationnelle: Etat de l'art et perspectives. *Management international*, HEC Montréal, 2009, 13 (4), pp.115-128.

au travers notamment de certains indicateurs tels que la mesure de la satisfaction au travail, l'évaluation de l'engagement professionnel, l'évaluation des savoirs et des compétences, la capacité à se maintenir dans l'emploi<sup>24</sup>. Mais, nos modèles de gestion des organisations en santé favorisent-ils ce développement professionnel ?

## 2.4 Du modèle bureaucratique à l'agilité dans les organisations sanitaires

### 2.4.1 L'hôpital : une bureaucratie professionnelle en mutation

L'utilisation du terme de « bureaucratie » est partagée entre son sens commun, assez péjoratif, et son sens sociologique. Dans le langage commun le terme de bureaucratie prend le sens de : « *Pouvoir politique des bureaux, influence abusive de l'administration* »<sup>25</sup>

La notion sociologique de bureaucratie est davantage une modalité particulière d'administration. Mintzberg (1982) a défini les organisations mettant aux prises éléments bureaucratiques et éléments professionnels au sein d'une typologie générale des organisations. Pour lui, les organisations sont toutes constituées de cinq parties : le centre opérationnel ; le sommet stratégique ; la ligne hiérarchique ; la technostructure ; les fonctionnels de support logistique.

A partir de l'importance relative des parties, il identifie cinq types d'organisations : les organisations entrepreneuriale, mécaniste, divisionnalisée, professionnelle et innovatrice.

L'hôpital représente une bureaucratie professionnelle car le centre opérationnel y tient un rôle prédominant avec des professionnels qui assurent son activité et participent à la conduite de sa stratégie. Si l'on répartit les personnels d'un hôpital suivant le schéma type d'une bureaucratie tracée par Mintzberg, les fonctions de support logistique sont tenues par la filière technique et la filière administrative y compris donc l'équipe de direction ; le centre opérationnel est constitué des médecins, de la filière médicotechnique et de la filière soins/rééducation ; au sommet stratégique se trouvent le conseil de surveillance et la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ; la technostructure rassemble le département d'information médicale, la cellule de contrôle de gestion et la direction des finances de l'établissement. Le centre opérationnel se caractérise par un travail qualifié, standardisé, empreint d'une grande autonomie individuelle.

Pour Smith (1970)<sup>26</sup>, deux lignes d'autorité coexistent au sein de chaque établissement de santé : l'une administrative et non professionnelle, l'autre charismatique, professionnelle et

---

<sup>24</sup> **Questions Vives-Recherches en éducation-Vol.5 n°11 | 2009**-Le développement professionnel : quels indicateurs ? Gwénaél Lefeuvre, Audrey Garcia et Ludmila Namolovan

<sup>25</sup> Voies nouvelles pour une étude de la bureaucratie révolutionnaire -Catherine Kawa Annales historiques de la Révolution française Année 1988 271 pp. 60-75

<sup>26</sup> CARRICABURU Danièle , MENOIRET Marie -Sociologie de la santé (2004), pages 27 à 40

médicale. Ces lignes s'imbriquent là où des agents sont soumis aux deux. Cette double ligne hiérarchique place les personnels paramédicaux quelquefois porte-à-faux, notamment les cadres de santé qui assument plusieurs fonctions : ils représentent les administrateurs non médicaux dans les services de soins; ils sont responsables de l'application des directives médicales; ils sont chargés de la mise en œuvre des actes relevant du rôle propre des infirmières. Mintzberg (1982, p. 318) constate que : « *Dans la bureaucratie professionnelle, on a fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste.* » Dans le contexte sanitaire et sociétal actuel, la nécessité d'un travail collaboratif et de mise en réseau de tous les acteurs est primordiale, ce modèle binaire est antinomique à cette nécessité de collaboration. Le modèle politique au travers des différentes réformes hospitalières contribue à impulser un changement de paradigme. L'émergence de l'organisation polaire constitue un bouleversement structurel profond qui a induit une évolution de la réalité hospitalière (Vallejo, 2018)<sup>27</sup> et nécessite un renforcement de l'évolution du mode de gouvernance.

#### **2.4.2 La réforme de la nouvelle gouvernance : une étape majeure d'évolution du modèle de gestion.**

L'émergence de la Nouvelle Gouvernance hospitalière est légitimée par deux raisons principales : « *la nécessaire adaptation de l'hôpital à un contexte en plein bouleversement et le besoin de corriger les dysfonctionnements de la bureaucratie professionnelle qui constituait le modèle de référence de l'organisation hospitalière* » (Crémadez, 2003 ; Dechamp & Romeyer, 2006)<sup>28</sup>.

<sup>29</sup>La nouvelle gouvernance s'est installée progressivement et a été réellement mise en place dans les établissements publics de santé au travers de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et la loi n° 2009-879 dite loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Cet ensemble de réformes a entraîné une structuration des établissements en pôles, sous-ensembles de l'hôpital, caractérisés généralement par une activité homogène. Ils sont sous la responsabilité d'un groupe pluri-métiers composé de médecins, de cadres de santé et de personnels administratifs. Cette nouvelle structuration de l'hôpital a pour objectif de

---

<sup>27</sup> J. Vallejo, N. Sampieri-Teissier et C. Baret (2018), « La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : Quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ? », 6ième congrès de l'ARAMOS, Paris.

<sup>28</sup> G. Dechamp et C. Romeyer (2006), « Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », Association Internationale de Management Stratégique, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Genève – Suisse.

<sup>29</sup> Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, DREES, n° 633, avril.

« permettre le décloisonnement des hôpitaux, la déconcentration de la gestion l'amélioration de la prise en charge des patients aussi bien que le travail pluridisciplinaire<sup>30</sup> ». Les pôles, dotés d'une masse critique, sont censés permettre une gestion déconcentrée en rapprochant des services, en limitant le nomadisme du patient et surtout en mutualisant les ressources. La nouvelle structure de l'hôpital suppose et impose un nouveau mode de management, comme le soulignent Marian et Leludec (2005)<sup>31</sup>. La gestion par pôles d'activité correspond à une évolution du management des hôpitaux, les décisions devant être prises sur un mode collaboratif : les pôles sont désormais dirigés par un trio constitué par un médecin chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif. Une grande partie des objectifs de l'organisation polaire vise donc la transversalité et le décloisonnement au sein des établissements hospitaliers à deux niveaux : au niveau stratégique et de la gouvernance en associant les responsables médicaux davantage aux décisions institutionnelles (Fray, 2009)<sup>32</sup> mais aussi au niveau opérationnel c'est-à-dire au sein du pôle.

Plusieurs rapports produits en 2011 et 2012 ont montré qu'un certain décloisonnement s'opérait :

- au niveau de la gouvernance de l'établissement, la structuration polaire a fait tomber certaines barrières entre les équipes médicales et de direction (Zeggar *et al.*, 2010)<sup>33</sup> ;
- au niveau des équipes polaires, elle a favorisé les échanges d'information réguliers et une meilleure « collaboration entre des mondes souvent opposés » (Domy, 2012, p. 29)<sup>34</sup> ;
- entre les pôles, elle a permis une certaine mutualisation de ressources et « horizontalisation » de l'organisation hospitalière (Acker *et al.*, 2012)<sup>35</sup>.

La mise en œuvre de cette nouvelle gouvernance se fait à travers l'instauration d'une logique contractualiste qui s'appuie essentiellement sur une confiance réciproque entre la direction de l'hôpital et ses différents services, pôles d'activités et centres de responsabilités (Vallejo, 2018).

---

<sup>30</sup> Extraits du compte rendu du conseil des ministres du 02/08/2005

<sup>31</sup> Marian L., Le ludec T. (2005), « Pôle d'activité médicale : Cadre de gestion médicalisée ou communauté réduite aux « aguets » ? », *Gestions hospitalières*, n° 449, pp. 640-644.

<sup>32</sup> FRAY, A.-M. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, *Revue Management et Avenir*, 28, 142-159.

<sup>33</sup> ZEGGAR, H., VALLET, G., & TERCERIE, O. (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février.

<sup>34</sup> DOMY, P. (2012). L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements, In Nobre, T. et Lambert, P. (dir.), *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, Paris : Dunod, 27-42.

<sup>35</sup> ACKER, D., BENSADON, A.-C., LEGRAND, P., & MOUNIER, C. (2012). *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*. Inspection Générale des affaires sociales, avril.

Selon G. Dechamp et C. Romeyer (2006), la contractualisation, pivot de la nouvelle gouvernance hospitalière doit satisfaire certaines exigences pour réussir l'instauration d'une vraie gestion de proximité dans le milieu hospitalier.

Elle doit ainsi :

- **refléter la volonté exprimée par les acteurs hospitaliers dans une logique participative;**
- **permettre l'adaptation du système aux exigences de l'environnement ;**
- **permettre la définition des objectifs et des ressources pour les atteindre ;**
- **reposer sur un cadre législatif bien déterminé.**

La nouvelle gouvernance hospitalière s'appuie également sur d'autres concepts fondamentaux, qui doivent être pris en compte lors de son instauration, tels que le management participatif, la déconcentration, la délégation, la motivation du personnel et l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers des services hospitaliers.

### **2.4.3 Les perspectives managériales : en route vers l'agilité.**

L'agilité pour une organisation de travail se définit selon Jérôme Barrand, enseignant-chercheur à Grenoble Ecole de Management, comme étant la capacité dont une organisation se prévaut pour *“anticiper, bouger en permanence de manière juste et coordonnée pour contribuer à donner un sens commun”*.

La forte utilisation des NTIC, l'imprévisibilité et la complexité de l'environnement socio-économique des administrations renforcent les arguments avancés par les experts de l'émergence de ce type de management dans les organismes publics (Highsmith, 2009 ; Charbonnier-Voirin, 2011 ; Shahzad, 2016 ; Falquéro, 2017). L'agilité est ainsi devenue un levier d'amélioration des capacités des organisations publiques pour faire face aux différents risques et changements de leurs environnements (Deharo, 2018).

Pour faciliter la mise en place de ce type de management, les organismes publics peuvent avoir recours au « modèle de changement agile » qui s'appuie sur 4 principes essentiels :

- la destination co-construite,**
- **la collaboration,**
- **l'expérimentation,**
- **l'ancrage** pour s'assurer que tous les projets mis en œuvre s'insèrent dans la dynamique de transformation globale de l'organisme (Autissier et al., 2015).

*« Manager, n'est plus un métier, mais un rôle parmi d'autres à accepter, ceux d'expert, de coach, de facilitateur, de formateur et d'apprenant. »* (Cécile Dejoux, 2016). Pour Cécile Dejoux (Du management au leadership agile, Dunod, 2ème édition, 2016) la civilisation numérique modifie profondément les entreprises en engendrant en leur sein de nouveaux codes au niveau des règles de fonctionnement, du langage, de la culture, des acteurs en

présence et des jeux de pouvoir existant. Dès lors, tout manager doit s'adapter en acceptant que quatre repères essentiels soient modifiés par le numérique : les rapports au temps, au travail et aux comportements sont ainsi revisités et un nouveau style de management fondé sur de nouvelles compétences apparaît. L'acquisition de compétences numériques et l'optimisation de leur utilisation deviennent alors primordiales. Sa valeur ajoutée ne réside plus dans l'information qu'il possède mais dans sa capacité à capter et à diffuser de l'information pertinente et utile pour son équipe, le manager compétent d'un point de vue numérique se distingue désormais par sa capacité à mettre en place un système de centralisation des informations, de développer ses capacités à créer des réseaux sociaux collaboratifs et des communautés. Les managers et par-delà leurs structures pourront alors développer leur agilité managériale et organisationnelle nécessaire dans cette nouvelle civilisation numérique.

## **2.5 Le SIH : sa performance influe sur la qualité de vie au travail**

L'arrivée des nouvelles technologies dans l'univers des soins constitue un mouvement déjà ancien qui ne cesse de progresser parallèlement aux progrès technologiques actuels.

C'est dans les années 60 que le mouvement d'informatisation a réellement débuté dans les établissements de santé et médico-sociaux. A cette époque, des applications d'envergure nationale sont développées. Elles ont dans un premier temps une orientation très administrative en venant s'intéresser à des processus essentiellement financiers.<sup>36</sup>

Le mouvement de médicalisation des SI apparaît dans les années 80. L'offre est fortement segmentée notamment entre d'une part les établissements publics et d'autre part les cliniques privées. L'arrivée du plan Hôpital 2007 a rendu encore plus nécessaire l'informatisation de la production de soins des établissements ne serait-ce même que du fait du nouveau mode de financement des établissements (T2A) qui rend alors nécessaire une automatisation des processus qui doivent permettre une traçabilité exhaustive de l'activité des établissements.

En 2012, la stratégie Hôpital numérique définit un plan de développement et de modernisation des SIH qui s'est concrétisé notamment par la création de synergies entre acteurs institutionnels (Ministère de la Santé, agences nationales, fédérations d'établissements, ANAP, ARS etc) et l'instauration d'un volet financier innovant, se traduisant par un financement conditionné à l'atteinte de cibles d'usage sur les domaines d'informatisation prioritaires. Une dynamique d'amélioration des SIH a ainsi été lancée et l'informatisation des fonctions administratives et médicotéchniques semble aujourd'hui quasiment complète.

---

<sup>36</sup> NTIC- « *La nouvelle révolution médicale* » M. Jean DIONIS DU SÉJOUR, septembre 2004 Député et M. Jean-Claude ETIENNE, Sénateur Rapport n°1686 Assemblée nationale - n° 370 Sénat - consultable sur les sites Internet AN et Sénat

Ainsi, désormais, tout soignant quel que soit son lieu d'exercice est forcément confronté à l'outil numérique qui a encore un impact sur l'exercice professionnel et conséquemment sur la qualité de vie au travail des professionnels de la santé. La notion de qualité de vie au travail sera entendue comme correspondant à la définition formalisée dans l'ANI (Accord National Interprofessionnel) de 2013, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.

Aujourd'hui, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) « Ma santé 2022 » et de son volet numérique, la DGOS a lancé le programme HOP'EN qui constitue le nouveau plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans. HOP'EN a comme objectif de renforcer le socle de maturité nécessaire pour s'informatiser en toute sécurité et assurer une prise en charge de qualité quel que soit l'établissement de santé. Ce programme se décline en un ensemble de leviers opérationnels complémentaires qui s'articulent autour de sept domaines fonctionnels :

- Partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie
- Développer le dossier patient informatisé et interopérable et le DMP
- Informatiser la prescription alimentant le plan de soins
- Programmer les ressources et partager l'agenda du patient
- Piloter ses activités médico-économiques
- Communiquer et échanger avec les partenaires
- Mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients

On constate donc que ce programme a l'ambition de poursuivre la transformation en profondeur des pratiques du soin vers le 2.0 et donc aura pour conséquences une modification des tâches des professionnels et ainsi un impact majeur sur leur qualité de vie au travail. La place de la formation professionnelle et de l'accompagnement managérial devient vraiment prépondérante pour permettre de faciliter le développement professionnel dans une société 2.0 synonyme d'agilité.

### **3 L'enquête sur le terrain : une étude de cas.**

Le thème principal de ce mémoire porte sur le développement professionnel intergénérationnel dans les équipes de soins et sur l'influence de la gouvernance des établissements, de la posture managériale des cadres de santé et de la performance du système d'information sur ce développement professionnel. Ce projet implique une proximité avec les acteurs de terrain pour mesurer l'influence de ces facteurs. L'enquête repose donc sur une méthodologie qualitative et compréhensive (3.1). Les résultats de l'enquête seront présentés par sous questions et par catégories professionnelles (3.2). Une

synthèse de l'enquête permettra de répondre à la question principale et aux sous questions (3.3).

