



Directeur d'hôpital

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

**Retour d'expérience sur deux
dispositifs favorisant une culture
managériale encourageant la capacité
à agir et entreprendre
Cas du CH Métropole Savoie**

Pierre ALPHAND

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les membres de l'équipe de direction du Centre Hospitalier Métropole Savoie, qui m'ont accueilli avec bienveillance dès le début de mon stage. Leurs précieux conseils m'ont permis d'apprendre énormément.

Je remercie chaleureusement Florent Chambaz, Directeur général, et Mélanie Gaudillier, Directrice générale adjointe, pour la qualité de leur accueil et la confiance qu'ils m'ont témoignée tout au long de ce stage. L'environnement de travail dont j'ai bénéficié m'a permis de m'épanouir pleinement.

Je souhaite adresser un remerciement particulier à Pierre Idee, mon maître de stage, pour sa confiance, ses précieux conseils, et la richesse de nos échanges. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

Un immense merci également à Anne Gallet, Directrice du pôle Performance, Pôles, Projets, qui a été au cœur de mes réflexions. Toujours à l'écoute, prodiguant des conseils avisés, elle m'a ouvert les portes de sa direction et des dispositifs que j'ai étudiés. Tu m'as convaincu que seul on va vite, mais ensemble on va loin.

Je suis également très reconnaissant envers Christelle Routelous, enseignante-chercheuse à l'IDM de l'EHESP, qui m'a guidé pour transformer une idée en un mémoire pour lequel j'ai pris un immense plaisir à travailler.

Merci à Yohan pour ta relecture attentive et précieuse, et pour avoir toujours été présent dès le début de cette belle aventure.

Je remercie également toutes les personnes interviewées, qui ont partagé leurs expériences et leur vision, permettant ainsi d'enrichir ce mémoire.

Enfin, un simple merci ne saurait suffire pour exprimer ma reconnaissance envers ma femme, Pauline. Ton soutien indéfectible et ta patience ont fait de ce projet une réalité.

Sommaire

Introduction.....	5
1 Description des dispositifs, conditions d'émergence et portage institutionnel.....	10
1.1 M2S, Formation management, santé et simulation.....	10
1.1.1 Un dispositif qui répond à la devise "mieux manager pour mieux soigner" .	13
1.1.2 Un dispositif qui permet le lien entre une situation, un outil et un objectif. ..	13
1.1.3 Un dispositif qui s'appuie sur un centre d'enseignement par simulation (HOPSIM)	14
1.1.4 Un investissement institutionnel qui vise à former l'ensemble des managers	14
1.1.5 Les limites rencontrées au démarrage du dispositif M2S et à ce jour	14
1.2 La CAPsule, Collectif d'Appui pour vos Projets	15
1.2.1 Une démarche innovante pour favoriser l'intelligence collective au service de projets institutionnels.....	17
1.2.2 Qui s'articule avec des objectifs clairs et partagés par l'institution	17
1.2.3 Un dispositif qui s'articule autour d'une équipe socle.....	19
1.2.4 Les limites rencontrées au démarrage du dispositif CAPsule et à ce jour...	21
1.3 Conditions d'émergence des dispositifs	22
1.3.1 La naissance de la CAPsule.....	22
1.3.2 Des managers qui ont su exprimer des besoins non couverts.....	23
1.4 Des acteurs clés qui ont favorisé l'émergence des dispositifs.....	24
1.4.1 Les architectes du dispositif, à l'œuvre pour bâtir une méthode viable	24
1.4.2 Les concepteurs du dispositif, à l'origine de l'idée et de sa concrétisation ..	26
1.4.3 Les acteurs relais, pour permettre une appropriation et une diffusion.....	27
1.4.4 Les convaincus, intégrés au dispositif, ils en mesurent les bénéfices.....	28
1.5 Le portage institutionnel des dispositifs.....	28
1.5.1 Un portage par le binôme Directeur Général, Président de la commission médicale	28

1.5.2	Un projet managérial inscrit dans le projet d'établissement.....	29
2	Les effets produits par les dispositifs, l'apprentissage des compétences communes à entreprendre et agir.....	29
2.1	La possibilité pour les managers d'agir.....	30
2.1.1	L'apport d'outils pour faciliter le management quotidien et développer l'intelligence collective.....	30
2.1.2	L'apport de la simulation dans la représentation de soi à travers l'épreuve.	33
2.1.3	Un travail de recherche qui mesure le développement des compétences individuelles	33
2.1.4	Le développement des compétences individuelles, l'exemple de la formation des médecins managers.....	35
2.1.5	Se former avec différents manager pour bénéficier de regard croisé et sortir du quant à soi.....	36
2.1.6	La formation en binôme, le collectif comme ressource.....	38
2.2	Des dispositifs qui permettent le développement de nouvelles compétences et qui produisent des initiatives innovantes	39
2.2.1	Le développement de nouvelles compétences managériales et la constitution de groupe de travail agile.....	40
2.2.2	Immersion dans la CAPsule "prise en charge de la personne âgée au CHMS", l'émergence de 14 propositions d'actions.....	41
2.2.3	Le comité personnes Agées (COMPAS) un dispositif innovant issu de la CAPsule	45
2.3	Tableau synthétique du développement des compétences par les dispositifs	46
3	Les conditions nécessaires à la reproduction et à la pérennité d'un environnement capacitant.....	48
3.1	C'est une communauté apprenante qui évolue dans un cadre et un soutien institutionnel.....	48
3.1.1	L'ingénierie du dispositif, élément primordial pour l'obtention de résultat	48
3.1.2	Développement d'une communauté d'ambassadeurs managers, responsables et autonomes.....	55
3.2	D'une culture managériale commune au développement d'un sentiment d'appartenance.....	55

3.3	Le développement d'une communauté de managers entre pairs.....	56
3.4	Créer une communauté capacitante qui ouvre le champ des possibles	57
3.5	Vers un export des dispositifs à l'échelle de la direction commune, du GHT et de structures extérieures ?.....	59
3.6	Les dispositifs comme incubateurs de talents et de fidélisation des hauts potentiels.....	61
3.7	Recommandations et pistes de réflexions pour la suite	62
	Conclusion	65
	Bibliographie.....	66
	Liste des annexes.....	70

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
CAPsule : Collectif d'Appui pour vos Projets
CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
COMPAS : Comité Personnes Âgées
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CSMIRT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CS : Conseil de Surveillance
DAM : Direction des affaires médicales
DAF : Direction des Affaires Financières
DSIO : Direction du Système d'Information Opérationnel
D3P : Direction Pôle, Performance, Projet
DG : Directeur Général
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DRH : Direction des Ressources Humaines
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HOPSIM : Centre de simulation et de formation du CHMS
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
IDM : Institut du Management
M2S : Management Santé et Simulation (formation)
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PEC : Prime d'Engagement Collective
RETEX : Retour d'Expérience
SEP : Sentiment d'Efficacité Personnelle

Introduction

« L'art de diriger consiste à abandonner la baguette pour ne pas gêner l'orchestre »

Herbert Von Karajan

L'hôpital public a connu des évolutions majeures dans son organisation interne ces dernières années, des évolutions accentuées par la crise sanitaire du Covid-19. La loi "Hôpital, patients, santé et territoire" (HPST) de 2009 a instauré une nouvelle architecture organisationnelle pour les établissements de santé, introduisant de nouveaux modes de gouvernance (composition et fonctionnement du conseil de surveillance, du directoire et de la commission médicale d'établissement) et la configuration en pôles d'activités clinique et médico-technique. Ces réformes ont parfois été perçues par les équipes hospitalières comme un éloignement de la prise de décision, une organisation plus rigide et conduisant à une perte de sens de leurs missions. Pour répondre à ces préoccupations, la stratégie de transformation du système de santé "Ma Santé 2022", annoncée en septembre 2018 par le Président de la République et concrétisée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, s'est donné comme ambition de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux.

Le plan "Ma Santé 2022", prône une modernisation profonde du système de santé français comme par exemple de *"redonner au service son rôle de collectif dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe soignante"*. En plaçant le patient au cœur des préoccupations et en encourageant la coordination des acteurs, ce plan vise à renforcer l'efficacité et la qualité de la prise en charge. Pour répondre à ce défi, il est apparu nécessaire de développer de nouvelles formes d'accompagnement des managers hospitaliers, dotés des compétences et du savoir-faire nécessaires pour naviguer dans un environnement en constante évolution. En complément de ce plan, en août 2021, le guide élaboré par le Professeur Olivier Claris, *"Mieux manager pour mieux soigner, améliorer le management et la gouvernance hospitalière"* a été publié. Ce guide, destiné à l'ensemble des managers hospitaliers, récapitule l'ensemble des leviers mis à leur disposition par le Ségur de la santé pour répondre aux enjeux managériaux auxquels ils sont confrontés.

Le management, défini comme l'acte par lequel le responsable coordonne des actions individuelles dans un contexte de production contraint et finalisé, prend une dimension particulière à l'hôpital (Nobre. T., 2013). Trois aspects illustrent cette spécificité : la diversité des activités, accentuée par une diversité culturelle et la définition de quatre mondes selon Boltanski et Thévenot (1991) (*Community, Control, Cure, Care*), le système de prise de décision et les rapports de pouvoir. Traditionnellement teinté de paternalisme, le management s'articule aujourd'hui autour de deux modèles : une logique descendante

("top-down"), qui a l'avantage d'être organisée hiérarchiquement mais peut peiner à prendre en compte les réalités du terrain, et une logique ascendante ("bottom-up"), plus participative mais risquant d'être désordonnée. Par ailleurs, la culture managériale détermine la façon dont les collaborateurs sont dirigés, englobant des règles, des pratiques et des valeurs autour desquelles les managers doivent se rassembler.

Dans le contexte hospitalier, le défi pour stimuler la capacité d'initiative et d'action des managers réside dans la recherche d'un équilibre entre une forte intervention hiérarchique ("top-down") et des mécanismes d'autorégulation des managers ("bottom-up").

Par ailleurs, le secteur hospitalier, traditionnellement marqué par une structure hiérarchique et des processus structurés, dans un modèle de domination légale rationnelle, concept théorisé par M. Weber, a vu la crise sanitaire du Covid-19 agir comme un catalyseur, révélant les limites d'un modèle organisationnel peu flexible face à des situations inédites. Confrontés à un afflux massif de patients, les hôpitaux ont dû s'adapter rapidement, repenser leurs procédures et mobiliser leurs équipes dans un contexte d'incertitude et de pression accrue (médias, sanitaire, etc.). La gestion de cette crise a engendré un choc de simplification au sein de la communauté hospitalière, favorisant un esprit pluri professionnel, à l'écoute des initiatives des agents, et générant un sentiment collectif d'avoir pu agir ensemble face à un défi sanitaire majeur. La coordination médico-administrative a produit des effets positifs, en s'éloignant des procédures rigides et complexes souvent décriées par les professionnels soignants.

Dans ce contexte, une notion clé a émergé : *l'empowerment*, elle apparaît en France dans les années 2000 et a fait l'objet d'une littérature anglo-saxonne pléthorique depuis les années 1980. Pour Ligier et Rohou (2016), il s'agit de "la capacité d'agir et d'entreprendre, qui se définit par la mise en place de conditions permettant aux individus et aux groupes de prendre des initiatives, d'innover et de s'adapter de manière autonome aux défis rencontrés". À cet effet, *l'empowerment* peut se concrétiser par des évolutions dans les pratiques infirmières sur le plan clinique, par exemple, grâce au développement d'activités liées à la prévention et à l'éducation thérapeutique initiées par un collectif d'infirmières s'étant formé spontanément pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les services de soins (Rochette C., Ceccato M., 2022).

L'expérience du COVID-19, a mis en évidence deux éléments essentiels : d'une part, la nécessité d'une culture managériale plus agile, capable de favoriser l'initiative, la créativité et la prise de décision rapide, d'autre part, l'importance de conserver les modes d'organisation et les initiatives au plus proche du terrain qui ont permis aux hôpitaux de traverser la crise avec succès.

Le Centre Hospitalier Métropole Savoie, établissement implanté en Savoie sur le territoire de Chambéry et d'Aix les bains, support de GHT, décline dans le volet managérial de son projet d'établissement, son projet de gouvernance et de management participatif. De plus, à la fin de la crise sanitaire du Covid-19, le CHMS s'est engagé dans un processus de retour d'expérience sur la gestion de crise au niveau de l'établissement. L'objectif est de conserver les initiatives locales et managériales qui ont permis de faire face à la situation. Son ambition est de permettre à l'ensemble des professionnels de l'établissement de mieux travailler collectivement et d'être force de proposition.

L'objet de ce mémoire est d'étudier deux dispositifs mis en place au sein du CHMS. Le premier dispositif, inscrit dans le projet managérial, vise à mettre en œuvre un plan de formation interne pour l'ensemble des personnes en position de management, permettant de partager une culture managériale commune. Cette formation des managers est directement réalisée par le centre de simulation et de formation du CHMS nommé HOPsim, en incluant des expériences de simulations et l'apport d'outils pratiques.

Le second dispositif, initié en réponse à la gestion de la crise Covid, est une cellule d'appui et de soutien pour les projets transversaux, destinée à accompagner l'hôpital dans la mise en œuvre de changements significatifs. Cette cellule utilise la notion d'intelligence collective, définie comme "la capacité d'une communauté à faire converger intelligence et connaissances pour avancer vers un but commun" (Lévy, 1994). Dans un hôpital, l'intelligence collective peut se manifester lors de réunions interprofessionnelles où médecins, infirmiers, administrateurs et autres professionnels de santé travaillent ensemble pour élaborer des protocoles innovants ou pour résoudre des défis organisationnels. Elle mobilise également une expérience pluri professionnelle et bénéficie d'un fort soutien institutionnel.

C'est à la lumière de ces deux dispositifs, évalués conjointement et intégrés dans le projet d'établissement, qu'il est important de comprendre comment l'établissement cherche à développer une culture managériale favorisant la capacité d'agir et d'entreprendre ? Quels effets et innovations cela produit-il au sein du CHMS ?

Dans un premier temps, nous décrirons les dispositifs, examinerons leur émergence au sein de l'établissement ainsi que leur portage institutionnel mais également leurs limites (1). Ensuite, nous analyserons les effets engendrés, tels que le développement de compétences communes, la possibilité pour les managers d'agir et des exemples d'innovations produites (2). Enfin, nous étudierons les conditions favorisant la reproduction des dispositifs et la pérennité d'un environnement propice au développement des capacités (3).

Méthodologie

Le terrain de l'étude

Issu de la fusion au 1er janvier 2015 des hôpitaux de Chambéry et Aix-les-Bains, le centre hospitalier Métropole Savoie propose une offre de soins complète de 1 912 lits et places répartis sur plusieurs sites. Cinquième centre hospitalier après les quatre CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes, il emploie 5000 professionnels et réalise environ 65000 hospitalisations et séances (hôpital de jour, radiothérapie, dialyse...) par an.

Support de GHT, le centre hospitalier Métropole Savoie est l'établissement public de santé référent d'un bassin de santé correspondant au département de la Savoie et au secteur de Belley (Ain).

Le choix du sujet

Ce mémoire se concentre sur l'analyse de deux dispositifs récemment mis en place dans l'établissement dans le cadre de son projet managérial : la formation managériale interne M2S et la cellule d'appui aux projets, la CAPsule. Mon intérêt initial portait sur les effets de la CAPsule, une conviction née dès mon premier stage d'immersion, dit "blouse blanche". J'ai eu l'opportunité de participer à la CAPsule élargie et j'ai été impressionné par les résultats observés lors des séances. Cependant, l'immersion dans les services de soins m'a également amené à réfléchir sur le rôle du cadre et du chef de service dans la dynamique d'un service, notamment dans sa dimension managériale. L'inscription dans le projet d'établissement de la nouveauté de former l'ensemble des managers du CHMS en interne, a suscité ma curiosité quant à l'ampleur du dispositif et son potentiel. Enfin, c'est lors de mon retour en stage long que j'ai décidé d'aborder les deux dispositifs et d'en étudier les effets.

Au fil de mes réflexions, j'ai souhaité me rapprocher de l'Institut du Management (IDM) de l'EHESP pour échanger sur ma perception des dispositifs avec un spécialiste. J'ai bénéficié de plusieurs échanges enrichissant avec Mme Routelous, enseignante-chercheuse à l'IDM, qui m'a ensuite accompagné dans ce projet.

Le recueil des données

Pour transformer mon ressenti en une étude de mémoire, j'ai mené une série de 17 entretiens semi-directifs avec des participants aux dispositifs. Le panel était varié, comprenant des directeurs, médecins, cadres, cadres supérieurs, kinésithérapeute, infirmier et aide-soignant. J'ai complété cette analyse avec des entretiens libres tout au long de mon stage.

Le questionnaire couvrait cinq thèmes : la genèse des dispositifs, la dynamique de l'innovation dans l'établissement, la perception des dispositifs au démarrage, l'impact des dispositifs sur l'innovation, et leur intégration dans les pratiques de l'institution.

Bien que je n'aie pas eu l'occasion d'assister à une session M2S, j'ai participé à plusieurs réunions du projet managérial et à plusieurs séances de la CAPsule durant mon stage.

Les limites de l'étude

Les dispositifs sont en place depuis plusieurs mois, ce qui reste une temporalité courte pour en mesurer pleinement les effets, et l'ensemble des managers n'a pas encore été formé. Par ailleurs, la CAPsule traite un sujet par an et s'attaque actuellement à son deuxième sujet, ce qui permettra de mieux évaluer sa faisabilité et sa reproductibilité dans le temps. Les effets observés sont encore à leurs débuts mais suffisamment marquants pour être étudiés. Une limite réside dans le fait que les personnes interrogées étaient majoritairement convaincues et sensibles aux dispositifs. Une évaluation plus globale, incluant les agents managés et les patients, viendra compléter l'analyse décrite dans ce mémoire.

1 Description des dispositifs, conditions d'émergence et portage institutionnel

Développer une culture managériale commune, qui améliore la capacité des managers et des agents à entreprendre et agir, nécessite une organisation structurée et mesurée. En effet, le temps d'incubation et de déploiement d'un dispositif doit respecter des phases et des jalons clairement définis et partagés par l'ensemble de l'établissement. Enfin, le soutien institutionnel est crucial pour l'implantation durable de cette culture commune.

1.1 M2S, Formation management, santé et simulation.

En janvier 2023, une note d'information interministérielle rédigée par le Ministère de la Santé et de la Prévention (Direction Générale de l'Offre de Soins - DGOS) et le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées (Direction Générale de la Cohésion Sociale - DGCS) a mis en avant les orientations retenues en matière d'acquisition des compétences. Cette note soulignait à la fois le besoin de former les personnels hospitaliers en situation de management et celui d'optimiser les compétences humaines et relationnelles pour mieux travailler en équipe. Le dispositif M2S répond concrètement à ces deux enjeux et permet, en s'appuyant sur la recherche, d'explorer d'autres thématiques porteuses d'avancées pour le monde hospitalier.

Concrètement, la formation M2S a été développée par Hopsim, un centre de référence nationale en matière de formation par simulation (Haute Autorité de Santé, 2015). Ce centre propose diverses formations animées par une équipe pluridisciplinaire, réalisant plus de 500 sessions par an. Son principal bénéficiaire est le CHMS, HOPsim étant une unité fonctionnelle de l'établissement. Les participants de M2S sont des managers en santé, c'est-à-dire des professionnels des établissements de santé occupant des postes de cadre, quelle que soit leur spécialité. Les groupes de formation sont composés de 12 participants, avec un minimum de 4 personnels médicaux, des cadres soignants et médicotechnique et 4 professionnels issus des directions et services administratifs et techniques du CHMS.

Une session de M2S se déroule sur 3 jours : 2 jours consécutifs et 1 jour à distance, un mois plus tard. Chaque journée de formation est divisée en deux périodes de 3h30, matin et après-midi, conformément aux directives de formation hospitalière. L'écart d'un mois permet une meilleure assimilation des pratiques et des retours d'expérience lors du troisième jour. Environ 6 sessions sont organisées par an. Le fil conducteur de la formation repose sur les outils managériaux, chacun étant associé à une situation pratique et à un

objectif spécifique. Au total, 16 outils managériaux sont abordés lors de M2S. Des outils organisationnels, cognitifs et sociaux. Ils sont répertoriés dans un guide fourni à chaque participant en fin de séance, il décrit la fonctionnalité et ce que permet chaque outil.

LES OUTILS

10. ISHIKAWA

Finalité : Outil visuel qui permet de lister les causes qui influencent une situation, de résoudre des problèmes et de classer et hiérarchiser les causes.

- 1 - Qualifier le problème que l'on cherche à résoudre
- 2 - Quel objectif atteindre ?
- 3 - Lister les causes qui ont un effet sur le problème
- 4 - Classer les causes selon le modèle des 5M :
 - Main d'œuvre : compétences, acteurs
 - Matières : qualité
 - Matériels : équipements, aspects financiers
 - Méthodes : techniques, procédures, modes opératoires
 - Milieu : environnement de travail

Il est possible que les 5M ne puissent être renseignés de façon exhaustive.
Utiliser la méthode des 5 Pourquoi (cf.p14) pour comprendre les causes.
Il est important de bien identifier les causes sur lesquelles on peut agir pour définir les axes prioritaires d'action.
Hiérarchiser les causes pour mettre en place les objectifs.

Source : Guide M2S, présentation de l'outil ISHIKAWA

Le schéma ci-après décrit une session de formation M2S.

Déroulé d'une session de formation M2S



Jour 1 matin

Déroulé :

- Accueil, attentes, présentation
- Manager pour la qualité
- Présentation de 4 outils pratiques
- Les lois du management

Jour 1 après-midi

Déroulé :

- Présentation de la simulation
- Simulations de situations managériales
- Débriefing
- Synthèse de la journée

Jour 2 matin

Déroulé :

- Réactivation mémoire du J1
- Outils de résolution de problème
- Manager pour la qualité
- Outils d'animation d'équipe
- Management et neurosciences.
Que se passe-t'il dans la tête du manager

Jour 2 après-midi

Déroulé :

- Présentation de la simulation
- Simulations de situations managériales
- Débriefing
- Synthèse de la journée

Jour 3 matin

Déroulé :

- Un mois après ?
- La culture de l'aérien
- Les outils pratiques de management issus de l'aérien



Intégration en J3 d'un formateur extérieur, pilote chez Air France

Jour 3 après-midi

Déroulé :

- Présentation de la simulation
- Simulations de situations de management de l'aérien à la santé
- Débriefing
- Synthèse de la formation



A ce jour au CHMS, M2S a formé :

- 32 cadres de santé
- 26 médecins chef de service
- 26 cadres administratif et techniques
- 10 directeurs
- 7 médecins chef de pôle
- 5 cadres supérieurs de pôle

1.1.1 Un dispositif qui répond à la devise "mieux manager pour mieux soigner"

Dans le contexte hospitalier en constante évolution, le renforcement des compétences managériales des professionnels est devenu un enjeu crucial pour assurer une gestion efficace et efficiente des établissements. Le dispositif M2S répond aux besoins spécifiques du CHMS en s'alignant avec les orientations nationales et contribue à la stratégie de l'établissement. La note d'information interministérielle de janvier 2023, souligne l'importance de former les personnels hospitaliers en situation de management, elle vise également à faire du management un objectif de professionnalisation, tant il impacte le fonctionnement du collectif de soin et plus largement du collectif hospitalier, et donc la qualité des soins. Le programme M2S répond directement à ces deux enjeux en proposant une formation complète et adaptée au contexte du CHMS. De plus, la formation M2S permet d'adapter sa politique managériale à la devise "mieux manager pour mieux soigner" issue du guide produit par le professeur Olivier CLARIS.