### **3.1 La méthodologie de l'enquête**

L'approche retenue pour notre travail est essentiellement qualitative, Mucchielli<sup>37</sup> définit la recherche qualitative en ces termes : « *les méthodes qualitatives sont des méthodes de sciences humaines qui recherchent, explicitent, analysent des phénomènes visibles ou cachés. Ces phénomènes par essence ne sont pas mesurables* ». Ainsi, le développement professionnel s'avérant difficilement quantifiable, nous avons choisi cette méthode.

Deux outils de recueil principaux ont été définis : entretiens semi-directifs et analyses documentaires.

Chaque entretien a été programmé, réalisé dans un lieu isolé, enregistré avec l'accord du répondant et a respecté les principes de l'anonymat. La durée des entretiens était comprise entre 45 minutes à 1 heure 15 minutes. Au regard de la question principale et des sous questions de recherche, une grille d'entretien a été élaborée, disponible en annexe II

L'analyse documentaire s'est effectuée après la période de stage par une consultation des documents institutionnels : le projet d'établissement, le projet social et managérial, le baromètre social. Une grille d'observation a été réalisée au regard des questions de recherche.

#### **3.1.1 Une analyse documentaire et la rencontre des acteurs clé**

##### **Le terrain étudié**

L'étude a été effectuée dans un centre hospitalier universitaire comprenant 5 groupements hospitaliers répartis sur la métropole. Les caractéristiques géographiques, économiques et démographiques de cet ES sont favorables à son développement. La région est dynamique sur le plan économique avec un bassin d'emploi très attractif. L'établissement dispose d'une capacité de recrutement qui est excellente, le turn over des professionnels est légèrement inférieur à la moyenne nationale, l'absentéisme global également. Il existe quelques métiers en tensions, infirmiers spécialisés notamment, qui le sont également sur l'ensemble du territoire. La situation financière de l'établissement est stabilisée avec un bilan excédentaire pour la troisième année, ce qui permet d'engager des mesures de valorisation financière pour les professionnels et de confirmer de nombreux investissements.

##### **Une double enquête**

Nous avons réalisé une double enquête avec une analyse des documents institutionnels pour étudier les axes politiques définis par la gouvernance et des entretiens auprès des acteurs clés pour étudier la manière dont cette politique est mise en œuvre sur le terrain.

---

<sup>37</sup> PAILLE Pierre-MUCCHIELLI ALEX- *l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-1994* p3

### **Une analyse documentaire**

L'analyse documentaire des projets institutionnels mobilise les éléments théoriques décrits en amont. Ces éléments recherchés sont constitués, pour le projet d'établissement, des caractéristiques de la nouvelle gouvernance hospitalière et, pour le projet managérial, du développement d'un renouveau managérial évoluant vers l'agilité. Nous voulons en effet étudier l'influence de ces éléments sur le développement professionnel inter générationnel. Nous étudierons en parallèle le baromètre social de l'ES pour nous permettre d'évaluer la satisfaction des professionnels sur certains critères définis comme étant contributif du développement professionnel (la satisfaction au travail, la qualité du contexte organisationnel, la qualité des relations de travail). L'analyse du baromètre social doit ainsi nous permettre de mesurer la résultante de la mise en œuvre des modalités de gouvernance, de la politique managériale et de la performance du SIH sur les professionnels. Nous essaierons de mettre en évidence des écarts de mesure intergénérationnels pour répondre à notre question principale.

### **Des entretiens semi-directifs**

Le choix des catégories socio professionnelles pour nos entretiens repose sur certains acteurs clé de l'ES autour de la gouvernance hospitalière, de la mise en œuvre de la politique managériale et de la performance du SIH.

<b>Acteurs de la gouvernance</b>	<b>Acteurs de la politique managériale</b>	<b>Acteurs de gestion du SIH</b>
Le directeur des Ressources Humaines	Le directeur des Soins d'un groupement	Directeur du Système d'Information Hospitalier
Le coordonnateur Général des Soins	1 cadre Supérieur de Santé à la coordination des soins chargée de l'accompagnement des cadres de santé	2 Cadres Supérieurs de Santé chargés du déploiement du DPI
Médecin membre de la CME	2 CSS chargés la gestion de pôle 2 CDS d'unités	

#### **3.1.2 Les difficultés et les limites de l'enquête**

L'enquête a été effectuée sur un site unique, les résultats ne pourront donc pas avoir de caractère généralisable, cela restera centré sur l'étude d'un phénomène dans un contexte singulier. Le choix des personnes interrogées n'est pas représentatif de toutes les opinions sur la question. En revanche, l'échantillonnage a cherché à représenter les différents groupes professionnels susceptibles d'avoir une influence sur la gouvernance hospitalière, sur la mise en œuvre de la politique managériale et sur la performance du système d'information hospitalier (SIH).

Lors des entretiens, des questions de relance ont quelquefois été nécessaires pour favoriser l'expression des répondants. Ces relances peuvent avoir entraîné une certaine influence dans la finalité des réponses. Un biais potentiel dans l'expression des représentations des répondants peut-être souligné en nous présentant en tant qu'élève directeur des soins au travers de nos prétendus attentes au travers de cette recherche.

Le temps limité et le contexte sanitaire très particulier ont créé deux éléments péjoratifs pour la réalisation des entretiens et leur analyse. Par ailleurs, l'accès restreint au centre documentaire de l'EHESP nous a contraints à réaliser la plupart des recherches par voie dématérialisée.

### **3.2 Les résultats de l'enquête et l'analyse.**

Nous allons débiter notre analyse en étudiant des résultats du baromètre social par le prisme de la mesure de la satisfaction au travail, de la mesure de la qualité du contexte organisationnel et des relations de travail. Ces trois éléments étant définis comme des indicateurs opérationnels du développement professionnel. Ils vont ainsi nous permettre d'entrevoir l'expression du potentiel de développement professionnel par le personnel médical et non médical de cet établissement.

Nous analyserons ensuite le projet d'établissement ainsi que le contenu des entretiens de certains acteurs de la gouvernance (DRH, Coordonnateur Général des Soins (CGS) et médecin membre de la Commission Médicale Exécutive) pour essayer de rendre compte des modalités de gouvernance envisagées dans cet ES.

L'analyse des modalités de gouvernance sera ensuite rapprochée des résultats du baromètre social pour chercher à étudier le lien entre la volonté des acteurs politiques à formaliser et rendre visible leur politique avec le ressenti des professionnels.

Nous analyserons pour suivre le projet social et managérial à partir de son contenu et des échanges que nous avons eus avec les acteurs de terrain. Nous rapprocherons également les éléments socles du projet managérial des résultats du baromètre social.

Enfin, nous allons chercher à évaluer la performance du SIH au travers des outils à disposition des professionnels et de l'accompagnement à leur utilisation notamment autour du Dossier Patient Informatisé (DPI). Nous considérons en effet que la performance du SIH est un levier de développement professionnel.

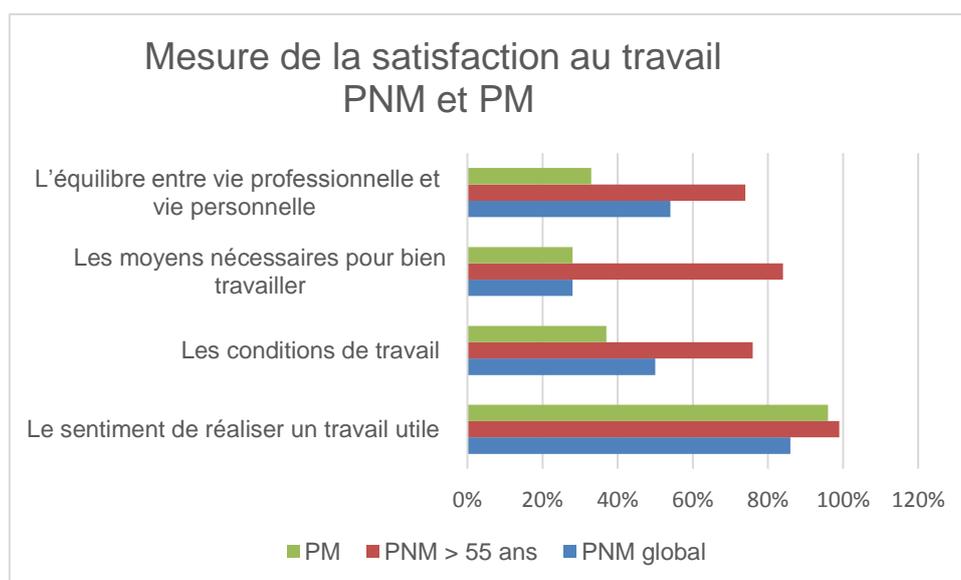
#### **3.2.1 Le baromètre social comme élément représentatif du développement professionnel.**

Nous avons vu que le développement professionnel est multidimensionnel intégrant le travail en tant qu'ensemble de tâches, le groupe de travail en tant qu'ensemble interactionnel, et le contexte organisationnel en tant que système de rôles. C'est cet ensemble systémique qui est décrit comme favorisant le développement professionnel.

Nous allons reprendre l'analyse des résultats du baromètre social mesuré en 2019 dans l'établissement pour rendre compte de l'expression du développement professionnel.

Ce baromètre social a été établi par l'Institut de sondage BVA au printemps 2019 à partir d'un questionnaire online sur un échantillon représentatif de la population de PNM et PM. L'échantillon global de PNM se compose de 76 % de répondants dont 61% de soignants, et 15% de personnel administratif et logistique. Cet échantillon contient 68% de femmes, de 32% d'hommes dont 20% de moins de 30 ans (génération Y), 50% de 31 à 45 ans (génération Y), 17% de 46 à 55 ans (génération X) et 13% de plus de 55 ans (génération X et baby boomer). La population majoritaire est donc représentée par la génération Y de sexe féminin. La représentativité des générations répond à ce qui est décrit dans le phénomène de retournement démographique avec une diversité générationnelle marquée. L'échantillon de PM est différent avec un volume de répondants inférieur (24% de la population totale de répondants) ce qui est représentatif de la proportion réelle PNM/PM. L'aspect intergénérationnel du PM ne sera pas non évaluable puisque les répondants sont uniquement dans la tranche des 31-45 ans.

### La mesure de la satisfaction au travail



### Pour le PNM

L'évaluation du travail en tant qu'ensemble de tâches sera mesurée au travers de certains indicateurs de satisfaction au travail issus du sondage: Les résultats sont exprimés sur un score calculé moyen avec notamment :

- Le sentiment de réaliser un travail utile dont le score de satisfaction est exprimé à **86%**
- Les conditions de travail : score de satisfaction à **50%**
- Les moyens nécessaires pour bien travailler : score de satisfaction à **28%**

- L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle : score de satisfaction à **54%**.

En dehors du sentiment d'utilité au travail, les résultats des autres indicateurs ne montrent pas un score de satisfaction très élevé, seul 1 professionnel non médical sur 2 est satisfait de ces conditions de travail et de son équilibre de vie et, seulement 1 sur 4 est satisfait des moyens mobilisables pour bien travailler.

#### **Une différence d'appréciation entre générations**

Il est à noter, au sein du PNM, que les plus de 55 ans ont des scores de satisfaction bien plus élevés (> 60%) sur les 3 derniers indicateurs et à 99% sur le sentiment d'utilité au travail. Il existe donc des disparités intergénérationnelles sur la mesure de ces indicateurs de satisfaction au travail.

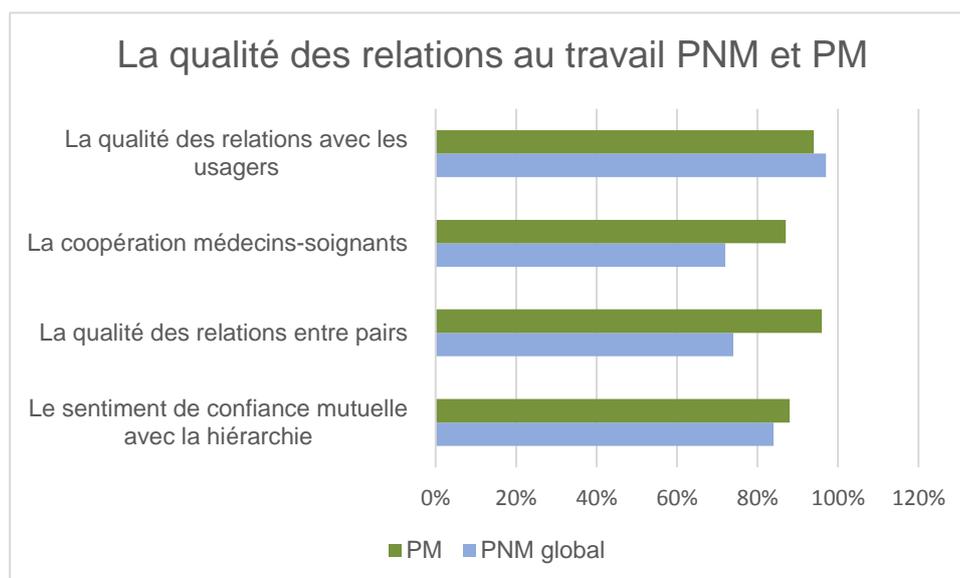
Cet écart de satisfaction est assez marqué sur l'accès au matériel. Les attendus des plus jeunes semblent supérieurs sur ce point lié à l'environnement de travail qui leur paraît plus fondamental notamment sur la question de l'adaptation à l'évolution technologique permanente. La question de la mobilisation des ressources disponibles dans l'établissement est peut-être mieux maîtrisée par les personnels ayant plus d'ancienneté. Comme nous l'avons décrit, le transfert d'expertise ne se réaliserait pas de façon optimale et provoquerait des difficultés à l'origine de ce type d'écart de satisfaction.

#### **Et entre PNM et PM**

Les résultats du PM dans l'évaluation du travail et de ses conditions d'exercice sont très inférieurs à ceux du PNM. En dehors de l'évaluation de l'utilité du travail (score = 96%), l'ensemble des autres indicateurs retenus montre un score de satisfaction autour de 30% (conditions de travail = 37%, équilibre vie professionnelle-vie personnelle = 33%, moyen nécessaires pour travailler = 28%). Ces résultats questionnent l'évaluation de la qualité de vie au travail du PM sachant que l'enquête est réalisée dans un CHU au sein d'un pôle attractif dans lequel il n'y a pas de difficultés de recrutement des compétences médicales. L'évaluation des moyens nécessaires pour travailler obtient un score à 28%.

Nous pouvons penser que les déclarants se placent dans une insatisfaction autour des moyens mobilisés (matériel, technologie) par manque d'autonomie ou par manque d'implication dans les choix qui sont faits.