Concrètement, Le CHMS, premier employeur du département de la Savoie avec plus de 4 920 professionnels, dont plus de 300 en situation d'encadrement, a fait du management un axe stratégique de son développement. Il a élaboré un volet managérial spécifique dans son projet d'établissement 2023-2027, fruit d'une démarche collaborative et participative. Dans le cadre de sa stratégie de développement des compétences managériales, le CHMS s'est engagé à former l'ensemble de ses personnels en situation d'encadrement sur une période de quatre ans. Chaque manager de l'institution devra avoir suivi cette formation et dans une phase de transition aucune autre n'est proposée par l'établissement. L'objectif principal de ce programme est de favoriser l'émergence d'une culture managériale commune et partagée au sein de l'établissement.

1.1.2 Un dispositif qui permet le lien entre une situation, un outil et un objectif.

Les objectifs pédagogiques de la formation M2S vise à guider les participants dans la transition d'une compréhension théorique des concepts managériaux à leur application pratique et pragmatique dans des situations réelles. En d'autres termes, le programme s'attache à transformer les connaissances théoriques en outils concrets et efficaces que les managers peuvent utiliser au quotidien pour relever les défis de leur métier.

Au-delà de la simple acquisition de connaissances, la formation M2S met l'accent sur l'apprentissage expérientiel. Cela signifie que les participants seront immergés dans des simulations réalistes et des exercices pratiques qui leur permettront de mettre en œuvre les concepts appris et de développer leurs compétences managériales dans un environnement

concret. Cette approche immersive favorise une compréhension plus profonde des principes managériaux et permet aux participants d'intégrer ces principes dans leur pratique quotidienne.

1.1.3 Un dispositif qui s'appuie sur un centre d'enseignement par simulation (HOPSIM)

Le CHMS dispose depuis 2010 d'un centre d'enseignement par simulation. Il permet la formation par simulation pleine échelle en équipe pluri-professionnelle sur des thématiques multiples (soins, communication thérapeutique, hygiène, etc.).

Le centre a ainsi pu développer et publier des méthodes et outils pédagogiques propres, comme :

- Timeline Debriefing Tool (Secheresse, Nonglaton, 2020) pour structurer la phase de description du débriefing;
- Adaptation du cycle de Kolb (Secheresse, Pansu, Lima, 2020) à la construction d'une session de simulation;
- Méthodologie de débriefing explicite (Secheresse, Pansu, Lima, 2021)

Forte de son expertise acquise au fil des années dans le domaine de la simulation, HOPSIM a joué un rôle déterminant dans l'intégration de la simulation dans le programme de formation managériale. L'expérience et la structure solide du centre ont constitué des atouts précieux pour le développement de ce dispositif.

1.1.4 Un investissement institutionnel qui vise à former l'ensemble des managers

La volonté du CHMS de former l'ensemble de ses managers a entraîné un engagement significatif en termes de coûts de formation et de mobilisation des managers. En effet, le coût d'une session de formation de 12 apprenants sur 3 jours est estimé à 9 627 €.

1.1.5 Les limites rencontrées au démarrage du dispositif M2S et à ce jour

Une des limites identifiées dans la conception du dispositif est sa dépendance à un nombre restreint d'intervenants internes. Pour éviter toute rupture, il est essentiel de former des formateurs supplémentaires au fil du temps. La durée de quatre ans allouée à la formation des managers est considérée comme longue dans le contexte hospitalier, ce qui accroît la dépendance de l'institution envers ces formateurs et constitue un risque majeur en cas de départ ou d'absence imprévue.

Un autre défi réside dans la définition d'un modèle économique clair. Ce dispositif, qui a évolué d'une initiative locale à un projet plus ambitieux, suscite désormais une forte convoitise. Il est donc crucial de développer une stratégie pour répondre à ces enjeux.

Par ailleurs, la légitimité des acteurs internes pour former les managers a nécessité un soutien spécifique pour surmonter certains obstacles. Concernant l'aspect simulation, bien que le centre et ses professionnels soient reconnus en interne et en externe pour leur expertise, il a été difficile de les positionner en tant qu'experts en management vis-à-vis de leurs pairs. La décision d'introduire un intervenant externe, tel qu'un commandant de bord d'Air France, vise à diversifier la formation et témoigne de la reconnaissance de cette limitation.

Il a également été observé que la formation M2S a enrichi l'offre de formation du centre de simulation, son succès a d'ailleurs eu un impact notable sur l'organisation. Il a fallu intégrer cet élément dans le plan de charge du centre sans perturber les activités existantes.

De plus, le dispositif manque actuellement d'une méthodologie d'évaluation à 360 degrés. Par exemple, lorsqu'un binôme est formé, il n'y a pas d'analyse du ressenti des agents managés concernant d'éventuels changements. De même, avant la formation, il aurait été pertinent d'identifier les attentes des agents de l'institution vis-à-vis de leurs managers. En outre, le déploiement de M2S exige des ressources humaines et financières substantielles pour soutenir le dispositif ainsi que les coûts de formation qui en découlent. La capacité à maintenir et développer ce dispositif dépend de la disponibilité de ces ressources.

Enfin, une limite notable, qui constitue aussi une de ses forces, est que le dispositif est entièrement intégré au centre de simulation. À ce stade, il n'est pas envisageable de transférer la formation vers d'autres locaux, ce qui soulève la question de son potentiel déploiement ailleurs.

1.2 La CAPsule, Collectif d'Appui pour vos Projets¹

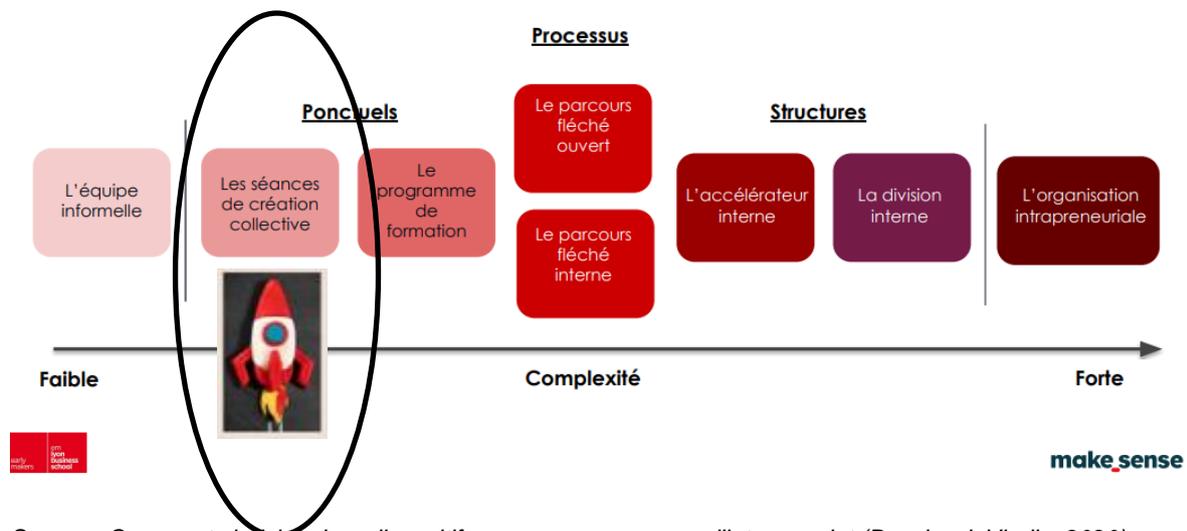
Pour définir et cerner le dispositif de la CAPsule, il est pertinent de décrire comment il est perçu par les participants. En novembre 2023, une évaluation qualitative a été menée par le CHMS pour recueillir les témoignages des acteurs du dispositif. Les retours suivants ont été mis en évidence : *"qualité des échanges"*, *"c'est vivant et concret"*, *"on est acteur"*, *"bonne ambiance"*, *"approche et échanges transversaux"*, *"pluridisciplinarité"*,

¹ Pour aller plus loin et se projeter dans le dispositif : <https://youtu.be/wWPaNc-dro8?feature=shared>
Il s'agit de la vidéo de présentation officielle de la CAPsule

"interactions", "pas de hiérarchie, on peut oser parler", "facilité à s'exprimer sans jugement", "liberté de parole", "ensemble, on va plus loin".

Par ailleurs, la CAPsule se présente comme un dispositif qui favorise l'intrapreneuriat. Selon Bouchard (2011), l'intrapreneuriat se définit comme « un ensemble de ressources, d'actions, de processus, d'outils managériaux et de formes organisationnelles mis en place pour encourager l'adoption d'approches entrepreneuriales au sein d'entreprises établies ». Dans leur dernier article en collaboration avec Virolle (2020), les auteurs proposent une classification des pratiques intrapreneuriales ainsi que des niveaux de maturité intrapreneuriale (de 1 à 4).

La CAPsule se positionnerait de la manière suivante :



Source : Comment choisir le bon dispositif pour mon programme d'intrapreneuriat (Bouchard, Virolle, 2020)

	Expérience	Priorités stratégiques	Valeurs et culture	Organisation
Niveau 0	Aucune expérience	L'innovation et la transformation culturelle ne sont pas au coeur de la stratégie ou ne se traduisent pas en actes.	Fiabilité, réplication, contrôle, résultats à court terme, orientation process	Hiérarchique, rigide et silotée, focus sur l'exploitation/l'opérationnel vs l'exploration
Niveau 1	Expériences avec des dispositifs d'innovation participative et/ou d'intelligence collective (boîte à idées, hackathon, innovation, formation aux méthodes d'innovation etc.)	L'engagement des employés autour du projet d'entreprise est une vraie priorité (déclaration et moyens humains et financiers adéquats).	Valorisation des employés et de leurs savoirs, investissement continu dans le capital humain Valorisation des initiatives individuelles ou collectives	La communication entre départements et niveaux hiérarchiques est fluide

Concernant le niveau de maturité, il serait actuellement de 1 sur une échelle de 4.

1.2.1 Une démarche innovante pour favoriser l'intelligence collective au service de projets institutionnels

Le dispositif vise à favoriser l'intelligence collective et la collaboration par une approche novatrice et capacitante. Pour promouvoir la participation active, générer des idées nouvelles, impliquer de nouveaux acteurs et aborder collectivement des sujets transversaux, le CHMS a adopté une gestion de projet basée sur les techniques d'intelligence collective. Cette méthode met l'accent sur le travail d'équipe, la créativité, la coresponsabilité et la bienveillance.

Au cœur de cette approche réside la mise en place d'ateliers participatifs visant à établir un diagnostic partagé, identifier et prioriser ensemble des actions, et aboutir à un plan d'action réaliste. Ces ateliers s'appuient sur une variété de techniques, telles que la création de "personas", qui consiste par exemple, à des représentations fictives mais réalistes de différents types d'utilisateurs ou de participants et permettent de personnifier les caractéristiques, les comportements, les motivations et les besoins des différents groupes d'utilisateurs, facilitant ainsi une compréhension plus profonde et plus empathique de ces groupes. Sont également utilisés, le design thinking sur le parcours du patient âgé, l'analyse SWOT et les matrices de priorisation.

Afin de favoriser une communication ouverte, encourager l'échange d'idées et d'opinions, et promouvoir un environnement respectueux (caractérisé par la bienveillance et la co-création positive), un ensemble de règles de fonctionnement a été établi de manière collégiale et est rappelé au début de chaque séance. Des ateliers "brise-glace" ou "icebreaker" sont organisés au début de chaque séance pour initier l'action collective et favoriser un sentiment de parité entre les participants.

Ces ateliers contribuent à créer une atmosphère accueillante et inclusive qui encourage la participation active et la collaboration, dans la plupart des entretiens ainsi qu'au cours des situations vécues en stage, il est constaté une diffusion institutionnelle de la culture de l'inclusion lors du démarrage des réunions.

1.2.2 Qui s'articule avec des objectifs clairs et partagés par l'institution

La CAPsule s'approprie collectivement et de manière pluri-professionnelle des sujets transversaux. Afin de proposer des solutions et des opportunités d'actions que l'institution ne parvient pas à porter dans un cadre classique et normatif. De manière collégiale, la CAPsule définit des propositions d'amélioration concrètes sur des thèmes transversaux du

projet d'établissement (orientations stratégiques, projets médicaux, prise en charge de la personne âgée, juste prescription, etc.). Bien qu'elle ne soit pas un organe de décision, la CAPsule constitue une source précieuse de propositions pour la direction générale, la présidence de CME et, en fin de compte, le Directoire, qui lui confie des sujets spécifiques à traiter. Cette approche collaborative favorise une prise de décision éclairée, collective et agile.

L'opinion de chacun est valorisée de manière égale, quelle que soit sa fonction. Il offre un espace de discussion ouvert et des propositions "libres", invitant les acteurs à mettre de côté leurs titres professionnels et à s'engager sur des sujets divers.

Lors des entretiens que j'ai menés, les participants de la CAPsule ont tous évoqué la notion de "pas de côté". Selon eux, il s'agit de la capacité à se réunir dans un cadre collaboratif, détaché des contraintes habituelles telles que les freins hiérarchiques, la lourdeur administrative et les jeux de pouvoir, afin de produire du contenu utile à l'institution. Ils ont également souligné que ce "pas de côté" leur permettait de découvrir l'institution et des acteurs qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de rencontrer dans le cadre de leur exercice professionnel habituel.

Enfin, en abordant les problèmes transversaux, qui impactent l'ensemble de l'institution mais sous des angles différents, le dispositif suscite des idées nouvelles et mobilise de nouveaux acteurs, par exemple sur la thématique de la personne âgée, ce sont plus de 15 professions différents qui sont intervenus dans le processus.

Il encourage la participation de professionnels qui ne sont pas habitués aux processus institutionnels, reconnaissant leur potentiel à apporter des propositions précieuses et à servir de relais auprès de leurs équipes.

Lors d'un entretien avec un professionnel de santé, ce dernier m'a confié ses réticences initiales à participer à cet espace d'échange, estimant que la conduite de réunion au sein de l'hôpital n'était pas source de sens et d'efficacité. Cependant, après avoir assisté à plusieurs séances, il a pu constater l'impact positif de l'intelligence collective et la production de pistes d'amélioration concrètes. Ces éléments lui ont permis de s'approprier progressivement la démarche et de donner du sens à sa participation et d'avoir le sentiment d'avoir un pouvoir d'agir.

1.2.3 Un dispositif qui s'articule autour d'une équipe socle

Le dispositif s'appuie sur une équipe pérenne dans le temps composée d'une dizaine de professionnels médicaux, paramédicaux, de direction et d'encadrement soignants et médicotехniques. Cette équipe a pour mission de recevoir les demandes de sujets émanant de la Direction Générale et de la Présidence de la CME, de les qualifier et d'y apporter une première réponse sur l'angle d'attaque.

Ensuite, elle élabore une feuille de route qui définit le cadre méthodologique, le champ d'action et le périmètre de la CAPsule élargie, c'est-à-dire le groupe de professionnels qui sera chargé de travailler sur la thématique validée et de proposer des actions concrètes à mettre en place pour répondre au sujet traité.

Une fois ce travail de cadrage méthodologique réalisé, le DG et le PCME signent la feuille de mission à destination des participants au dispositif pour acter leurs engagements et le sujet traité.

Sans que cela soit formalisé, le mandat des membres de la CAPsule, à la fois socle et élargie, peut-être remis en question lors de nouvelles sessions. À ce jour, l'équipe socle montre une stabilité avec un départ depuis le début du dispositif. Les participants aux entretiens ne signalent aucun signe d'essoufflement dans leur engagement et expriment le désir de continuer.

Pour eux, l'investissement personnel n'est pas un obstacle mais plutôt un moment de partage qui transcende le cadre institutionnel et donne un sens profond à leurs actions.

À ce stade de maturation, tout changement dans l'équipe de base nécessite une approche stratégique pour le remplacement. Les discussions ont souligné que le choix de volontaires est privilégié, car il existe un risque de perturber la dynamique de groupe et donc un frein sur la potentielle capacité à agir.

À l'avenir, une rotation plus fréquente des membres du socle est envisagée afin d'introduire davantage de diversité et de nouvelles idées, et ainsi prévenir tout risque de cloisonnement et d'entre soi.

Le support ci-après vient décrire le dispositif dans son articulation.

Cadrage du dispositif

La Direction générale

Le Président de la commission médicale d'établissement



CAPsule



Objectif du dispositif

Faire des propositions au directoire et à la CME sur des sujets transversaux, institutionnels, validés par le DG et le PCME
Avec l'objectif de permettre une prise de décision, éclairée, simple, rapide et efficace.



Le dispositif de la CAPsule

Pilotage et Animation

La directrice projet

Le médecin chef de pôle // DIM CHMS et GHT



CAPsule Socle

12 membres :
Cadres soignants
Directeurs
Médecins
Chirurgiens
Cadres administratifs



CAPsule Elargie

de 20 à 30 membres :
Cadres soignants
Directeurs
Médecins
Chirurgiens
Cadres administratifs
IDE
AS
Métiers de la rééducation
Autres (ouvert à toutes les professions hospitalières)



1.2.4 Les limites rencontrées au démarrage du dispositif CAPsule et à ce jour

Un tel dispositif nécessite une communication intensive pour sa diffusion institutionnelle. Actuellement, il est encore peu visible au sein de l'établissement et parfois mal perçu ou mal compris. Initialement, une forte appréhension existait dans le corps médical concernant sa place institutionnelle et son influence par rapport aux instances officielles. De plus, la méthode d'aborder l'intelligence collective comme méthode de conduite de projet suscite suspicion et incompréhension chez certains. Dans un article² publié dans Les Echos, B. Charquet, spécialiste des nouveaux modes de management, met en garde contre un effet pervers de l'intelligence collective. Si son cadre n'est pas clairement défini, il peut entraîner une dilution de la responsabilité. En effet, l'instauration de comités transversaux peut induire une perte de clarté et de lisibilité, rendant les comités responsables, mais pas les individus.

La question du choix des membres de la CAPsule, socle et élargie, est également soulevée. Lors des entretiens, le verbatim suivant a émergé : *"Nous avons choisi des volontaires"*. Cette stratégie permet d'avoir des participants au moins partiellement convaincus par la démarche et désireux de s'impliquer. Cependant, pour les personnes extérieures au dispositif, cela peut créer l'impression d'un cercle fermé avec des conditions d'accès non définies, alimentant des mythes ou rumeurs susceptibles de nuire au dispositif.

Par ailleurs, il existe une discordance entre la perception des participants, qui estiment que la communication et la diffusion du dispositif au sein de l'établissement sont effectives, et le ressenti des agents de terrain. Le dispositif est connu du top management, mais très peu des agents de l'établissement. Egalement, tous les agents ne sont pas nécessairement réceptifs à ces nouvelles approches. Il peut y avoir une résistance au changement, surtout de la part des personnels habitués à des méthodes traditionnelles.

De plus, le déploiement de la CAPsule nécessite des ressources humaines et financières conséquentes, d'une part pour accompagner le dispositif, mais également pour en soutenir les actions qui en émanent. La capacité à maintenir et à développer ces programmes dépend de la disponibilité de ces ressources.

Enfin, il apparaît nécessaire d'avoir un dispositif d'évaluation continue des impacts et de l'efficacité de la CAPsule, même si cela n'est pas toujours facile à réaliser. Il est crucial de mettre en place des indicateurs de performance clairs et des mécanismes de suivi rigoureux.

² L'intelligence collective, une fausse bonne idée ? | Les Echos

1.3 Conditions d'émergence des dispositifs

Comprendre l'émergence des dispositifs implique de s'interroger sur les enjeux auxquels ils répondent : est-ce une réponse pour améliorer la performance des organisations ou pour renforcer leur résilience ? La réponse est un mélange des deux. La crise Covid a provoqué des réorganisations profondes et démontré une forte résilience des agents. Cependant, dans le monde hospitalier post-Covid, la quête de sens des professionnels de santé a conduit les établissements à proposer des dispositifs managériaux plus performants. Ces dispositifs visent à armer les managers hospitaliers pour relever les défis de l'attractivité, de la fidélisation, du travail en équipe et de l'intelligence collective.

1.3.1 La naissance de la CAPsule.

Au cours de mon entretien avec le Directeur Général, ce dernier m'a expliqué l'origine du dispositif de la CAPsule. Durant la crise du Covid-19, qui a fortement impacté le département de la Savoie, il a souhaité mettre en place une gestion de crise structurée en deux cellules distinctes. La première, nommée "groupe réorganisation", avait pour objectif de rassembler un groupe restreint de personnes dans un lieu propice à l'idéation (Brunet, 2019) avec un accompagnement par la directrice projet de l'établissement et selon des méthodes issues du design *thinking*, afin de fournir des options à la cellule de crise officielle, qui pouvait ainsi prendre des décisions dans des conditions optimales. La seconde cellule, indépendante de l'autre, était chargée de l'organisation matérielle de l'hôpital.

L'importance de dissocier ces deux groupes résidait dans la nécessité de permettre au premier groupe de s'exprimer librement, sans être entravé par les contraintes inhérentes à la seconde cellule. Cette organisation bicéphale a donné aux participants le sentiment d'avoir le pouvoir d'agir, d'avoir été utiles à la gestion de la crise, de permettre la capacité à transversaliser la discussion et enfin, de créer de la confiance.

Fort de ce constat, le Directeur Général a décidé de faire un retour d'expérience (RETEX) sur la gestion de la crise. L'objectif sous-jacent était de déterminer ce qui pouvait être conservé dans le cadre d'une gestion institutionnelle classique avec le retour d'un fonctionnement normal des instances (CME, Directoire, CS, etc.)

Pour mener à bien ce RETEX, l'établissement a choisi de faire appel à une société extérieure. Les échanges ont révélé que les acteurs impliqués souhaitaient poursuivre la dynamique du "groupe réorganisation", en privilégiant la transversalité, la liberté d'expression, l'ouverture à différents professionnels et le maintien de la dynamique d'équipe.

Faisant suite au retour d'expérience, il a été envisagé de mettre en place un dispositif *ad hoc* dédié au traitement de dossiers transversaux que les instances classiques ne parviennent pas à gérer, faute de point d'appui. Cette proposition a été soumise et validée par le DG et le PCME, avec la condition de ne pas empiéter sur les instances déjà existantes.

Cette précaution était essentielle, car elle a suscité des craintes au sein de la communauté médicale concernant le pouvoir et le rôle du dispositif. Par la suite, les membres de la CAPsule socle ont été nommés par le DG et le PCME.

1.3.2 Des managers qui ont su exprimer des besoins non couverts

Le dispositif M2S est né du constat sur le terrain de la nécessité de fournir des outils managériaux pratiques pour accompagner les managers de santé. Initialement, la cible était les cadres de santé. Au fil des réflexions, il a été décidé d'élargir la cible pour inclure les chefs de service, les médecins, ainsi que les responsables logistiques et administratifs. Au sujet du personnel médical, l'institution a depuis plusieurs années, expérimenté diverses approches, la plus aboutie étant l'envoi des responsables médicaux à l'école de management de Grenoble pour une formation. Cependant, malgré l'initiative de former les chefs de services et de pôles, il s'est avéré au cours des différents entretiens que cette formation était trop théorique et éloignée des réalités de terrain.

Par la suite, le projet a commencé grâce à l'initiative d'une cadre supérieure de santé, qui a remarqué que dans son pôle, les cadres de santé n'étaient pas suffisamment équipés pour assumer leurs rôles managériaux. Elle a présenté ce constat à Hopsim, dans le but de conceptualiser un support pour mieux former les managers. La réaction d'Hopsim, a été positive et ils ont proposé d'élargir l'idée initiale en intégrant les outils pratiques en simulation pour les confronter à des situations managériales réelles.

L'exécutif du pôle, comprenant le chef de pôle, la cadre supérieure, le directeur référent et les cadres de santé, ainsi que les formateurs d'Hopsim, ont collaboré pour créer une première version test du dispositif.

Après un test jugé concluant par les protagonistes, le sujet a été présenté à la direction de projet pour évaluer sa faisabilité et son déploiement auprès de la DG et du PCME. La réussite du test initial par l'exécutif, suivi du soutien de la direction de projet, a permis de soumettre le dispositif à une évaluation grandeur nature par la DG, le PCME, les chefs de pôle, la DRH et le DAM.

Les objectifs de cette session étaient de démontrer que le dispositif permet de former différents professionnels de cultures diverses, ensemble et en utilisant les mêmes outils.

La formation devait respecter un format de trois jours. Avec l'objectif de promouvoir le développement d'une culture managériale commune (Cristallini, 2023). À la suite de cette session test, des ajustements nécessaires ont été identifiés pour répondre aux enjeux de la formation managériale commune. Parmi ces ajustements figurent la réduction de la durée de la formation (de 4 à 3 jours), la limitation du nombre de formateurs, et l'invitation d'un intervenant extérieur pour apporter des perspectives diversifiées sur les métiers, confronter l'environnement hospitalier à d'autres systèmes de valeurs, et dépasser le paradigme "à l'hôpital, tout est spécifique".

Ces ajustements ont été effectués et validés par le top management de l'établissement. Ils ont permis l'adoption du projet M2S et son intégration dans le projet managérial du CHMS.

1.4 Des acteurs clés qui ont favorisé l'émergence des dispositifs

En étudiant les deux dispositifs, il ressort clairement que la volonté de quelques acteurs clés a permis leur déploiement, leur mise en application, ainsi que leur légitimation.

1.4.1 Les architectes du dispositif, à l'œuvre pour bâtir une méthode viable

A) Le Directeur général, légitime les innovations managériales et les dispositifs

Au fil des différents entretiens, il est apparu clairement que la légitimité des dispositifs reposait sur l'impulsion et la confiance accordées par la direction générale. Dans les deux cas, l'émergence des dispositifs a connu une phase d'apprentissage et de créativité intense, rendue possible par la conviction personnelle et l'expérience professionnelle passée du DG. Qui a par ailleurs déjà publié sur la thématique au cours de sa carrière (Monvielle, Durand, Chambaz, 2016). Concernant le dispositif d'appui aux projets, les participants rapportent que leurs actions sont non seulement entendues, mais également suivies et validées par le DG.

Pour le DG, il est essentiel de créer des espaces de discussion propices à la réflexion et à la liberté de parole, où le pouvoir d'agir peut véritablement émerger. En ce qui concerne le management des professionnels du site, il y a eu une volonté de créer un point de rencontre où les managers disposent d'un vocabulaire commun, d'une manière de penser partagée et de la possibilité de former une communauté. La direction générale souhaite sortir du silotage parfois ressenti entre les professionnels de santé, tout en évitant l'uniformisation. L'objectif étant de favoriser la complémentarité de chacun à travers des outils opérationnels partagés.

B) Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME), légitime les dispositifs auprès de la commission médicale

Le DG et le PCME ont traversé ensemble l'épreuve de la crise du Covid-19, reconnaissant mutuellement l'efficacité du groupe réorganisation mentionné précédemment et exprimant la volonté de poursuivre dans cette dynamique.

Le rôle crucial du PCME a été de soutenir le dispositif d'appui aux projets auprès de la CME, en clarifiant qu'il ne s'agissait pas de remplacer les instances institutionnelles (CME, directoire, conseil de surveillance), mais de les soutenir et d'éclairer la prise de décision. Il a également été nécessaire de dissiper les doutes et les sarcasmes initiaux concernant l'utilité et les moyens déployés pour ce projet. La légitimité conférée par le soutien du PCME a permis de sanctuariser le dispositif et d'y apporter un cadre institutionnel solide.

En ce qui concerne la formation des managers médicaux, le PCME a été directement associé aux tests et à la validation du dispositif. Son implication active et son expérience personnelle du dispositif ont contribué à sa légitimation. De plus, le fait que le dispositif ait été élaboré par le centre de simulation interne et initié par un médecin a renforcé cette légitimité.

C) La directrice projet, au carrefour des deux dispositifs et de leurs émergences

Au cours des entretiens avec les parties prenantes des deux dispositifs et en interrogeant leurs éventuels points communs, il est devenu évident qu'un acteur se trouvait au carrefour des deux thématiques, la directrice projet de l'établissement. Dans le contexte de la CAPSule, c'est à la suite d'un retour d'expérience sur la gestion de la crise Covid qu'il a été nécessaire de concevoir et d'organiser un dispositif capable de relever le défi de l'agilité, de l'entrepreneuriat et de la promotion de l'intelligence collective. Au-delà de l'idée elle-même, ce qui est ressorti des échanges avec les participants du dispositif socle, c'est la capacité de projection qu'il a fallu mobiliser pour arriver à transformer une idée qui a émergé en mode crise, à une organisation en mode projet qui s'inscrit dans la durée et qui ne soit pas redondant avec ce qui existe déjà dans l'institution.

Lors de l'échange avec la directrice de projet, il est apparu qu'elle bénéficiait d'une grande autonomie et d'une capacité significative à expérimenter et à initier des actions pour mener à bien ce projet. De plus, elle est soutenue et légitimée dans sa démarche par le DG, ainsi que par le PCME

Comme mentionné précédemment, concernant le projet M2S, il a d'abord été abordé de manière confidentielle avec un nombre limité d'acteurs. L'élément déclencheur de son institutionnalisation a été initié par la directrice projet qui a su établir un lien entre l'idée, les premières ébauches et le besoin du DG et du PCME de former les managers et d'élaborer le projet managérial de l'établissement.

1.4.2 Les concepteurs du dispositif, à l'origine de l'idée et de sa concrétisation

A) HOPSIM, source d'inspiration et ancrage fort pour développer la formation management en interne

Le dispositif M2S a pu tirer profit de la structure interne du centre de simulation dont dispose le Centre Hospitalier Métropole Savoie. L'architecture du centre et l'expertise de son équipe ont été des prérequis cruciaux pour la réussite du projet.

Le médecin chef de service de l'unité, initialement urgentiste, s'est ensuite spécialisé en sciences de l'éducation à Grenoble, en se concentrant sur la simulation en santé et plus particulièrement sur le débriefing. Grâce à son expérience, il a su concevoir une formation managériale innovante intégrant la simulation. L'objectif de cette approche est de créer une expérience immersive, de sorte que les participants oublient qu'ils sont en simulation et réagissent comme s'ils étaient confrontés à une situation réelle. Aujourd'hui, la simulation est considérée comme l'un des outils pédagogiques les plus puissants qui soient. En management il y a des travaux qui ont fait le lien entre la simulation en management et le bien-être, notamment sur la gestion du stress (Couarraze, 2022).

B) La Direction Pôle, Performance, Projet (D3P), l'ingénierie nécessaire pour l'émergence du dispositif

La crise de la Covid-19 a favorisé l'émergence d'organisations agiles et innovantes, qui ont su mobiliser rapidement les acteurs dans un contexte d'urgence. Cette situation a requis une grande réactivité et la création d'espaces d'idéation pour éclairer la prise de décision. Lorsque ces organisations ont dû être intégrées dans un cadre institutionnel plus traditionnel, avec le retour à la normale pour l'établissement, il a fallu structurer, animer et développer le projet d'un collectif d'appui aux projets.

Pour mener à bien cette mission, il a été nécessaire de disposer d'une équipe projet, capable de mobiliser des connaissances méthodologiques et des compétences techniques. C'est à la D3P qu'a été confiée cette mission, en soutien de la directrice, une ingénieure projet a été chargée de mener à bien la conception du dispositif.

Concrètement, la mise en place du dispositif a nécessité plusieurs étapes clés : la définition du dispositif socle (contenu, membres), le choix d'un nom, l'établissement de règles de fonctionnement et la réflexion sur son articulation avec les autres dispositifs institutionnels. Après avoir réussi à structurer le dispositif, il a fallu traiter la première thématique et parvenir à obtenir des résultats concrets, tout en assurant la coordination de la dynamique du collectif.

C) Un soutien médical, qui renforce le lien médico-administratif

Depuis sa conception, le dispositif de la CAPsule a été porté par un binôme composé d'une directrice de projet et d'un médecin chef de pôle. Ce binôme, dont la collaboration s'est renforcée pendant la crise de la Covid-19 (Pierru, Vincent, 2020), a démontré que la dynamique médico-administrative qui a fait ses preuves pendant plusieurs mois pouvait être maintenue et porteuse de projets.

Un portage médical est essentiel pour créer l'adhésion et apporter un regard transversal sur le dispositif. De plus, cela renforce la légitimité accordée par le binôme DG/PCME dans la genèse du projet. En définitive, ce modèle est reproduit à l'échelle du dispositif et l'animation se fait en étroite collaboration. Ainsi, la CAPsule devient un outil collaboratif et collectif, qui rassemble les différents corps de métiers à l'hôpital. Dans sa construction identitaire, cette pluri-professionnalité est nécessaire pour une adhésion collective. Elle garantit un sentiment d'équité entre les groupes professionnels.

1.4.3 Les acteurs relais, pour permettre une appropriation et une diffusion

L'étude des deux dispositifs a permis de cartographier les acteurs relais. Il est intéressant de constater qu'il existe des relais communs entre les deux. Le rôle de l'acteur relais est de tester le dispositif, de le questionner, de le mettre en application et de le diffuser dans l'établissement. Ainsi, l'application des outils et des méthodes de travail proposés lors des sessions de travail se répand plus largement et rapidement dans l'établissement. Les acteurs relais sont pluri professionnels, incluant une participation soignante par le biais de la direction des soins, de l'encadrement supérieur, un soutien médical comprenant divers profils de praticiens (chirurgiens, médecins) et un soutien administratif avec trois directeurs adjoints.

Les relais sont perçus comme des prescripteurs auprès de leurs collègues et subalternes. Au fil des entretiens, le terme "ambassadeur" a été évoqué. Cela reflète la conviction des acteurs quant à leur rôle : promouvoir, valoriser les dispositifs et surtout les mettre en application dans leur pratique quotidienne.

1.4.4 Les convaincus, intégrés au dispositif, ils en mesurent les bénéfices

Un des indicateurs de mesure de la réussite des dispositifs s'illustre par la transformation d'un participant simple en une personne convaincue par l'apport du dispositif. En effet, ce phénomène est apparu lors du renouvellement de l'équipe élargie de la CAPsule. Comme évoqué précédemment, chaque année une nouvelle thématique est traitée par la cellule d'appui aux projets. Lors du recensement des participants concernant la thématique de la juste prescription, un phénomène de cooptation entre catégorie de professionnel c'est produit.

Par exemple, il a été complexe de trouver un participant de terrain parmi les professionnels de la rééducation pour la prochaine CAPsule. Grâce à la mobilisation d'une ancienne participante (kinésithérapeute), une volontaire a émergé et a rejoint le dispositif. La personne convaincue, initialement sceptique, a pu transmettre son expérience et les bénéfices perçus du dispositif. Pour dissiper son scepticisme, elle a exprimé un "pas de côté" significatif par rapport à sa connaissance institutionnelle d'un établissement de santé.

De plus, au cours de l'entretien mené avec l'agent, le changement notable entre son état d'esprit initial, plutôt réservé et non adhérent, et son état d'esprit à la fin du dispositif, convaincue et confiante que les recommandations seront mises en œuvre, est frappant.

Concernant le dispositif de formation des managers, c'est le recours à la simulation qui a clairement transformé leur position attentiste en une position convaincue. Ce changement s'est mesuré à travers les nombreuses sollicitations pour participer à la formation au fil des mois. Plus les managers sont formés, plus ils en parlent, plus les demandes de participation augmentent.

1.5 Le portage institutionnel des dispositifs

Pour que les dispositifs aient un impact au sein de l'établissement, ils doivent bénéficier de relais dotés d'une légitimité institutionnelle.

1.5.1 Un portage par le binôme Directeur Général, Président de la commission médicale

Le binôme composé du DG et du PCME est la clé de voûte de la gouvernance hospitalière. Leur collaboration repose sur la coresponsabilité managériale et la codécision. Leurs responsabilités les obligent à créer des conditions favorables à une collaboration fluide et efficace au service de l'institution. Dans le contexte de portage institutionnel des deux

dispositifs, un des facteurs de réussite identifié lors des entretiens et autres échanges est la légitimité que leur accordent le DG et le PCME.

Pour la CAPsule, c'est lors du lancement d'une thématique et de la transmission de la lettre de mission que les futurs participants prennent la mesure de l'engagement et de l'institutionnalisation du projet. La lettre de mission, cosignée par le DG et le PCME, récapitule le contour du dispositif, ses objectifs, l'état d'esprit, la thématique et les résultats attendus.

La présence du binôme lors de la première et de la dernière session vient sceller cet engagement. De plus, le suivi de la CAPsule fait l'objet de points précis dans les instances de l'établissement (directoire, CME, CS, CSMIRT, etc.), permettant de relayer l'information auprès des instances décisionnaires.

Concernant M2S, le dispositif a été légitimé par la pratique. En effet, le PCME a fait partie de l'équipe initiale qui a testé le concept, contribuant ainsi à son évolution et à sa validation. De son côté, le DG a été parmi les premiers formés lors de la session officielle, aux côtés d'autres participants (cadre soignant, médecin, cadre administratif) de l'établissement. L'adage "la preuve par l'exemple" prend tout son sens dans ce contexte

1.5.2 Un projet managérial inscrit dans le projet d'établissement

Le projet d'établissement du CHMS, établi pour la période 2023-2027, constitue un travail approfondi sur les orientations stratégiques, parmi lesquelles figure le projet managérial. Le dispositif M2S s'inscrit dans la thématique "développer une nouvelle culture de gestion commune" et prévoit un dispositif unique de formation pour l'ensemble des managers. Cette clarification institutionnalise le dispositif en établissant un plan de formation pluriannuel unique à l'échelle du CHMS.

2 Les effets produits par les dispositifs, l'apprentissage des compétences communes à entreprendre et agir

Les deux dispositifs sont désormais implantés dans le paysage institutionnel du CHMS et commencent à produire des effets. Des convergences apparaissent également. De manière générale, il est évident qu'il existe une volonté de créer une communauté et de renforcer le sentiment d'appartenance au CHMS. De plus, plusieurs exemples illustrent l'impact des dispositifs sur les managers et la manière dont ils les mettent en œuvre dans leur pratique quotidienne.

2.1 La possibilité pour les managers d'agir

À travers ces deux dispositifs, le CHMS a souhaité proposer à ses managers des moyens d'agir et d'entreprendre. Concernant la culture managériale, une forte disparité entre les managers et les catégories de managers a été constatée. Par exemple, un chef de service ne reçoit pas de formation spécifique avant sa prise de poste, alors qu'il est un acteur fondamental dans la gestion du service.

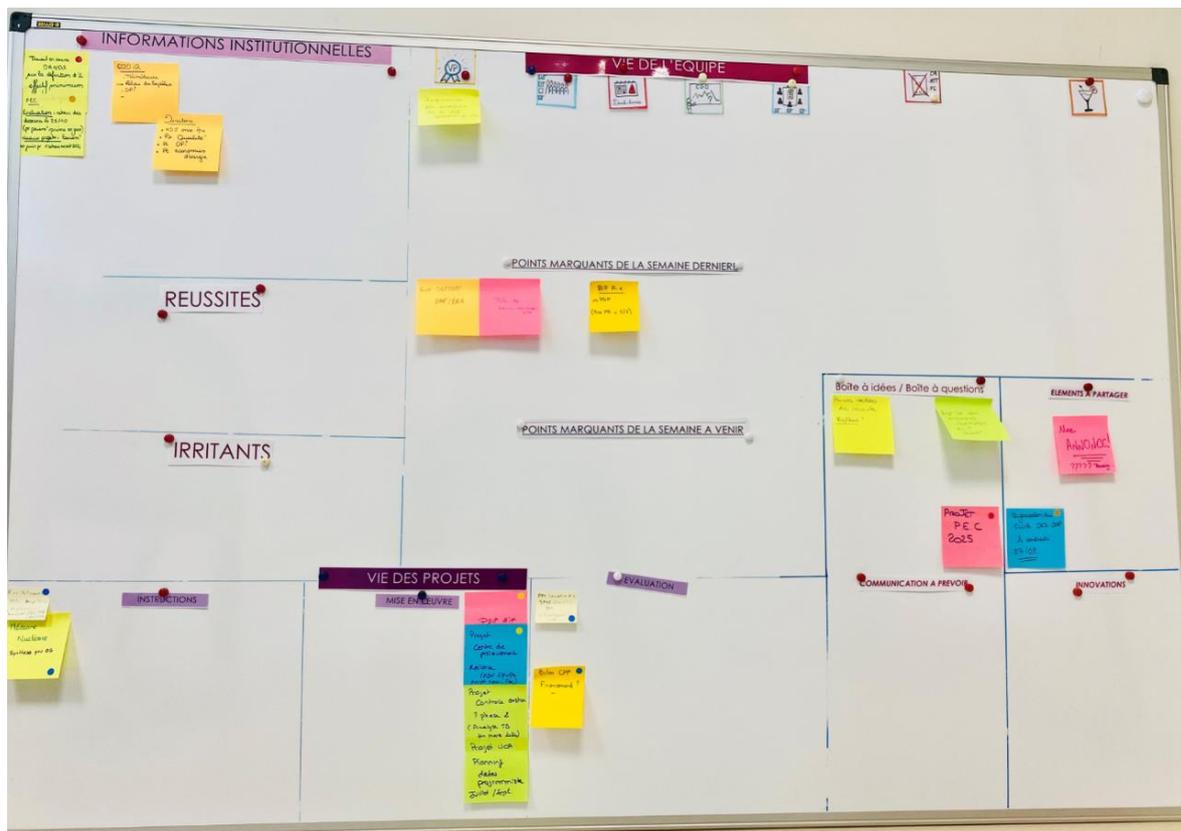
La cellule d'appui aux projets, quant à elle, permet aux participants d'acquérir une méthodologie de gestion de projet et d'intelligence collective applicable dans divers contextes. Cela favorise l'émergence, au sein des collectifs, de solutions à des problématiques jusqu'alors considérées comme insolubles.

2.1.1 L'apport d'outils pour faciliter le management quotidien et développer l'intelligence collective

La formation au management dispensée par HOPSIM propose l'utilisation et la description de 15 outils pratiques managériaux et de les éprouver en simulation. Au-delà de l'évocation, l'apprenant repart avec un fascicule, type livret de poche, qui reprend ces 15 outils. Il ressort des entretiens que ce livret est très souvent utilisé par les managers formés dans les situations qu'ils rencontrent. Le livret n'est pas public, il est attribué lorsque le manager est formé.

Parmi les outils, on retrouve la "félicitation minute", qui permet de reconnaître les agents pour leur pratique professionnelle et leur engagement au travail. Le PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), quant à lui, est un outil qui facilite le démarrage et la réalisation complète d'un projet en valorisant les participants. Ce panel d'outils doit permettre au manager de mener à bien sa mission d'encadrement en adoptant des réflexes structurants, dont il a pu observer les effets lors de sa formation. Par exemple, la félicitation minute valorise l'agent félicité, qui constate que son travail est apprécié et récompensé. Pour Verzat, C., (2015), cet encouragement peut renforcer son sentiment d'accomplissement et sa volonté d'entreprendre et d'agir.

C'est au cours des entretiens et lors de rencontres avec des managers de l'établissement que la mesure de l'enthousiasme pour un outil a retenu l'attention, il s'agit du tableau rubriqué.



Source : Tableau rubriqué de la D3P

Cet outil, proposé par M2S, connaît à ce stade le plus grand succès. De nombreux encadrants et services s'en sont emparés, créant même des versions plus innovantes que celles apprises en formation.

Un constat notable est la genèse d'une communauté autour de cet outil, marquée par la volonté de le mettre en pratique, de l'améliorer et de partager sa conception avec les équipes. Son appropriation et sa diffusion institutionnelle se sont également réalisées dans une approche descendante. Par exemple, la direction des soins a été la première à l'utiliser pour l'élaboration et le suivi de son projet de soin, suivie par un cadre supérieur qui l'utilise dans l'animation de son équipe d'encadrant de proximité, puis par une cadre de santé dans l'animation hebdomadaire de son équipe soignante. À chaque niveau, chacun a pu se reconnaître et trouver de l'efficacité dans cet outil.

Pour Walli et David (2019) le tableau permet d'initier la démarche d'amélioration de la qualité et de pratiquer le stand-up meeting. Il ne personnalise pas le suivi des actions mais implique le groupe. Le tableau permet, à la fois collectivement et individuellement, de :

- Partager des indicateurs de suivi ;
- Réfléchir à l'organisation du service ;
- Partager les réussites ;
- Libérer la parole ;
- Faire émerger des idées.

Un autre outil a émergé des échanges et des observations : les temps d'inclusion. Dès le début de chaque séance, la CAPsule initiait un temps d'inclusion spécifique, souvent sous la forme d'un "icebreaker". Cette pratique visait à briser la glace et à favoriser l'interaction et la cohésion entre les participants en dévoilant une dimension personnelle de chaque membre (Cristol, Joly, 2021).

Cette approche a ensuite été adoptée par les personnes participant à la CAPsule dans leurs services et pôles respectifs. Les avantages concrets de l'utilisation des temps d'inclusion sont les suivants :

- Encourager la participation active de tous les membres du groupe, en particulier ceux qui sont plus timides ou réticents à prendre la parole ;
- Améliorer la qualité des échanges en favorisant une écoute attentive et en permettant l'expression de points de vue divergents ;
- Renforcer la cohésion d'équipe en créant une atmosphère plus conviviale et collaborative ;
- Stimuler la créativité en incitant les participants à penser différemment et à proposer des idées nouvelles.

Ainsi, l'utilisation des temps d'inclusion dans les réunions constitue une pratique managériale simple et efficace qui peut améliorer la communication, la collaboration et la prise de décision au sein des équipes.

Face à la diffusion des "icebreakers" par certains membres de la CAPsule, l'équipe de la D3P, à l'origine de l'ingénierie du dispositif, a souhaité déposer un projet éligible à la prime d'engagement collectif pour diffuser plus largement cette pratique managériale dans l'établissement. Il est intéressant de noter que le dispositif de PEC constitue un des axes du projet managérial de l'établissement. On observe donc une volonté de certains agents de se saisir des opportunités offertes par l'institution pour diffuser largement des pratiques managériales favorisant *l'empowerment* des agents.