## La qualité des relations au travail



L'évaluation de la qualité des relations au travail est mesurée au travers de certains indicateurs de satisfaction, les résultats sont exprimés sur un score calculé moyen au travers notamment :

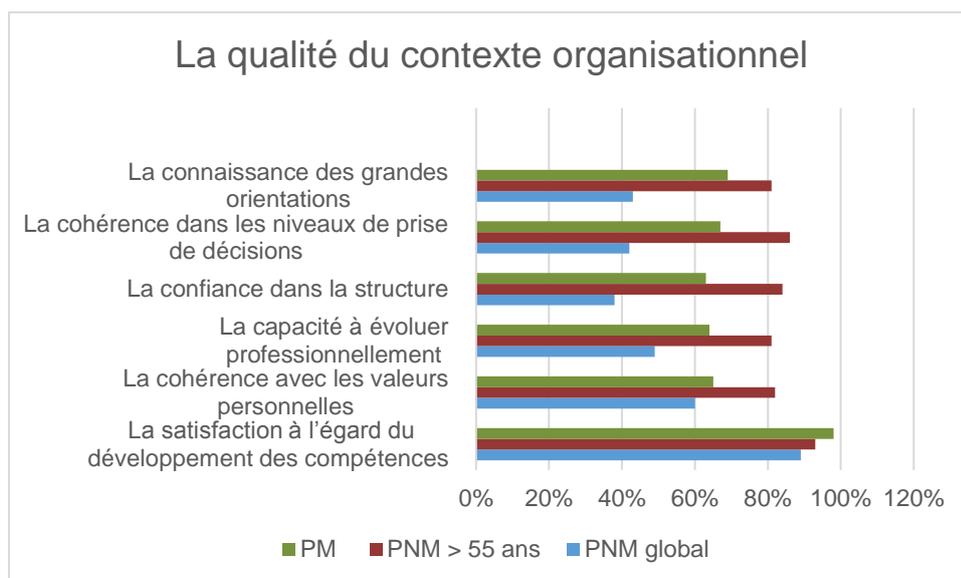
- du sentiment de confiance mutuelle avec la hiérarchie : score de satisfaction à **84%**.
- La qualité des relations entre pairs : score de satisfaction à **74%**.
- La coopération médecins-soignants : score de satisfaction à **72%**.
- La qualité des relations avec les usagers : score de satisfaction à **97%**.

### **PNM et PM en accord sur ce point, peu d'écart intergénérationnels**

L'aspect de la diversité générationnelle au sein du PNM n'influe pas sur les scores de satisfaction relatifs aux relations de travail de façon significative. La qualité de la relation avec les usagers est le point qui obtient le meilleur score toutes générations confondues, c'est la question centrale des métiers du soin qui réunit tout le groupe et qui sous-tend le sens du travail des soignants. L'ensemble des professionnels se retrouve sur ce point et montre un haut niveau de satisfaction ce qui traduit une organisation du travail qui permet de se centrer sur l'utilisateur.

Les scores du PM sur cet aspect des relations au travail montrent une confiance avec la hiérarchie médicale (score = 88%), de bonnes relations entre pairs et avec le PNM, une qualité de relation avec les usagers évaluée à 94% de satisfaction. Les indicateurs sont donc très favorables.

## La qualité du contexte organisationnel :



Pour illustrer ce dernier point qui va chercher à traduire l'impact de l'organisation en tant que système de rôles dans le DPIG, les indicateurs issus du sondage que nous avons retenus sont :

- La satisfaction à l'égard du développement des compétences avec un score global de satisfaction à **89%**.
- La cohérence avec les valeurs personnelles : score de satisfaction à **60%**.
- La capacité à évoluer professionnellement : score de satisfaction à **49%**.
- La confiance dans la structure : score de satisfaction à **38%**.
- La cohérence dans les niveaux de prise de décisions : score de satisfaction à **42%**.
- La connaissance des grandes orientations : score de satisfaction à **43%**.

### **La capacité de développement des compétences plébiscitée par le PM et PNM**

Toutes les catégories de professionnels expriment une capacité de développement de leurs compétences professionnelles. La place de l'établissement dans la région, son caractère hospitalo-universitaire, ses missions de recours l'expliquent probablement. Par ailleurs, l'ensemble du projet d'établissement met en évidence une volonté institutionnelle d'innovation et d'excellence. Cette politique est portée dans un esprit communautaire basée sur du co-développement, c'est pourquoi PM et PNM l'expriment.

### **Des différences d'appréciation entre générations**

En dehors du développement des compétences, les autres éléments liés à l'institution mettent en évidence un écart de satisfaction générationnelle au sein du PNM. La tranche des plus de 55 ans exprime des scores de satisfaction supérieurs sur tous les items liés à la gouvernance.

La question des orientations politiques de l'établissement ne semble en effet pas bien intégrée par les moins de 55 ans. Cela génère probablement une certaine incertitude traduite par une expression de la confiance en l'institution peu élevée. La question de l'implication des professionnels dans les choix politiques peut être soulevée pour créer la confiance. Nous retrouvons un besoin de comprendre et de participer à la politique et de ne pas seulement l'appliquer.

#### **Pour le PNM**

En synthèse, l'analyse du baromètre social met en évidence une population qui répond aux critères d'évolution démographique décrit dans le concept de retournement démographique avec une diversité générationnelle marquée. La population de PNM de cet ES est donc représentative de la population au travail aujourd'hui.

Il existe des écarts d'appréciation intergénérationnels marqués sur 2 des 3 facteurs étudiés : l'évaluation de la satisfaction au travail et la compréhension/adhésion à la politique institutionnelle. Les résultats d'appréciation des plus jeunes sont inférieurs sur ces 2 points. Sur le dernier facteur relatif à la qualité des relations de travail, on note une appréciation favorable avec une homogénéité inter générationnelle. Cependant, la question de l'intégration des orientations politiques semble à travailler dans l'ensemble du groupe PNM afin d'affiner la capacité du groupe à recevoir les messages relatifs au collectif : orientations politiques, décisions institutionnelles et les messages relatifs à l'individuel : évolution professionnelle notamment.

**Pour le PM** : l'échantillon est représentatif uniquement de la génération 31-45 ans. La diversité générationnelle ne permet donc pas d'illustrer les réponses. Ils expriment une satisfaction au travail notamment aux conditions de travail très inférieure au PNM, ils jugent cependant avoir des relations de travail de qualité. Le degré de compréhension du PM de la gouvernance et de l'implication politique semble plus affirmé.

### **3.2.2 Un projet d'établissement qui se veut objet de transmission de valeurs et d'une gouvernance évolutive.**

Le projet d'établissement de notre étude de cas réunit en un document unique : le projet médico soignant, le projet social et managérial pour une période de 5 ans de 2018 à 2023. Sa méthodologie de rédaction est singulière et a démarré à partir d'un ensemble de groupes de travail constitués des représentants de tous les acteurs de l'ES : médicaux, non médicaux, administratifs, technico-logistiques et de toutes générations. La volonté d'associer les métiers et les générations était présente d'emblée. Le DRH l'exprime ainsi : *« nous avons cherché à impliquer l'ensemble des acteurs de l'ES pour s'appuyer sur la diversité des métiers et des générations »*.

Ce projet repose sur 3 grands axes qui reprennent tous la notion de communauté hospitalière au travers de :

- **La place de l'établissement dans son environnement** avec :
  - La place de la territorialité,
  - Les objectifs stratégiques de santé publique,
  - Le développement de la recherche et de l'innovation.
- **La place de l'ES dans sa relation aux usagers** avec :
  - La personnalisation des prises en charge,
  - Le développement d'une approche « parcours »,
  - La volonté d'un accès égalitaire aux soins.
- **Le renouveau organisationnel et managérial** avec :
  - La mise en œuvre d'un management participatif, bienveillant et apprenant,
  - La promotion d'une contractualisation interne orientée vers la performance collective,
  - La performance du SIH,
  - La reprise d'investissements orientée vers la rénovation et la modernisation des bâtiments.

L'analyse du projet d'établissement va se réaliser en deux étapes. Nous avons décrit les caractéristiques d'une approche de la gouvernance qui tend vers la débureaucratiation du modèle de gestion hospitalier et qui s'appuie sur un certain nombre d'objectifs de contractualisation.

Nous allons donc essayer dans une première étape de dégager les points du projet qui répondent aux objectifs de contractualisation de la nouvelle gouvernance hospitalière et dans une deuxième étape d'essayer de mesurer leur impact sur le développement professionnel intergénérationnel de cet établissement. Pour cela, nous allons comparer la méthodologie et les résultats du projet d'établissement avec les données issues du baromètre social et ainsi rendre compte du ressenti des acteurs dans leur capacité à intégrer et à comprendre les orientations du projet dans leur quotidien professionnel.

### **Une méthodologie d'élaboration du projet d'établissement au service de la participation à la fois intergénérationnelle et interdisciplinaire**

Le premier objectif décrit dans les modalités de contractualisation de la nouvelle gouvernance hospitalière est de refléter la volonté exprimée par les acteurs hospitaliers dans une logique participative.

La méthodologie d'élaboration du projet d'établissement répond à cette volonté participative de façon très marquée. Ces éléments sont exprimés par le DRH et le coordonnateur général des soins lorsqu'ils s'expriment sur le mode opératoire de co-construction de ce projet :

*« Ce sont les gens avec les groupes de travail qui nous ont donné les idées pour bâtir le projet. ». « Le projet repose vraiment sur les demandes des jeunes générations d'un*

*management différent, ces générations sont plus demandeuses de sens et de participation, moins enclines à un management descendant. ». Le DRH souligne le besoin d'affirmer la coopération médecin-soignant, médecin-cadre de santé : « Quand on commence à creuser l'organisation de travail, l'absence de discussion PM/PNM est présente. On partait de rien et on sollicitait les cadres médicaux et non médicaux à partir d'un questionnaire. Certains ont accepté de participer à un entretien sur la base de ce questionnaire. C'est sur la base de la méthode appréciative, l'objectif est de mettre un binôme cadre-médecin dans une disposition positive de manière à leur demander une expérience de management réussi. De là on a sorti, les axes du projet c'est ce qui irrigue tous les travaux que l'on a mis en œuvre ensuite. ». Les entretiens menés avec les cadres de proximité viennent renforcer cette volonté de participation des acteurs à tous les niveaux de la chaîne du soin, il existe en effet des temps de réunion de travail hebdomadaires durant lesquelles se rencontrent tous les représentants des métiers de l'équipe pour aborder des questions du « travail ». « On fait un point tous les jeudis au moment de la relève du midi, on fait un temps où elles posent les questions. Les médecins participent c'est issu du Lean management on s'oblige à faire un point hebdomadaire de 10-15' pour faire un point régulier. Ça permet de donner la parole à chacun »*

### **Cette méthodologie se traduit dans la collaboration de proximité entre les responsables des pôles d'activité**

La structure polaire initiée par la nouvelle gouvernance cherche à impliquer les médecins dans la gestion hospitalière à la fois à une dimension stratégique dans l'élaboration du projet et à une dimension opérationnelle dans la vie des unités. Le représentant de la CME, chef de pôle, rencontré en entretien, décrit bien cette relation de proximité qu'il a réussi à construire avec le cadre supérieur du pôle « nous travaillons ensemble sur la plupart des projets, la gestion des ressources matérielles et humaines sont discutées ensemble pour optimiser la gestion du pôle notamment au travers de la contractualisation. » « J'essaie de relayer les décisions prises dans l'équipe médicale et d'impliquer les médecins avec lesquels je travaille dans les projets. » L'enquête de terrain menée en parallèle dans un pôle a fait ressortir cette organisation construite et « vivante » au travers notamment de réunions bimensuelles qui vont reprendre des dimensions organisationnelles, managériales, institutionnelles, d'innovation... FX Schewyer, sociologue, chercheur à l'EHESP, traduit dans son analyse de l'organisation hospitalière « la double ligne hiérarchique de la gouvernance hospitalière, médicale et administrative », il décrit la mise en place des pôles comme un levier pour atténuer ce clivage. Un cadre de santé interviewé souligne : « Le découpage est fait avec un chef de pôle sur l'ensemble du pôle mais aussi un chef de service par spécialité, on se voit un lundi sur 2, on aborde le moral des soignants, leur fatigue, les points d'organisation spécifiques, ensuite on a un médecin spécifique par

*secteur qui est référent sur la compétence des professionnels dans chaque secteur.» Cette description permet de mesurer le maillage institutionnel qui est défini pour chercher à favoriser l'interdisciplinarité et le souci du co-développement PM-PNM.*

### **Une volonté communautaire très affirmée**

Par ailleurs, on constate que les grandes orientations du projet d'établissement sont toutes exprimées autour de la notion de « communauté » que le Larousse définit comme étant « *un état, un caractère de ce qui est commun à plusieurs personnes* ». Le projet exprime la notion d'une *communauté exemplaire* autour de la territorialité et de la place de l'établissement de référence, d'une *communauté partenaire* pour illustrer la partie de relation aux usagers, d'une *communauté rassemblée* pour parler du renouveau organisationnel et managérial. Cela souligne la volonté d'acculturation à cette dimension communautaire et collective du projet d'établissement.

### **Un projet qui vise à donner du sens à son action dans un environnement en évolution**

Le deuxième objectif de contractualisation de la nouvelle gouvernance décrit la capacité de l'organisation à s'adapter aux exigences de l'environnement.

L'analyse du projet d'établissement montre une volonté d'adaptation à l'environnement à plusieurs niveaux, tout d'abord sur la forme du projet. Le document est facile à lire, porteur de messages clairs et concis, illustré avec des photos qui véhiculent des valeurs. Valeurs de cohésion avec des professionnels photographiés en équipe, valeurs de travail au travers de situations du quotidien, valeurs de partage dans les regards échangés. Le projet véhicule dans sa forme également la volonté identitaire de l'ES traduite notamment dans une charte graphique esthétique et reprise sur tous les supports de travail. Tous ces éléments de forme contribuent à répondre aux attendus actuels en termes de communication, avec une communication visuelle, simple et efficace qui véhicule une appartenance collective et stable.

Le projet dans sa structure globale traduit par ailleurs l'adaptation à l'environnement sanitaire et social de l'ES avec la prise en compte des besoins territoriaux eux-mêmes en lien avec les priorités de Santé Publique. Dans cette logique, l'accès aux soins et la réponse aux besoins de la population est une priorité exprimée. Cette formalisation paraît « tomber sous le sens » mais cela définit pour les professionnels et pour la population, la structure de la politique menée par l'ES et les valeurs soutenues pour faire vivre le projet.

La place de l'utilisateur est en effet centrale avec une traduction effective de la dynamique des parcours et les objectifs de fluidité, de personnalisation de sa prise en charge. Le corollaire de cette logique de parcours est un décloisonnement de l'organisation nécessaire pour la mettre en œuvre. La dynamique du PM dans cette logique de parcours est traduite sur un niveau d'expertise reconnu et mis en valeur. Le volet « pratiques innovantes » associé notamment aux différents projets de recherche clinique est un axe fort du projet qui rend

visible à la population l'offre de soins et qui renvoie aux professionnels des signaux de reconnaissance.

Le troisième axe de structure de contractualisation de la nouvelle gouvernance est de **permettre la définition des objectifs et des ressources pour les atteindre**. Cet axe est exprimé dans le projet au travers de sa construction globale. Chaque orientation du projet est structurée avec un objectif général, des sous-objectifs que l'on pourrait définir comme objectifs opérationnels qui sont ensuite illustrés par des ressources ou actions concrètes. Des éléments factuels sont décrits, à la fois ceux existants et ceux en projet.