Concrètement, cette formation d'une heure et trente minutes, réalisée sur le temps du midi, a été nommée "Les outils du midi". L'objectif retenu par la DRH pour l'accord d'une PEC est le partage et la diffusion des connaissances au sein de l'institution, avec la volonté de promouvoir une culture managériale commune.

Lors des entretiens menés avec l'encadrement soignant et administratif, il est clairement apparu qu'une réunion intégrant un temps d'inclusion permettait de libérer la parole et de favoriser des échanges plus spontanés et constructifs pendant la réunion.

2.1.2 L'apport de la simulation dans la représentation de soi à travers l'épreuve

La simulation, en tant que représentation de soi à travers l'épreuve, répond au besoin des managers d'acquérir de nouvelles compétences. Les entretiens sur le dispositif M2S mettent en avant l'importance de la simulation dans le processus de formation. Les managers interrogés soulignent systématiquement qu'ils se projettent dans des situations réelles et vivent pleinement l'expérience en quelques secondes. Pour réussir ce défi, les cas pratiques auxquels les apprenants sont confrontés correspondent à des situations réelles de leur environnement professionnel. Par exemple, un responsable de blanchisserie peut être chargé de gérer un incident logistique, tandis qu'une cadre soignante doit féliciter un membre de son équipe. L'immersion est totale, avec des badges nominatifs, des éléments de leur bureau et leur matériel informatique habituel.

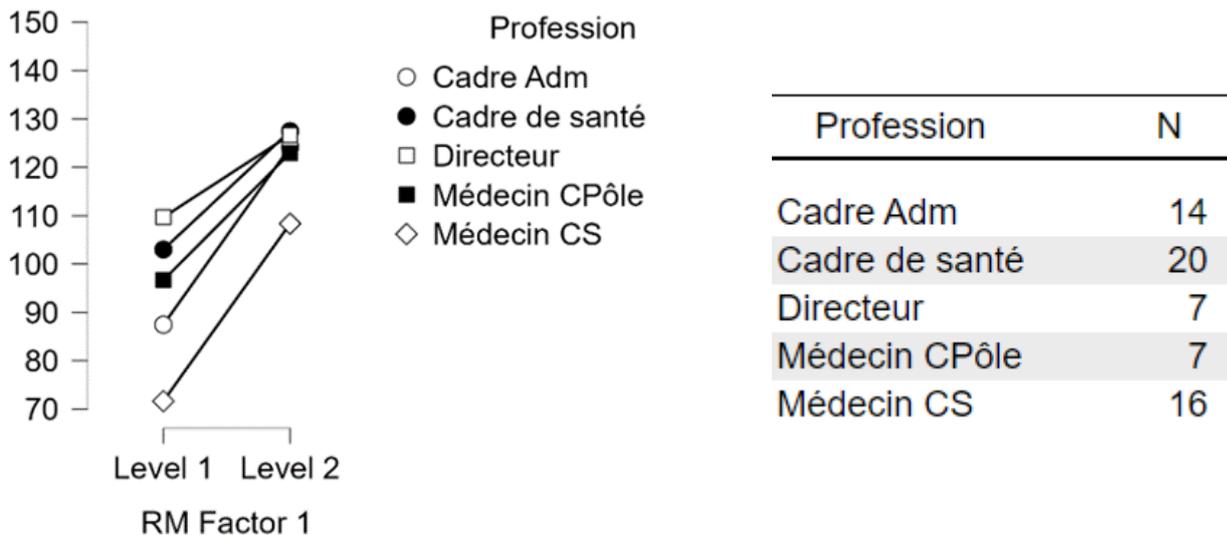
Le fait de pouvoir se préparer à la situation permet au manager d'être plus pertinent dans sa prise de décision et l'accompagnement de son équipe.

Cette mise en situation réaliste favorise l'apprentissage par l'action, permettant aux binômes chef de service/cadre de service par exemple, de vivre une épreuve commune qui façonne leur manière de travailler ensemble. Cela renforce leurs capacités à interagir, à construire une relation de confiance et à développer un management commun et partagé, offrant à l'équipe des objectifs et des directives conjointes.

2.1.3 Un travail de recherche qui mesure le développement des compétences individuelles

Afin de mesurer les effets du dispositif, le CHMS, par le biais d'HOPSIM, a établi un partenariat avec l'Université de Savoie Mont Blanc. Un étudiant en master 2 de psychologie a réalisé une analyse sur les effets de M2S sous l'angle de la santé mentale positive (Le Bellour, 2024). Un concept clé développé dans ce travail est le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), défini comme la croyance de l'individu en sa capacité à organiser et à exécuter les actions nécessaires pour obtenir des résultats souhaités (Bandura, 2007). Le SEP est considéré comme un prédicteur du comportement.

Le graphique ci-après montre l'évolution du SEP avant et après la formation M2S sur un échantillon de 64 managers. On observe une amélioration significative de la perception qu'ont les managers de leurs capacités à manager. Les retours qualitatifs des entretiens corroborent cette observation.



Source : Rapport de mission – "considération des effets de la formation M2S" Armand le Bellour

Il est intéressant de noter, qu'au départ c'est le SEP des directeurs qui est le plus important, ce qui peut s'expliquer par la formation managériale dont ils ont bénéficié pendant leurs cursus. A contrario le plus bas est celui des médecins, qui peut s'expliquer par l'absence de formation à la fonction de chef de service. Toutefois, on note pour chaque professions une évolution positive, avec à l'issue de la formation un SEP quasi identique.

Le travail de recherche conduit par le Dr Secherresse, chef de service d'HOPSIM, et M. Le Bellour étudiant en master II de psychologie, a permis de déterminer que la formation avait un impact sur la santé mentale positive. Ils ont pu dans plusieurs séminaires professionnels, développer et présenter leur travail de recherche, participant ainsi à la renommée du dispositif et son partage.

Ils décrivent cela de la manière suivante :

" La santé mentale positive (SMP) inclut le bien-être et le fonctionnement optimal d'un individu (Orpana et al., 2016). Un bon niveau de santé mentale positive permet à une personne de s'épanouir, de se réaliser et de faire face aux adversités de la vie (Lamboy et al., 2022a). Cependant, certaines personnes ont une santé mentale positive plus faible en raison de l'interaction de plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, la vie professionnelle représente un risque important (Desjardins et al., 2008; Pereira et al., 2021). Le secteur de la santé, en particulier, présente un risque accru en raison de ses conditions de travail (Benallah & Domin, 2017; Magill et al., 2020), et les managers en santé sont plus exposés à ces risques que d'autres professions (Huyghebaert-Zouaghi et al., 2016). La formation M2S aide les managers à optimiser leur manière de travailler afin d'alléger les difficultés associées à leurs rôles. Elle permet également de rassembler les managers, souvent

isolés, pour échanger sur des problématiques communes dans un cadre bienveillant. M2S agit à la fois sur les facteurs de protection et les facteurs de risque liés à la santé mentale positive. La formation intègre des Compétences Psycho-Sociales (CPS), qui sont des déterminants majeurs de la santé mentale positive (Lambooy et al., 2022a). L'objectif est de proposer des recommandations pour une version améliorée de M2S, intégrant un travail plus approfondi et structuré des CPS, avec une attention particulière aux compétences émotionnelles. Ainsi, les effets bénéfiques de M2S pourraient s'étendre au-delà du cadre professionnel, ce qui est également très pertinent."

Ce travail de recherche a révélé que la formation M2S influence positivement la réduction du stress au travail, l'amélioration des capacités et besoins psychologiques, le renforcement du soutien social, et la création d'une culture commune partagée. Ces effets contribuent à l'amélioration de la santé mentale positive des managers, rendant ainsi la formation pertinente pour la promotion de la santé mentale positive (SMP).

En outre, le travail de recherche a permis une analyse détaillée et cartographiée des compétences psycho-sociales (CPS) mobilisées par chaque outil présenté en formation. Par exemple, l'outil de "félicitation minute" agit sur la CPS de communication efficace, permettant de communiquer de manière constructive et ainsi de développer des compétences sociales. Les CPS permettent :

- D'augmenter l'autonomie des agents et leur pouvoir d'agir (*empowerment*) ;
- De maintenir un état de bien-être psychique ;
- De favoriser un fonctionnement individuel optimal ;
- De développer des interactions constructives.

Pour le CHMS, bénéficiaire de cet appui méthodologique et de recherche permet de structurer les impressions des participants en données probantes et détaillées, offrant ainsi une meilleure compréhension des impacts de la formation.

2.1.4 Le développement des compétences individuelles, l'exemple de la formation des médecins managers

En parallèle, au cours des entretiens menés avec les médecins et les initiateurs du dispositif, il est apparu que la volonté de mettre en place une formation managériale pour les médecins était une priorité. Chaque entretien a révélé que la fonction de chef de service ou de chef de pôle n'était pas nécessairement un aboutissement pour un praticien, mais

plutôt une fonction assumée par défaut (absence de candidat, plus ancien dans le service). Le manque de formation et de préparation à cette fonction a été systématiquement souligné. Au cours des entretiens, la gestion des conflits entre médecins et la relation entre un chef de service et son équipe médicale ont été des aspects récurrents. L'absence de lien hiérarchique complexifie la pratique et nécessite une formation adéquate pour parvenir à faire évoluer les choses.

À l'issue de la formation, les médecins managers disposent d'un kit d'outils et d'une vision de la simulation des aspects managériaux dans la pratique. Le fait d'être formé par un pair leur donne également confiance en la formation et leur permet de partager un référentiel commun. Des signes de rencontres informelles entre médecins chefs de service commencent à émerger dans l'établissement, pour aborder des sujets de gestion et partager des situations. Par exemple, la gestion d'une situation de conflit au sein du service est un sujet de discussion fréquent.

Par ailleurs, le projet managérial de l'établissement exprime clairement la volonté de *"renforcer la légitimité des professionnels en position de management"*. Cette démarche se traduit concrètement par la formalisation des fiches de mission pour les chefs de pôle, chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle, ainsi que par l'élaboration des fiches de poste pour le personnel d'encadrement, soignant, administratif et technique. Concernant les médecins, la clarification des fiches de mission permettra d'intégrer les nouvelles orientations réglementaires applicables aux praticiens hospitaliers, notamment en ce qui concerne l'entretien professionnel annuel prévu par l'article R.6152-825 du Code de la santé publique. Cet entretien, qui se veut un moment d'échange libre et bienveillant, est destiné à permettre au praticien et à son responsable de faire le point sur les missions cliniques et non cliniques confiées, d'explorer les souhaits d'évolution professionnelle et de fixer les objectifs pour l'année à venir.

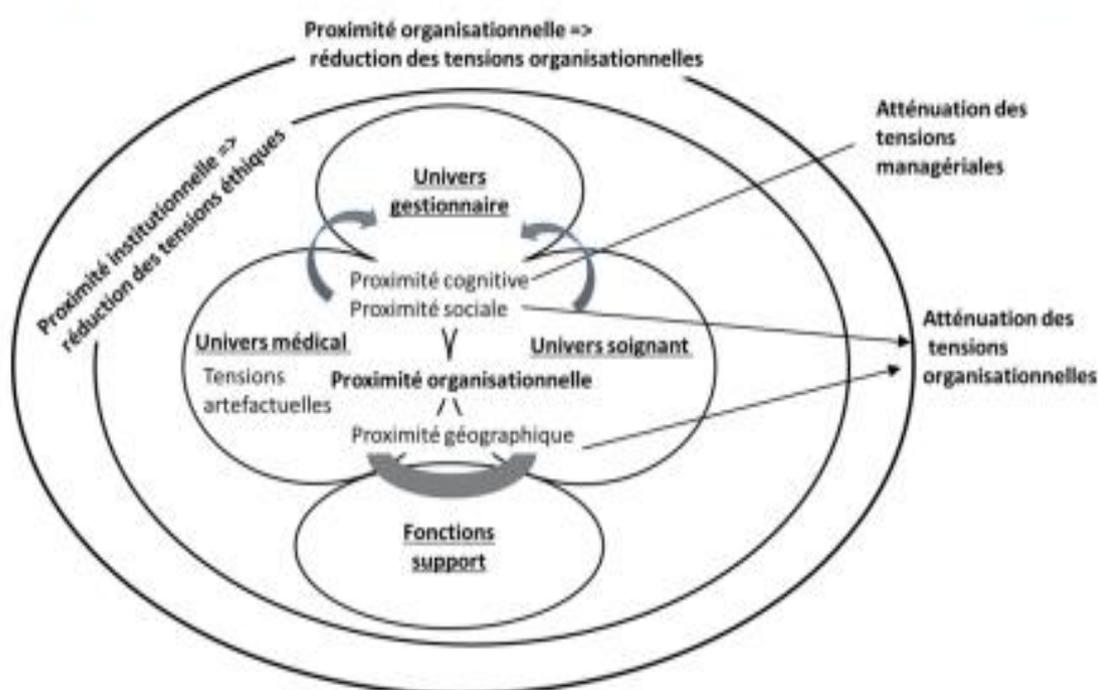
2.1.5 Se former avec différents manager pour bénéficier de regard croisé et sortir du quant à soi

Dans son approche pédagogique, la formation M2S encourage la pluridisciplinarité au sein des groupes de formation. L'objectif est de créer des liens entre les différentes fonctions de l'hôpital afin de réduire les tensions liées à la gouvernance publique (Bartoli et al., 2012). En effet, la gouvernance des établissements hospitaliers est caractérisée par une relation tripartite (administrateurs, médecins, gestionnaires) qui influence l'ensemble du fonctionnement et des relations au sein de ces organisations.

La proximité ou la distance entre les acteurs hospitaliers peut expliquer l'apparition ou la réduction des tensions dans l'établissement (Mériade L., Rochette C., Talbot D., 2019). Dans leur article, les auteurs se penchent sur la gestion du CLCC Jean Perrin et montrent que la présence d'un langage commun et de liens de parenté entre l'univers médical et gestionnaire, ainsi qu'entre l'univers soignant et gestionnaire, peut atténuer les tensions organisationnelles, managériales, voire artefactuelles.

Le tableau ci-dessous propose une articulation entre les tensions et les proximités au sein du CLCC. Pour l'élaborer, les auteurs ont utilisé les comptes rendus de cinq réunions et huit entretiens semi-directifs.

Figure 2 - Proposition d'une articulation entre les tensions et les proximités



Source : *Vers un management des tensions de gouvernance publique dans les établissements de santé ? Une proposition de réponse par l'analyse des proximités*, Innovations, vol. 60, no. 3, 2019. Mériade Laurent, Rochette Corinne, Talbot Damien.

Les principaux résultats montrent la présence marquée de tensions éthiques, organisationnelles et managériales dans le milieu hospitalier. Cependant, l'influence des proximités sur l'apparition, l'atténuation ou la disparition de ces tensions est également notable.

Par exemple, les professionnels médicaux et soignants ressentent parfois qu'ils servent les fonctions supports plutôt que l'inverse, ce qui révèle une incompréhension mutuelle et crée de la frustration parmi les parties concernées. Les personnes exerçant des métiers différents ne se comprennent pas toujours. Un élément mesuré par l'étude du CLCC est la proximité cognitive, qui se développe grâce à des connaissances managériales communes

et partagées, permettant ainsi de parler le même langage et donc de réduire les tensions de gouvernance hospitalière.

La formation M2S, dans sa structure, son déploiement et la diversité des personnes formés, se révèle comme un outil permettant d'atténuer les tensions de gouvernance publique. Cette diversité encourage une approche multidisciplinaire des situations et renforce la compréhension mutuelle entre les managers. Lors d'un entretien, une directrice a évoqué la surprise des cadres soignants face aux interactions entre les cadres logistiques et leurs équipes, en particulier concernant la dureté des échanges. Cette compréhension réciproque, couplée à une immersion collective de trois jours, contribue à renforcer des liens qui ne sont pas toujours présents au quotidien. Autre exemple, une session réunissant une cadre supérieure et un responsable informatique, initialement en désaccord sur un projet, a permis de rétablir un dialogue constructif et de débloquent le sujet. Chacun a pu appréhender le contexte de travail de l'autre et ainsi faire un pas vers la résolution du conflit.

Chaque session démontre qu'une meilleure compréhension et perception du travail des autres contribuent à apaiser les situations et à renforcer le sentiment d'appartenance à une institution commune, le CHMS. Les antagonismes systématiques laissent place à une meilleure connaissance de l'environnement professionnel des autres managers de l'institution. En ce qui concerne les directeurs, leur participation avec les chefs de service leur a permis de mesurer leur rapport à la gestion des conflits dans un contexte de lien hiérarchique faible ou inexistant. Il en ressort un besoin d'accompagnement pour comprendre les tensions potentielles entre médecins dans la gestion des conflits.

2.1.6 La formation en binôme, le collectif comme ressource

Le projet managérial, étroitement lié à la formation M2S, met l'accent sur le développement d'une culture managériale spécifique aux binômes cadre et chef de service. Cette initiative vise à dépasser les aspects individuels du management pour un cadre ou un chef de service. L'objectif est de formaliser les bases d'une relation professionnelle non hiérarchique, un concept peu enseigné au corps médical. Cette collaboration efficace et active est essentielle pour assurer la bonne gestion d'un service.

Les témoignages recueillis convergent vers un constat positif de l'impact de la formation M2S sur les binômes cadre-chef. De nombreux participants ont observé un renforcement du lien entre les deux acteurs et une adoption effective des outils pratiques enseignés.

Parmi les outils les plus fréquemment cités figurent les "temps d'inclusion", les "stand-up meetings" et le « tableau rubriqué".

La formation en binôme chef de service et cadre de service à l'hôpital joue un rôle crucial en aidant les participants à intérioriser leur interdépendance et leurs intérêts communs à agir. En travaillant ensemble, ces duos développent une compréhension profonde des responsabilités et des défis de chacun, ce qui favorise une collaboration plus fluide et efficace. Cette approche permet de dépasser les hiérarchies traditionnelles, encourageant un partenariat fondé sur la confiance et le respect mutuel. Ainsi, la formation contribue non seulement à améliorer la gestion quotidienne des services hospitaliers, mais aussi à créer une culture de coopération qui bénéficie à l'ensemble de l'organisation et procure de l'assurance et de la sécurité aux équipes soignantes et paramédicales.

2.2 Des dispositifs qui permettent le développement de nouvelles compétences et qui produisent des initiatives innovantes

Parmi les effets produits par les dispositifs, on constate une recherche d'innovation organisationnelle dans la prise en charge des patients. Cela se reflète dans le deuxième grand sujet abordé par la CAPsule : la prise en charge des patients âgés au CHMS.

Par ailleurs, il est remarqué que les dispositifs s'étendent dans le champ de l'innovation managériale. Qui peut se définir de la manière suivante, l'adoption, par une organisation, de pratiques ou de méthodes de management nouvelles pour elle, dans l'objectif d'améliorer sa performance globale (Le Roy F, Robert M, Giuliani P, 2013).

Cette définition recouvre deux acceptions du concept :

- L'innovation managériale est l'invention et l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management complètement nouvelle par rapport aux pratiques et méthodes de management connues ; l'organisation met au point une innovation et la met en œuvre la première ; le succès rencontré par cette organisation, du fait de cette innovation managériale, conduit d'autres organisations à l'adopter ;
- L'innovation managériale est l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management qui existe déjà mais qui est nouvelle par rapport à ses pratiques et méthodes de management actuelles ; l'organisation ne met pas au point l'innovation et n'est pas nécessairement la première à l'adopter ; c'est le succès rencontré par les organisations qui ont adopté cette innovation managériale qui la conduit à l'adopter également.

L'étude des dispositifs permet de faire émerger des innovations dans divers domaines. Ces innovations résultent de la capacité des professionnels de l'établissement à exploiter ces dispositifs pour réaliser des projets structurants pour l'établissement.

Enfin, ces dispositifs permettent aux managers et aux agents de développer de nouvelles compétences, tant individuelles que collectives.

2.2.1 Le développement de nouvelles compétences managériales et la constitution de groupe de travail agile

Deux situations au CHMS illustrent les nouvelles compétences managériales acquises grâce à la participation à la CAPsule. La première concerne la gestion du passage à des journées de 12 heures dans une équipe de soins divisée et non soudée. La cadre de santé, membre de la CAPsule élargie depuis plus d'un an, a mis en place un "tableau des irritants" dans le service, s'appuyant sur les enseignements de sa participation à la CAPsule. Cet outil collaboratif permettait à chaque membre de l'équipe soignante d'exprimer librement ses frustrations et difficultés. Face aux tensions liées au passage aux 12 heures, elle a encouragé la formation de groupes de travail mixtes pour favoriser l'expression et l'échange d'idées. À l'issue de cette séance participative, une liste exhaustive des irritants a été dressée. En collaboration avec l'équipe, des actions correctives concrètes et mesurables ont été mises en place sous la forme d'objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini)

Le constat après l'adoption de cette méthode de travail est unanime : la cadre et le chef de service décrivent un service qui ne s'est jamais aussi bien porté. Cette expérience a permis de mesurer l'importance du management participatif, basé sur la recherche d'un objectif commun et l'implication active de tous les agents.

On observe donc l'utilisation d'un outil testé lors des séances CAPsule, le tableau des irritants. La volonté de constituer des groupes mixtes pour favoriser l'expression de ceux qui ne s'expriment pas habituellement (intelligence collective, inclusion) et l'application d'une méthodologie de projet. L'adaptation et la mise en pratique de ces éléments ont permis de libérer la parole des agents et de trouver des solutions pour résoudre la situation.

Un autre exemple de l'application des outils issus de la méthode CAPsule est la conception du projet de soins par la direction des soins. La directrice des soins, qui a été impliquée dans la CAPsule dès le début, a souhaité mettre en application les outils observés et acquis

au cours de ce dispositif afin d'élaborer le projet. Les résultats ont été probants, avec une forte adhésion de l'équipe managériale de la DS et un rendu salué par les équipes. De plus, le suivi du projet reste dynamique grâce à des ateliers d'intelligence collective qui permettent de faire vivre les projets et de diffuser les avancées au sein de l'institution.

Dans les deux cas, les approches managériales innovantes avaient déjà été employées dans d'autres structures. Ce qui est réellement novateur ici, c'est leur intégration dans le contexte spécifique du CHMS, permettant ainsi de constater une amélioration de la performance globale de l'établissement.

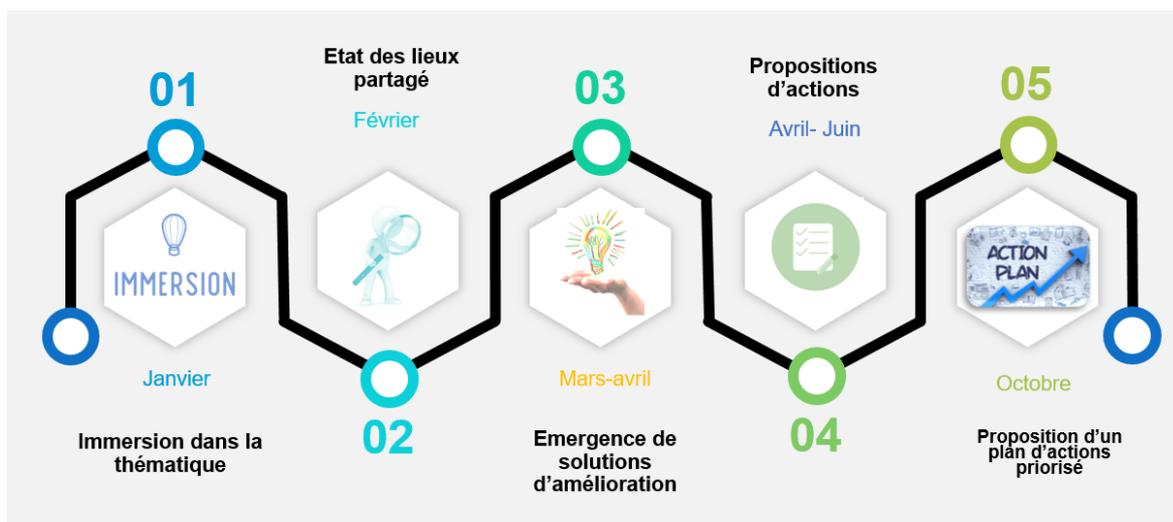
Cependant, l'application de cette méthodologie ne s'est pas toujours avérée efficace. En effet, depuis le début de l'année, l'établissement s'est engagé dans un projet de restructuration et d'adaptation des urgences. L'objectif initial était de favoriser en interne, dans le cadre d'une approche collective et participative intégrant des éléments d'intelligence collective, la réflexion sur l'amélioration du parcours des patients aux urgences et l'ajustement des effectifs et des locaux. Un ingénieur projet a été affecté au projet afin de le faire avancer et de le structurer. Cependant, en raison de problèmes d'absentéisme, ce soutien méthodologique et conceptuel n'a pas pu être assuré, ce qui a ralenti le projet et sa dynamique. Cela ne remet pas en cause la pertinence du projet mais vient souligner l'importance du temps d'accompagnement nécessaire à la réussite de ce type de projet et le bénéfice de l'ingénierie de gestion de projet. Dans ce cas précis, la réactivité de la directrice adjointe en charge du dossier, associée au recours à un cabinet extérieur pour accompagner la démarche, a permis au projet de se développer et de produire des résultats. L'intelligence collective a ainsi été mobilisée, mais par d'autres moyens.

2.2.2 Immersion dans la CAPsule "prise en charge de la personne âgée au CHMS", l'émergence de 14 propositions d'actions

Dans son projet médical 2023-2027, le CHMS a ciblé « l'amélioration de la prise en charge et du parcours du patient âgé dans tous les services de l'hôpital ». Pour traiter ce sujet, le DG et le PCME ont missionné la CAPsule avec l'objectif suivant : quelles actions concrètes allons-nous mettre en œuvre dans les services et à partir de quand ?

Le rôle de la CAPsule est de formuler une proposition globale de plan d'actions à présenter au Directoire et à la CME. Pour comprendre le fonctionnement de la CAPsule et ce qu'elle produit, il convient d'en étudier le cheminement chronologique et les points de décision qui ont conduit à l'adoption de 14 actions, validées par le DG, le PCME, le Directoire et la CME.

Pour mener à bien cette mission, la démarche s'est déroulée de janvier à octobre selon le schéma suivant :

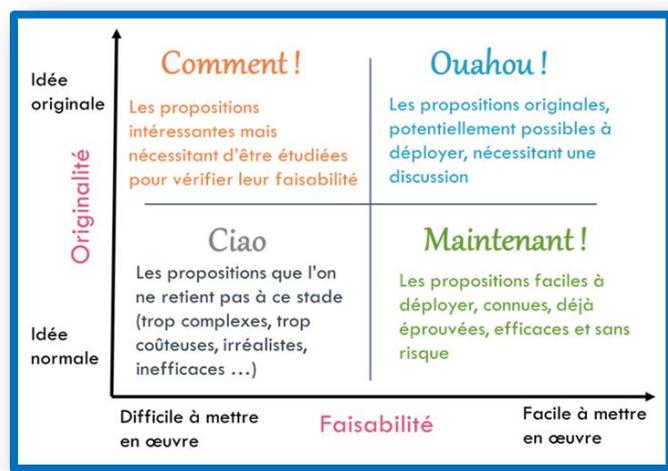


La description des différentes phases sera abordée en 3^{ème} partie, dans le descriptif de l'ingénierie du dispositif.

Le collectif composé d'environ 25 participants, à travers une méthodologie précise d'intelligence collective a d'abord fait émerger 226 propositions (actions, bonnes pratiques, recommandations), classées en 6 thématiques :

- La prise en charge aux urgences
- Le séjour MCO
- La sortie et les liens ville hôpital
- L'autonomie
- La prise en charge médicamenteuse
- La culture gériatrique

Puis, les participants les ont classées selon le barème suivant :



Les sessions de travail mensuelles d'avril à juillet ont visé à transformer les idées en propositions d'actions. Les choix ont été faits par vote, permettant de retenir d'abord 32 propositions puis pour finir 14 propositions sur les 226 initiales. Le tableau suivant présente ces actions ainsi que leur calendrier de réalisation, en précisant s'ils constituent des innovations, précisant si c'est une innovation d'exploration qui se concentre sur la recherche de nouvelles opportunités et la création de nouvelles connaissances ou d'exploitation qui vise à améliorer et optimiser les produits, services ou processus existants.

Selon James G. March (1991), *"L'essence de l'exploitation est le perfectionnement et l'extension des compétences, technologies et paradigmes existants. Ces effets sont positifs, rapides et prévisibles. L'essence de l'exploration est l'expérimentation de nouvelles alternatives. Ces effets sont incertains, à long terme et souvent négatifs."*

N°	THEME	ACTION	Innovation ? O / N	Exploration / Exploitation
2024				
1	Médicaments	Diffuser le guide de bonnes pratiques de prescriptions chez les patients âgés	Non	
2	Autonomie	Concevoir et diffuser des supports adaptés pour inciter le patient âgé à bouger et à être actif	Oui	Exploitation
3	Autonomie	Adapter le contraste des interrupteurs des chambres pour les rendre visibles aux patient âgés déficient visuel	Non	
4	Autonomie	Établir un « trousseau type » pour les patients âgés hospitalisés et leur accompagnant	Oui	Exploitation
5	Urgences	Doter l'IAO des urgences d'un outil simple de repérage des fragilités	Oui	Exploration
6	Sortie	Créer des lits d' accueil temporaire pour l'aval des lits de médecine/chirurgie permettant aux patients âgés qui vivent à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée	Non	
2025				
7	Autonomie	Renforcer les soins de rééducation des patients âgés au cours de leur séjour hospitalier	Non	
8	Autonomie	Mettre en place des horloges et des éphémérides dans les chambres (repérage dans le temps)	Non	
9	Urgences	Favoriser les alternatives à l'hospitalisation et les entrées directes dans les services	Non	
10	Culture gériatrique	Sensibiliser les professionnels à la prise en charge des personnes âgées lors des journées de pôles	Oui	Exploration
2026				
11	Autonomie	Disposer du matériel nécessaire aux patients âgés dans les services (cannes, déambulateurs, rails léve malades, chaises garde robe, kits de positionnement anti escarre...)	Non	
12	Culture gériatrique	Renforcer les compétences des professionnels pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les services en adaptant le plan de formation	Non	
13	Culture gériatrique	Identifier et former des personnes ressources référentes en gériatrie dans les services (IDE, AS, gériatre...) et renforcer les capacité de l'UMG pour favoriser la diffusions de bonne pratiques	Non	
2027				
14	Urgences	Permettre aux patients âgés déclarés comme fragiles ou vulnérables par l'IAO d'être accompagnés par leur aidant aux urgences	Oui	Exploitation

L'ensemble des actions, fruit d'une réflexion collective des participants à la CAPsule élargie, ont été officiellement validées par le DG et le PCME, avec un engagement de réalisation. Puis elles furent présentées en Directoire et en CME, avec une approbation également.

L'analyse de l'action "Établir un trousseau type pour les patients âgés hospitalisés et leurs accompagnants" est considérée comme une innovation d'exploitation, car elle améliore des processus déjà existants dans l'établissement. Cette action consiste à créer un guide pratique destiné aux personnes âgées, aux aidants et aux proches, décrivant les éléments à prévoir en cas d'hospitalisation, tels que le nécessaire de toilette, le type de linge à prévoir, les chaussures et les démarches administratives.

L'action "doter l'IAO d'un outil simple de repérage des fragilités" est considéré comme une innovation d'exploration car elle vise à chercher de nouvelles voies et opportunités pour permettre une meilleure prise en charge du patient aux urgences.

En revanche, l'action "adapter le contraste des interrupteurs" est apparue comme significative et très simple à mettre en œuvre sans innovation. De plus, elle répond à un enjeu crucial de diminution du risque de chute pour les personnes âgées.

Au final, la commande initiale du DG et du PCME a pu être honorée par une équipe pluridisciplinaire venant d'horizons divers, qui a bénéficié d'un dispositif solide pour générer des idées. Une analyse du dispositif a été réalisée à la fin du processus, et les commentaires suivants en sont ressortis :

- *"Approche concrète, non théorique et simple à comprendre, centrée sur des solutions concrètes et réalistes" ;*
- *"Approche et échanges transversaux" "Richesse des échanges et multidisciplinarité" ;*
- *"Organisation rigoureuse avec des supports diaporama cadrés, permettant de savoir où l'on va", "Absence de hiérarchie, encourageant la prise de parole" ;*
- *"Focus sur la gériatrie, favorisant une meilleure approche" ;*
- *"Facilité à s'exprimer sans jugement, offrant une liberté de parole au-delà de sa fonction propre".*

Parmi les points à améliorer, il est apparu que le temps de préparation pour les séances de travail (2 heures) devait être mieux structuré pour se concentrer sur l'idéation et le choix des actions. De plus, des changements de participants en cours d'année ont perturbé la dynamique de groupe et le sentiment de communauté.

2.2.3 Le comité personnes Agées (COMPAS) un dispositif innovant issu de la CAPsule

A la fin du dispositif et avec la validation des 14 propositions, s'est posé la question de la mise en œuvre et du portage institutionnel. Une proposition a émergé des participants, la volonté de créer une commission *ad-hoc*, le comité personnes âgées (COMPAS) pour porter les propositions. Ce dispositif a été accepté par le DG et le PCME et a vu le jour en 2024. Sa composition, 2 médecins gériatre, 1 médecin non gériatre, 1 chef de pôle, 2 membres de la CAPsule élargie et des médecins en renfort pour accompagner les porteurs.

Il est intéressant de noter que le positionnement du COMPAS, au fil des entretiens, a été perçu comme ayant la même importance que les instances telles que le CLIN et le CLUD, bien qu'il soit une émanation de la CAPsule avec un fonctionnement propre. Cette perception révèle une institutionnalisation forte du dispositif dès son lancement.

Le comité COMPAS aura plusieurs missions clés, notamment :

- Mettre en œuvre et piloter les actions identifiées par la CAPsule.
- Représenter les intérêts des personnes âgées.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées.
- Favoriser la communication et la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.

On peut considérer le COMPAS comme une innovation organisationnelle, car il rompt avec les pratiques antérieures observées dans l'établissement concernant la prise en charge des personnes âgées. Les organisations hospitalières, souvent décrites comme problématiquement cloisonnées (Krief, 2012), peuvent fonctionner en silos, et la gestion polaire n'a pas permis un décloisonnement complet ni une transversalité sur cette thématique. En fin de compte, le travail collaboratif, soutenu par un dispositif jugé collectif et porté par l'institution, a permis de légitimer rapidement le comité et de l'institutionnaliser. Les enjeux de pouvoir n'ont pas entravé ce processus, par exemple la gouvernance du COMPAS n'est pas considérée comme une problématique, et les missions sont claires. Enfin, traiter cette thématique de cette manière, avec la création d'un comité de suivi, conférera probablement au CHMS un avantage comparatif certain dans la gestion de la prise en charge des personnes âgées. Bien que les problématiques conjoncturelles actuelles liées au grand âge ne permettent pas encore de capter cet avantage, cela devrait faire de l'établissement un modèle à terme. De plus, dans la perspective de la reconstruction du site hospitalier d'Aix-les-Bains, ce travail facilitera les choix architecturaux, logistiques et soignants, contribuant ainsi à une amélioration significative du traitement des personnes âgées.

2.3 Tableau synthétique du développement des compétences par les dispositifs

Le tableau ci-après synthétise, pour chaque dispositif, y compris les communautés de managers entre pairs qui seront abordées en troisième partie, le développement des compétences que cela produit. Les compétences seront catégorisées selon trois axes : individuelles, entre binômes, entre top manager et l'équipe, au sens de la communauté de managers du CHMS.

Dispositifs	Communauté de managers entre pairs	M2S, Formation management, santé et simulation.			Capsule Intelligence collective et résolution		
		Formation par la Simulation	Formation managériale (outils et techniques)	Communautés de professionnels (être formés ensemble et avec des managers différents)	Capsule socle	CAPsule élargie	Issue(S) possibles et identifiables
Développement des compétences individuelles	Favorise le besoin d'échanges et de conseils entre pairs	Formation managériale sur mesure et adapté à la profession par un pair-métier pour les médecins et les cadres supérieurs. Développement d'une culture interne.		Communauté de pairs managers par métiers	Compétences d'ingénierie en intelligence collective (temps d'inclusion, techniques de <i>brainstorming</i>)	Exemple d'un cadre qui utilise son appropriation des techniques d'innovation en faveur de la discussion collective et constructive	Capsule comme incubateur de talent et levier d'attractivité de nouveaux professionnels pour valoriser l'établissement.
Développement des compétences entre binômes, entre top manager	Interdépendance et intérêts commun à agir avec les cadres	Culture managériale commune + <u>15 outils communs facile à manager éprouvé par la simulation</u>		Sentiment de mieux se connaître et d'avoir vécu et partagé une expérience commune.		Projets soins en mode capsule et en mobilisant les méthodes d'intelligence collective	Technique d'animation de réunion (<i>icebreakers</i> , technique des posts IT, Patatoïde)
Développement Compétences d'équipe	Diffusion de bonnes pratiques managériales	Le <u>tableau rubriqué</u> = interface comme espace de discussion		Appartenance communautaire (une entreprise commun)		Apprentissage dans la création d'un espace de discussion ou tout est possible / ouvert	Création Comité PA instance non officielle (COMPAS)

3 Les conditions nécessaires à la reproduction et à la pérennité d'un environnement capacitant

L'analyse de l'émergence et de l'implantation des dispositifs dans l'établissement a démontré la nécessité de réunir plusieurs facteurs favorables, qu'il convient de pérenniser et de comprendre pour en assurer la reproductibilité. Ces facteurs incluent :

- Un soutien institutionnel fort, matérialisé par l'inscription des dispositifs dans le projet d'établissement ;
- Un engagement clair et précis de la direction générale et de la présidence de la CME envers les dispositifs et les actions qu'ils peuvent générer ;
- La participation d'acteurs clés indispensables à la construction et au déploiement des systèmes ;
- Une recherche de la pluridisciplinarité dans les groupes de travail ;
- Une ingénierie adéquate, nécessaire pour que les dispositifs produisent des résultats tangibles et permettent aux parties prenantes de s'approprier les outils et méthodes.

Dans un premier temps, les conditions de reproductibilité des dispositifs seront étudiées. Ensuite, les facteurs assurant leur pérennité seront analysés. Enfin, nous aborderons les pistes de développement possibles.

3.1 C'est une communauté apprenante qui évolue dans un cadre et un soutien institutionnel

Afin de garantir la continuité et la pérennité des dispositifs, il convient de considérer les outils proposés par les dispositifs comme des instruments d'apprentissage. Selon Moisdon (1997), *"la gestion de la performance peut constituer un levier de transformation des systèmes de santé, si les outils sont utilisés non pas comme des instruments de conformité mais comme des outils d'apprentissage"*. Cela implique que l'hôpital adopte de nouvelles pratiques pour assurer sa transition vers un modèle de management qui soit à la fois capacitant pour ses professionnels et performant pour ses patients.

3.1.1 L'ingénierie du dispositif, élément primordial pour l'obtention de résultat

Les conditions de reproductibilité des deux modèles doivent intégrer la dimension d'ingénierie qu'ils génèrent. Concernant le modèle M2S, sa force réside dans l'existence d'un environnement physique déjà reconnu (le centre de simulation), capable d'accueillir ce nouveau projet. La simulation et son enseignement par des formateurs reconnus, dans ses

dimensions technique et pédagogique, constitue des facteurs clés de succès par rapport à des formations plus classiques. Les 15 outils proposés, accompagnés d'une version de poche évolutive, représente également une condition de réussite. En outre, l'apport d'un formateur externe enrichit la formation. Enfin, l'importance de l'engagement financier pris par l'institution pour former l'ensemble de ces managers.

De plus, un établissement dépourvu de centre de formation spécialisé dans la simulation et des ressources nécessaires pour entreprendre cette démarche de formation en interne pour tous ses managers sera incapable de mobiliser une telle ingénierie en un temps court. Il devra alors recourir à des prestataires externes. Bien que ces prestataires puissent ne pas connaître suffisamment l'environnement hospitalier, ils peuvent apporter une perspective différente sur les pratiques existantes à l'hôpital et diversifier les méthodes d'apprentissage. Le tableau ci-après vient synthétiser les conditions de reproductibilité du dispositif, sa faisabilité et moyens et les points de vigilance.

Conditions de reproductibilité	Faisabilité et moyens	Points de vigilance
<p>Bénéficier d'une structure de formation interne sous le format d'un centre de simulation (salle de simulation, salle de débriefing) clairement définie et reconnue.</p> <p>Disposer de ressources humaines en interne formées et compétentes pour assurer la formation.</p> <p>Créer du contenu pédagogique pour les apprenants, incluant des outils managériaux</p> <p>Développer des scénarios de simulation pour chaque session.</p>	<p>La faisabilité d'un tel dispositif est particulièrement complexe pour un établissement s'il ne dispose pas des prérequis comme le centre de formation, et des personnes ressources formés.</p> <p>Les moyens financiers sont important (matériel et RH) et nécessite une analyse économique fine.</p>	<p>Le lancement dans une démarche de ce type nécessite d'éprouver la formation en amont et de mesurer son engagement dans le temps. Dans le cas du CHMS, former l'ensemble des managers va prendre 4 ans. Il convient donc de former des formateurs pour tenir le rythme.</p>

Concernant le dispositif de la CAPsule, l'ingénierie représente un travail de l'ombre considérable, mais qui a été perçu par l'ensemble des personnes interrogées. Cette ingénierie est portée par l'équipe de la D3P, composée d'une directrice, d'un ingénieur, d'une adjointe des cadres et de trois attachés.

Concrètement, pour la mise en œuvre du dispositif, l'équipe de la D3P a développé la méthode suivante (en partant du principe que la thématique et la mission ont été préalablement définies et validées)

Immersion dans la thématique

La première rencontre avec les membres de la CAPsule élargie doit permettre de créer un environnement propice à l'idéation. Les participants apprennent à se connaître et à découvrir la thématique. Pour ce faire, plusieurs temps d'inclusion sont proposés. Un quizz est diffusé avec une analyse des réponses en temps réel ainsi qu'un test de positionnement. Enfin, il est prévu l'intervention d'un grand témoin pour prendre de la hauteur et bénéficier d'éclairage de la part d'un expert reconnu dans le domaine. Pour la thématique de la personne âgée, le Pr Olivier Guérin, chef du pôle réhabilitation, autonomie et vieillissement du CHU de Nice et Président de la société française de gériatrie et gérontologie a été convié à intervenir.

Etat des lieux partagés

La seconde session doit permettre de partager un état des lieux sur la situation traitée dans l'établissement. Pour ce faire l'équipe d'animation de la séance (ingénieur, directrice, médecin DIM) va mobiliser diverses méthodes d'intelligence collective pour dresser un constat. Dans la thématique traitée (la prise en charge de la personne âgée), il a été utilisé la technique des avatars / personas pour se mettre dans la peau d'une personne âgée, ou encore chacun a pu selon son métier expliquer dans la prise en charge ce qui allait et ce qui n'allait pas.

Emergence de solution

Adopter une approche agile pour appréhender le changement organisationnel permet de prendre en compte l'expérimentation des acteurs, ce qui constitue un levier de réussite des transformations (Peretti, 2017). Pour provoquer l'émergence de solutions, les participants doivent trouver un sens et une implication dans leurs actions. Selon Gréselle-Zaibet (2019), l'intelligence collective, en tant que pratique d'innovation managériale agile, est un processus dynamique qui s'articule autour de quatre étapes : la réflexion, la compréhension, la décision et l'action collectives.

Les deux premières étapes, réflexion et compréhension, préparent la phase de décision. Pour favoriser l'apport de solutions, de nouvelles techniques ont été mises en œuvre (voir ci-après).



Il est crucial, à cette étape, de ne pas censurer les idées en invoquant des éléments exogènes tels que la complexité technique, l'impact financier ou les besoins en travaux par exemple. Il faut permettre à chacun de s'exprimer librement et de générer des idées.

Propositions et définition du plan d'action définitif

Cette phase marque l'aboutissement de plusieurs mois de travail collectif sur la thématique. Pour cadrer le dispositif, il est nécessaire de prendre du recul afin d'analyser la faisabilité et les temporalités des propositions. La directrice projet reprend le leadership à ce stade, en veillant à formaliser les propositions dans un format institutionnel réalisable et applicable.

Cette étape peut engendrer de la frustration chez les participants, car elle implique de faire des choix, lesquels sont effectués par un vote. Vous trouverez ci-après un exemple de fiche de proposition dans un format cadré.

CULTURE GERIATRIQUE
Proposition n°7

ENJEU
Développer une culture gériatrique pour tous

Identifier un médecin référent gériatrie aux urgences

Appuyer les équipes de soins de suite et de réhabilitation de la région de la Haute-Normandie

Appuyer les équipes de soins de suite et de réhabilitation de la région de la Haute-Normandie

Proposition de libellé :
Identifier et former des **personnes ressources référentes en gériatrie** dans les services (IDE, AS, gériatre...) et renforcer la capacité de l'EMG pour favoriser la diffusion de bonne pratiques

Exemples de livrables

- ↳ Annuaire des référents
- ↳ Fiches mission référent
- ↳ Maillon effectif EMG et étude renfort

MAINTENANT

QU'AUJOURD'HUI

COMMENT

BONNE PRATIQUE

MAINTENANT

QU'AUJOURD'HUI

COMMENT

CIAO

Selon vous :

- Cette action nécessite-t-elle la mise en place d'un groupe de travail spécifique ? OUI NON
- Qui coordonne ?
- Quand doit-elle démarrer ?

2023 2024 2025 2026 2027

L'aboutissement du collectif et de produire une série de propositions d'actions à destination du DG, PCME, Directoire et CME et d'obtenir la validation de leur faisabilité. Elles doivent répondre à des critères de réalisation et de mise en œuvre qui soit réaliste.

Dans le cas de la CAPsule personnes âgées, 35 actions avaient été retenues initialement, puis réduite à 14 actions validées par le DG et le PCME.