Enfin le dernier axe de contractualisation de la nouvelle gouvernance est de **reposer sur un cadre législatif bien déterminé**. Le projet d'établissement reprend comme nous l'avons dit dans sa structure des éléments en lien avec l'environnement et sa volonté d'adaptation. L'axe réglementaire s'inscrit dans cette dynamique, la mise en œuvre du projet est en lien avec le cadre réglementaire qui est par essence évolutif. Le cas du mode opératoire de déploiement des Infirmières de Pratique Avancées abordé en entretien avec le CGS est un exemple qui nous semble intéressant. Ce projet a donc été porté par la coordination générale des soins et le président de CME ou son représentant et a cherché à traduire la volonté politique et réglementaire de l'établissement. L'approche dans l'établissement s'est fait au travers d'un « IPA's Tour » animé par le CGS et un médecin pour rencontrer en proximité dans les pôles les acteurs et poser le cadre réglementaire, les objectifs du projet et les priorités de l'établissement. Ensuite chaque pôle s'est emparé ou non du projet pour proposer des candidats potentiels et définir la place envisagée de cette nouvelle pratique au sein du pôle. Le déploiement IPA illustre les orientations d'une gouvernance évolutive avec la volonté de s'adapter à son environnement dans une logique participative et au travers de définition d'objectifs et ressources. Ce type de projet est une réponse aux attendus d'évolution du système de santé. Il contribue à participer au développement professionnel en élargissant le champ de compétences des PNM notamment des jeunes générations. Il favorise également une évolution du mode de coopération PM-PNM qui est un facteur contributif du développement professionnel interdisciplinaire et participe au décloisonnement des métiers.

**En synthèse**, l'analyse du projet d'établissement met en évidence des éléments contributifs d'une volonté d'évolution du modèle de gouvernance orientée vers la collaboration, la participation intergénérationnelle et interdisciplinaire, le sens du travail et les valeurs collectives. Ces observations rapportées aux résultats du baromètre social montrent qu'il existe un écart entre la volonté politique de construction - transmission d'un nouveau modèle de gouvernance et la perception qu'en ont les professionnels. En effet, les éléments analysés et extraits du baromètre social sur les questions de gouvernance mettent en évidence une adhésion du PNM peu développée (score de satisfaction autour de 40%)

alors que les professionnels ont à leur disposition des supports de communication qui paraissent attractifs, synthétiques et construits. Cette volonté institutionnelle de transmettre les orientations politiques de l'établissement ne semble pas vraiment bien perçue par le PNM. En revanche, le PM semble beaucoup plus sensibilisé à cette dimension politique. L'effet volume du PNM est probablement un facteur à prendre en compte, le PM est en effet bien moins nombreux. La question des « relais d'opinion » et des modes opératoires de sensibilisation à cette dimension politique est certainement à adapter à la fois au volume des populations et aux spécificités de fonctionnements des groupes sociaux. La place occupée par le PM, dans la collaboration avec la gouvernance, est probablement plus lisible. Le représentant de la CME interrogé souligne bien l'importance qu'il accorde à transmettre les informations et à impliquer le groupe médical dans l'élaboration des projets.

### **3.2.3 Le projet social et managérial : la co construction et le renouveau.**

Nous cherchons à comprendre l'influence du mode managérial sur le développement professionnel intergénérationnel.

Le projet d'établissement intègre dans notre étude le projet social et managérial, nous allons cependant faire un focus sur le projet social et managérial au travers de l'analyse de la rédaction du projet, d'entretiens professionnels à la fois avec les acteurs de la gouvernance (DRH, CGS, membre de la CME) et les acteurs managériaux de terrain de deux pôles. L'objectif est double à la fois comprendre les éléments constitutifs du modèle managérial, notamment son caractère « agile », et la mise en œuvre de cette politique sur le terrain.

Nous ferons ensuite, comme pour le projet d'établissement, une comparaison des éléments dégagés du projet managérial avec les indicateurs de résultats du baromètre social en tant que résultante du ressenti du PNM et du PM de cette politique managériale et sociale.

Le projet social et managérial est construit autour de trois objectifs :

- Réguler les impacts du travail et de son organisation.
- Promouvoir un management participatif et équilibré.
- Accompagner les projets par profession.

#### **Un projet managérial construit sur la QVT**

Le DRH précise que « *la QVT irrigue tous ces axes, un projet qui soit vraiment sur la QVT au quotidien et dans toutes les dimensions de la QVT.* »

Le projet d'établissement au travers de son ancrage social et managérial cherche en effet à prendre une orientation vers la QVT en se dégageant de l'approche initiale des Risques Psycho Sociaux (RPS) et en déployant une politique institutionnelle commune et cohérente.

« *Avant 2014 les groupements faisaient un peu ce qu'il voulait, en 2014 on a essayé de structurer et que tout le monde fonctionne de la même façon sur la gestion QVT-RPS, on a*

*signé un accord avec les organisations syndicales qui mettait en place cette organisation générale dupliquée sur chaque groupement ».*

Au sein de chaque axe du projet social et managérial, sont déclinées des priorités qui sont animées dans l'établissement selon les principes du LEAN management. On retrouve les éléments d'un changement qui s'appuie sur une agilité managériale à partir de quatre principaux critères : **la destination co-construite, la collaboration, l'expérimentation et l'ancrage**. Le LEAN management en est un exemple, il est décliné dans les équipes avec notamment des rencontres LEAN type réunion 5 minutes qui sont des temps d'échanges quotidiens dans les services pour faire un point rapide. *« Cette méthode managériale est une composante de la QVT par diffusion de l'information, par prise en compte des compétences du terrain et par valorisation de chacun. »*

### **Un projet qui cherche à faire évoluer les codes traditionnels**

L'axe 2 du projet qui est « Promouvoir un management participatif et équilibré » repose sur des demandes issues du terrain. *« Les jeunes générations sont demandeuses d'un management différent ».*

Les priorités qui ont été co construites sur cet axe sont :

- Travailler ensemble
- Capitaliser sur les expériences réussies
- Cultiver la conscience
- Partager les valeurs qui portent nos actions
- Créer des conditions favorables à l'exercice du management.

### **Le travailler ensemble**

Le CGS déclare : *« On a organisé des journées de co construction ou hackathon du management ».* *« L'idée étant de réunir une cinquantaine de personnes, de créer 5 groupes de 10 et de les faire travailler pour donner une idée qui sera un prototype d'idée ensuite. »*

La question de la représentativité des générations et des métiers a été respectée pour assurer la composition des groupes de travail.

On retrouve dans cet exemple la co- construction, la collaboration. Ensuite, ces ateliers ont été suivis d'un groupe de travail pour concrétiser cette idée avec des actions abouties et ainsi passer à la phase d'expérimentation. La première édition a donné lieu à des idées de rencontres inter professionnelles appelées « *va voir mon job* », le DRH déclare « *ça a bien marché* ». Les retours des professionnels étaient positifs dans les deux sens, *« ceux qui ont accueilli, se sont sentis valorisés, et ceux qui découvraient un nouvel univers ont bénéficié d'une ouverture vers de la mobilité ou la connaissance plus approfondie des partenaires. »*

Un autre projet nous semble à souligner, il s'agit du projet « *construisons notre équipe* ». Ce sont des actions de formation de coach pour former au coaching le PM et l'encadrement

de PNM, ensemble, dans l'objectif d'acquérir une culture commune. Le DRH déclare avoir l'ambition de déployer une « *task force de coachs certifiés* » médico-soignants qui pourra elle-même transmettre les méthodes de coaching dans les unités « *c'est une formation qui est certifiante donc qui nécessite un vrai engagement personnel pour la suivre. 18 coach retenus en interne dont 7 médecins et des CSS mais aussi CDS et cadres administratifs* ». La co-construction insufflée concerne donc les équipes comprenant des professionnels de terrain, acteurs de soin et les professionnels chargés de l'animation au sein des équipes de soins. On retrouve bien une cohérence dans l'animation managériale, à la fois d'acculturation des managers à un même modèle et de transmission de ces valeurs aux professionnels par l'intermédiaire d'actions concrètes.

### **Créer des conditions favorables à l'exercice du management**

La vision des professionnels de terrain sur ce renouveau managérial est intéressante. Les entretiens avec le directeur des soins, la cadre supérieure de santé et la cadre de santé d'un même pôle convergent sur des priorités qui sont synergiques.

Le directeur des soins chargé de l'animation de l'encadrement soignant s'attache particulièrement à l'axe du projet managérial qui concerne l'accompagnement de l'encadrement pour faire vivre le projet managérial. Le soutien institutionnel est exprimé au travers des processus d'accompagnement des cadres de terrain et cadres supérieurs de terrain. Le groupe professionnel de DS, coordonné par le CGS, a mis en place un « incubateur de cadres et de cadres supérieurs ». Ces 2 processus visent à repérer les talents dans les équipes, leur permettre de faire mûrir leurs projets et leur donner les moyens et les outils pour devenir des managers épanouis. « *L'idée est de faciliter la prise de poste et de générer un vivier de candidats* ». Il s'agit pour les 2 processus d'une année de formation qui est proposée aux candidats, repérés par l'encadrement. Cette année est faite d'une rencontre mensuelle entre PM faisant fonction de CDS ou CSS, qui permet d'échanger sur sa pratique ou sa future pratique et d'acquérir les bases méthodologiques et l'acculturation nécessaires à l'exercice de la fonction. Cette formation a été co-construite par le groupe de cadres et de cadres supérieurs à partir des référentiels de compétences métier mais aussi à partir des besoins et attendus exprimés par les professionnels de terrain au travers de la culture institutionnelle. La cadre supérieure chargée du projet précise : « *on a travaillé les thématiques en collèges de cadres supérieurs, on a défini les thématiques prioritaires et on s'est retrouvé avec 640 post-it à trier, on en a dégagé les 10 thématiques et à partir de ces thématiques on a dit au cadres supérieurs, qu'est-ce que vous y mettez dedans? Fiche format A3 format LEAN qui quand comment pourquoi? Nous derrière on a repris module par module le format A3 de chaque groupe* » Cet accompagnement participe à la sécurisation des prises de fonctions managériales et contribue au développement professionnel des cadres. Cet accompagnement est affiché comme bienveillant et cherche à transmettre une culture managériale collective qui répond aux objectifs du projet

d'établissement dans son sens communautaire *« les candidats se retrouvent tous les mois pour échanger et partager leur quotidien et faire des allers-retours entre leurs expériences de terrain et les apports reçus. C'est une façon de rompre l'isolement de cette fonction. »*

### **Partager les valeurs qui portent nos actions**

Le cadre supérieur de pôle interrogé exprime les relations de confiance qu'elle essaie de construire avec les cadres de son pôle, ces relations de confiance sont retranscrites dans le discours du cadre de santé. Il y a une volonté de confiance mutuelle qui semble réelle. La procédure de recrutement au sein du groupement est réalisée la plupart du temps au niveau des pôles dans le cadre de la délégation de pouvoir, les cadres de santé ont une place dans ce processus. *« Il y a plusieurs niveaux. Il peut y avoir une proposition faite par la CSS et alors on fait l'entretien à 2 voix, et puis un 2ème niveau où nous on sent une possibilité chez une stagiaire qui vient en stage et qui a le potentiel ».*

L'approche du management par le sens est très présente dans les propos de la CDS qui fait part de la valeur cardinale que représente l'égalité d'accès aux soins pour tous. C'est en effet un axe du projet d'établissement qui est porté par l'encadrement et transmis aux équipes. *« Le premier point est l'accès aux soins pour tous, c'est notre priorité ».*

### **Cultiver la conscience**

Au sein du service, un accompagnement des nouveaux arrivants est mis en place de façon systématique et est conduit par le cadre de santé. Cet accompagnement rentre dans le processus tutorat-compagnonnage institutionnel qui permet d'évaluer les professionnels à leur prise de poste. *« Je reçois en entretien tous les nouveaux arrivants, ce temps me semble fondamental ; j'essaie de ne pas le louper ».* Un outil d'évaluation « maison » sur le mode d'une cartographie des compétences permet au nouvel arrivant de s'autoévaluer et ainsi de mesurer au regard des compétences et activités à acquérir, les points de progrès les plus saillants. Le compagnonnage mis en place par un pair est donc adapté en durée et en activités en fonction des besoins du nouvel arrivant. *« C'est vraiment valorisant pour la personne, ça donne du sens à son intégration, ce n'est pas seulement dire voilà ce qui se passe dans le service, c'est pour nous dire, vous en êtes là mais ce n'est pas terminé, nous allons vous aider à vous adapter, ça donne de la confiance à la personne qui va s'appuyer sur son expérience antérieure ».*

Cette cartographie est un outil d'évaluation qui est ensuite utilisé pour bâtir l'entretien annuel d'évaluation des professionnels et ainsi définir des axes de formation continue. *« Au travers du processus d'évaluation annuelle on a la possibilité de mesurer les compétences de l'équipe et de planifier les besoins en formation impératifs à aligner sur l'année suivante. »*

Les cadres de santé sont acculturés à cet accompagnement : *« on a tous reçu une formation il y a 5 ans sur cet outil, c'est une CSS en transversal qui s'occupait de ça. Il y a*

*des compétences à coter de 1 à 7 avec précision, c'est une cartographie des compétences à acquérir par métier ».*

### **Capitaliser sur les expériences réussies**

L'outil LEAN est assez présent et vivant dans l'unité étudiée. Une réunion hebdomadaire est organisée avec le PM et le PNM. Pour préparer la réunion un tableau est à la disposition de professionnels avec des post-it à coller en fonction des sujets qui leur semblent à aborder. Ensuite la CDS et le médecin responsable priorisent les post-it pour avoir une réunion hebdomadaire d'une durée de 20 minutes maximum. Les post-it non abordés le seront à une prochaine réunion ou seront traités par un point formation ou information à destination de tous. La CDS de l'unité précise *« ce tableau marche bien, le personnel, tous AS et ASH aussi, viennent déposer un post-it pour faire remonter quelque chose, c'est du concret ».*

Cet outil que représente le LEAN permet de structurer les contenus et de suivre les projets du service. Il est vecteur d'organisation, de dialogue et de valorisation des expériences. *« On essaie de rendre visible grâce au LEAN ce que l'on a fait et ce que l'équipe voudrait voir se poursuivre. »*

Le volet générationnel est abordé par la cadre de santé dans son analyse de la vie de l'équipe. Elle met en évidence une capacité de positionnement dans la prise de décision des jeunes générations plus affirmées que par le reste du groupe. *« La nouvelle génération est beaucoup plus directe sur le NON, les plus vieux vont essayer de concilier et diront si ce n'est pas possible les jeunes sont beaucoup plus dans le NON par rapport à la gestion de la vie perso ».* Des modalités d'organisation de la Gestion du temps de Travail (GTT) ont été établies en équipe pour définir le mode opératoire et répartir équitablement les contraintes. Des points de régulation réguliers sont faits par la cadre de santé mais une autonomie est laissée pour les ajustements internes. Par ailleurs, concernant l'engagement au travail, la participation aux projets de service, à la vie institutionnelle, la différence générationnelle ne semble pas exister. *« Autrement au niveau de l'engagement institutionnel, elles sont engagées de la même façon ».* La cadre de santé exprime un échange de pratiques et d'expériences qui est favorisé par la dynamique du service et notamment les modalités du LEAN. *« On se retrouve tous au moment des relèves, j'essaie d'être présente pour avoir un regard sur les pratiques et alimenter les réunions LEAN ensuite. »*

En synthèse, l'analyse du projet managérial montre une volonté de renouveau managérial, vecteur d'agilité, avec des éléments participatifs autour de la co-construction, du sens et des valeurs communautaires qui sont tout à fait en cohérence avec la structure générale du projet d'établissement. La mise en œuvre sur le terrain de ce projet managérial, au travers de l'enquête que nous avons réalisée, montre une réelle volonté d'adéquation entre

les axes stratégiques et leurs caractères opérationnels dans les pratiques observées des managers.