Pour assurer le succès du dispositif, il est essentiel d'obtenir une validation institutionnelle des actions proposées. Les participants interviewés ont exprimé que la dernière réunion, en présence du DG et du PCME, durant laquelle un engagement institutionnel officiel a été pris pour la mise en œuvre des 14 actions prioritaires, a eu une valeur symbolique très importante. Cette validation a renforcé leur engagement pour l'année à venir et pour permettre la diffusion du dispositif dans l'institution.

Le tableau ci-après, synthétise les conditions de reproductibilité, la faisabilité et les moyens à mettre à disposition et les points de vigilance.

	Conditions de reproductibilité	Faisabilité et moyens	Points de vigilance
Prérequis commun	Bénéficier de temps de préparation, conception et animation dédié à la cellule d'appui au projet. Maîtrise des techniques d'intelligence collective, de tenues de réunions et de synthèse.	Temps dédié sur le dispositif. Salles de réunions disponibles, adaptables et modulables. Budget dédié pour la cellule d'appui au projet et son développement.	Un taux de turnover élevé au sein de l'équipe chargée de la préparation et de l'animation des séances a un impact significatif, car il entraîne un besoin important de réapprentissage.
Immersion dans la thématique	Permettre aux participants d'intégrer le groupe, de faire connaissance et de se positionner sur la thématique. Définir les règles internes au groupe. Permettre au groupe de saisir les enjeux de la thématique et garantir l'intervention d'une personne charismatique qui amène de la hauteur au sujet.	Maîtriser les techniques d'inclusion pour un démarrage efficace du groupe. Etablir une charte / règlement intérieur pour les séances. Parvenir à avoir un grand témoin qui soit légitime sur la question traitée.	La diversité des profils engagés dans la démarche doit être prise en compte au démarrage et nécessite aux animateurs de s'adapter, y compris dans les types d'inclusion. Fixer un cadre de travail partagé et respecté, pour permettre de libérer les énergies ensuite. Par exemple, le téléphone, les interruptions de parole. Le choix du témoin est stratégique pour légitimer le groupe et lui donner de l'importance.
Etat des lieux partagés	Avoir une connaissance suffisante sur le sujet au préalable pour ne pas passer à côté d'éléments fondamentaux. Nécessite un travail d'apprentissage préalable	Participants mobilisable 2 heures par mois sur leur temps de travail. Permettre à l'équipe projet de pouvoir se déplacer sur d'autres structures pour réaliser du parangonnage.	Passer à côté du sujet dès le départ. Ne pas arriver à cerner les enjeux et ce qui peut dysfonctionner dans l'établissement.

	Conditions de reproductibilité	Faisabilité et moyens	Points de vigilance
Emergence de solution	Maitrise des techniques d'intelligence collective, de tenues de réunions et de synthèse. Capacité à donner du sens à l'action et à faire prendre conscience aux participants de ne pas se censurer	Participants mobilisable 2 heures par mois sur leur temps de travail.	Si les deux premières étapes n'ont pas été correctement exécutées, il y a un risque pour que les participants ne parviennent pas à faire émerger des propositions.
Propositions et définition du plan d'action définitif	Reprendre le leadership sur cette thématique pour accompagner les participants à donner un caractère réaliste aux propositions. Garantir la faisabilité institutionnelle des actions proposées au DG et PCME.	Promouvoir le plan d'action auprès des instances décisionnelles de l'hôpital afin de le légitimer et de garantir sa mise en œuvre complète. Lui octroyer un budget spécifique pour sa mise en œuvre.	À ce stade, le risque est de ne pas parvenir à éclairer les participants sur la faisabilité des actions, ce qui pourrait leur donner l'impression que rien n'est réalisable et que leur travail n'a servi à rien. Il est crucial de maintenir la dynamique tout en recentrant les actions.

3.1.2 Développement d'une communauté d'ambassadeurs managers, responsables et autonomes

J. Loos Baroin, doctorante et maître de conférences en sciences des organisations, décrit le rôle d'ambassadeur comme un relais entre une impulsion descendante (*top-down*) et une diffusion ascendante (*bottom-up*). Au cours de l'étude des dispositifs, des ambassadeurs ont émergé au sein de l'institution : directeurs, cadres de santé, cadres de pôle, chefs de service, kinésithérapeutes. Ils ont été renforcés par leur participation aux dispositifs et ont ensuite facilité la diffusion des connaissances.

Un phénomène marquant est la convergence des dispositifs à travers les ambassadeurs. Par exemple, l'appropriation d'un outil managérial par M2S (le tableau rubriqué) et sa mise en application dans les services ont été accompagnées de méthodes d'intelligence collective acquises lors de la CAPsule (comme l'inclusion et les séances de "post-it") pour faire adhérer et participer les agents à la recherche de solutions.

Le résultat est la formation de communautés d'acteurs ayant pour but de co-concevoir le changement organisationnel et en devenir les ambassadeurs les plus convaincants. Le passage à l'échelle se fait, dans ce cas, par une propagation virale au sein de leurs écosystèmes.

Les managers doivent devenir des formateurs en entrepreneuriat collectif à leur niveau, permettant ainsi à leurs agents et aux médecins, par un effet de ruissellement, de gagner en pouvoir d'agir.

3.2 D'une culture managériale commune au développement d'un sentiment d'appartenance

Le projet managérial vise à instaurer une culture de gestion uniforme parmi tous les managers, en utilisant des outils et des contextes pratiques spécifiques au CHMS. Cette ambition cherche à permettre aux agents d'adopter un ensemble partagé de représentations, de valeurs et de symboles. Comme le souligne R. Sainsaulieu, *"l'entreprise peut-être en soi une valeur avec les caractéristiques de sécurité, soutien et même refuge, que l'on accorde souvent à la maison"*.

À ce jour, il est difficile d'affirmer que ce sentiment est entièrement répandu. Cependant, plusieurs indices suggèrent qu'il se renforce, notamment par la demande croissante des

managers non formés pour intégrer le cercle des "formés" et des formés de créer des communautés (voir point suivant).

Pour l'avenir, la durabilité du processus dépendra de son intégration dans les valeurs fondamentales de l'établissement. Ces valeurs favoriseront la formation d'une communauté de managers identifiés par leur expérience partagée de la formation M2S. Ce sentiment de communauté devrait engendrer un fort sentiment d'appartenance, réduisant ainsi les tensions interprofessionnelles entre les managers (médecins, cadres, administratifs), cf paragraphes sur les tensions de gouvernance publique.

3.3 Le développement d'une communauté de managers entre pairs

Depuis quelques mois, et dans la continuité du lancement de M2S et de la CAPsule, une communauté de managers a émergé au sein de l'établissement via les médecins chefs de service. Par ailleurs, il en existe également une, constituée en 2020 celle des cadres administratifs.

Trois chefs de service formés au M2S ont décidé de créer un espace de discussion entre pairs pour aborder les thématiques de la prise de poste, du mentorat potentiel et des défis liés à leurs fonctions. Cette initiative a été approuvée par le bureau de la CME. Elle est née du besoin de poursuivre le travail commencé par M2S et de continuer à s'approprier le rôle de chef de service. Deux préoccupations majeures animent cette communauté : comment aborder la prise de poste et comment gérer les conflits éventuels au sein du service.

Pour les cadres administratifs, la communauté a été initiée en 2020 par les cadres de la D3P, avec l'objectif de briser les cloisons, d'apprendre à se connaître et, depuis 2023, de continuer sur la dynamique M2S. Il est apparu que la sectorisation des directions fonctionnelles compliquait les rencontres entre managers, le partage de connaissances et compétences, et l'interconnaissance. Lors d'un entretien de recrutement pour un poste d'AAH, la candidate, extérieure à l'établissement, a souligné l'existence de cette « communauté » comme un atout dans sa décision de rejoindre l'établissement.

La communauté des cadres administratifs est hétérogène, comprenant 3 cadres de gestion de pôle, 1 coordinatrice des secrétariats, 1 ingénieur qualité, 2 AAH de la DAF, 1 ingénieur DSIO, 1 AAH DAM, 2 AAH DRH et 1 cadre du service communication. Chaque session comporte un ordre du jour sur des informations pouvant intéresser toute l'assistance (par exemple : présentation du projet managérial) ou sur la recherche de conseils par les managers (par exemple : comment mener à bien une réunion de service).

Ces deux communautés sont apparues sans intervention du top management, témoignant de la capacité des managers à entreprendre et agir de manière autonome. Cependant, la communauté des chefs de service a cherché l'approbation du bureau de la CME pour sa légitimité, sans solliciter de soutien méthodologique pour son développement. Parmi les chefs de service à l'origine de cette initiative, un des médecins est également membre actif de la CAPsule, ce qui a suscité des questions sur l'apport méthodologique vu en séance pour développer la communauté et produire des effets tangibles. Cette communauté nécessite encore du temps de maturation et d'expérimentation avant d'envisager une institutionnalisation éventuelle.

La seconde communauté, celle des cadres administratifs, fonctionne en autogestion et n'éprouve pas le besoin d'institutionnalisation, craignant de perdre l'authenticité des échanges. En consultant les ordres du jour des rencontres, il apparaît qu'ils sont structurés, transmettent les messages institutionnels et abordent des thématiques qui ne seraient pas traitées en dehors de ces temps de discussion.

La présence de telles communautés renforce la quête d'une culture managériale commune et ancre les dispositifs dans les pratiques individuelles. Par exemple, les managers peuvent partager les impacts de leurs actions sur leurs équipes et démontrer leur efficacité par l'exemple auprès de leurs pairs. Le tableau rubriqué est apparu dès 2020 dans les comptes rendus des échanges entre cadres administratifs, et nous avons décrit précédemment le chemin parcouru pour son adoption par un grand nombre de managers au sein du CHMS. De la même manière, on pourrait envisager la formation de communautés de chefs de pôles ou de cadres de santé. En ce qui concerne les directeurs et les cadres supérieurs, cette communauté existe déjà implicitement à travers des moments tels que le CODIR ou les réunions hebdomadaires de la direction des soins.

3.4 Créer une communauté capacitante qui ouvre le champ des possibles

Comment articuler conjointement "*top down*" et "*bottom-up*" pour construire une politique publique pensée pour et par les entrepreneurs ? C'est à cette question que l'article de T Gomot et D Chadbaud (2023) vient répondre. Il analyse, comment l'acteur public et les entrepreneurs aboutissent à un jeu à somme positive permettant une politique publique "*top-down*" de pleinement impliquer les entrepreneurs dans une dynamique collective, à travers la politique publique "*French tech*". Les conclusions montrent la construction à

travers la *French tech*, d'un cadre permissif qui invite les entrepreneurs à porter la *French tech* dans une approche "*bottom-up*" complémentaire à la mise en œuvre "*top-down*" de la politique publique.

Le modèle développé par le CHMS présente des similitudes avec cette démarche. La politique publique reflète la volonté de la DG et du PCME de former l'ensemble des managers et de leur fournir les outils nécessaires pour accomplir leurs missions et développer une culture managériale. Ils visent également à investir et à légitimer un collectif de soutien aux projets, sécurisant ainsi le cadre entrepreneurial de l'établissement sur des sujets transversaux et fortement impactant.

Le processus "*bottom-up*", représenté par les managers, montre que certains deviennent des managers entrepreneurs, jouant ainsi le rôle de relais auprès de leurs équipes et démontrant leur capacité à agir.

Enfin, la définition de la CAPsule comme une hétérotopie se pose. Selon M. Foucault (1967), il s'agit de lieux au sein d'une société qui obéissent à des règles distinctes. On pourrait considérer que ce dispositif relève d'une hétérotopie, dans sa constitution et au regard du "pas de côté" décrit précédemment. Tout en déduisant, qu'il est en train de s'institutionnaliser. En effet, depuis sa création, le dispositif a changé quatre fois d'ingénieur porteur, ce qui était initialement perçu comme une limite en raison du risque de dépendance à un seul ingénieur, ce révèle être une force, apportant une diversité d'analyses et de techniques qui fait progresser le dispositif.

Un autre indice de cette transition vers l'institutionnalisation est l'attitude du top management, qui commence à voir la CAPsule comme une solution pour la gestion de projet. Des expressions comme "*On n'a qu'à confier ce dossier à la CAPsule*" lors d'un directoire et d'une CME, montrent que les instances décisionnaires la considèrent comme une véritable cellule d'appui.

La nouvelle thématique abordée en 2024 portera sur la juste prescription dans l'établissement, un sujet d'importance fondamentale dans plusieurs domaines : la sécurité et le confort des patients, les gains économiques et environnementaux, ainsi que le sens du travail pour les professionnels. Le succès de cette session pourrait conditionner son institutionnalisation et donc le fait qu'une hétérotopie peut le devenir, dans la mesure où, sur deux ans, elle permettra d'aborder et de faire progresser de manière efficace et résiliente deux thématiques jusqu'alors non traitées par l'établissement ou que partiellement.

3.5 Vers un export des dispositifs à l'échelle de la direction commune, du GHT et de structures extérieures ?

Le GHT Savoie Belley dont le CHMS est l'établissement support comporte 7 centres hospitaliers dont 4 en direction commune. Dans une volonté de transmission et de partage de savoir-faire, les établissements en direction commune ont exprimé la volonté de bénéficier également de la formation M2S pour leurs équipes. En accord avec le secrétaire général du GHT et le DG, un établissement a bénéficié en 2024 d'une première session de formation.

Puis à partir de 2025, le centre HOPsim va proposer la formation M2S sous deux formules pour les établissements de la direction commune et du GHT :

- Des sessions "établissements" de 12 apprenants du même établissement, sous les mêmes conditions de mixité que pour le CHMS;
- Des sessions "GHT" de 12 apprenants avec 4 personnes du même établissement.

Plusieurs remarques et pistes de réflexions, concernant cette volonté d'élargissement du dispositif dans les établissements de la direction commune :

- Cela va permettre de valoriser le support et le tester avec d'autres établissements partenaires ayant un DG commun. L'objectif serait de vérifier si les effets observés au CHMS peuvent se reproduire par propagation et si d'autres effets se manifestent.
- D'envisager le développement de la formation de formateurs pour amorcer la duplication du modèle sur les sites de la direction commune, tout en gardant le contrôle du dispositif par le CHMS. Il serait intéressant de faire émerger des profils de formateurs, ce qui permettrait de pallier la limitation actuelle du dispositif, qui ne compte que quelques formateurs disponibles et formés. Ces formateurs serviraient de relais pour leurs établissements, dont ils connaissent la culture et les spécificités, tout en permettant à HOPsim (M2S) de garder le contrôle du contenu et des outils diffusés.
- Enfin, il y a un enjeu financier avec la facturation de la prestation aux établissements pour amortir le coût du dispositif et en assurer la continuité.

Sur la volonté d'élargissement du dispositif au niveau du GHT :

- Un premier point concernerait l'interconnaissance des acteurs et la diffusion du modèle sur les sites du GHT, dans le but de le tester et, par la suite, de proposer cette prestation à nos établissements partenaires moyennant une contribution financière.

- Un second point, d'orientation stratégique, s'inscrit dans l'objectif originel de la création des GHT : favoriser la coopération autour du projet médical partagé et permettre aux établissements de santé de soigner mieux et à moindre coût. Il serait envisageable de constituer des groupes de formation inter-établissements qui, en plus de présenter un intérêt managérial, permettraient de mieux se connaître et de collaborer à l'avenir. Par exemple, dans le cadre d'un projet de développement d'une filière de soin sur le territoire, rassembler les chefs de pôles, cadres de pôles, directeurs référents et responsables du transport permettrait de fédérer un groupe d'acteurs qui serait amené à travailler ensemble sur une filière inter-établissement, nécessitant des compétences managériales communes pour engager efficacement les équipes dans cette démarche.

L'expérience menée par le CHMS concernant son projet managérial, en particulier le dispositif M2S, a été communiquée à l'extérieur (APM, Hospimédia, congrès FHF) et a suscité l'intérêt d'autres établissements (CH, CHU) désireux de découvrir le processus. Par exemple, une délégation d'un CHU français a visité les locaux d'HOPSIM pendant trois jours pour tester le dispositif, en présence du DG, du PCME et du Doyen, avec des retours positifs et la volonté d'aller plus loin.

Cette visibilité et les diverses sollicitations posent la question du modèle économique du dispositif, de sa sécurisation et de son développement. Concernant la sécurité du dispositif et face à la demande croissante d'information, le CHMS a déposé la marque M2S et son contenu pour protéger la méthodologie, la marque et le savoir-faire du dispositif.

À ce jour, le modèle économique n'est pas clairement défini. HOPSIM est une unité fonctionnelle du CHMS et non une structure *ad hoc*, juridiquement et financièrement indépendante. Dans le contexte actuel, chaque sollicitation représente une prestation distincte. Par exemple, proposer une session pour une délégation de CHU entraîne des coûts actuellement supportés par le CHMS qui sont certes facturés mais au coup par coup.

Le degré de maturité du dispositif n'a pas encore permis de choisir une orientation précise, oscillant entre un modèle interne non exportable et un modèle évolutif susceptible d'être proposé à l'externe. La proposition suivante est une hypothèse de développement visant à établir un modèle économique qui favorise le développement et la pérennité du dispositif en s'ouvrant sur l'extérieur.

Hypothèse : Développement de l'externalisation de la prestation (pour la direction commune, le GHT et des prestataires externes).

Il pourrait être envisagé la commercialisation d'une prestation complète qui engloberait la vente de 5 options regroupées dans un "pack" :

- 1- Le test grandeur nature par le top management de l'établissement X ;
- 2- La prestation de formation de formateurs ;
- 3- La vente du contenu pédagogique ;
- 4- Sous forme de franchise, via un abonnement annuel, la franchise de la marque ;
- 5- L'accompagnement sur site pour le démarrage du dispositif et la mise en conformité du centre de simulation.

Cette projection vers un avenir plus ou moins lointain soulève également la question de l'après M2S pour le CHMS. En effet, l'établissement s'est engagé à former initialement l'ensemble des managers en poste au CHMS sur une période de quatre ans, puis à intégrer progressivement les nouveaux arrivants, faisant ainsi de ce dispositif le principal outil de formation pour ses agents. Par ailleurs, des souhaits commencent à émerger parmi les participants, notamment les médecins, pour continuer à développer leurs compétences, notamment en matière de gestion des conflits. La question de l'évolution du dispositif se pose donc : faut-il mettre en place un module de maintien des compétences, un module avancé, tout en continuant à former les nouveaux managers de l'établissement ? Ces questions sont actuellement à l'étude par le CHMS, qui doit relever le défi d'évaluer le dispositif et le projet managérial dans son ensemble, ainsi que de former des formateurs, condition essentielle pour assurer la pérennité du programme.

3.6 Les dispositifs comme incubateurs de talents et de fidélisation des hauts potentiels

Au fil de plusieurs entretiens, une conviction s'est affirmée quant au potentiel des dispositifs étudiés : la CAPsule peut devenir un incubateur de talents, tandis que M2S peut les structurer et les fidéliser. L'initiative RH³ de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse en Île-de-France et Outre-Mer a révélé la nécessité d'explorer ce sujet. Le dispositif vise à développer une gestion des talents qui remet en question certaines valeurs traditionnelles telles que l'ancienneté (vision exclusive), en favorisant l'unicité d'un collectif, son potentiel, son investissement et sa performance (vision inclusive).

En profondeur, la CAPsule permet de faire émerger des talents qui auraient difficilement été repérés dans le cadre institutionnel classique. Ce dispositif teste les personnalités dans un contexte de gestion de projet participatif et observe leur positionnement au sein d'un groupe. En choisissant des volontaires, si un profil intéressant pour de futures fonctions managériales est identifié, il peut être placé sur une thématique CAPsule pour évaluer son

³ [Incubateur de Talents | Bibliothèque des initiatives RH \(fonction-publique.gouv.fr\)](https://www.fonction-publique.gouv.fr/bibliothèque-des-initiatives-rh)

intégration dans le groupe et lui fournir les compétences nécessaires dès le départ. Le dispositif étant supervisé, un retour du top management sur la personne est facilement réalisable.

Une fois le talent identifié, éprouvé et validé pour son rôle au sein de la CAPsule, s'il manifeste une volonté de devenir manager, il peut passer rapidement par M2S pour acquérir des compétences managériales complémentaires et adopter la culture managériale du CHMS, le rendant ainsi rapidement opérationnel. Cette stratégie redonne du sens à la dimension managériale des postes. Pour les futurs chefs de service, cela pourrait créer des vocations et limiter les choix par défaut pour ces fonctions.

3.7 Recommandations et pistes de réflexions pour la suite

En synthèse des éléments vu précédemment et en y intégrant de nouveau, ci-après quelques recommandations pour la pérennité, la duplication et l'évolution des dispositifs :

Recommandation n°1 : Sécurisation juridique, formalisation et expansion des dispositifs

Sécuriser juridiquement les dispositifs par dépôt de marque et / ou brevet : Au-delà du dépôt de la marque, prendre l'attache d'un conseil juridique pour sécuriser la globalité du dispositif et son ingénierie. Dans une perspective de commercialisation cet aspect est primordial.

Établir des manuels détaillés décrivant les processus et les meilleures pratiques de M2S et CAPsule. Cela facilitera la formation de nouveaux participants et la duplication des dispositifs dans d'autres établissements.

Créer des modules de formation standardisés avec des objectifs clairs, des contenus pédagogiques bien définis, et des critères d'évaluation. Le but étant de pouvoir exporter la marque sous la forme d'une franchise et de vendre un savoir-faire et une méthodologie précise (dans l'hypothèse d'une stratégie d'expansion).

Établir des partenariats avec d'autres hôpitaux pour tester et adapter les dispositifs M2S et CAPsule à différents contextes. Cela peut inclure des échanges de bonnes pratiques et des retours d'expérience. Dans un objectif, d'évolution du modèle et de rechercher l'institutionnalisation d'une hétérotopie.

Développer un modèle économique pour la prestation de services de formation et de conseil basé sur M2S et CAPsule. C'est l'étape qui pourrait être développée pour exporter un savoir-faire et permettre à l'établissement de bénéficier d'un leadership dans le domaine. Ainsi de pouvoir continuer le développement de son modèle managérial.

Cela pourrait inclure des frais pour la formation, le contenu, la marque et le suivi, contribuant ainsi à la pérennité financière des dispositifs.

Recommandation n°2 : Renforcement de l'empowerment et de l'intelligence collective

Continuer à encourager l'autonomie des équipes en leur fournissant les outils et les ressources nécessaires pour prendre des initiatives. Organiser des ateliers réguliers pour recueillir leurs idées et suggestions.

Mettre en place des systèmes de reconnaissance pour valoriser les initiatives prises par les équipes. Cela peut inclure des récompenses, des mentions spéciales ou des opportunités de développement professionnel. Dans le modèle promulgué par le groupe CASINO pour capter les idées nouvelles portées par des candidats intrapreneurs (DESHAYES, 2024), la société propose une structure *ad-hoc*, qui cible et permet le développement d'idées nouvelles dans le collectif. L'établissement peut également s'appuyer sur le dispositif de prime d'engagement collectif, instauré en 2024 et intégré dans son projet d'établissement, pour valoriser les professionnels qui s'impliquent dans cette démarche.

Établir des communautés de pratique où les professionnels de santé peuvent partager leurs expériences et leurs connaissances. Utiliser des plateformes en ligne pour faciliter les échanges et les collaborations.