La volonté institutionnelle « d'irriguer » le projet de la QVT se traduit dans le retour sur l'évaluation de la satisfaction au travail dans le baromètre social. Ce facteur contributif cardinal du développement professionnel, reçoit une évaluation favorable à 86% par le PNM. Le PM porte une évaluation de la satisfaction globale au travail inférieure au PNM dans sa traduction du baromètre social, la difficulté de mettre en adéquation vie professionnelle et vie personnelle est l'élément le plus péjoratif.

Le développement des savoirs et des compétences qui est le deuxième facteur contributif de développement professionnel est observé sur le terrain dans la mise en œuvre du projet. Nous avons décrit la cartographie des compétences et l'accompagnement des professionnels réalisés par les cadres de proximité. Le développement des compétences est évalué favorablement par le PNM dans les résultats du baromètre social. La capacité à évoluer professionnellement est cependant un point assez mal évalué par le PNM (49% d'évaluation positive), les entretiens menés auprès de l'encadrement mettent en effet peu en évidence la notion de parcours professionnel et de possibilité de mobilité. L'évolution professionnelle est envisagée au sein du pôle d'activité mais peu à la dimension de l'établissement. La question de l'évolution professionnelle du PM n'a pas été abordée en entretien.

Pour finir, l'ensemble des mesures prises par l'établissement pour construire le projet managérial sont traduites par de multiples expériences pratiques et ainsi rendues visibles aux professionnels qui l'expriment au travers notamment de l'évaluation positive de leur satisfaction au travail.

### **3.2.4 Le SIH : facteur de performance.**

Nous avons fait le constat que les systèmes d'information dans le domaine des soins sont marqués par une complexité forte et un morcellement qui nuit probablement à son efficacité et à son ergonomie. L'analyse de la performance du Système d'Information Hospitalier (SIH) et son impact sur la Qualité de Vie au Travail (QVT) est un facteur de développement professionnel. Nous allons essayer de voir au travers de cette étude de terrain quelle performance attribuée au SIH et son rôle sur la QVT.

Le programme HOP'EN proposé par la DGOS permet de définir les axes élémentaires des attendus de pertinence d'un SIH en répondant aux objectifs suivants :

- Partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie
- Développer le dossier patient informatisé et interopérable et le DMP
- Informatiser la prescription alimentant le plan de soins
- Programmer les ressources et partager l'agenda du patient

- Piloter ses activités médico-économiques
- Communiquer et échanger avec les partenaires
- Mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients

### **Sa performance technique**

Le SIH étudié intègre l'ensemble des objectifs du programme HOP'EN. La démarche d'informatisation du système a démarré dans les années 2000, c'est un des CHU en France le plus avancé sur ce point. La Direction de la Sécurité des Systèmes Informatiques (DSSI) essaie de tendre vers l'objectif du zéro papier.

*« Du papier, non quasi plus on va dire, le patient aura sa planche d'étiquettes, la personne de confiance, ce genre d'infos car c'est ce qui doit être signé, ce sera scanné en fin de séjour donc ce sera 0 papier en fin de séjour c'est assuré. Les données médicales ne sont plus jamais sur papier, ce sont des données de suivi des données outils. »*

La DSSI est présente à deux niveaux : des équipes de développement et des équipes de déploiement. Le CHU est en effet concepteur, développeur du logiciel de Dossier de Soins Informatisé (DSI) notamment. On fait le constat qu'il existe une synergie entre les acteurs de la DSSI et les cadres de santé responsables du déploiement du DSI à la coordination centrale des soins car l'approche de la DSSI pour concevoir le DSI a reposé sur une logique métier impliquant les acteurs de soin concrètement. *«Au tout début, on a cherché à implanter des logiciels à partir d'une politique très métier, pour faire adhérer les médecins et les professionnels, on a recherché à créer des logiciels qui soient adaptés à CE professionnel, à CE métier-là. »*

La démarche a été progressive pour arriver à une logique de dossier médical commun, l'institution a fait le choix de passer au départ par une approche des besoins de chacun avant de se mettre dans cette logique de partage. Aujourd'hui le logiciel du DSI va au-delà du recueil de données et est capable du suivi de la pertinence du parcours du patient. *« La suite logicielle a d'autres choses qui ne sont pas strictement du dossier mais de l'organisation et de processus patient. Nous sommes capables de suivre le patient en consultation, en service, au bloc opératoire, en temps réel par exemple. »* L'interopérabilité des logiciels a été réfléchi dans la logique du partage institutionnel mais aussi dans une logique de réseaux et d'ouverture de l'hôpital vers la ville. Le logiciel du DSI a une interface avec les logiciels nationaux notamment le Dossier Médical Partagé (DMP) ou des logiciels régionaux.

### **Au-delà de l'outil informatique : une nécessaire adaptation de l'organisation du travail**

Les acteurs responsables du déploiement du DSI soulignent l'importance d'accompagner une refonte de l'organisation du travail au déploiement de l'outil.

*« Le déploiement du logiciel est une opportunité pour réfléchir les organisations de travail et refondre les choses, les cadres de santé ont quelquefois du mal à adhérer à cela et à enclencher une réorganisation ».*

La place centrale du cadre de santé est soulignée dans ce processus dynamique et évolutif, sa connaissance de l'organisation du travail, des impératifs de prise en charge du patient et des besoins des professionnels représente un levier de mise en œuvre majeur. Cependant un engagement mitigé des CDS est souligné. *« Les CDS ont du mal car ils ont du mal à comprendre que c'est leur rôle, leur fonction contrôle n'est pas suffisante, les CDS attendent de nous que l'on fasse à leur place. Les CDS ne sont pas suffisamment acteur de ça, ils voudraient du clé en main ! ».* Il existe des référents IDE du DSI dans chaque unité et des référents cadres supérieurs de santé sur ce dossier, en charge de 2 pôles en général. On constate que le maillage institutionnel n'est peut-être pas suffisant pour arriver à infiltrer les pratiques sur cet usage du DSI. *« Les usages ne sont pas assez parlés il n'y a pas suffisamment de points institutionnels pour rendre l'outil plus lisible, ce qui pourrait apporter un enjeu pédagogique à préciser, les déploiements ne sont pas toujours intégrés dans les pratiques professionnelles. ».* Les acteurs du DSI déplorent l'éloignement des pratiques professionnelles de certains cadres de santé dans les unités : *« leur connaissance du dossier de soins est trop légère, les CDS laissent faire, ce sont les IDE référents qui décident et quelquefois on se retrouve loin des bonnes pratiques. Les CDS ont du mal car ils ont du mal à comprendre que c'est leur rôle, cette conformité aux bonnes pratiques qui est retranscrite dans le DPI. »*

Pour autant la politique institutionnelle de déploiement du DPI est assez claire, l'ensemble des professionnels a une formation à la suite logicielle à son entrée dans l'établissement en fonction du métier et ainsi du besoin d'exploitation. Les CDS reçoivent une formation au même titre que les autres en sortie de formation initiale ou au moment du recrutement.

### **La place de la QVT dans l'Informatisation du processus de soin**

Le déploiement de l'informatisation a abordé la QVT d'abord par le prisme de l'ergonomie et de l'intégration de l'outil dans les unités. Un travail a été réalisé avec les CDS d'unité pour évaluer les besoins en matériel, globalement le nombre de postes informatiques a été doublé. La question de l'ergonomie des postes a été soulevée et travaillée avec les fournisseurs pour essayer de permettre une utilisation personnalisée en fonction des contraintes architecturales, des contraintes d'organisation et de contexte. Des chariots roulants à hauteur variable, des bras articulés sur les chariots de soins ont été testés avant d'être déployés. Certaines unités « témoins » ont permis d'ajuster les outils. La qualité de la connexion WIFI qui est un élément indispensable à la performance de l'outil et ainsi à l'adhésion des professionnels est défini par les acteurs comme étant *« le nerf de la guerre ».*

Des investissements importants relatifs à l'installation de bornes relais et de systèmes de câblage ont été réalisés.

L'attractivité graphique des pages du logiciel, le caractère coloré et convivial ont été soignés, le nombre de clics à effectuer, la garantie d'une non ré écriture des données et la pertinence des formulaires, tous ces éléments ont fait l'objet d'une réflexion et contribuent à améliorer la QVT des utilisateurs.

La question de la satisfaction autour de l'outil DPI n'a pas été réellement travaillée à la dimension de l'institution, le baromètre social ne reprend pas de points spécifiques d'évaluation du SIH. Nous nous rappelons cependant que les professionnels expriment un score de satisfaction très défavorable au « moyens nécessaires pour bien travailler » (28%), le SIH est-il considéré comme un moyen de travail par le PNM et le PM ? S'agit-il seulement ou en partie du matériel de soins à proprement parler qui est concerné ?

Cependant, les unités « témoins » qui ont permis de modéliser l'organisation du déploiement ont toutes exprimé un attachement affirmé au DSI notamment la volonté de non-retour en arrière et, le maintien à l'objectif zéro papier semble fortement intégré. « *Dans ces unités « pilotes » même dans les périodes de test un peu chaotiques, il n'a jamais été envisagé un retour en arrière au contraire !* »

### **SIH porteur de risques**

La dématérialisation du SIH est une opportunité pour penser différemment l'organisation du travail et le fonctionnement de l'hôpital mais peut générer des risques. La surcharge informationnelle et communicationnelle est contre-productive en faisant intrusion dans la vie privée des professionnels allant jusqu'à devenir un risque pour la santé (stress excessif, troubles de mémoire, burn out...).

Dans le cadre du droit à la déconnexion, une enquête a été réalisée au sein de l'établissement auprès du PM et de l'encadrement PNM pour mesurer le niveau d'utilisation des outils informatiques et numériques et ainsi connaître leurs attentes dans le cadre d'une démarche favorisant la déconnexion. Il ressort de cette enquête un impact négatif de l'usage des TIC hors temps de travail sur l'équilibre personnel et la vie familiale, surtout sur le PM. Globalement 83% des répondants sont connectés sur leur temps privé notamment pour le traitement des courriels. Par ailleurs, ils expriment une déconnexion psychologique rarement immédiate lors des congés ou repos. Cette enquête a fait l'objet d'une présentation en instances et a été suivie de la rédaction d'une charte travaillée avec les organisations syndicales sur les bons usages des outils numériques et les risques de la sur-connexion.

### **SIH révélateur générationnel**

Dans notre étude de cas, le marqueur générationnel dans l'adhésion au DSI ne semble pas évident. Les acteurs de terrain expriment plutôt un écart d'adhésion en fonction du métier plutôt que celui de la génération. La traçabilité des données de soins semble plus

compliquée chez le métier Aide-Soignant (AS) notamment. « *Pour nous ce n'est pas une histoire d'âge, certains jeunes ne sont pas dans l'outil informatique, l'écart pour moi il existe plus entre IDE et AS plutôt qu'entre générations. La rédaction et la traçabilité est toujours compliqué chez les AS malgré tout ce que l'on a fait pour les AS.* » Le point qui pourrait être révélateur générationnel est l'utilisation du logiciel de remplacement mis en place pour fluidifier les remplacements, diminuer le recours à l'intérim et valoriser les professionnels rémunérés en heures supplémentaires. L'utilisation de ce mode de remplacement est essentiellement utilisé par les plus jeunes, probablement plusieurs raisons à cela, le besoin d'augmenter leur niveau de vie, la capacité de récupération physique et probablement l'interface applicative qui répond bien à la notion d'immédiateté et de réactivité observée dans leurs attendus.

### **De l'intérêt de l'intelligence collective**

Les acteurs soulignent à nouveau l'engagement du CDS comme « passeur facilitateur » pour permettre l'adhésion de l'équipe des TIC en général. Le caractère AGILE de son management contribue à influencer l'adaptabilité à l'outil informatique. « *L'agilité d'une équipe est très en lien avec l'intérêt que le CDS porte à l'outil et sa façon de l'utiliser dans son management. C'est le CDS qui est moteur ou qui freine, l'animation du CDS est essentielle.* »

La notion d'intelligence collective est évoquée dans les propos des acteurs du DSI dans le sens de la construction d'une équipe et du partage. « *Il y a des cadres qui pensent que ce n'est pas leur rôle et d'autres qui ne savent pas faire ceux-là il faut les former et on a l'élite autonome, engagé. L'équipe est à l'image de son cadre, de sa conception du soin, il y a des discussions sur les usages.* »

En synthèse, l'analyse de la performance du SIH montre une structuration du système construite, intégrée dans les pratiques, imaginée et déployée à partir des attendus utilisateurs selon une réactivité intéressante. La politique institutionnelle du déploiement du DSI cherche à réussir le défi de la performance par un engagement réel sur les investissements matériels, sur le temps de formation et d'accompagnement.

Cependant, l'implication des managers dans le déploiement du DSI est souligné comme inhomogène et de fait considéré comme facteur bloquant. La capacité à l'agilité managériale semble le facteur à travailler, l'aspect générationnel de l'encadrement PNM ne semble pas influencer l'engagement. L'aspect du SIH comme révélateur générationnel ne semble pas toujours pertinent, les écarts d'adhésion et de pratique chez les professionnels de terrain PNM se retrouvent plus dans les écarts de catégories socio-professionnelles. Des mesures adaptatives en fonction des besoins et caractéristiques des différents groupes socio-professionnels semblent nécessaires pour faciliter l'accès et l'adhésion des professionnels.

### **3.3 La synthèse de l'analyse en réponse aux questionnements.**

Nous retenons de cette analyse que le développement professionnel intergénérationnel est un processus systémique, complexe et progressif qui questionne, entre autres facteurs, le contexte de travail. La situation globale de cet établissement, au regard de sa capacité d'offres d'emplois, de missions de recours, d'expertise médicale et de projets innovants, permet de dire que c'est un facteur favorisant de développement professionnel intergénérationnel.

#### **En quoi une gouvernance hospitalière qui cherche à promouvoir une débureaucratization peut contribuer au développement professionnel intergénérationnel ?**

Nous avons fait le constat d'une volonté politique de décloisonnement de la gouvernance et d'une affirmation du modèle de contractualisation de la nouvelle gouvernance hospitalière. La volonté d'impliquer les acteurs dans la gouvernance dans une logique participative permet de contribuer au développement professionnel en favorisant l'implication, l'autonomie, l'engagement des professionnels dans la gouvernance de la structure et répond à certains attendus générationnels. L'adaptation de la structure à son environnement a également été soulignée que ce soit au travers de la logique de territorialité, dans l'approche intégrative des usagers ou dans la recherche de réponses aux attendus des professionnels. Cette logique adaptative montre, une nouvelle fois, la capacité de la structure à avoir une approche systémique nécessaire au développement professionnel intergénérationnel.

Le projet managérial et social intégré au projet d'établissement exprime la volonté d'un renouveau. Ce renouveau cherchant à répondre aux attendus générationnels et aux enjeux sociétaux. Les nombreuses expérimentations qui opérationnalisent ce projet, montrent la volonté de l'établissement à travailler la conscience du groupe sur son potentiel de changement et sur l'intelligence collective. On peut se poser la question du portage collectif d'une politique institutionnelle qui est assez récente. La compréhension des choix d'orientations politiques semble perfectible par les acteurs de terrain notamment le PNM, la poursuite de l'acculturation est nécessaire car c'est un processus lent et progressif. Des écarts d'appréciation générationnels sont retrouvés sur certains points mais la structure du projet d'établissement et ses modalités d'accompagnement constituent des prérequis qui favorisent le développement professionnel intergénérationnel lequel va cependant au-delà de la diversité générationnelle. Ces constats d'évolution du modèle de gouvernance contribuent à confirmer partiellement notre première sous question.

#### **En quoi un management agile rend-il possible le développement professionnel intergénérationnel dans les équipes de soins ?**

La politique institutionnelle cherche à faire évoluer la posture managériale et à développer une certaine agilité. Le LEAN management est déployé comme outil « agile » sur

l'ensemble de l'institution, on constate cependant qu'il existe des écarts d'appropriation entre les groupements hospitaliers et entre les acteurs. Nous avons fait le constat que ces éléments sont investis dans le projet d'établissement et dans le quotidien des unités. Le développement professionnel intergénérationnel est favorisé par ce contexte agile au sens de la capacité offerte aux professionnels de développer leurs compétences, de s'engager dans l'organisation de leur structure, d'être satisfait par leur emploi que ce soit dans l'expertise développée ou dans les relations entretenues avec leurs pairs et les usagers. Des écarts générationnels dans la conduite et la perception de la politique managériale ressortent notamment au travers d'une volonté plus marquée chez les plus jeunes de vouloir bien dissocier la vie professionnelle de la vie personnelle. L'engagement dans l'emploi, la capacité à s'investir, à mener des projets n'est pas un marqueur générationnel dans cet établissement qui intègre dans sa politique managériale la co-construction, l'autonomie et la réalisation de projets concrets. L'ensemble de ces constats nous encourage à penser qu'un management agile favorise le développement professionnel de toutes les générations dans une dynamique d'équipe.

**En quoi un système d'information et de communication performant est essentiel au développement professionnel intergénérationnel notamment en favorisant la QVT ?**

Le SIH est un élément contributif de la QVT dans sa capacité à faire évoluer les organisations de travail et à soutenir le processus d'innovation. Nous avons vu que sa performance requérait une organisation construite et dynamique, intégrée dans les pratiques, imaginée et déployée à partir des attendus utilisateurs. L'appropriation des professionnels à la performance du SIH est en effet fondamentale comme facteur contributif de développement professionnel. L'enquête a bien mis en évidence que la place des cadres de santé est primordiale pour favoriser cette appropriation. L'agilité est à nouveau mobilisée dans cette mission managériale de facilitateur, de coordonnateur du SIH et de vecteur de sens. La formation de manager sur un modèle 2.0 semble donc fondamentale.

Nous avons également constaté que l'accès et l'adhésion aux différents outils du SIH du PNM de terrain ne semblaient pas reposer sur un aspect générationnel mais étaient plus certainement conditionnés par la catégorie socio professionnelle.

La performance du SIH semble un facteur contributif de développement professionnel intergénérationnel car il impacte l'ensemble des pratiques professionnelles, il structure la capacité à se mettre en relations aux autres notamment par la création de réseaux et il conditionne les capacités organisationnelles de la structure.

## **4 Des préconisations de méthode et d'acculturation à la performance collective.**

Nous nous sommes intéressés au départ à la problématique de la diversité des générations et à la nécessité d'adapter le management à l'encadrement des nouvelles générations ainsi qu'à la synergie entre générations. Notre réponse s'est orientée vers la recherche des facteurs de succès et de ceux freinant le développement professionnel intergénérationnel. L'enseignement tiré de l'analyse de notre enquête montre que le management est global même si l'on constate que le niveau d'exigence témoigné par les seniors est moindre. Il en ressort en effet l'intérêt qu'il y a à prendre en compte pour « tout le monde » les nouvelles attentes pourtant décrites comme spécifiques des jeunes générations. Ceci par le biais d'un management favorisant sens et participation pour tous et développant ainsi la performance collective.

Notre enquête est l'étude d'un cas particulier. La transférabilité de ces éléments requiert un certain nombre de points de vigilance. Nous mesurons la part significative du contexte de l'établissement dans l'aboutissement du projet notamment son environnement économique, démographique et concurrentiel. Nous retenons l'action synergique et le projet partagé par tous les acteurs de la gouvernance pour arriver à construire une identité collective forte qui s'inscrit dans une certaine temporalité nécessaire à l'acculturation et à la transmission de cette identité sur le terrain.

Le décloisonnement de la gouvernance et la responsabilisation des acteurs dans la délégation de gestion des pôles représentent des leviers efficaces même s'ils sont probablement plus aisément transférables dans un contexte de stabilité financière. L'accompagnement au renouveau managérial au sein des pôles est la pierre angulaire du système au travers du décloisonnement des métiers et des générations, et de la volonté commune du chef de pôle et du cadre supérieur de pôle de co-construire les objectifs et d'articuler les moyens.

Après que l'orientation stratégique aura été posée en équipe de direction, le DS tiendra, sous l'égide du Directeur Général, le rôle de coordonnateur pour soutenir ce renouveau managérial en articulant la stratégie avec le PCME et les chefs de pôle. L'objectif est de permettre de faire évoluer les pratiques managériales en mettant en place un socle commun médico-soignant et en créant ainsi les conditions favorables pour l'encadrement.

### **4.1 Définir une stratégie adaptée à la maturité du projet d'établissement**

**Une phase de diagnostic préalable est nécessaire pour intégrer le contexte de l'établissement.**

Le directeur des soins s'inscrit dans la dynamique de l'équipe de direction et, c'est sa coopération avec les autres membres de l'équipe qui vont lui permettre de comprendre les axes stratégiques et de s'intégrer dans la réflexion collective. L'analyse de la maturité du projet d'établissement passe par la rencontre des acteurs de l'équipe de direction, des acteurs de l'encadrement des pôles, de l'observation du terrain et des principaux acteurs du dialogue social. Cette phase d'observation permet d'établir un premier état des lieux pour pouvoir dégager les repères qui vont lui permettre de cerner l'environnement. Il s'agit en effet de repérer les éléments contributifs du développement professionnel intergénérationnel.

Nous chercherons à repérer des facteurs externes et internes à l'établissement. Les facteurs externes seront ceux liés à l'engagement de l'établissement dans le fonctionnement du GHT, à la place et à l'implication réservée aux usagers dans les soins, à l'approche intergénérationnelle envisagée dans les relations aux usagers et aux partenaires (Instituts de formation, Universités, industriels...). Les facteurs internes s'attacheront aux modalités de l'organisation polaire : niveau de formalisation de la contractualisation des pôles et aux modalités managériales : niveau d'autonomie laissée aux acteurs, projets menés au sein des pôles...

A partir de cet état des lieux de départ, le déploiement de la politique managériale sera adapté à la maturité de l'établissement dans une volonté collaborative et de soutien du projet médico-soignant.

## **4.2 Déployer une politique managériale à la dimension de l'établissement et du territoire**

Nous avons constaté que la place de la politique managériale est centrale dans la capacité à construire le projet d'établissement et à le mettre en œuvre. Nous allons chercher à souligner l'intérêt de distinguer les deux niveaux que sont l'établissement et le territoire pour mettre en évidence l'intérêt de l'articulation de ces deux niveaux dans le développement de la performance collective.

### **4.2.1 Un engagement de proximité des acteurs clés de la gouvernance**

#### **Renforcer le sentiment d'appartenance au « top management »**

La compréhension des orientations politiques, l'implication des professionnels notamment non médicaux dans les choix politiques sont perfectibles. Il nous semble nécessaire de rendre plus accessible, à l'ensemble du personnel, ces choix politiques. Ce changement pourrait être envisagé sous la forme d'une communication visuelle et dynamique, souvent déjà assez affirmée dans les établissements, mais, pas toujours utilisée pour transmettre

des messages de la gouvernance. Ce mode de communication répond aux attendus et standards sociétaux.

Créer une visibilité des acteurs de l'équipe de direction, favoriser une certaine proximité pourrait contribuer à développer un sentiment d'appartenance avec le « top management » peu présent aujourd'hui. Nous pourrions envisager par exemple des capsules vidéo de présentation des membres de l'équipe, un travail sur l'image du CODIR, de la CME, de la CSIRMT. Cette approche pourrait associer à la fois la présentation des parcours des acteurs de la gouvernance et l'affirmation de leurs valeurs professionnelles et personnelles.

#### **Développer un apprentissage organisationnel**

Rendre visible des orientations politiques et stratégiques partagées et construites entre l'ensemble des acteurs clés PCME-DG-DRH-DS représente une deuxième étape pour favoriser la compréhension de la politique et mettre en avant son articulation et sa cohérence. Cette visibilité doit chercher à être transmise par des messages clairs, suivis et réguliers. L'ensemble des canaux de communication internes et externes peut être mobilisé. Des expérimentations relatives au décroisement, à la logique interdisciplinaire et intergénérationnelle sont à exposer pour rendre visible l'intégration des politiques dans des contextes concrets.

#### **Valoriser les fonctions supports**

Enfin, la valorisation et la mise en avant de la complexité des fonctions supports dans les établissements nous semblent à travailler. Cette logique d'intégration permet de décroiser les métiers et d'appréhender autrement la complexité des organisations. La connaissance de l'autre et de ses contraintes est le début d'une possible coopération.

Cette démarche d'immersion des fonctions supports est amorcée dans nos organisations, nous pensons notamment aux procédures de gestion de stock « plein-vide » qui ont rapproché les secteurs logistiques des unités. Mais, il s'agit là de rappeler la place centrale des moyens pour soigner, au travers de présentations de projets menés pour vulgariser et populariser les notions d'efficacité-efficience.

### **4.2.2 Une réaffirmation de la délégation de gestion aux pôles**

#### **Rapprocher les logiques médicales, soignantes administratives par une contractualisation claire.**

L'organisation en pôles d'activités et la contractualisation interne ont pour objectif de passer d'une logique budgétaire descendante à une logique qualitative, médico-soignante et participative. L'article L 6145-16 du code de Santé Publique dans son alinéa 5 reprend « *les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre et par le directeur.* » Un pôle existe vraiment s'il y a un consensus sur le principe de fonctionnement et sur la concrétisation d'objectifs réalistes entre les différents acteurs : médicaux,

soignants et administratifs. Cela nécessite de clarifier les missions et les rôles de chacun en permettant de faire cohabiter l'expérience et le savoir-faire de tous. L'objectif est d'arriver à faire vivre la coopération de tous ces acteurs qui ont encore peu l'habitude d'exprimer et de partager les mêmes valeurs. Il s'agit de modifier des comportements collectifs à partir d'un apprentissage culturel mutuel en donnant un sens commun aux projets. La force de la politique managériale est réelle dans le sens de définir les principes de fonctionnement d'un pôle, de co-élaborer un règlement intérieur, de définir les missions de chacun, de co-construire les objectifs de fonctionnement, les moyens alloués et l'évaluation de ces objectifs. L'idée est vraiment d'offrir des défis et des opportunités en misant sur l'ambition et le talent des acteurs des pôles et en les impliquant dans les processus de décisions. La maturité du projet managérial pourrait être traduite par le fait de passer du cap de l'autonomie productive vers une autonomie créative.

#### **4.2.3 Une intégration des acteurs de terrain dans le processus décisionnel**

Nous imaginons l'intégration des acteurs de terrain dans le processus décisionnel à plusieurs niveaux, tout d'abord au travers de l'engagement et de la participation des professionnels médico-soignants à la co-construction des projets avec notamment l'organisation d'appels à projets. Ces appels à projets pourraient être pilotés par des membres de l'équipe de direction dans une logique de proximité, un affichage incarné nous semblerait important. Une volonté de diversité et de représentativité des catégories socio professionnelles et des générations auraient une logique à être exprimée d'emblée pour renforcer l'objectif d'un management de la diversité. La constitution des groupes de travail nous semble également intéressante à orienter dans cette même logique de diversité notamment générationnelle. Nous pourrions imaginer que les membres des groupes projet soient « relais d'opinion » dans les unités au travers de tribunes d'expression identifiées : réunions de services, calendriers de temps de relais mensuels identifiés et rendues visibles par le reste du groupe...

Ce maillage de proximité est un moyen de favoriser l'adhésion aux orientations politiques par la co-construction et l'amélioration de la diffusion de l'information du central vers le périphérique. Ce mode opératoire est également une façon de réaffirmer l'intérêt des échanges inter générationnels.

Le deuxième niveau que nous envisagerions de mobiliser est l'implication de l'encadrement dans le processus décisionnel en créant des temps d'échanges et de régulation sur les questions de politique institutionnelle avec le « top management ». Ces temps d'échanges seraient le moyen de reconnaître de façon formelle leurs place et missions au travers d'une communication claire. Mettre l'accent sur le renforcement du contenu des échanges avec la direction permettrait de soutenir leur management. Ensuite, nous pourrions imaginer au

niveau des équipes la formalisation de temps de relais de direction de type « TOP 5' direction » qui seraient des temps de transmission pour proposer les appels à projets, pour reformuler les perspectives d'orientations politiques et ainsi favoriser le retour de l'équipe sur la compréhension des choix et orientations. Ces éléments contribuent à développer un dialogue ascendant et à réaffirmer la volonté politique de donner un sens collectif aux décisions.

#### **4.2.4 Une mobilisation des énergies pour faire découvrir.**

L'amorce d'une dynamique de projets est la phase la plus complexe à enclencher. Une fois que le processus est engagé, c'est la communication autour des projets et expérimentations qui va permettre d'en renforcer l'attractivité et la performance. En effet, la visibilité des expérimentations et des projets permet de rendre concrètes les initiatives, d'ouvrir le champ des possibilités et ainsi de favoriser l'appropriation de cette volonté de co-construction. La visibilité des projets permet la valorisation des actions par la reconnaissance de leur existence. La possibilité offerte aux acteurs de communiquer eux-mêmes sur ce qu'ils ont mené permet de transmettre les messages de pair à pair, de génération à génération, et constitue un levier de communication efficace. L'implication de la direction de la communication et son travail synergique à mener avec le terrain paraît fondamentale. Toute cette volonté de valorisation des projets traduit le fondement d'un management bâti autour de l'agilité.

#### **4.2.5 Une ouverture de perspectives professionnelles sur le territoire**

Nous avons souligné l'intérêt d'inscrire les professionnels dans une logique de projet et de mobilité pour favoriser le développement professionnel. La territorialité au travers des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) nous paraît une opportunité réelle. Cependant la définition des missions du GHT dans le contexte sanitaire de l'ES, en terme notamment d'organisation de soins de recours et de coopération n'est pas toujours lisible pour les acteurs de terrain. Le caractère évolutif du rôle du GHT mis en lumière par la communication des objectifs du projet médico-soignant partagé paraît un pré requis. Le mode de communication par le relais des pairs nous paraît une piste à exploiter : ainsi les appels à projets évoqués à la dimension de l'établissement pourraient être étendus à la dimension du GHT. Une volonté de diversité de générations et de métiers serait également à respecter. L'implication et la co-élaboration des acteurs dans les projets de GHT reprennent une logique de décloisonnement et de découverte qui répond aux attendus notamment des plus jeunes. La mise en œuvre d'une cellule de mobilité médico-soignante à la dimension du GHT pourrait contribuer à construire une réelle logique de parcours professionnel PM-PNM en rendant visible les possibilités de développement de

compétences offertes par le GHT. La réglementation offre la possibilité de conventions de mise à disposition qui pourrait permettre ce processus gagnant-gagnant.