Encourager la collaboration interdisciplinaire en lançant des projets communs impliquant différents services et spécialités, voir avec un élargissement sur la direction commune ou le GHT. Organiser des sessions d'hackathons pour stimuler l'innovation, exemple : semaine de la qualité, ou sur des thématiques de développement durable.

Recommandation n°3 : Suivi et évaluation des dispositifs

Développer des indicateurs clés de performance pour mesurer l'impact des dispositifs M2S et CAPsule sur les compétences managériales, la satisfaction des managers, des agents et dans la mesure du possible des patients et l'efficacité opérationnelle. L'indicateur du SEP doit être poursuivi, et il conviendrait d'intégrer un indicateur "managérial" dans les services, qui mesure de la part des agents, le niveau managérial avant que le binôme cadre de service/chef de service n'ait fait la formation M2S et ensuite à 3-6-12 mois. Envisager un système de label managérial interne, qui serait remis à un service dont le management participatif et collaboratif serait salué par un comité composé de top manager de l'établissement, voir d'autres secteurs.

Instaurer des mécanismes de retour terrain régulier pour recueillir les impressions des participants et des bénéficiaires des dispositifs. Utiliser ces retours pour améliorer continuellement les programmes. Un comité d'évaluation pourrait être mis en œuvre.

Rédiger et publier des rapports annuels sur les résultats obtenus grâce aux dispositifs. Ces rapports peuvent servir à informer les parties prenantes internes et externes, et à attirer de nouveaux partenaires.

Recommandation n°4 : Formation continue et développement des formateurs

Mettre en place un programme dédié à la formation des formateurs internes pour M2S et CAPsule. Cela garantira une transmission homogène des compétences et des connaissances.

Dans l'hypothèse d'un développement externe des dispositifs, organiser des échanges de formateurs avec d'autres établissements pour partager les meilleures pratiques et enrichir les approches pédagogiques.

Développer des modules de formation avancés pour les managers et les équipes souhaitant approfondir leurs compétences, notamment en gestion de conflit, en leadership stratégique, et en innovation organisationnelle. Pour les innovations organisationnelles, le modèle des outils du midi est une source d'inspiration à dupliquer.

Organiser des sessions de formation de maintien en compétence pour s'assurer que les pratiques apprises restent à jour et efficaces. Sur les temps d'inclusion, les techniques d'intelligence collective, mais aussi sur les 15 outils managériaux vus lors de la formation M2S.

Conclusion

Ce mémoire a examiné l'impact de deux dispositifs innovants au sein du CHMS : le programme interne de formation managériale M2S et le collectif d'appui aux projets, la CAPsule. Ces initiatives ont été mises en place pour favoriser le développement d'une culture managériale commune, ainsi que pour encourager les processus d'intelligence collective et d'intrapreneuriat. Leur application a permis à l'établissement de renforcer et développer la capacité d'agir de ses agents.

Ce travail a également mis en lumière plusieurs défis. Le principal réside dans la pérennisation de ces dispositifs, car leur réussite a été le fruit de la convergence de multiples facteurs favorables. Il est aussi crucial de considérer leur développement à long terme pour que l'avantage comparatif actuel puisse générer des adaptations continues, favorisant l'innovation et l'amélioration au sein de l'établissement. Il est également essentiel de maintenir l'engagement des participants et de garantir un soutien institutionnel continu pour que ces initiatives conservent leur dynamisme et leur pertinence, en gardant à l'esprit l'institutionnalisation d'une hétérotopie. L'évaluation de ces dispositifs est actuellement en cours, comme en témoigne la réalisation de ce mémoire et le partenariat entre HOPsim et l'université de Savoie Mont Blanc. Toutefois, il serait pertinent d'approfondir l'analyse en obtenant des retours terrain grâce à une évaluation à 360° impliquant les équipes et les patients. À terme, il s'agira de mesurer, en comparaison avec l'investissement et l'engagement de l'établissement, si les pratiques managériales et les changements organisationnels ont bénéficié aux patients et aux agents, et ont contribué à améliorer la qualité de prise en charge et la performance des organisations.

En termes de perspectives, il serait pertinent d'explorer d'autres approches complémentaires pour renforcer la capacité managériale, l'intrapreneuriat et l'innovation organisationnelle. Parmi ces approches figurent le mentorat pour les managers, les ateliers collaboratifs inter-services, les plateformes de partage d'expérience, ainsi que l'implantation de nouveaux modèles intrapreneuriaux tels que l'accélérateur interne. Ce dernier pourrait bénéficier de l'ingénierie actuelle de l'établissement pour développer une structure dédiée à l'accompagnement des intrapreneurs internes.

Dans mon futur rôle de directeur d'hôpital, j'ai acquis la conviction que des dispositifs tels que le programme M2S et la CAPsule peuvent significativement contribuer à l'amélioration des compétences managériales et à l'innovation au sein des établissements hospitaliers. Je suis conscient qu'impulser de tels dispositifs nécessite d'importants prérequis et un soutien institutionnel fort, mais je suis convaincu que cela est possible.

Bibliographie

Ouvrages

Bandura, A., Carré, P., & Lecomte, J. (2007). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle (2e édition). DE BOECK SUP.

Brunet, Emmanuel. « Outil 39. Le brainstorming 6-3-5 et 6 autres idées de brainstorming », La boîte à outils du Design Thinking. Sous la direction de Brunet Emmanuel. Dunod, 2019, pp. 108-111.

Couarraze, S. La simulation en santé, un outil pédagogique vecteur de changement dans la qualité de vie au travail chez les professionnels de l'anesthésie-réanimation 2022.

Cristallini, Vincent. « Partie 3. « Le management, c'est la vie » : le management humain de l'efficacité », , Et si vous arrêtiez de cracher sur le management ? Pour un Management Humain de l'Efficacité, sous la direction de Cristallini Vincent. EMS Editions, 2023, pp. 60-96.

Cristol, Denis, et Cécile Joly. Management et intelligence collective, 80 méthodes et exercices. Des pratiques pour apprendre ensemble. ESF Sciences humaines, 2021

Foucault, Michel. « Des espaces autres. » Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, in *Architecture, Mouvement, Continuité*, no 5 (1984): 46-49

Liger, Philippe, et Gaëlle Rohou. L'empowerment. Donner aux salariés le pouvoir d'initiative. Dunod, 2016

Moisdon, "Introduction générale", ouvrage collectif, du mode d'existence des outils de gestion, 1997, p7-44

Monvielle Etienne, Durand Vanessa, Chambaz Florent, "A la découverte des innovations managériales hospitalières", Presses de l'EHESP, p.75

Frédéric Pierru et Fanny Vincent, "Covid-19 : quelle collaboration entre médecins et directeurs d'hôpital ?", Revue La santé en action, 2020, n° 454, p22 – 25

Waelli, Mathias, et Julie David. « 6. Mettre en œuvre des outils de gestion dans les organisations de santé », Étienne Minvielle éd., Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 121-137.

Textes législatifs ou réglementaires

CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en oeuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS

Décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'intéressement collectif lié à la qualité du service rendu dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986

Note d'information interministérielle n° DGOS/SDRHSS/DGCS/4B/2022/274 du 12 janvier 2023
Fiche n°1 et fiche n°2

Ségur de la santé : les conclusions - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr)

Rapports administratifs ou de recherche

« J'y arriverai ! » D'où vient le sentiment d'efficacité personnelle ? », Sciences Humaines, vol. h-, no. HS25, 2020, pp. 29-30.

Ségur de la santé "Mieux manager pour mieux soigner". Améliorer le management et la gouvernance hospitalière. Guide élaboré par le professeur Claris

Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS). (2023). Projet d'établissement 2023-2027. <https://www.ch-metropole-savoie.fr/>

HAS, Rapport "Bonnes pratiques en matière de simulation en santé", Avril 2024

Articles scientifiques

Bartoli, A., Mazouz, B., Keramidas, O., Larat, F. (2012a), Éthique et performance en management public, *Revue française d'administration publique*, 140, 629-639.

Bouchard, Véronique, et Alain Fayolle. « Comment mettre en œuvre l'intrapreneuriat ? », *Gestion*, vol. 36, no. 4, 2011, pp. 11-21.

Rochette Corinne, Ceccato Murrin Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier, 2022

Deshayes, Christophe. « Intrapreneuriat : la valeur de l'expérience », *Annales des Mines - Gérer & comprendre*, vol. 155, no. 1, 2024, pp. 35-46.

Frimousse, Soufyane, et Jean-Marie Peretti. « Comment développer les pratiques collaboratives et l'intelligence collective », *Question(s) de management*, vol. 25, no. 3, 2019, pp. 99-129.

Gomot, Timothée, et Didier Chabaud. « Pas de top-down sans bottom-up : comment construire une politique publique d'entrepreneuriat innovant pensée pour et par les entrepreneurs ? », *Revue de l'Entrepreneuriat / Review of Entrepreneurship*, vol. 22, no. 4, 2023, pp. 81-107.

Gréselle-Zaïbet, Olfa. « Mobiliser l'intelligence collective des équipes au travail : un levier d'innovation agile pour transformer durablement les organisations », *Innovations*, vol. 58, no. 1, 2019, pp. 219-241.

Havard, Christelle. « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? », *@GRH*, vol. 16, no. 3, 2015, pp. 91-125.

Le Roy, Frédéric, Marc Robert, et Philippe Giuliani. « L'innovation managériale. Généalogie, défis et perspectives », *Revue française de gestion*, vol. 235, no. 6, 2013, pp. 77-90.

Mériade, Laurent, Corinne Rochette, et Damien Talbot. « Vers un management des tensions de gouvernance publique dans les établissements de santé ? Une proposition de réponse par l'analyse des proximités », *Innovations*, vol. 60, no. 3, 2019, pp. 169-199.

Nobre, Thierry. « L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? », *Revue française de gestion*, vol. 235, no. 6, 2013, pp. 113-127.

Peretti, JM, Ressources humaines, 2017, 16 e édition, Paris, Étude.

Secheresse t., nonglaton s., The "Timeline Debriefing Tool": a tool for structuring the debriefing description phase, *Advances in Simulation*

Secheresse t. Pansu p. Lima I., The Impact of Full-Scale Simulation Training Based on Kolb's Learning Cycle on Medical Prehospital Emergency Teams, *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 15(5):p 335-340, October 2020.

Secheresse t. Pansu p. Lima I., Focusing on explicit debriefing for novice learners in healthcare simulations: A randomized prospective study, *Nurse Education in Practice*, february 2021

Verzat, Caroline. « La question de l'éducation à l'entrepreneuriat reste ouverte », *Entreprendre & Innover*, vol. 27, no. 4, 2015, pp. 70-71.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien mémoire

1. Présentation de l'élève directeur d'hôpital, du projet de mémoire et de son périmètre. L'entretien sera enregistré et retranscrit pour les besoins de l'analyse.

2. Description de la situation de l'interlocuteur :

- Poste occupé et ancienneté dans le poste et dans l'établissement
- Participation aux 3 dispositifs institutionnels décrit en préambule

3. Pouvez-vous me parler de la genèse des dispositifs ?

- Savez-vous qui a porté le dispositif ? et pourquoi ?
- A quel moment le dispositif a-t-il émergé ?
- Pouvez-vous me décrire le contexte d'émergence ?
- Quelle était sa vocation ?

4. La dynamique de l'innovation dans l'établissement ?

- Pouvez-vous me décrire des exemples d'innovations introduites par les dispositifs dans l'institution ?
- Pensez-vous que les pratiques ont changé dans les services de soins et administratifs suite à la mise en route des dispositifs ? si oui, quel(s) exemple(s) ?

5. Quelle a été la perception des dispositifs au démarrage ?

- Quel regard portez-vous sur chacun des dispositifs / précisez pour chaque

6. A votre avis est ce que les dispositifs favorisent l'innovation ?

7. Apport des dispositifs dans l'institution, diffusion et cadrage

- Pouvez-vous m'indiquer ce qu'ont apporté les dispositifs dans l'institution ?
- Dans le champ de l'organisation des services ? de l'administration ? des managers ? de la pratique médicale ?
- Comment vous décririez l'articulation entre les différentes capsules ?
- Entre les Capsules et M2S, Pensez-vous qu'ils soient complémentaires ? peuvent-ils converger ? si oui comment ?
- Est-ce que les dispositifs sont connus par les agents de l'établissement ?
- Quel est le cadre institutionnel des dispositifs ?

8. Comment les dispositifs se sont installés dans les pratiques ?

- Visible, reconnu, utile, jugez utile ?

Pensez-vous le contexte financier a joué et pourquoi ?

Annexe 2 : Tableau des agents interrogés et durée des entretiens

Fonction	Durée
Directrice adjointe	43 minutes
Directrice adjointe	40 minutes
Directrice adjointe	1h 15 minutes
Directeur général	1h 10 minutes
Directeur adjoint	47 minutes
Docteur S	1h 20 minutes
Docteur F	42 minutes
Docteur S	39 minutes
Docteur G	37 minutes
Docteur C	41 minutes
Docteur A	52 minutes
Directrice des soins	39 minutes
Cadre supérieur	50 minutes
Cadre de santé	34 minutes
IDE	32 minutes
Kinésithérapeute	31 minutes
Aide soignant	36 minutes

2. CLARIFIER LES NIVEAUX DE DÉCISION ET DE PILOTAGE

2.1. Des rôles et des responsabilités clairs pour tous

Donner de la lisibilité sur l'organisation et la gouvernance de l'établissement

La structuration en pôles d'activités cliniques a introduit un niveau de gestion intermédiaire entre la Direction générale, la présidence de CME et les services cliniques ou médicotéchniques, devant permettre subsidiarité et simplification des circuits. En ce sens, les pôles doivent être le lieu de discussion des organisations médicales et soignantes et des modalités de prise en charge des patients et/ou du fonctionnement des plateaux techniques. Ils doivent assurer le pilotage des différentes structures qui les composent (services, UF), ainsi que la coordination entre elles et le reste de l'établissement.

Nous réaffirmons par ailleurs la place de chaque service dans l'organisation des soins et la représentation des différentes spécialités au sein d'un pôle.

Les instances réglementaires, dont le détail est inscrit dans le règlement intérieur de l'établissement, sont essentielles à la vie institutionnelle mais leur rôle est souvent méconnu des professionnels. Il est donc nécessaire :

- ▶ de clarifier le rôle et l'articulation des instances réglementaires mais également des commissions internes et des groupes de travail, de

préciser leur composition et les missions de leurs membres.

- ▶ d'engager un travail d'amélioration de la compréhension du rôle des instances du CHMS et du GHT par l'ensemble de la communauté de l'établissement. Il est avant tout question de communiquer institutionnellement à différents niveaux (site internet, intranet, etc.) sur le rôle des instances du CHMS, avec un contenu adapté en fonction des cibles. Ce besoin de communication est renforcé par les évolutions récentes ou prévues sur la composition des instances.

Une charte de gouvernance précise les modalités de gouvernance conjointe entre le directeur général et le président de la CME. Elle vise à instaurer un fonctionnement concerté et à clarifier les processus de co-décision dans le respect du rôle et des responsabilités de chacun.



Action 2 : actualiser le règlement intérieur de l'établissement et formaliser la charte de gouvernance entre le directeur général et le président de la CME.



Action 3 : communiquer pour faciliter la compréhension du rôle des instances par tout professionnel du CHMS.

Renforcer la légitimité des professionnels en position de management

Pour assurer un fonctionnement clair et compris par tous et permettre le développement de la prise de décision au sein des pôles et des services, il est essentiel de définir les missions et les responsabilités de chaque niveau hiérarchique et/ou fonctionnel médical et soignant (chef de service et cadre de santé, chef de pôle et cadre supérieur de santé).

Ce travail de clarification des missions concerne également l'ensemble des professionnels en position de management (y compris intervenant dans les secteurs administratif, technique et logistique).

De manière transversale, l'un des enjeux majeurs de la clarification des missions respectives réside dans la coordination médico-soignante pour l'organisation et le fonctionnement des pôles et services. Des premières versions des fiches de missions et de poste ont été travaillées lors des ateliers de travail.



Ces dernières doivent être reprises pour clarifier les périmètres et les intitulés des missions. Les fiches de missions et fiches de poste feront par ailleurs l'objet d'une relecture croisée entre responsables médicaux et soignants.

Si la réglementation précise certains attendus, elle laisse une marge de manœuvre aux établissements. Dans ce cadre, nous avons la volonté d'inscrire et renforcer les missions des chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, chefs de service, cadres de santé et de conforter leur coordination.

La mise en œuvre de ces missions s'appuie sur des circuits et autres outils (formation, contrats de pôle...) pris en compte dans le présent projet.

Ces fiches de mission permettront de décliner également les nouvelles orientations réglementaires concernant les médecins praticiens hospitaliers. En particulier, « *Les praticiens hospitaliers bénéficient chaque année d'un entretien professionnel qui donne lieu à un compte rendu* » (article R.6152-825 du code de la santé publique). Cet entretien n'est pas une évaluation mais un échange libre et bienveillant consacré au praticien pour lui permettre ainsi qu'à son responsable de faire un bilan des missions cliniques et non cliniques confiées, de ses souhaits d'évolution professionnelle, les objectifs relatifs aux missions cliniques et non cliniques pour l'année à venir.



Action 4 : formaliser les fiches de mission des chefs de pôle, chefs de service et responsables d'UF, formaliser les fiches de poste pour le personnel d'encadrement soignant, administratif et technique.

2.2. Des instances ajustées pour une gouvernance agile

Faire évoluer le fonctionnement du Directoire

Il apparaît nécessaire de repenser la composition actuelle du Directoire pour favoriser les échanges et contribuer aux décisions relevant du Directoire, dans le respect de la réglementation (9 membres, Article L6143-7-5 du Code de Santé Publique). Cette évolution doit s'accompagner de la définition du rôle des membres du Directoire et de la mise en place d'un Directoire élargi (qui pourrait reprendre le modèle actuel). Ce dernier aura vocation à se réunir de manière régulière mais moins fréquemment, pour assurer notamment le suivi des projets de l'établissement dont le projet médical et le projet de soins.



Action 5 : adapter la composition et le fonctionnement du Directoire et actualiser le règlement intérieur en conséquence.

Renforcer le rôle des membres de la CME et valoriser le rôle des sous-commissions

La Commission médicale d'établissement (CME) a un rôle réglementairement consultatif ; elle se prononce sur des sujets définis par la réglementation et offre également un espace de discussion sur des sujets médicaux spécifiques. La composition de la CME a évolué suite aux élections d'octobre 2021 avec une diminution de ces membres. Au-delà de la conformité à la réglementation, l'objectif est de favoriser les discussions et les échanges dans le respect du principe de représentativité.

L'évolution de la composition s'accompagne naturellement d'un travail sur le rôle et la place de ses membres. Des marges de manœuvre ont d'ores et déjà été identifiées pour renforcer le rôle des membres de la CME. Leur participation à la CME implique un droit d'expression et de vote, mais aussi un devoir de relais d'information. Deux évolutions sont ainsi prévues :

- ▶ Faire évoluer les modalités de vote en CME, dans le respect des obligations réglementaires, pour permettre une meilleure expression sur les sujets et arbitrages portés en CME. Une solution de vote dématérialisé permettant un vote à bulletin secret tout en restant rapide doit être étudiée.
- ▶ Responsabiliser les membres de la CME sur le relai de l'information, passant par la transmission directe des ordres du jour et comptes rendus à l'ensemble du corps médical, sur les deux sites (Chambéry et Aix-les-Bains). Les réunions de pôle et de service doivent permettre également d'assurer ce relai à l'ensemble des praticiens pouvant ainsi s'exprimer sur les sujets abordés et faire remonter certaines informations en CME.

Le dispositif de CME élargie sera par ailleurs pérennisé, avec la programmation d'un calendrier annuel de rencontres.

Une évaluation de cette nouvelle organisation sera programmée à l'issue de la mandature actuelle.

De manière complémentaire, le rôle des sous-commissions de la CME doit être reprecisé et leur composition mise à jour. En effet, elles ont vocation, outre les sujets réglementaires dont certaines ont à traiter, à instruire de manière opérationnelle les éléments pour éclairer les débats en CME et alimenter les réflexions du Directoire. Chaque sous-commission doit pouvoir réexaminer son fonctionnement (rythme

des rencontres, composition ordre du jour, association des différents acteurs concernés...) et veiller à la diffusion de ces travaux aussi bien à l'attention des membres de la communauté médicale que des autres professionnels concernés.



Action 6 : adapter le fonctionnement de la CME. Ajuster ses modalités d'expression et de vote. Programmer un calendrier annuel de rencontres pour la CME Elargie.



Action 7 : faire un bilan de fonctionnement de la CME en fin de mandature



Action 8 : clarifier le rôle et adapter le fonctionnement des sous-commissions dans l'instruction des sujets portés à la CME : périmètre, composition, modalités de renouvellement des membres...

Assurer une meilleure articulation entre les différentes instances

Afin d'assurer une meilleure articulation entre le Directoire et la Commission médicale d'établissement (CME), les ordres du jour entre les deux instances seront systématiquement coordonnés, avec une attention particulière portée lorsque des sujets sont conjoints à la CME et au Directoire, pour garantir un examen en amont en CME sur les sujets qui relèvent de sa compétence, notamment ceux relatifs aux organisations médicales.

De plus, le renouvellement récent de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), ainsi que la création, dans le cadre du GHT Savoie-Belley, de la Commission médicale de groupement (CMG) interrogeront d'autres niveaux d'interaction à suivre et structurer.

Un travail d'ajustement permanent sera nécessaire au cours des prochaines années.



3. FLUIDIFIER LES ORGANISATIONS ET LES RENDRE PLUS RÉACTIVES

Le fonctionnement à plusieurs niveaux (direction, pôle, service, UF) implique un travail de « fluidification » des organisations afin de les rendre plus réactives au quotidien. Nous avons ainsi besoin de structurer les liens entre les directions, les pôles et les services, à travers ce que l'on dénomme la « délégation de gestion ». Les dernières années ont pointé le besoin de clarifier les attendus de cette délégation de gestion, allant de pair avec la simplification des interactions entre les directions supports et les services.

3.1. Des responsabilités et des capacités d'initiatives renforcées au sein des pôles

Déployer de façon pragmatique des contrats avec les pôles

La mise en place de contrats de pôles a pour objectif de définir, formaliser et suivre les engagements respectifs entre le pôle et l'institution. Les contrats de pôles permettront une contractualisation des objectifs déterminés collégalement entre les pôles et la Direction générale de l'établissement et la mise à disposition des moyens de gestion nécessaires à la mise en œuvre des actions pour atteindre les objectifs fixés.

Le contrat de pôle, outil de pilotage pour les acteurs du pôle, doit ainsi permettre :

- ▶ un suivi collectif de l'activité sur la base d'indicateurs :
 - des cibles communes à tous les pôles,
 - quelques indicateurs spécifiques au pôle,
- ▶ la détermination claire de la délégation de gestion (volet RH) permettant la mise en place :
 - de cibles sur les effectifs et les moyens de remplacement,
 - d'indicateurs sentinelles (taux d'absentéisme, de turn-over...),
- ▶ la structuration d'une démarche qualité-gestion des risques au sein de chaque pôle poursuivant :
 - des objectifs réglementaires,
 - des objectifs en lien avec le projet médical et le projet de soins,

- ▶ la déclinaison annuelle de projets issus :
 - du projet médical projet de soins et autres volets du projet d'établissement,
 - des projets de pôle et de service.