### **4.3 Accompagner l'encadrement soignant à la diversité générationnelle.**

#### **4.3.1 Un encadrement soignant formé aux enjeux du management de la diversité**

Le management intergénérationnel correspond au management de personnes diverses en âge. Cependant, il s'agit avant tout d'apprendre à manager la diversité. Selon Barth et Falcoz (2009),<sup>38</sup> le management de la diversité correspond à l'« *ensemble des politiques, dispositifs et acteurs qui relèvent de façon implicite ou explicite de la lutte contre les discriminations et de la recherche d'égalité des chances pour tous au sein des entreprises ou organisations dans l'intention de promouvoir la reconnaissance des différences comme une richesse pour chacun et pour l'organisation* ». La diversité, et notamment la diversité générationnelle, représente donc une chance pour chaque collaborateur et pour l'organisation, si celle-ci met en place des dispositifs qui permettent non seulement d'éviter toute forme de discrimination mais favorisent également la collaboration entre professionnels d'âge divers. Le management de la diversité, et notamment de la diversité des âges ne consiste donc pas uniquement à respecter les règles juridiques en vigueur en matière de non-discrimination. La formation de l'encadrement à la connaissance des caractéristiques des différentes générations et aux enjeux du management de la diversité est fondamentale. Le management intergénérationnel cherche à favoriser la coopération entre générations et à adapter l'organisation aux différentes générations pour que chacun puisse s'y développer et s'y épanouir. Il doit porter la volonté d'arriver à concilier vie personnelle et vie professionnelle, à imaginer des organisations de gestion du temps de travail plus flexibles, à développer l'autonomie des professionnels. L'adaptation à cette posture managériale doit être inscrite dans les missions des cadres pour être reprise lors de temps de retours d'expériences sur les problématiques managériales. Cet aspect du projet doit donc être travaillé avec le groupe de cadres et appliqué également à la gestion, par le DS, des cadres de santé sous sa responsabilité. Le rôle du DS est d'arriver à travailler ce modèle dans un objectif de transmissions de valeurs managériales d'ouverture, de négociation et de responsabilisation.

#### **4.3.2 Un parcours de gestion des ressources humaines dynamique et adaptatif**

Nous mesurons l'importance d'initier une volonté de coopération intergénérationnelle au bénéfice du collectif de travail. Ce parcours nous semble débiter lors de la phase de

---

<sup>38</sup>BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe LE MANAGEMENT DE LA DIVERSITÉ-Enjeux, fondements et pratiques- Editions L'HARMATTAN-2007-p75

recrutement durant laquelle une présentation du projet d'établissement et des valeurs institutionnelles mérite d'être effectuée pour définir le cadre du travail et inscrire l'individu dans cette modalité collective. Cela représente une sorte de rite de passage.

Ensuite, l'intégration des nouveaux arrivants nous paraît un enjeu majeur et un point essentiel à travailler pour essayer d'homogénéiser les pratiques. Une réflexion DRH-DS-PCME nous semblerait nécessaire à renforcer sur ce point. La mise en place d'un véritable processus d'accueil institutionnel des nouveaux arrivants et d'un parcours d'accompagnement progressif adapté aux unités et aux métiers doit être formalisée : modalités d'accueil de la prise de poste, livret d'accueil, modalités du tutorat-compagnonnage, présentation des temps forts du service favorisant les échanges et la convivialité entre professionnels médicaux et non médicaux... La volonté de transmettre les valeurs communes passe par le partage du projet médico-soignant du service et par la façon dont on le fait vivre. Construire ce projet « médico-soignant d'intégration » des nouveaux arrivants constitue un mandat de travail qui permet de rapprocher le DS du PCME.

La motivation, l'engagement constituent les leviers du développement professionnel. La formalisation d'un parcours d'acquisition des compétences permettrait à chaque nouvel arrivant de réaliser une auto-évaluation à son entrée dans l'équipe et de suivre positivement sa progression et de se sentir de plus en plus adapté aux attendus professionnels. Ces éléments de construction des compétences permettraient de contribuer à fidéliser les jeunes professionnels souvent plus volatiles en créant un sentiment d'appartenance.

Par la suite, les professionnels notamment les plus jeunes doivent pouvoir être capables de cerner les possibilités de mobilité qui pourraient leur être offertes. Les projets professionnels s'envisagent aujourd'hui à beaucoup plus court terme. La mobilité et les compétences adaptatives sont des attendus générationnels. Un engagement de l'encadrement est à favoriser dans ce sens pour essayer d'imaginer et de créer des parcours professionnels au-delà du pôle et même de l'établissement en mettant en place des partenariats de mobilité à la dimension du GHT.

#### **4.3.3 Un transfert intergénérationnel des savoirs et des compétences.**

Le transfert intergénérationnel des savoirs et compétences apparaît comme indispensable à la pérennité de l'organisation. Les compétences qui ne seraient pas léguées par les plus âgés représentent une perte de ressource capitale. Le but est de favoriser une transmission des plus expérimentés aux plus jeunes pour permettre dans un premier temps leur pleine intégration dans l'organisation mais également une possibilité d'échange de pratiques et d'innovation qui va enrichir l'équipe. Le partage et la mise en commun d'idées diverses au sein de la communauté de travail est source d'intelligence collective, véritable levier de performance pour les organisations et la vie d'équipe. Non seulement « *si tu diffères de*

*moi... loin de me léser, tu m'enrichis* » (Antoine de Saint-Exupéry) mais la mise en œuvre de ce partage passe par des moments de confrontation des pratiques. Outre la période d'intégration propice à cela, cette confrontation doit se poursuivre dans des moments consacrés par l'organisation institutionnelle. Dans le même temps, afin de conserver la motivation et l'implication des seniors dans leur travail, les organisations doivent continuer à leur offrir des opportunités, notamment en termes de formation, de rémunération, de mobilité. Ces salariés expérimentés doivent avoir la possibilité de continuer à développer leurs compétences tout au long de leur vie. L'encadrement a un rôle majeur dans cette dynamique. L'idée est de mettre en place un partage de savoirs par le biais d'un management orienté sur l'évaluation des pratiques professionnelles à partager avec le PM. Le programme PACTE porté par la Haute Autorité de Santé illustre l'importance donnée à l'analyse des pratiques et ainsi à la performance collective pour favoriser la sécurité dans la prise en charge du patient et le bien-être au travail pour les professionnels. Il nous semble important de l'inscrire dans les axes du projet institutionnel.

#### **4.3.4 Un intérêt à rendre visible la gestion de la diversité**

Nous avons cherché à montrer l'intérêt de la diversité au sein des équipes comme source d'innovation et de créativité. Selon Leonard et Straus (1999)<sup>39</sup>, l'innovation naît de la confrontation voire du « choc » entre des idées, des analyses, des visions du monde différentes. Le fait d'employer des salariés d'âges divers permet de valoriser l'image d'une organisation car favoriser la diversité et l'épanouissement de collaborateurs de tous âges est un signal positif envoyé vers les candidats à l'embauche, notamment, mais plus largement, vers la société et les usagers.

Cependant, l'organisation ne communique pas suffisamment sur ce point et devrait mettre en place des outils clairs de management intergénérationnel. La volonté institutionnelle et la mobilisation des acteurs de la gouvernance notamment DRH-DS-PCME devront communiquer sur leurs objectifs et les enjeux de la diversité et du management intergénérationnel. L'idée est de rendre visible aux professionnels PM-PNM les actions mises en œuvre sur ce sujet dans leur organisation. Cette visibilité revêt le double enjeu de leur fidélisation et de promouvoir l'attractivité de l'institution.

#### **4.4 Accompagner l'évolution du SIH**

La place du SIH dans les pratiques est aujourd'hui centrale, un accompagnement institutionnel à son appropriation est vecteur de performance. La performance du SIH doit être un axe du projet d'établissement. L'approche des logiciels par une logique métier

---

<sup>39</sup> Leonard, Dorothy et Straus, Susaan. 1999. Comment tirer parti de toute la matière grise de votre firme. Collectif Harvard Business Review. Le knowledge management: Editions d'Organisation, 1999.

semble un bon moyen de favoriser cette appropriation par tous. Dans cette dynamique d'appropriation, les cadres de santé ont un rôle majeur à la fois dans le paramétrage des logiciels et leur adaptation aux besoins via les retours sur les usages avec les équipes. Un logiciel métier est approprié par les professionnels lorsqu'il répond aux besoins du métier, à une facilitation du travail et à une politique de sécurité des données. Une politique d'habilitation au travers de la rédaction d'une charte semble donc indispensable.

Le travail synergique à mener avec la DSI permet d'aborder tous les aspects du SIH dans la logique institutionnelle pluri métiers et d'interopérabilité.

L'aspect du déploiement technique est essentiel, l'adhésion et l'appropriation en dépendent très souvent que ce soit autour de la dotation en matériel, l'ergonomie des équipements ou la performance des réseaux. L'enjeu de la formation aux outils et aux possibilités qu'il offre est à organiser. L'implication des instituts de formation en santé dans ce modèle est à souligner pour favoriser un relai lors de formations des professionnels : l'intégration d'un module d'enseignement SIH par exemple pourrait être co-construit. Un relai de formation in situ lors du parcours d'intégration des nouveaux arrivants est à instaurer pour permettre une approche intégrée des outils. Nous avons souligné une appropriation variable en fonction de la catégorie socio professionnelle et notamment des difficultés sur la population aide-soignante. Un soutien particulier semble donc à adapter selon les populations.

Enfin, la création d'une connectivité active entre l'établissement et les professionnels semble répondre aux attendus actuels notamment des plus jeunes et s'inscrit dans une évolution sociétale, la gestion de la connectivité doit cependant faire l'objet d'une réflexion intégrée au dialogue social.

#### **4.5 Favoriser la place de l'utilisateur comme vecteur de performance collective.**

Nous pensons intéressant de développer un projet d'intégration des usagers dans une logique de management de la diversité notamment générationnelle. Des professionnels d'âges divers sont représentatifs de la population et en cela permettent de favoriser la proximité avec les usagers dans la compréhension de leurs besoins et attentes.

L'intérêt d'intégrer les usagers dans le système n'est plus à discuter que ce soit au titre de la démocratie sanitaire ou au profit de la qualité et sécurité des soins. Les attendus de la population des usagers notamment ceux de la génération Y se rapprochent des aspirations professionnelles de cette même génération notamment dans les besoins de liberté et de flexibilité. C'est pourquoi, s'inspirer des modes de management agiles sur lesquels repose le fait que chaque individu est considéré comme un capteur susceptible d'émettre des signaux peut être transposable dans les relations d'accompagnement des professionnels envers les usagers. L'engagement des professionnels dans des projets participatifs autour des usagers constitue une des raisons d'être du soin. Orienter le projet de soins sur les

valeurs essentielles d'éducation à la santé, de co-construction dans lequel se retrouvent soignants, médicaux, usagers, administratifs permet à la fois d'offrir aux usagers une possibilité de développer leur autonomie et à l'équipe de renforcer le sentiment d'appartenance et de satisfaction collectives.

#### **4.6 Définir une place à la recherche et à l'innovation PNM-PM**

Par son article 157, la Loi de modernisation de notre système de santé Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 autorise désormais les recherches dites biomédicales dans le domaine des soins infirmiers sous la direction et la surveillance d'un infirmier. Depuis 2009, les professionnels saisissent d'ailleurs chaque année l'opportunité du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). C'est ainsi qu'en 2019, 237 lettres d'intention sont parvenues à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), cette dernière soulignant une qualité croissante des projets soumis.

Si la finalité de la recherche vise l'amélioration de la qualité des soins par la production de données probantes, l'innovation dans les techniques ou les organisations, la compréhension des populations ou de phénomènes de santé, d'autres intérêts émergent. Le soutien apporté, par un établissement, à la recherche, en facilitant l'émergence et la mise en œuvre de projets, va améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels notamment des jeunes générations. Ces derniers trouvant dans cette démarche une expérience professionnelle enrichissante et professionnalisante. Le rôle et la place du directeur des soins dans cette dynamique est fondamentale. L'activité recherche peut être considérée comme un outil de management performant. La formation de l'équipe d'encadrement à la recherche et aux enjeux qu'elle représente est une étape incontournable. Le développement de la recherche en soins permet en effet de relayer et d'accentuer la notion de valeurs partagées dont nous avons déjà souligné l'importance. C'est la force du débat au sein du groupe qui va permettre de créer une référence commune. La collaboration PNM-PM a tout son sens dans le développement de la recherche en soins pour converger vers une amélioration collective de la qualité de soins et pour permettre un enrichissement mutuel. Un travail synergique et construit PCME-DS autour de l'élaboration de projets de recherche en soins pourrait permettre une mobilisation de ressources universitaires et méthodologiques au profit de l'institution. La construction d'un projet institutionnel de développement des compétences métier du PNM dans la méthodologie de recherche est à imaginer ou à renforcer dans le cadre du plan de formation continue. Une politique d'innovation institutionnelle pourrait donner la possibilité de recueillir les idées innovantes via une tribune dématérialisée proposée à toutes les générations par exemple. Ce projet de développement de la recherche devrait être imaginé à la dimension du GHT et inscrit dans le projet médico soignant partagé pour favoriser le développement

des compétences et une amélioration collective de la qualité des soins au profit de la territorialité.

#### **4.7 Intégrer une évaluation du projet**

L'évaluation de ces préconisations se travaille au départ en définissant des indicateurs de réussite.

La qualité de la communication institutionnelle et le déploiement d'une politique co-construite pourraient être mesurés par des questionnaires de satisfaction à l'attention du PM et du PNM. Cela évaluera leur sentiment de proximité aux acteurs du « top management », sur leur compréhension des orientations politiques et sur leur implication dans les choix stratégiques. La prise en compte de la diversité générationnelle dans l'analyse des résultats pourrait préciser d'éventuels écarts d'attendus et ainsi mesurer l'évolution de cet aspect intergénérationnel dans le temps. Nous pourrions imaginer utiliser également la comptabilisation du nombre de trackings réalisés sur les capsules vidéos et sur la partie du site institutionnel en lien avec le projet.

Ensuite, les modalités d'évolution managériales seront mesurées au travers d'un certain nombre d'indicateurs. Le nombre de réunions de services et de pôles dans le respect de la diversité générationnelle, le développement de partage d'expériences, de groupes de travail et également de temps de convivialité seront tracés. La posture managériale des cadres de santé sera évaluée au travers des modalités participatives de gestion de l'équipe qui sont instaurées (gestion des plannings co construit, flexibilité des horaires, révisions des organisations dynamiques...). Les initiatives de télétravail seront évaluées selon une adaptation aux logiques des métiers et aux accords locaux mis en place.

La performance ressentie du SIH pourra être mesurée dans la question des moyens de travail proposés aux professionnels dans le baromètre social en exprimant précisément l'évaluation de la performance des logiciels. La quantification de l'utilisation des ressources mises à disposition des professionnels (e-learning, webinaires, accès documentaire...) sera autant d'indicateurs d'adhésion des professionnels.

La politique mise en œuvre à l'attention des usagers dans un souci de co-développement pourra être évaluée auprès des représentants des usagers au travers de questionnaires de satisfaction (connaissance des projets, relais de satisfaction, travail de co construction intergénérationnelle). Ces projets en lien avec les usagers pourraient faire l'objet de travaux de recherche en soins et permettre ainsi de mesurer l'appropriation de cette politique par les usagers et ses effets bénéfiques.

L'axe social et les effets de la politique managériale seront suivis par une analyse régulière du baromètre social. Le suivi des indicateurs de Gestion des Ressources Humaines (GRH) tels que la mesure du turn over dans les différents pôles et services, le taux d'absentéisme

avec leurs causes racines, le nombre d'accidents du travail viendra conforter et enrichir les résultats du baromètre social.

L'adhésion des professionnels à la mobilité en général et à l'ouverture d'une mobilité proposée dans le cadre du GHT sera évaluée par le nombre de mouvements réalisées qu'il s'agisse de demandes de stages interservices, inter établissements ou de réels mouvements de professionnels en missions ponctuelles ou permanentes dans le PM et le PNM. L'ensemble de ces éléments d'évaluation est à analyser dans une logique de projet et donc dans sa composante systémique.

## Conclusion

Ce mémoire professionnel nous a permis de faire le constat que la question du développement professionnel intergénérationnel ne peut se traiter « à part » mais s'inscrit dans une approche systémique. Nous avons étudié les caractéristiques générationnelles et ainsi les attendus des différentes générations. Le développement professionnel intergénérationnel dans le sens de l'épanouissement, de l'apprentissage continu de façon harmonieuse pour toutes les générations d'une équipe, suggère une approche plus globale qui va au-delà de la diversité générationnelle. La question du choc des générations dans notre étude ne semble pas évidente avec la nuance d'une moindre diversité générationnelle dans le PM.

Nous retrouvons, dans le projet d'établissement étudié, les éléments fondateurs d'une gouvernance qui cherche à se décloisonner, à déconcentrer sa prise de décision, à favoriser le dialogue. Ce projet d'établissement tend à développer une identité commune, dynamique qui réunit l'ensemble des singularités professionnelles PM-PNM autour d'un objectif partagé de décloisonnement des métiers. C'est en fait la dimension collective du travail qui est mobilisée quels que soient les acteurs, leurs fonctions, leur génération. Les moyens de mutualisation et de capitalisation des savoirs et compétences sont un enjeu pour sortir des logiques de silo et de défense des zones de pouvoir. Nous avons compris qu'il s'agit d'un projet de changement dont le but est d'agir sur les pratiques de coopération et sur l'état d'esprit au travers d'un profond renouveau managérial basé sur le co-développement. Ainsi, c'est la construction d'un « sens commun » qui semble le meilleur ciment d'une équipe.

Le défi à relever est de parvenir à initier un processus de développement professionnel intergénérationnel qui construit un sentiment d'appartenance collective nécessaire pour travailler ensemble dans une diversité non seulement de générations mais aussi de métiers, de cultures, de genres...

Ce défi répond au besoin de développement de la performance collective favorisé notamment par l'engagement des acteurs, par l'autonomie des pôles traduite dans une contractualisation formalisée, par une réelle place des usagers dans le processus, par une approche concrète de la territorialité en santé.



---

## Bibliographie

---

### Articles

BRUNEL Y « Les Hôpitaux Magnétiques: Un Hôpital Où Il Fait Bon Travailler En Est Un Où Il Fait Bon Se Faire Soigner ».- ResearchGate.

FLAMANT, Nicolas. « Le management intergénérationnel dans les établissements de santé. Les relations entre générations au travail. » *Gestions hospitalières*, n° n° 466 (mai 2007):p 364-65.

FRAY, A.-M. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier .Conséquences managériales sur les acteurs, *Revue Management et Avenir*, 28, p142-149.

GOSSELIN Marilene, VIAU-GUAY Annabelle, et BOURASSA Bruno. « Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 16-3

JACQUES Hélène, Patricia RUCARD, Jean TOURET, et Madeleine Estryng-Behar. « Le management intergénérationnel dans les établissements de santé. Démarche de l'AP-HP. le management intergénérationnel : outil de régulation du turn-over. » *Gestions hospitalières*, n° 466 (mai 2007).

KANITZER Cécile « RH 2.0 : nouveaux modes de management ? », *Techniques hospitalières*, 2015 p27.

KUPPERSCHMIDT B. R., «Multigeneration Employees: Strategies for Effective Management », *The Health Care Manager*, vol. 19,n° 1, 2000, p. 65-76.

LEFEUVRE Gwénaél, GARCIA Audrey et NAMOLOVAN Ludmila -Le développement professionnel : quels indicateurs ? *Questions Vives-Recherches en éducation-Vol.5 n°11 | 2009*

MARIAN L., LE LUDEC T. (2005), « Pôle d'activité médicale : Cadre de gestion médicalisée ou communauté réduite aux « aguets » ? », *Gestions hospitalières*, n° 449, pp. 640-644.

### Ouvrages

ALCAÏDE Jean-Louis –CHAMINADE Benjamin -Manager la génération Y (2015), 200 pages.

ATTIAS-DONFUT Claudine, *Sociologie des générations. L'empreinte du temps*, Paris, P.U.F., (1988) 220 pages

BARABEL Michel, MEIER Olivier(2010) - Les fondamentaux du management – Editions Management sup- 228 pages

BARTH Isabelle, FALCOZ Christophe (2007) Le management de la diversité-Enjeux, fondements et pratiques- Editions L'HARMATTAN-312 pages

BONNET Rosette, BONNET Jacques (2003) Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants : entre le rationnel et le sensible, Paris, l'Harmattan. 250 pages.

CARRICABURU Danièle, MENORET Marie (2004)-Sociologie de la santé – Armand Collin, 240 pages.

DOMY, P. (2012). L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements, enjeux et défis, Paris : Dunod, 210 pages.

FESSLER, R., & Christensen, J. (Ed.). (1992). Teacher career cycle: Understanding and guiding the professional development of teachers. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

NOBRE T. et LAMBERT P. (2012) Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis. Edition Dunod.. 306 pages.

LE BOTERF Guy (2004) Construire les compétences individuelles et collectives- Editions Eyrolles- 302 pages.

LEONARD, DOROTHY ET STRAUS, SUSAN (1999). Le knowledge management. Editions d'Organisation, 282 pages.

MINTZBERG, Henry (1982) Structure et dynamique des organisations.- Paris : Éditions d'Organisation.. 440 pages.

PAILLE Pascal (2004) La fidélisation des ressources humaines – Connaissances de la Gestion -166 pages.

### **Rapports, guides, theses.**

ACKER, D., BENSADON, A.-C., LEGRAND, P., & MOUNIER, C. (2012). *Management and Mary in Virginia*.

BRYANT, C.C. (2007). *A study of the evaluation procedures for professional development among public school districts in Virginia*, Thèse de doctorat. Virginia: The college of William

CORDIER M.(2008), « Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Études et Résultats*, DREES, n° 633, avril.

DECHAMP G. et ROMEYER C. (2006), « Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », Association Internationale de Management Stratégique, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique,

DOMY Philippe -Pr Guy MOULIN- Denis FRECHOU- Dr Frédéric MARTINEAU- Dr Christian MÜLLER (2010)-Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé- Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

ETIENNE Jean-Claude- DIONIS DU SÉJOUR (2004)- NTIC- «*La nouvelle révolution médicale* » Rapport n°1686 Assemblée nationale - n° 370 Sénat - consultable sur les sites Internet AN et Sénat.

*EXTRAIT DE LA SYNTHÈSE DES RENCONTRES RH DE LA SANTÉ* Techniques hospitalières. (2010) « RH 2.0 : nouveaux modes de management ? »

PERROT Serge (2009) Echelles de mesure de la socialisation organisationnelle: Etat de l'art et perspectives. - Management international, HEC Montréal, p115-128.

VALLEJO J., SAMPIERI-TEISSIER N. et BARET C. (2018), « La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : Quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ? », 6ième congrès de l'ARAMOS, Paris.

ZEGGAR, H., VALLET, G., & TERCERIE, O. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. IGAS.

### **Réglementation**

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.

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

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.



---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : grille de pré enquête : attendus professionnels de la génération Y.

**Annexe II** : grille d'entretiens semi directifs : thème de la gouvernance et de la politique managériale.

**Annexe III** : grille d'entretiens semi directifs : thème de la performance du SIH.

## Annexe I : trame d'entretien semi directif : pré enquête.

Grille entretien CDS et CSS

Pré enquête mémoire professionnel

- 1. Objectif : évaluer les connaissances des professionnels sur les caractéristiques des jeunes générations.**
  - Quelle perception avez-vous du rapport au travail des jeunes générations ?
  - Ont-ils, selon vous, des attendus différents ? Comment les caractériser ?
- 2. Objectif : mesurer les modalités managériales mises en œuvre.**
  - Avez-vous mis en place des adaptations pour essayer de répondre à ces attendus ?
- 3. Objectif : recueillir les difficultés managériales.**
  - Rencontrez-vous des difficultés dans le management de ces jeunes générations ? De quels ordres ?

Grille entretien CDS et CSS génération Y

Pré enquête mémoire professionnel

CHG milieu rural

2 IDE génération Y.

**Objectif : évaluer le ressenti de la génération Y sur le questionnement identitaire, le questionnement à l'autorité, la recherche de flexibilité.**

- Comment percevez-vous le travail en équipe au sein de votre service ?
- Quelles sont les générations qui sont représentées ?
- Pensez-vous avoir des attendus différents entre générations ? Si oui lesquels ?
- Quelles sont vos relations de travail avec votre CDS ? Dans quels domaines communiquez-vous le plus avec lui ? (*Relance* : pratiques prof, continuité des soins, évolution de carrière, gestion des plannings, relations d'équipe) Quels sont les points forts ? Quels seraient les axes d'amélioration dans cette relation ?
- Auriez-vous des idées pour faire évoluer la vie dans votre équipe ?
- Auriez-vous des idées et attendus pour aborder différemment vos relations avec le CDS ?
- Si vous deviez définir vos attendus professionnels idéaux dans la vie de l'équipe, quels seraient-ils ?

## Annexe II : trame d'entretiens semi directifs « gouvernance ».

Grille entretiens professionnels-Enquête mémoire CHU

Thème de la gouvernance et du projet managérial

### 1. Gouvernance

#### a. Démographie au travail :

- Métiers en tension lesquels ?
- Pyramide des âges / GPMC
- Turn over/absentéisme
- Accidents du travail : taux ? taux jeunes professionnels ?

#### b. Les modalités de recrutement

- Quel est le processus de recrutement ? Pourriez-vous svp le décrire ?
- Quelles sont les conditions d'accueil de professionnels au moment du recrutement ?
- Quelles sont les modalités d'intégration à l'emploi ? existe-t-il une politique managériale formalisée ? Quelle politique institutionnelle ? Quelles modalités de transmissions des compétences ?
- Avez-vous une adaptation des modalités pour la jeune génération ?
- Évaluez-vous ce processus de transmissions du savoir ?

#### c. Evolution de carrière :

- **Perspectives professionnelles** : avez-vous une cellule de mobilité à l'échelle de l'ES du GHT ? Arrivez-vous à définir un parcours contractualisé à l'embauche ? Comment se passe l'accès à la formation continue ?

#### d. Projection dans la vie d'équipe : l'approche inter générationnelle est-elle envisagée ? Quels projets ?

#### e. CLACT : un point sur les AT ? les TMS ? quelle intégration de la gestion des CT ? quelle intégration de la QVt dans le quotidien des professionnels ?

#### f. Politique managériale : existe-t-il une formalisation d'une politique inter générationnelle ? Existe-il une volonté de partage interdisciplinaire dans la politique managériale (PM-PNM ?) ? Quelle est la politique de gestion des séniors ?

### 2. Encadrement/politique managériale

#### a. Quelles sont les valeurs que vous recherchez dans votre posture managériale ? pensez-vous avoir une proximité managériale ? Quelles sont vos valeurs de manager ?

#### b. Pourriez-vous me parler des expérimentations ou projets que vous menez ?

#### c. Y a-t-il des projets menés PM-PNM ?

#### d. Avez-vous des projets de recherche en soins ? comment arrivez-vous à les faire vivre ?

### 3. Organisation du travail

#### a. Interdisciplinarité / Inter générationnelle : existe-t-il des moments ou des projets organisés en inter G ? et en inter disciplinaire ?

#### b. Leadership clinique : avez-vous une approche du travail en équipe par une évaluation du leadership clinique ? Voyez-vous une différence d'approche intergénérationnelle du leadership clinique ?

#### c. Approche et intérêt SIH : comment intégrez-vous le SIH dans la pratique PM ou PNM ? Quels bénéfices notamment au DPI ? quelles difficultés ? Est-ce un marqueur générationnel ?

## Annexe III : trame d'entretiens semi directifs « SIH ».

Trame de grille d'entretiens professionnels

Thème de la performance du SIH.

### 1. Déploiement du SIH sur le terrain.

- a. Quel déploiement, quelle interopérabilité du SIH dans l'établissement ?
- b. Quel impact sur le PM PNM ?
- c. Quelle formation du PM PNM ?
- d. Quel soutien institutionnel ?
- e. *Quel regard intergénérationnel sur ce point ?*

### 2. SIH porteurs de risques

- a. Quelle évaluation de l'ergonomie ? Quelle interopérabilité ?
- b. Quelle sécurisation des données ? Quelle sensibilisation au secret professionnel ?
- c. Quelle formalisation institutionnelle ?
- d. Politique de déconnexion définie ?
- e. *Quel regard intergénérationnel sur ce point ?*

### 3. Les innovations SIH :

- a. Méthode AGILE ? Quels projets concrets ?
- b. Intégration des usagers dans le référentiel de certification du SI ?
- c. Quelle promotion du décroisement métier grâce au SIH ?
- d. *Quel regard intergénérationnel sur ce point ?*

### 4. Amélioration des usages :

- a. Quelle formation NTIC ?
- b. Nouvelles approches pédagogiques : e-learning, MOOC ??
- c. Approche du télétravail ?
- d. Rédaction du guide de bon usage ?
- e. Quelles applications professionnelles : lien planning ? Lien cellule de mobilité-remplacement ?
- f. *Quel regard intergénérationnel sur ce point ?*

GENES

Isabelle

Décembre 2020

## DIRECTEUR des SOINS

Promotion 2020

### ACCOMPAGNER LES JUNIORS ET SENIORS

A SAVOIR FAIRE EQUIPE :

### UN DEFI COOPERATIF POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

**Résumé :**

Les pays industrialisés sont largement impactés par le vieillissement de la population. L'ensemble des organisations de travail sont contraintes de faire cohabiter plusieurs générations dans un même collectif. La question des rapports intergénérationnels et de la transmission des savoirs organisationnels est devenue centrale. L'hôpital n'échappe à cette évolution ce qui nécessite la mise en place de politiques structurantes.

Le Développement Professionnel Intergénérationnel (DPIG) semble représenter une réponse à cette nécessité d'évolution. La recherche des freins et des facteurs de réussite du DPIG au sein des équipes de soins est la question principale de ce travail.

Une enquête de terrain réalisée dans un CHU a permis de faire le constat qu'une volonté politique de décloisonnement de la gouvernance, qu'une politique managériale instruite d'agilité et que la performance du SIH représentaient des éléments contributifs du DPIG. Cela nous a permis de montrer que la question du DPIG ne peut se traiter « à part ». C'est en fait, la dimension collective du travail qui est concernée quels que soient les acteurs, leurs fonctions, leur génération. Les moyens de mutualisation et de capitalisation des savoirs et compétences constituent des enjeux de décloisonnement et de limitation des zones de pouvoir.

Le défi à relever est de parvenir à initier un processus de développement professionnel intergénérationnel qui construit un sentiment d'appartenance collectif nécessaire pour travailler ensemble dans une diversité non seulement de générations mais aussi de métiers, de cultures, de genres... Ce défi répond au besoin de développement de la performance collective.

**Mots clés :**

Vieillesse de la population - relations intergénérationnelles - transmission des savoirs - développement professionnel - décloisonnement - performance collective.

*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*