Le contenu du contrat de pôle est évolutif ; il nécessite en effet un investissement important tant des exécutifs de pôles que des directions fonctionnelles. Dès lors, afin d'être réalisable, la première version des contrats pourra ne pas refléter toutes les ambitions, même partagées, que le pôle et la gouvernance du CHMS souhaiteraient y faire figurer. Pour ne pas perdre de vue ces ambitions communes, dans un premier temps, le choix pourra notamment être fait de limiter les indicateurs quantitatifs et de retenir les cibles associées au regard de l'état des lieux. Le suivi de ce contrat sera primordial pour réaliser les ajustements nécessaires, et devra être infra-annuel. Enfin, son exécution ne sera pas associée à un mécanisme d'intéressement ou de sanction.



Action 9 : élaborer collégalement les contrats de pôle, les faire vivre et les ajuster.

Clarifier les périmètres de délégation de gestion

L'effectivité du fonctionnement en pôles est notamment liée à la dotation des moyens nécessaires pour assurer leurs missions. La délégation de gestion est l'un des outils pour assurer cette organisation tant au niveau des ressources humaines que des moyens matériels. Pourtant, le niveau de délégation de gestion s'avère encore parfois mal identifié. De plus, si la délégation de gestion n'est pas une nouveauté au CHMS, elle nécessite d'être actualisée, dans les marges de manœuvre dont disposent les délégataires. Ce besoin de lisibilité va de pair avec une ambition partagée de formalisation des contrats de pôle, dont le contenu sera évolutif.

Il est donc primordial d'engager un travail de clarification des périmètres et modalités de délégation de gestion au niveau des pôles et des services par :

- ▶ une définition lisible des périmètres de délégation de gestion et des marges de manœuvre associées ;
- ▶ une évolution des outils de suivi et de pilotage associés.

Les contrats de pôle sont destinés à venir expliciter ces éléments.



Action 10 : réviser le contrat de délégation de gestion. Communiquer sur ce qui est délégué aux pôles et aux services

Faire évoluer les outils de suivi

Nous devons pouvoir progresser sur les aspects opérationnels et mettre en place des outils davantage ergonomiques et fiables, au service de la décision et accessible simplement. Nous nous engageons à amorcer l'évolution et la modernisation de nos outils de suivi, pour offrir une réactivité plus importante au quotidien dans l'accessibilité aux informations, en priorité sur le volet ressources humaines et sur l'activité.



Action 11 : déterminer collégalement les indicateurs de suivi et organiser les modalités de suivi des contrats de pôles (dialogue de gestion).

3.2. Un fonctionnement des services plus autonome dans la résolution des « irritants »

Réaliser au plus près du terrain tout ce qui peut l'être

Les acteurs de terrain sont les mieux positionnés pour repérer les problèmes, les analyser et identifier les actions rapides et visibles que le service peut réaliser pour résoudre les irritants. Les idées venant du terrain redonnent en effet du sens au quotidien.

Il convient d'accompagner les services dans ces démarches participatives et pragmatiques sur des méthodes et des outils qui facilitent le quotidien des services (Cf. projet de soins : Projet n° 5.3 : Mettre en place des leviers de facilitation et d'organisation du soin).

Une entraide interservices facilitée

Développer un esprit de coopération et mettre en place des mécanismes d'entraides interservices permettent de faciliter la prise en charge des patients lorsque le contexte sur les ressources est en tension. Des actions en lien avec le projet de soins viseront à renforcer les dispositifs d'entraide et de renfort dans les services (Cf. projet social et le projet de soins : Projet n°5.2 : Adapter les organisations, structurer et renforcer les dispositifs d'entre-aide/ renfort entre services).

Clarifier le circuit des demandes

pour simplifier le quotidien des services

Les difficultés liées à l'identification des personnes ressources, lorsqu'un professionnel a une demande, ou aux moyens de faire parvenir cette demande aux personnes concernées, compliquent le fonctionnement quotidien des services.

Nous devons engager au niveau de différents processus (ressources humaines, biomédical, travaux, commandes des équipements hôteliers, etc.) :

- ▶ une clarification des circuits de demande tant sur les modalités que sur les interlocuteurs à adresser,
- ▶ une simplification des processus par la centralisation des demandes (sur un modèle guichet unique, quand le processus le permet),
- ▶ un renforcement de la communication sur le retour de l'information auprès des services.



Action 12 : mettre en œuvre des modalités favorisant la simplification des demandes de moyens et la réactivité des services supports.

3.3. Des bonnes pratiques

pour développer un esprit d'équipe

De nombreux pôles et services de soins, administratifs, logistiques ou techniques ont mis en place des organisations spécifiques favorisant les échanges, le dialogue et l'association des professionnels à la résolution des problèmes. Cette marge de manœuvre laissée à l'appréciation de chaque structure est indispensable pour que chaque pôle, chaque service puisse adapter le cadre institutionnel à ses spécificités. Si nous devons disposer d'un cadre commun, il n'est pas souhaitable de standardiser le fonctionnement de notre établissement.

Il est donc d'autant plus nécessaire de partager les bonnes pratiques mises en place en notre sein sur l'initiative de nos équipes. Cela doit permettre à chacun de s'emparer d'expériences ayant fait leur preuve, d'harmoniser les pratiques et favoriser la transversalité entre les différents acteurs de notre établissement.

L'ensemble de ces bonnes pratiques a vocation à venir renforcer la cohésion des équipes et favoriser la coordination entre médecin, soignant, personnel administratif, technique et logistique.



Action 13 : porter à la connaissance des équipes les bonnes pratiques participant à la vie des pôles, des services et des directions et les modalités de réalisation, soutenir les initiatives.



4. PERMETTRE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE NOUVELLE CULTURE DE GESTION COMMUNE

4.1. Des managers accompagnés et soutenus dans leurs missions

Développer les compétences

Piloter des équipes, gérer des conflits, décider, arbitrer, ne s'improvisent pas. L'acquisition des compétences nécessaires, au-delà des qualités individuelles de chacun, doit être accompagnée par notre institution et ce prioritairement sur certaines thématiques clefs :

- ▶ la gestion des parcours professionnels et carrières,
- ▶ la résolution de conflits,
- ▶ la reconnaissance des compétences et du mérite,
- ▶ la motivation de l'équipe et le travail en équipe.

Cet accompagnement passe par la mise en place d'un plan de formation à destination des professionnels en position de management, prenant le relais des actions de formations des années précédentes.

Ce plan de formation s'adresse à tous les «managers», des services de soins, administratifs, logistiques ou techniques, avec une vigilance particulière concernant les services médicaux et soignants. En effet en favorisant la formation en binôme chef de pôle - cadre supérieur et chef de service - cadre de proximité, afin de renforcer la coordination médico-soignante dans le pilotage et l'organisation des structures internes. La participation conjointe des managers non médicaux et non soignants est également nécessaire afin d'acquérir un langage et des outils communs.

En complément des formations centrées sur le management, l'établissement propose des actions de formation et accompagnement des professionnels concernant le fonctionnement de l'hôpital (comptabilité, statut, etc.).



Action 14 : évaluer les compétences managériales et mettre en œuvre un plan de formation pour l'encadrement de proximité.

Accompagner les pratiques

Par ailleurs, il sera nécessaire de veiller pour les professionnels à :

- ▶ accompagner les soignants en position de management (Cf. projet de soins),
- ▶ renforcer le compagnonnage des médecins en position de management, dont la formation initiale ne prépare pas à ces missions,
- ▶ assurer un accompagnement par les chefs de pôle à la chefferie de service (dans le cadre par exemple des entretiens annuels proposés aux médecins).



Action 15 : structurer un dispositif d'accompagnement pour soutenir les professionnels lors d'une prise de fonction d'encadrement



Faciliter la résolution des conflits

La vie collective ne peut être exempte de conflits. Notre capacité à les résoudre, à les dépasser et à accompagner les personnes au cœur de ces difficultés, est essentielle pour le bon fonctionnement des équipes et pour la préservation de la qualité de travail individuelle et collective.

La mise en place d'un dispositif de médiation et de résolution des conflits permettra d'apporter un soutien à ceux faisant face à des désaccords entre professionnels et pour lesquels le dialogue semble difficile à rétablir sans un appui extérieur. Ce dispositif n'a pas vocation à se substituer aux régulations déjà mises en œuvre, ni au cadre disciplinaire le cas échéant. Dans ce cadre, depuis 2019, des structures de médiation sont mises en place au niveau national et au niveau régional.

« La médiation [...] s'entend de tout processus structuré, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord, en dehors de toute procédure juridictionnelle en vue de la résolution amiable de leur différend, avec l'aide d'un tiers qui accomplit sa mission avec indépendance, impartialité, équité, en mettant en œuvre compétence et diligence. La médiation est soumise au principe de confidentialité.

Sont exclus du champ de la médiation, les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ou d'une procédure disciplinaire et les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme.

La saisine du médiateur régional ou inter-régional [...] n'est ouverte que lorsque le différend n'a pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de conciliation ou de médiation ».

Décret n° 2019-867 du 28 août 2019

En déclinaison des principes de fonctionnement au niveau régional, la mise en place de la cellule de médiation et de résolution des conflits du CHMS reposera sur les principes suivants :

- ▶ composition de la cellule représentative des différentes catégories de professionnels,
- ▶ nomination des membres de la cellule sur la base du volontariat, formés ou s'engageant à se

former, et dont la légitimité peut s'asseoir sur l'ancienneté, l'expérience et la reconnaissance par les pairs,

- ▶ saisie par l'encadrement de proximité ou l'encadrement supérieur (médical, soignant, administratif, logistique...) face à une impossibilité de résolution du conflit en proximité. La cellule n'est pas saisie directement par les professionnels ;
- ▶ choix des médiateurs en lien avec les parties concernées. En cas de conflit d'intérêts sur une médiation, un professionnel peut récuser la participation d'un membre de la cellule.



Action 16 : structurer un dispositif de médiation et de résolution des conflits.

4.2. Un engagement collectif des professionnels reconnu

Expérimenter la mise en place de la prime d'engagement collectif

Cadre réglementaire de la prime d'intéressement d'engagement collectif

Le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 (modifié par le décret 2021-964 du 13 juillet 2021) fixe le cadre réglementaire de la prime d'intéressement d'engagement collectif lié à la qualité du service rendu.

« Cette prime relève d'un dispositif ayant pour objet de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches ». « Ces projets doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant, que des partenaires professionnels. »

« Les orientations-cadre de l'établissement sont arrêtées par le chef d'établissement après avis du CTE et de la CME. Ces orientations-cadre définissent les modalités de mise en œuvre au sein de l'établissement. »

Pour soutenir et valoriser l'engagement des professionnels dans des projets contribuant à l'amélioration de la qualité des services et la pertinence des activités au sein de l'établissement, les mesures du Ségur de la Santé ont créé la prime d'engagement collectif (PEC). Cette prime, versée de façon individuelle à plusieurs membres d'une équipe impliqués dans des projets transversaux institutionnels, concerne les services de soins, administratifs, logistiques ou techniques.

Nous souhaitons tirer parti de cette nouvelle possibilité et expérimenter ce nouveau dispositif. Sa mise en œuvre peut porter à discussion et à débat mais elle doit permettre, sur le fond, d'accompagner des équipes qui portent des projets structurants, qui mettent en place des actions nécessitant un investissement particulier et qui innovent au profit de l'ensemble de l'établissement.

Pour assurer la mise en œuvre effective de cette prime d'engagement collectif, il nous faut :

- ▶ constituer un comité de l'engagement collectif,
- ▶ identifier des critères de sélection des projets qui soient clairs, simples et partagés institutionnellement,
- ▶ définir une stratégie de détermination du montant de la prime par projet, dans le respect du cadre réglementaire.

Les travaux de mise en place de la PEC doivent se poursuivre par une définition des modalités de validation des projets et d'attribution de la prime. C'est sur cette base que pourra être définitivement validée la mise en place du dispositif.



Action 17 : définir les modalités de validation des projets et d'attribution de la prime d'engagement collectif.

Annexe 4 : Communication Hospimédia M2S

HOSPIMEDIA
L'actualité des territoires de santé

Téléchargez depuis l'espace abonnés
<https://abonnes.hospimedia.fr>
Votre compte : Pierre ALPHAND
HOSPIMEDIA

Formation

Le CH Métropole-Savoie mise sur la simulation en santé pour former ses managers

Publié le 08/02/24 -

10h14



Conçue par son centre de simulation en santé Hopsim, la formation proposée par le CH Métropole-Savoie à 300 personnels encadrants, toutes filières confondues, affiche complet jusqu'en 2025. Un succès qui s'appuie sur un dispositif innovant.

Le CH Métropole-Savoie, situé à Aix-les-Bains et Chambéry (Savoie), mise sur la simulation en santé pour former l'ensemble de ses managers. Conçue par son centre d'enseignement par simulation Hopsim, cette formation "Management santé simulation", appelé aussi "M2S", a été lancée en 2023. Elle a déjà bénéficié à une cinquantaine de professionnels volontaires. Plus de 300 personnels d'encadrement issus des filières soins, techniques et gestion seront ainsi formés sur quatre ans.

Cette formation est ainsi présentée comme *"résolument pratique"* permettant le déploiement d'outils *"simples et réutilisables"* de management opérationnels, souligne Thierry Sécheresse. Dans le cadre d'une approche active centrée sur l'apprenant, elle conjugue éléments théoriques, ateliers pratiques et simulation pleine échelle de situations de management. La méthode pédagogique déployée fait en effet toute l'originalité de ce projet et son efficacité. La simulation permet aux managers de s'approprier les apprentissages autour de mises en situation sur-mesure adaptées à leur profil et de vivre une expérience qui ancre les apprentissages. *"Nous proposons pour chaque session des scénarios personnalisés pour être au plus proche de la réalité de terrain de chaque professionnel"*, explique le porteur de projet. Une adaptation très fine qui demande un important travail de préparation en amont. *"C'est la puissance de la simulation en santé : ce n'est pas un simple diaporama mais une formation très pratique, avec un débriefing important"*, ajoute Thierry Sécheresse.

Preuve du réel besoin et des attentes fortes de la part du personnel encadrant : toutes les sessions, qui fonctionnent sur la base du volontariat, sont complètes jusqu'en 2025. La formation en management proposée par le CH Métropole-Savoie fait même désormais office de référence. Présentée lors du congrès européen du Lean en santé à Lille (Nord) cet automne, elle va être testée par des équipes d'autres établissements de santé en France.

Une formation pluriprofessionnelle

"Ce projet s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement du CH. Nous l'avons monté au sein d'Hopsim pendant deux à trois ans, avec une construction pédagogique très solide, à partir de modèles éprouvés. Il s'est concrétisé en avril 2023 par une session test. Nous sommes désormais totalement opérationnels", décrit le Pr Thierry Sécheresse, chef de service, responsable scientifique et pédagogique d'Hopsim. Cette formation est dispensée par groupe pluriprofessionnel d'une dizaine de personnes maximum. *"Nous formons des représentants de la direction, y compris le directeur général qui a participé à une session, et nous faisons travailler des binômes opérationnels : un médecin chef de service vient en binôme avec le cadre de santé, un chef de pôle avec le cadre supérieur de santé du pôle, etc. Nous mêlons aussi soignants, administratifs et techniques, c'est très important car cela permet des regards croisés"*, poursuit Thierry Sécheresse. L'objectif ? *"Favoriser l'émergence d'une culture managériale commune et partagée"*, résume le CH dans un communiqué. Mixer tous les profils d'apprenants au sein des sessions favorise également le partage d'expérience et l'appréhension des problématiques vécues par les services voisins tout en créant une culture commune d'établissement.

Annexe 5 : Communication Prix des valeurs hospitalières ADH pour la CAPSULE

Journées de l'ADH: les "Prix des valeurs hospitalières" décernés à trois établissements et un GHT

#groupement hospitalier de territoire #AP-HP #cadres hospitaliers #congres #directeurs #Auvergne-Rhône-Alpes #Hauts-de-France #Ile-de-France #Pays de la Loire

(Par Jean-Yves PAILLÉ, aux journées de l'ADH)

PARIS, 15 mars 2024 (APMnews) - Trois établissements et un groupement hospitalier de territoire (GHT) ont obtenu des "Prix des valeurs hospitalières" 2024, vendredi, lors des journées de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH).

L'ADH a reçu 19 dossiers pour cette nouvelle édition de ses Prix destinés à récompenser "les valeurs hospitalières".

Le jury a attribué son **Prix coup de cœur à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)** pour la création d'EMoTAF (contraction d'émotion et travail), un *serious game* développé au sein de l'hôpital Paul-Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) pour les équipes d'hospitalisation à domicile (HAD). Ce jeu permet aux personnels d'"aborder des sujets sérieux sans se prendre au sérieux". Il vise à améliorer la qualité de vie au travail et les pratiques professionnelles.

Le groupement "Hôpitaux publics Grand Lille" (anciennement groupement hospitalier de territoire -GHT- Lille Métropole Flandre Intérieure) a obtenu le 1er Prix pour son jeu EcoSoins, dont l'objectif est de "favoriser le déploiement d'actions d'écoconception des soins au sein des équipes de santé". Il comporte "des outils pédagogiques tels qu'un jeu d'une vingtaine de cartes-actions et des supports informatifs".

Le CHU d'Angers s'est vu remettre le deuxième Prix pour la création d'un laboratoire d'innovation organisationnelle (Labio). Cette initiative a pour objectif de "cocréer et expérimenter des solutions avec des méthodes participatives et créatives", de traiter des irritants du quotidien à travers la "méthodologie éprouvée du design".

Le troisième Prix a été octroyé au centre hospitalier (CH) Métropole-Savoie pour la CAPsule, un "collectif d'appui pour vos projets", une démarche visant à "favoriser l'intelligence collective" au service de projets institutionnels.

Il s'agit d'un noyau dur, d'une dizaine de personnes, appelé la capsule socle, qui se réunit régulièrement pour préparer les séances de la capsule élargie (25 à 30 médecins, soignants, personnels administratifs) en vue de travailler durant plusieurs mois sur un sujet proposé par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Annexe 6 : Exemple de lettre de mission pour la CAPSULE



La Direction générale

Affaire suivie par :
Anne GALLET
Directrice Pôles Projets Performance
Tél : 04.79.96.51.95
anne.gallet@ch-metropole-savoie.fr
Réf : AG/51/2F-CAP1



Le Directeur général et le Président de CME,

BUX
membres de la CAPSULE
Juste prescription et pertinence des soins

Chambéry, le 22 Mai 2024

Lettre de mission CAPSULE "JUSTE PRESCRIPTION ET PERTINENCE DES SOINS"



Le CHMS a adopté depuis 2022 une démarche projets basée sur des méthodes innovantes et agiles pour traiter de projets métravariés et transversaires, nommée "Capsule" (Collatif d'Appui à vos Projets). Ce dispositif, qui favorise l'intelligence collective au service des projets et des patients du CHMS, est désormais reconnu au sein de notre établissement et constitue un des éléments socles de notre projet managérial. Il a également été récemment primé au niveau national avec l'obtention du prix ADH (Association des directeurs d'hôpitaux) du management et des valeurs hospitalières 2024.

Pilotée par le Docteur Sandrine MERCIER, chef de pôle et médecin DIM, et Anne GALLET, directrice de la Direction Pôles Projets Performance (D3P), la Capsule est composée d'un socle fixe et d'invités de tous horizons selon le thème en cours. La Capsule "brainstorme" sur des sujets variés à notre demande : projet d'établissement, orientations stratégiques, projets médicaux, etc. L'objectif : faire émerger de nouvelles idées et acteurs, et s'emparer collectivement de sujets transversaux, dans un état d'esprit de co-responsabilité, de bienveillance et de créativité.

Après "l'amélioration du parcours du patient âgé à l'hôpital", qui a donné lieu en 2023 à un plan d'actions en cours de déploiement sur l'ensemble de l'établissement, le nouveau sujet pour lequel nous avons missionné la Capsule est celui de "la juste prescription et la pertinence des soins". Nous souhaitons que cette Capsule propose au Directoire des idées et un plan d'actions d'ici la fin de l'année 2024. Nous attendons du groupe qu'il réalise, avec l'accompagnement de la D3P, un état des lieux partagé, qu'il définisse des actions d'amélioration à mener et qu'il les priorise, et ce dans l'état d'esprit positif qui caractérise la Capsule et que vous découvrirez prochainement.

La Capsule se réunit une fois par mois, le jeudi de 12h à 14h, excepté lors des vacances scolaires. Il est attendu un engagement de chacun d'entre vous sur l'ensemble de cette période, sauf situation particulière. Pour vous permettre de vous organiser au mieux, le calendrier de rencontres suivant a été défini :

- Jeudi 23 Mai
- Jeudi 27 Juin
- Jeudi 26 Septembre
- Jeudi 17 Octobre
- Jeudi 8 Novembre
- Jeudi 19 Décembre

En qualité de membre de la Capsule élargie, nous vous souhaitons la bienvenue dans cette aventure au cours de laquelle, nous l'espérons, chacune et chacun d'entre vous pourra exprimer ses idées et ses compétences. Nous tenons aussi à vous remercier par avance pour votre investissement au bénéfice de notre hôpital et de nos patients.
Sincères salutations,

Le Directeur Général
M. Florent CHAMBAZ



Le Président de CME
Dr Laurent AMICO



ALPHAND	Pierre	Octobre 2024
Directeur d'hôpital Promotion 2023-24		
Retour d'expérience sur deux dispositifs favorisant une culture managériale encourageant la capacité à agir et entreprendre Cas du CH Métropole Savoie		
<p>Ce mémoire propose une analyse approfondie de deux dispositifs mis en place au Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) : le programme de formation managériale interne (M2S), qui intègre notamment la simulation en management, et la CAPsule, une cellule d'appui au projet offrant une démarche collaborative basée sur l'intelligence collective pour soutenir les projets institutionnels. En plus de présenter ces initiatives, l'étude examine leurs conditions d'émergence, leur soutien institutionnel, et les effets qu'ils produisent au sein de l'hôpital.</p> <p>Le programme M2S a pour objectif de former l'ensemble des managers du CHMS en simulant des situations managériales réelles, facilitant ainsi le développement de compétences relationnelles et opérationnelles communes. La CAPsule, quant à elle, mobilise l'intelligence collective autour de projets complexes, tels que la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital.</p> <p>Le mémoire aborde également les défis liés à la pérennisation de ces dispositifs, en soulignant l'importance d'un soutien institutionnel solide et d'une évaluation continue pour assurer leur succès à long terme. Les résultats montrent des avancées significatives dans le développement des compétences managériales et la capacité d'innovation, tout en mettant en lumière la nécessité de poursuivre l'adaptation et le suivi. Ce travail démontre les effets positifs des dispositifs étudiés sur la capacité des agents hospitaliers à entreprendre et à agir plus efficacement au sein de l'organisation.</p>		
Mots clés : Management, Culture managériale, Intelligence collective, Innovation managériale, Gestion de projet, Empowerment, Simulation en management, Intrapreneuriat		
<i>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.</i>		